



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA  
VERA CRUZ**  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
CLAVE 8967-25



---

---

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**TALLER DE JUEGO GESTALT PARA EL  
AFRONTAMIENTO DEL DUELO ANTICIPADO EN UN  
INFANTE CON LEUCEMIA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
EILEEN ITARI FLORES CORTES

ASESORA  
BERTHA MARIA MEDINA GUZMÁN

**ORIZABA, VERACRUZ.**

**OCTUBRE DEL 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

A Dios. Por siempre a lo largo de mi vida darme la oportunidad de vivir, adquirir experiencia y darme las habilidades para poder dar un servicio en mi profesión.

A mi universidad: Darme la formación académica, en esta etapa tan importante de mi vida.

Mis profesores: Agradecer por siempre esforzarse en darme los conocimientos necesarios para mi formación como una futura psicóloga, resolver todas aquellas dudas que surgían en mí, por las practicas que me llenaron de experiencia y por exigir siempre cada vez más de mi trabajo.

A mi niño: Quiero dar todo mi agradecimiento al pequeño que permitió que este trabajo fuera realizado, en todo momento dando su colaboración y cooperación ante las actividades y porque a pesar de todas las adversidades siempre se ha mantenido como un campeón.

La familia del niño: Agradecer a ellos también por siempre darme su confianza, valory apoyo al trabajo que lleve a cabo con el niño.

Al oncólogo: Por permitirme trabajar con uno de sus pacientes y confiar en mi trabajo como psicóloga.

## **Dedicatoria**

Mis padres y hermano: Quiero dedicar en primer lugar mi trabajo a ellos que siempre han sido los pilares de mi vida, quienes me han visto crecer, han estado ahí apoyándome, dando todo lo que está en sus manos para formar en mí una persona de bien, motivándome, sobre todo por jamás dejarme sola y que creyeron en mí en todo momento.

A mis chitos: Porque desde muy pequeña han sido fundamentales para mí, siempre estuvieron a mi lado cuidándome y en todo mi proceso académico apoyándome en lo que necesitara.

A mi chocolate: Por siempre acompañarme y estar ahí en mis noches de desvelo. Ha sido mi motivación en todo momento para darle un buen futuro.

A mi familia: Siempre estar presentes, sintiéndose orgullosos de mis logros y aportando todo lo positivo a mi vida.

Por último, para todas las personas que me acompañaron a lo largo de mi formación, me inspiraron, me motivaron y han sido importantes en mi vida.

# Índice

**Agradecimientos**

**Dedicatorias**

**Resumen**

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 1.Cáncer Infantil.....</b>	<b>8</b>
1.1 Definición de Cáncer y Leucemia.....	8
1.2 El Manejo de Afrontamiento ante el Cáncer.....	14
1.3 Resiliencia en Pacientes con Leucemia.....	18
<b>Capítulo 2.Duelo Anticipado.....</b>	<b>22</b>
2.1 Duelo.....	22
2.2 Duelo Anticipado.....	24
2.3 Etapas del Duelo.....	27
2.4 Concepto de Muerte en el Infante.....	27
<b>Capítulo 3.Juego Gestalt.....</b>	<b>32</b>
3.1 El Juego en la Terapia.....	32
3.2 Terapia Gestalt.....	32
3.3 Etapa Infantil (Segunda Infancia).....	39
<b>Capítulo 4.Metodología.....</b>	<b>43</b>
4.1 Diseños de Investigación.....	43
4.2 Objetivos.....	44
4.3 Pregunta de Investigación.....	45
4.4 Hipótesis.....	45
4.5 Variables.....	45
4.6 Instrumentos.....	46
4.7 Sujeto .....	48
4.8 Marco Contextual.....	51
4.9 Procedimiento.....	52
<b>Resultados.....</b>	<b>54</b>

<b>Análisis de Datos.....</b>	<b>69</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>74</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>76</b>

## Índice de Anexos

<b>Anexos.....</b>	<b>84</b>
Anexo A. Historia Clínica.....	85
Anexo B. Instrumento de Pre Aplicación Resiliencia.....	86
Anexo C. Instrumento de Pre Aplicación Afrontamiento.....	88
Anexo D. Carta Descriptiva: Sesión 1.....	90
Anexo D1. Evidencia de Sesión 1.....	92
Anexo E. Carta Descriptiva: Sesión 2.....	93
Anexo F. Carta Descriptiva: Sesión 3.....	94
Anexo F1. Evidencia Sesión 3.....	96
Anexo G. Carta Descriptiva: Sesión 4.....	98
Anexo G1. Evidencia Sesión 4.....	100
Anexo H. Carta Descriptiva: Sesión 5.....	102
Anexo H1. Evidencia Sesión 5.....	104
Anexo I. Carta Descriptiva: Sesión 6.....	105
Anexo I1. Evidencia Sesión 6.....	106
Anexo J. Carta Descriptiva: Sesión 7.....	107
Anexo J1. Evidencia Sesión 7.....	109
Anexo K. Carta Descriptiva: Sesión 8.....	111
Anexo K1. Evidencia Sesión 8.....	112
Anexo L. Instrumento de Post Aplicación Resiliencia.....	113
Anexo M. Instrumento de Post Aplicación Afrontamiento.....	114
Anexo N. Solicitud de Permiso.....	117
Anexo O. Consentimiento.....	118
Anexo P. Hoja de Validación de Diagnóstico.....	119

## **Índice de Gráficas**

Gráfica 1. Comparativo de Escala de Afrontamiento para Niños Pre- Post.....	55
Gráfica 2. Comparativo del Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes .....	56

## **Resumen.**

El cáncer es una enfermedad que se puede desarrollar a cualquier edad y para la persona que lo vive como paciente o cuidadores se genera un duelo anticipado a causa del miedo, ya que no se tiene un futuro certero, pero en los infantes el cáncer más común es la leucemia; es por ello que en el siguiente trabajo se habla sobre toda la investigación que se obtuvo sobre el afrontamiento, la resiliencia, la leucemia y el duelo anticipado para poder llevar a cabo la intervención con el infante, se tuvo como objetivo el implementar un taller de juego Gestalt a un infante con leucemia linfoblástica aguda que permitirá afrontar la enfermedad de una forma resiliente, el diseño de esta investigación es de tipo experimental, con un estudio de caso exploratorio. Para la obtención de la muestra de la población primero se investigó cuál era el cáncer más común en infantes de ocho a once años de edad, después de eso se acudió con un oncólogo en la ciudad de Orizaba, Veracruz el cual ayudó en la asignación del caso en específico, es aquí donde se comienza el trabajo con un infante de ocho años de edad que se encuentra en la fase de remisión en su tratamiento de quimioterapias. La intervención se llevó a cabo en el domicilio del infante en la ciudad de Orizaba y se comenzó con la aplicación de los instrumentos los cuales son: Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González A, 2011) y Escala de Afrontamiento en Niños (Morales, 2011), se continuó con la intervención del taller que constó de cinco sesiones desde el enfoque Gestalt donde se buscó el reforzamiento del self, basándose de la autora (Oaklander, 2012) y por último se hizo una post aplicación de los mismos instrumentos para ver si hubo cambios o permaneció igual los resultados antes y después del taller. Al finalizar de todo al dar la interpretación y comparación de lo que arrojan los instrumentos de aplicación nos encontramos con que hubo un cambio notorio en los resultados, ya que el rasgo esperado como la agresividad se vio una disminución y un aumento en empatía, así mismo con todos los demás aspectos. Como conclusión se puede decir que la aplicación de un taller de juego Gestalt si cumple con el objetivo que se espera, para esto se recomienda que la intervención de sesiones sea con un mínimo de ocho sesiones para que se pueda trabajar todos los temas necesarios para el reforzamiento del self.

*Palabras Claves:* Taller de Juego Gestalt, Leucemia, Afrontamiento, Resiliencia en infante.



## Introducción

El cáncer afecta a personas de todas las edades y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. No obstante, a diferencia del cáncer que afecta a adultos, se desconocen las causas de una gran mayoría de los casos en los niños. Se han realizado muchos estudios para tratar de encontrarlas, pero hay pocos cánceres causados por factores ambientales o relacionados con los hábitos en esas edades. Las medidas de prevención del cáncer en los niños deben centrarse en los comportamientos que impedirán que se presenten cuando sean adultos (Montesinos, 2011).

La probabilidad de sobrevivir a un cáncer diagnosticado a esa edad depende del país de residencia: en los países de ingresos altos, más del 80% de los niños afectados de cáncer se curan, pero en muchos países de ingresos medianos y bajos la tasa de curación es de solo el 15% al 45%. (American Cancer Society, 2018, p.3).

Las tasas de curación más bajas se pueden deber al retraso en el diagnóstico o a la detección de la enfermedad cuando ya se encuentra en un estado avanzado, la ausencia de diagnóstico preciso, la falta de tratamientos disponibles, el abandono de las pautas terapéuticas, la muerte por la toxicidad (los efectos secundarios) causada por los medicamentos. Cabe señalar que la mejora del acceso a la atención oncológica para los niños, que incluye técnicas y fármacos esenciales, puede mejorar las tasas de recuperación, resulta muy rentable y es viable en todos los lugares.

Los niños pueden tener cáncer en las mismas partes del cuerpo que los adultos, pero existen algunas diferencias. El cáncer infantil puede ocurrir repentinamente, sin síntomas tempranos, y tiene una alta tasa de curación; el cáncer infantil más común es la leucemia.

La leucemia infantil es un cáncer en las células primitivas productoras de sangre; con mayor frecuencia, es un cáncer de los glóbulos blancos, pero algunas comienzan en otros tipos de células sanguíneas. Con frecuencia la leucemia se describe como aguda (que crece rápidamente) o crónica (que crece lentamente). Cabe recalcar que tienen diferentes pronósticos y opciones de tratamiento. (American Cancer Society, 2018).

La leucemia linfocítica aguda es la más común en los niños. La mayoría de los otros casos son leucemia mieloide aguda. Las leucemias crónicas son poco comunes en los niños.

Otro tema importante que se toca en esta investigación es la resiliencia ya que es un

concepto que surge de la inquietud por identificar aquellos factores que facilitan a las personas sobre ponerse de manera exitosa a la adversidad y dificultades que se presentan en sus vidas; es por esto que se liga el cómo los niños pueden encontrar estos factores para el proceso de su enfermedad. Para las ciencias sociales la resiliencia se utiliza para caracterizar aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. (Munis, 1997).

También para esta introducción se quiere dar un breve concepto de lo que es afrontamiento, es importante conocer la definición ya que es una de las variables de la investigación, por lo que se refiere a la serie de: Pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (Stone y Cols, 1988) (p 183). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales.

De acuerdo a Pérez (2010) las funciones del psicólogo dentro del ambiente hospitalario en apoyo a los niños con cáncer se dividen en las siguientes áreas: prevención de posibles problemas psicológicos, psicodiagnóstico, psicoterapia y asesoría y orientación psicológica. Actualmente existen diversas técnicas utilizadas como parte integral del tratamiento del cáncer infantil, sin embargo, aún es necesario protocolizar sus usos y elaborar manuales en donde se estructuren las diferentes intervenciones para su seguimiento e investigación, por ello es que en esta investigación se impartirá un taller de juego Gestalt para el proceso de duelo anticipado (p.4)

Se menciona a continuación sobre el duelo anticipado el cual supone una experiencia muy humana. Antes de que ocurra la causa que va a generar sufrimiento, comienza ya ese sufrimiento por la previsión de lo que va a pasar, la preocupación por el futuro. Esta preocupación es una herramienta necesaria para prepararnos ante acontecimientos previsibles, una forma de comenzar a digerir algo que sabemos que nos va a costar mucho aceptar y encajar en nuestra vida. En ese sentido parece útil, pues el golpe no será tan duro, no tomara por sorpresa, atenuamos un poco el impacto.

Para Lindemann (1994) el duelo anticipado es:

El proceso de desapego emocional que se da antes de la muerte de un ser querido y considera que puede favorecer el reconocimiento de la realidad de la pérdida de una forma

gradual, lo que haría más sencillo resolver asuntos inacabados con el ser querido que va a morir en un tiempo breve. También puede ayudar a cambiar algunos aspectos sobre uno mismo frente a la vida y la forma de vivirla, hacer planes sobre el futuro cambiante que se aproxima y así prepararse para la pérdida (p.2).

Una vez que se dio una breve introducción de los temas que se encuentran ampliamente desarrollados en el marco teórico, se plantea la pregunta *¿un taller de juego Gestalt a un infante con leucemia hará que el proceso de duelo anticipado se afronte de forma resiliente?* como la pregunta de investigación sobre la cual se desarrolló la misma. Es importante destacar que en los infantes que padecen leucemia linfoblástica aguda, esta presente el malestar emocional (ansiedad, dependencia, llanto e irritabilidad), lo cual es asociado con la enfermedad y con los procedimientos médicos invasivos (Sawyer et al., 1997).

Como respuesta a la pregunta de investigación mencionada en el párrafo anterior, se planteó la siguiente hipótesis: *si se le imparte un taller de juego Gestalt a un infante con leucemia, entonces podrá afrontar el proceso de duelo anticipado de una forma resiliente.* La importancia de esta investigación reside en buscar que, por medio de un taller de juego Gestalt, se puedan tener resultados eficaces y un reforzamiento en el self, comprobando así la hipótesis mencionada.

A continuación, se mencionan las variables que se utilizaron para llevar a cabo esta investigación. La variable independiente fue afrontamiento a la enfermedad, la cual según Lazarus y Folkman (1986) se define como un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales.

La variable independiente queda definida como: aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejarlas demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986) la cual se medirá con Escala de Afrontamiento en Niños, EAN (Morales, 2011) en este instrumento los parámetros que

evalúa se dividen en afrontamiento centrado en el problema donde se basa de la siguiente estrategia: solución activa, comunicar el problema a los demás, búsqueda de información y actitud positiva; por otro lado esta e afrontamiento improductivo el cual se centra en las siguientes estrategias: indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva y conductual. El otro instrumento es cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011) en donde sus parámetros se dividen en resiliencia baja, moderada y alta.

La variable dependiente fue taller de juego Gestalt, que según la autora Oaklander (2008) se define como es estar completamente presente con la persona en una situación específica con todos los aspectos (organismo-sentidos, cuerpo, expresión emocional e intelecto), los cuales están disponibles para su uso.

Para continuar con la introducción se menciona el objetivo general de dicha investigación el cual consiste en que el infante con leucemia linfoblástica aguda afronte el proceso de duelo anticipado de una forma resiliente. Para poder lograr el mismo, fue necesario realizar serie de objetivos específicos, los cuales al ser realizados culminaron en el cumplimiento del objetivo principal.

El primer objetivo específico fue realizar una entrevista semiestructurada a la madre del infante para obtener información sobre sus conductas, comportamientos, cómo lleva el proceso de su tratamiento, si hay conocimiento del diagnóstico y elaborar así la historia clínica. Posteriormente, el segundo objetivo fue aplicar el Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011) para medir su nivel de resiliencia en un primer momento. Una vez aplicado este instrumento, el tercer objetivo fue aplicar la Escala de Afrontamiento en niños (Morales, 2011) para conocer en qué factor se encuentra el infante al inicio de la investigación.

El cuarto objetivo específico fue realizar las cartas descriptivas que se utilizaron para el desarrollo del Taller de Juego Gestalt que se implemento como la intervención en el infante. Las actividades que conformaron las cartas descriptivas fueron obtenidas del libro Juego Psicoterapéutico y Desarrollo Emocional. En el quinto objetivo específico se

aplicó al infante un Taller de Juego Gestalt, el cual constó de cinco sesiones previamente planeadas para que, en el sexto objetivo específico, se realizara la post aplicación de los instrumentos previamente mencionados para medir el nivel de resiliencia y el factor en el que se encontraba el infante en un segundo momento de la investigación.

Como séptimo y último objetivo específico se llevó a cabo la comparación de la pre y post medición para realizar un análisis sobre el cambio que hubo posterior a la intervención con el Taller de Juego Gestalt en el infante y, de este modo, comprobar la hipótesis previamente mencionada que diera solución a la pregunta de investigación sobre la cual se basó este trabajo.

Con los objetivos mencionados anteriormente se pretende llegar a la meta y se quiere dar algo a la sociedad con el estudio y resultados obtenidos para los alcances que podría brindar a futuro el personal de salud (psicólogos, psiquiatras, médicos, oncólogos, etc.), al paciente y familiares poder identificar fácilmente de qué manera poder trabajar con los infantes de leucemia el proceso de duelo anticipado de una forma resiliente, ya que se tendrá una idea de cómo es su perspectiva ante dicha enfermedad.

Pero como todo alcance igual existen ciertas limitaciones y en esta ocasión por el tema que aborda la investigación puede ser que el paciente deserte del trabajo de estudio o por otro lado que el paciente falleciera a causa de la enfermedad. De igual manera el trabajo con los pacientes de cáncer debe tener mucho cuidado por lo delicados que son de salud: solución activa, comunicar el problema, búsqueda de información, actividad positiva, indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva, y por último evitación conductual, por ello podrían existir algunos protocolos específicos para mantener contacto y trabajar con los pacientes.

Es importante tener ciertas habilidades y cualidades para poder trabajar con los infantes con leucemia como por ejemplo la empatía, tolerancia, respeto, confidencialidad, establecer una buena relación, escuchar, saber dar noticias, entre otras más, ya que esto ayuda a que sea fácil el trabajo con esta población.

Todos estos aspectos se profundizarán en los capítulos esperados, que son 4 capítulos diferentes:

En el primer capítulo se habla sobre la leucemia linfoblástica aguda la cual American Cancer Society (2022) la define como una leucemia que puede progresar rápidamente y, si no se trata, probablemente sea fatal en pocos meses. También en este capítulo se habla sobre el afrontamiento el cual es un tema sumamente importante dentro de la investigación, ya que cada persona lleva un afrontamiento totalmente diferente dependiendo la situación y las experiencias y esto sucede de igual manera con los infantes de leucemia. Por último se hace mención del tema de la resiliencia el cual se desarrolla en la vida del ser humano, ya que es la capacidad de que podemos tener como personas para un equilibrio en la salud mental (Vera, 2021).

Pasando al segundo capítulo se habla del proceso de duelo anticipado en el cual Rando (2000) lo define como: “un tipo de duelo que puede ocurrir cuando un individuo tiene la posibilidad de anticipar la muerte de un ser querido o de la propia” (p.3).

En el tercer capítulo se habla sobre el taller de juego Gestalt:

El juego es la forma que adopta en el niño la improvisación dramática; también es más que eso; a través del juego se somete a prueba su mundo y aprende sobre él, y, por lo tanto, es esencial para su sano desarrollo. Para el niño, el juego es un asunto serio que tiene un fin determinado y a través del cual se desarrolla mental, física y socialmente. El juego es su forma de auto terapia, mediante la cual a menudo se resuelven confusiones, angustias y conflictos. A través de la seguridad del juego, todo niño puede ensayar sus propias nuevas formas de ser. El juego cumple una función vital para él. Es mucho más que sólo la frívola, liviana y placentera actividad que los adultos generalmente piensan. (Oaklander, 2012, p. 160).

Para el último capítulo que es metodología: se habla de la estructura de esta investigación, adentrándose en describir el diseño de investigación, planteamiento del problema, hipótesis, variables, instrumentos, sujeto de investigación, procedimientos, resultados y recomendaciones.

Finalmente, se quiere mencionar sobre que la importancia de este estudio se basa en las

técnicas del enfoque Gestalt para reforzamiento del self basándose del libro de la autora Oklander (2012) en donde se ocuparon las técnicas para el taller de juego Gestalt. Ahora bien, a continuación, se adentrará al marco teórico donde se plasman y se justifican los temas de cada capítulo con teorías que han sido postuladas y validadas con anticipación.

## **Marco teórico**

### **Capítulo 1. Afrontamiento a la Enfermedad**

Para empezar con este capítulo se habla de los antecedentes del cáncer, ya que no es una enfermedad moderna. En los documentos más antiguos conservados, ya se menciona el cáncer. El dato para nosotros más objetivo se encuentra en el papiro de Ebers, descubierto por el doctor Smith en 1872 y al que se atribuye una antigüedad cercana a los 3.000 años AC. En el mismo se describen ocho mujeres con “bultos” en la mama. Una de ellas padeció, con toda probabilidad, cáncer de mama.

Hipócrates denominó carcinos a los tumores malignos. Propuso la teoría de los cuatro humores o líquidos (sangre, moco, bilis amarilla y bilis negra); de cuyo equilibrio surgía la salud (eucrasia), mientras que de su desequilibrio (discrasia), surgía la enfermedad. Para Hipócrates, el cáncer se producía por exceso de bilis negra. Lo que hoy en día vemos como tumor primario, curable, a eliminar, para Hipócrates era el fin del proceso. La bilis negra se derramaba hacia el exterior (López, 2016).

Virchow liberó para siempre la Oncología de las teorías hipocráticas y galénicas sobre la bilis negra. Utilizando uno de los primeros microscopios observó que el tumor estaba compuesto de células y emitió su famosa frase: “Omnis cellula e cellula” (es decir, toda célula proviene de otra célula). Con Pott y Virchow se inicia la oncología moderna. El cáncer se puede prevenir y se puede eliminar destruyendo todas las células que lo componen (Checa, 2021).

#### **1.1 Definición de Cáncer y Leucemia.**

Según Instituto Nacional del Cáncer (2021) la definición es:

“Término que describe las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos. Es posible que las células cancerosas también se diseminan a otras partes del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático” (p.1).

Otro concepto de cáncer según el Instituto Valenciano de Oncología (2022):

“El cáncer es una alteración biológica y genética de las células que componen



los tejidos de nuestros órganos. El crecimiento descontrolado de células puede dar lugar a un tumor o nódulo. Se trata de una masa de tejido no necesario y será benigno si no invaden o destruye otros órganos” (p.1).

Cáncer proviene del término griego *karkinoma* dado por Hipócrates, y equivalente 460 a.c. Latino *cáncer*, es el crecimiento radial infiltrante de algunos tumores a modo del cuerpo de un cangrejo.

El cáncer es una enfermedad que está compuesta por la multiplicación de células sin control alguno y comienza el progreso de estas mismas a otras partes del cuerpo. El cáncer se da en una zona del cuerpo formando billones de células que no son normales; en el caso normal de la formación de células cuando alguna se daña o muere, esta es reemplazada por una nueva, pero cuando el proceso es anormal las células dañadas no son reemplazadas y se siguen multiplicando por todo el cuerpo creando tumores o tejidos, que podrían ser malignos o benignos (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

En el cuerpo humano existen alrededor de 200 tipos de distintas células que originan tumores en el organismo, el 90 % de los tumores se generan por células epiteliales, estas células son aquellas que ayudan a proteger la superficie de los órganos del cuerpo y evita que se impregna sustancias extrañas al cuerpo (Medline Plus, 2020); otros tipos de cáncer comunes son los sarcomas, las leucemias, los linfomas y mielomas (Muñoz, 1997).

Todos los tipos de Cáncer tienen una clasificación dependiendo de sus categorías según el órgano o el tejido donde se presenta, al igual que por la célula. Los cánceres tienen características y comportamientos específicos, que permiten identificarlos y no confundirse con otro tipo de enfermedades. Se debe recalcar que todo Cáncer es una mutación genética. (Muñoz, 1997).

El cáncer constituye la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados, endonde una de cada cinco personas fallecen debido a la enfermedad. En México, entre enero y agosto de 2020 se registraron 683 823 defunciones, de las cuales 9% se debena tumores malignos (60, 421). Un año antes, en 2019, se registraron 747 784 defunciones, de las cuales 12% se deben a tumores malignos (88 683). La

distribución porcentual por sexo indica que hay más fallecimientos en mujeres (51%) que en los hombres (49%) por esta causa. Las tasas de defunciones por tumores malignos indican que, en los primeros grupos de edad (antes de los 30 años), no se superan las 12 defunciones por cada cien mil habitantes en cada grupo de edad y en los hombres las tasas son más altas que en las mujeres, aspecto que se revierte a partir de los 30 años y hasta los 59 años. (INEGI, 2021).

Existen distintos factores que pueden desencadenar el cáncer en una persona, los más comunes son la herencia genética y el ambiente. Es importante tener en cuenta que la parte hereditaria de células cancerígenas es mínima por descendencia, el porcentaje es muy pequeño y se da cuando se presenta una mutación en los genes de la persona. La acumulación de varias mutaciones genéticas puede desencadenar la aparición de tumores, pero en ocasiones con una cirugía basta para solucionar el problema. (Muñoz, 1997).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (2022): “El cáncer infantil engloba numerosas tumoraciones o enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales que se dividen, crecen y se esparcen sin control en cualquier parte del cuerpo y puede aparecer en cualquier momento de la niñez y la adolescencia”. (p.1). El cáncer en los niños se puede dar en las mismas partes del cuerpo que la de las personas adultas, aunque se puede dar de manera repentina y en muchos casos no se presentan síntomas tempranos. Para los niños el cáncer más común es la leucemia, tumores cerebrales, linfoma y sarcoma del tejido blando. El tratamiento en niños depende del tipo de cáncer y el avance que tiene, estos tratamientos incluyen radiografías, quimioterapia, cirugías, radioterapia, trasplante de células madre y medicación (Instituto Nacional del Cáncer, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (2021) nos arroja los siguientes datos:

En los países de ingresos altos, donde en general hay acceso a servicios de atención integral, más del 80% de los niños afectados de cáncer se curan, pero en los países de ingresos bajos o medianos se curan menos del 30%. Los países con ingresos bajos o medios, suelen tener defunciones de cáncer infantil a causa de un diagnóstico incorrecto o tardío, ya que no se cuenta con la atención sanitaria necesaria, abandonan

el tratamiento a causa de sus recursos. (p.3)

Una de las principales causas de mortalidad en niños es el cáncer. La probabilidad de que el niño sobreviva dependerá del país en donde viva, mientras el país tenga más ingresos, se calcula que el 80% de los niños podrá tener una cura y en países con bajos ingresos se tiene en un total solo un 30% de posibilidades ante la cura del niño.

A diferencia de las causas que existen en el cáncer de adultos, en los niños se han hecho diversos estudios en los cuales se arroja poca información acerca de cuáles son estas causas y la que mayor peso ha dado en las investigaciones es la mutación en una célula en específico que se da en sus organismos y comienza a proliferar hasta que invade gran parte del cuerpo. Las causas ambientales no son causa en los niños ya que a su corta edad no se han expuesto a excesos o enfermedades como los adultos. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Cuando se detecta el cáncer en fases tempranas, existe una alta probabilidad de que el tratamiento sea eficaz, dando esperanzas a la supervivencia, se disminuye el riesgo y sufrimiento del paciente y el tratamiento es menos intenso. Lo importante aquí es un diagnóstico eficaz y correcto para dar pauta al tratamiento que sea el adecuado.

En varios países se ha implementado por medio del gobierno el dar información a la población para estar al pendiente de cualquier sintomatología que presenten los niños, al igual que se ha preparado a profesionales para un diagnóstico concreto y correcto. Los síntomas en el cáncer infantil son claros y no suelen confundirse con otras enfermedades, por ejemplo, se comienza a presentar: fiebre, cefalea intensa y persistente, dolores óseos o pérdida de peso.

Las leucemias como se mencionó anteriormente son las más comunes en los niños, este tipo de cánceres dan origen en las células que deberían madurar en diferentes tipos de células sanguíneas, por lo regular las leucemias dan origen en los glóbulos blancos (American Cancer Society, 2022). Existen varios tipos de leucemias, la primera es la leucemia aguda (rápido crecimiento) o leucemia crónica (crecimiento lento), cuando el médico conoce el diagnóstico se puede dar un mejor pronóstico y tratamiento.

American Cancer Society (2022) nos da los términos de leucemia linfoblástica aguda:

El término aguda, significa que la leucemia puede progresar rápidamente y, si no se trata, probablemente sea fatal en pocos meses, mientras que linfocítico, significa que se origina de las formas tempranas (inmaduras) de los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco (p.4).

La Leucemia Linfoblástica Aguda, que a lo largo de todo el capítulo se referirá a ella como LLA, esta da comienzo en la médula ósea (es ahí donde se forman las células de la sangre), la leucemia invade con rapidez la sangre del niño y en ocasiones se propaga a otras partes del cuerpo, como los ganglios linfáticos, hígado, el bazo, cerebro, médula espinal y testículos. (American Society Cancer, 2021)

Aunque las leucemias, como la LLA, principalmente afectan la sangre y la médula ósea, los linfomas principalmente afectan a los ganglios linfáticos u otros órganos (pero pueden también afectar la médula ósea). A veces puede ser difícil saber si un cáncer de los linfocitos es una leucemia o un linfoma. Por lo general, si al menos el 20% de la médula ósea se compone de linfocitos cancerosos (llamados linfoblastos o simplemente blastos), la enfermedad se considera leucemia. (American Cancer Society, 2022).

Se quiere mencionar algunos conceptos que son importantes para entender mejor la leucemia, comenzando por la médula ósea se conoce como la parte blanda del interior de los huesos donde se forman las células de sangre, células adiposas lo que es tejido graso y tejido de soporte. Cuando se realizan estudios de médula ósea se pretende observar cómo se encuentran los glóbulos rojos que transportan oxígeno, plaquetas para tapar los orificios de los vasos sanguíneos causados por cortaduras o hematomas y glóbulos blancos los cuales combaten enfermedades (American Cancer Society, 2022).

Los linfocitos son las principales células que constituyen el tejido linfático, que es una parte importante del sistema inmunitario. El tejido linfático se encuentra en los ganglios linfáticos, el timo, el bazo, las amígdalas y las glándulas adenoides, y está diseminado a través de los sistemas digestivo y respiratorio y la médula ósea.

American Cancer Society (2022) hace mención que la LLA infantil u otras afecciones pueden producir estos, otros signos y síntomas.

- Fiebre.

- Hematomas o sangrados fáciles.
- Petequias (manchas planas, como puntitos de color rojo oscuro debajo de la piel producidos por un sangrado).
- Debilidad, sensación de cansancio o aspecto pálido.
- Dolor de huesos o articulaciones.
- Dificultad para respirar.
- Masas que no duelen (ganglios linfáticos hinchados) en el cuello, las axilas, el estómago o la ingle.
- Dolor o sensación de saciedad debajo de las costillas.
- Pérdida de apetito.
- Anemia (p.2).

Los primeros estudios que se hacen a niños que posiblemente padecen de leucemia son hemograma completo y frotis periférico, el cual busca ver los glóbulos blancos; el segundo estudio es el examen de médula ósea la cual se hace de forma rutinaria para tener un mejor control de las células de sangre, estudios histoquímicos, citogenéticos y de inmunotipificación lo que ayuda a identificar si existe alguna otra patología y por último una tomográfica en especial cuando el paciente manifiesta síntomas del SNC y así se identifica si existe alguna masa extraña en otras partes del cuerpo del niño (Donald, 2017).

El tratamiento para niños contra la LLA es en primer lugar la quimioterapia. Se divide en inducción la cual busca que ya no se encuentren las células leucémicas cuando se hacen exámenes de médula ósea y las células de sangre puedan ir volviendo a la normalidad, en esta primera parte el niño tendrá hospitalizaciones y visitas al médico constantes, ya que podrían darse complicaciones graves y por otro lado se da medicación a los niños reciben tres medicamentos durante el primer mes de tratamiento. Estos incluyen los medicamentos quimioterapéuticos L-asparaginasa, vincristina y un medicamento esteroide. La quimioterapia que reciben los niños es la quimioterapia intratecal y su fin es el de destruir toda aquella célula leucémica que se pudo haber

esparcido por otras partes del cuerpo (American Cancer Society, 2022).

La segunda parte de la quimioterapia es la consolidación donde se intensifican las quimios, después de ya haber estado varios meses con dosis más pequeñas y lo que hace es disminuir aún más las células y se dan nuevos medicamentos para prevenir que las células se hagan resistentes.

La tercera fase es la de mantenimiento, en la que se comienza a dar quimioterapia diariamente o semanal a través de pastillas, vacunas y se continúa con la administración vía vena. Prosigue el tratamiento residual con el niño cuando ya se dio fin con las quimioterapias y ahora se vuelve a evaluar todas las células por medio de exámenes médicos y de ahí el médico decidirá si se da un tratamiento residual intensivo o prolongado. (American Society of Oncology, 2021).

Por último, el tratamiento recurrente se da si la ALL recurre (regresa) durante o después del tratamiento, el niño con mayor probabilidad será tratado nuevamente con quimioterapia. Mucha de la estrategia del tratamiento depende de lo pronto que recurra la leucemia después del primer tratamiento. Si la recaída ocurre después de un tiempo prolongado, puede que los mismos medicamentos aún sean eficaces. Por lo tanto, se puede usar el mismo tratamiento o uno similar para tratar de lograr una segunda remisión de la leucemia (American Cancer Society, 2018).

## **1.2 El Manejo de Afrontamiento ante el Cáncer.**

Comenzando en este punto del capítulo se quieren poner varias definiciones de afrontamiento que han aportado distintos autores a lo largo de las investigaciones.

El concepto que nos arroja el Diccionario Médico (2022) sobre el afrontamiento es el siguiente: “Conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, así como para reducir el estado de malestar que produce el estrés” (p.1).

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como:

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejarlas demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. En pocas

palabras qué es esa estrategia que tiene la persona para hacer frente contra las amenazas.  
(p.2)

Estos otros dos autores definen al afrontamiento como ese alivio, recompensa y estabilidad que se da en la persona ante cualquier problema que se presente. (Weissman y Worder, 1977).

Por afrontamiento según Lazarus (2000) entendemos como “el esfuerzo cognitivo y comportamental para manejar situaciones destructivas que exigen habilidades de ajuste por parte de la persona que lo experimenta” (p.4). Su función fundamental es regular el estado interno de la persona, que ha sido alterado en la relación dinámica sujeto-ambiente. De este modo, se proponen dos dimensiones de análisis. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) estas dimensiones se dan en dos relaciones, el afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción. El primero de los modelos se relaciona con los intentos por modificar la situación generadora de estrés. Por su parte, el modelo centrado en la emoción se evidencia cuando lo que se procura modular es la respuesta emocional ante el estrés. En el caso de los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad oncológica podemos realizar los análisis desde ambas perspectivas.

Afrontar una enfermedad como el cáncer es una situación sumamente estresante y en especial para los niños, por ello es importante implementar habilidades de afrontamiento por medio de las herramientas necesarias para mantener su funcionamiento de salud y que esto evite que el impacto negativo sea traumático en alguna de las áreas de su vida como lo social, físico, emocional, familiar, laboral, escolar, etc. (Billings y Moos, 1981).

Lazarus y Folkman (1986) han estudiado la asociación entre los diferentes estilos de afrontamiento y la adaptación psicológica y las respuestas de salud en los pacientes enfermos de cáncer. Algunas de estas variables son la evitación/negación, optimismo, solución de problemas e información sobre el estado de salud.

Para comprender de manera óptima la influencia de los distintos tipos de afrontamiento en la evolución de los pacientes oncológicos se propone analizar los estilos fundamentales y las investigaciones más sobresalientes en este campo.

Seguidamente se analiza el papel de los distintos estilos de afrontamiento y su impacto en la salud de los pacientes con cáncer. Para ello se toman como referencias las investigaciones más importantes que se conocen hasta la actualidad relacionadas a esta problemática.

Hablar del término negación se refiere a la “necesidad de distanciarse, evitar y suprimir emociones” (Moyer y Salovery, 1996). Por ejemplo, Watson, Greer, Blake y Sharpnell entrevistaron pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente y encontraron que la mayor parte de los enfermos que negaba la seriedad de su intervención presentaron, luego de la operación, menor presencia de emociones perturbadoras que aquellos que inicialmente habían aceptado las implicaciones de su enfermedad y admitían una evolución hacia la muerte. Otros estudios sugieren que la evitación, como forma de escape de las situaciones altamente estresantes, es un mecanismo positivo de afrontamiento ante los problemas asociados con el diagnóstico de cáncer.

Sin embargo, Carver et al. (1993) encontraron que el estilo de afrontamiento de evitación puede correlacionarse con el estrés emocional. Adicionalmente, Penman (1982) demostró que los pacientes oncológicos que reportaron el uso de la evitación como estilo de afrontamiento experimentaron menor capacidad de adaptación a la experiencia del cáncer. Más recientemente, Nezu et al. (2003) descubrieron que la evitación se relaciona directamente con el aumento de la ansiedad, depresión y mayor cantidad de problemas asociados al cáncer. La resiliencia es completamente incompatible con la evitación como forma de afrontamiento.

Por otro lado, también se habla del espíritu de lucha o conocido también como optimismo. Las personas optimistas permanecen siempre a la expectativa de buenas situaciones en su proceso vital, por el contrario, el pesimismo como rasgo de personalidad se puede identificar cuando el paciente constantemente, y en ocasiones sin justificación, piensa que cualquier nueva experiencia será potencialmente dañina, incluso cuando desde el punto de vista clínico existe una evolución favorable (Carvery Scheider, 2002).

El optimismo siempre está orientado al futuro. No existe un optimismo pasado.



Cualquier expectativa de mejoría está orientada temporalmente a lo próximo, de ahí su importancia para la Psicooncología y especialmente, para la intervención en el paciente oncológico.

Otras investigaciones realizadas al respecto mostraron que los individuos con cáncer que hicieron un uso mayor del estilo optimista, evidenciaron, al mismo tiempo, mayor adaptabilidad positiva respecto a los que aceptaron la enfermedad pesimistamente (Greer et al., 1979). En general el constructo “optimismo” es asociado con niveles bajos de estrés en individuos con diagnóstico de cáncer.

Por otra parte, Weisman y Worden (1977) se percataron que los pacientes de cáncer que experimentaban mayores niveles de estrés también eran más pesimistas, se rendían con mayor facilidad y esperaban menos apoyo de quienes los rodeaban. Further y Nezu (1999) señalan que una orientación positiva se convierte en un pilar que actúa como protector de los estados estresantes en los pacientes con cáncer.

Según Nezu (1999) es la necesidad del afrontamiento activo, que ayuda a las personas a manejar y adaptarse a cualquier situación potencialmente estresante, y permite aumentar la percepción de control sobre el estado de salud, incluso en situaciones donde no pueden cambiarse por la gravedad de la enfermedad.

Lo que ayuda también mucho a los pacientes en el afrontamiento son las diferencias en los niveles de apoyo social, o la percepción del apoyo, son variables importantes en el impacto del paciente con cáncer y su recuperación. El apoyo social provee los recursos a través de una red social compuesta por los miembros de la familia, los amigos, compañeros del trabajo, otros pacientes, profesionales de la salud, etc. Este recurso es imprescindible en tiempos de crisis convirtiéndose en una herramienta de apoyo para la expresión de emociones y la búsqueda de información de manera general.

Los beneficios del apoyo social “inciden de manera directa en las cogniciones, emociones y conductas de los enfermos y de manera indirecta se convierten en un lastre de las emociones negativas generadoras de estrés, proveyendo al individuo de estilos de afrontamiento favorables que se convierten en la fuente de prácticas emocionales de apoyo” (Hegelson et al. 1998).

Dakof y Taylor (2001) categorizaron los tipos de apoyo social que puede recibir

unpaciente oncológico (igualmente puede aplicarse a otras enfermedades). Los clasificó de la siguiente manera: apoyo emocional y de estima, apoyo informacional y apoyo tangible. De igual forma describen nueve acciones que son potencialmente dañinas para la salud de los enfermos de cáncer y que deben evitarse a toda costa. (p.2)

Dentro de estas formas negativas de “apoyo” se encuentran las críticas reiteradas a las formas de afrontamiento del paciente (muchas veces los familiares se convierten en jueces mucho más que en apoyo), la minimización del impacto de la enfermedad en miembro de la familia diagnosticado, expresiones excesivas de compasión e ideas pesimistas sobre el futuro, expresiones que muestren desinterés por el estado de la persona, evitar el contacto con la persona (que en muchas ocasiones ocurre por el temor de no saber cómo se reacciona ante el aspecto físico del enfermo o por no saber qué decir o de qué conversar), ser demasiado rudo y exigir una fortaleza física y emocional que la persona no está en condiciones de mostrar, demostrar poca competencia profesional ante el enfrentamiento de la enfermedad (Helgeson et al., 1998).

### **1.3 Resiliencia en Pacientes con Leucemia.**

El significado de resiliencia, según la definición de la Real Academia Española (2021):

“Es la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas, pero en psicología añadimos algo más al concepto de resiliencia: no sólo gracias a ella somos capaces de afrontar las crisis o situaciones potencialmente traumáticas, sino que también podemos salir fortalecidos de ellas” (p.1)

La resiliencia es importante en la vida y desarrollo del ser humano más de lo que se tiene contemplada, ya que es la capacidad que podemos tener como personas para un equilibrio en nuestra salud mental. A lo largo de nuestra vida se atraviesan situaciones que suelen ser complicadas o dolorosas y la resiliencia que tengamos es la que nos da un apoyo para salir de esa situación (Vera, 2021).

El enfoque de la Resiliencia surge a partir de los esfuerzos por entender las

causas de la Psicopatología; estos estudios demostraron que existía un grupo de infantes que no desarrollaban problemas psicológicos a pesar de las predicciones de los investigadores e investigadoras (Masten y Reed, 2002). El primer paso fue asumir que estos niños y niñas se adaptan positivamente debido a que eran “invulnerables” (Koupernik et al; 1991); es decir, podían “resistir” la adversidad. El segundo paso fue proponer el concepto de Resiliencia en vez de “invulnerabilidad”, debido a que la Resiliencia puede ser promovida, mientras que la invulnerabilidad es considerada un rasgo intrínseco del individuo (Rutter, 1991).

En el área de intervención psicosocial, la Resiliencia intenta promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar riesgos y a tener una mejor calidad de vida. Milgran y Palti (1993) definen a los niños y niñas resilientes como aquellos y aquellas que se enfrentan bien a los estresores ambientales a los que se ven sometidos en los años formativos de su vida.

El enfermo resiliente no ha aprendido solamente a lidiar con su enfermedad, sino también con sus semejantes y viceversa. La ciencia ha demostrado que los pronósticos de cualquier enfermedad no se pueden realizar únicamente sobre indicios físicos, obviar esta realidad es un serio peligro. El apoyo social puede, muy bien, llevar a un estado de salud aceptable al peor de los pacientes con el peor de los pronósticos.

Partimos de que el paciente oncológico resiliente ha aceptado su enfermedad, pero esta aceptación no significa que se ha sentado a observar pasivamente la misma, sino que el hecho de saberse enfermo constituye el contrario necesario para alcanzar el estado opuesto, la sanidad. La aceptación de la enfermedad se modula en correspondencia con el optimismo frente a la recuperación, el espíritu de lucha (la fuerza extra que caracteriza la personalidad resistente) y la solución activa de problemas.

Para la construcción de un esquema conceptual de la Resiliencia surgen de manera articulada características individuales relacionadas con la identidad, las creencias y la visión que se tiene de uno mismo, en su interacción permanente con el entorno social, características que potencian una respuesta activa por parte del sujeto que le permite superar la adversidad y construir a partir de ella. Del mismo modo existen

elementos de relación con el medio y con los otros, que harán que los sujetos dimensionen el problema y organicen una respuesta activa, caracterizada por involucrar a los otros sujetos en una formulación de metas a corto plazo y con objetivos prácticos.

Este cambio denota que el enfoque de la Resiliencia está más comprometido con el modelo de la promoción, con la noción de maximizar el potencial entre los individuos en riesgo y no solo con la evasión o prevención de las enfermedades, más relacionado esto último con el modelo epidemiológico de la salud. Este modelo de la promoción es consistente con la construcción de factores de Resiliencia y con obtener resultados positivos. En este sentido, Henderson (1995) plantea que un factor de Resiliencia sería contar con un ser querido que brinde amor incondicional, lo cual no actúa directamente en contra de ningún factor de riesgo, pero sí desarrolla una fortaleza intrapsíquica.

Con lo anterior, se entiende que existen diferentes definiciones para el concepto de resiliencia debido a que cada autor le otorga su propio enfoque. Sin embargo, la mayoría coincide en que este término es una herramienta utilizada por ciertas personas para superar positivamente alguna experiencia difícil o situación adversa que sin la capacidad de resiliencia podría llegar a ser traumática.

Como menciona Fraser et al. (1999), a pesar de las diferentes definiciones del concepto, la mayoría se diferencia por la teoría que las origina y las situaciones en que se aplica. Según estos autores, existen características que se comparten entre ellas como experimentar éxito después de exponerse a una situación de riesgo, ser capaz de adaptarse a las dificultades sosteniendo las competencias personales y obtener consecuencias positivas después de la crisis.

Por otra parte, también se han estudiado los elementos que componen la resiliencia. Algunos son una alta autoestima y autoconcepto positivo, habilidad de autorreflexión, capacidad para pensar críticamente y de realizar acciones de manera independiente, habilidades para solucionar problemas y adaptabilidad social, entre otros (Place y Powell, 2003).

Estos elementos promoverán el desarrollo de las personas al servir como apoyo antesituaciones difíciles o de riesgo ayudando a que el individuo no tenga una influencia

negativa ni impidiendo su progreso (Saavedra y Villalta, 2008).

Por su parte, Henderson (2006) propone tres dimensiones de la resiliencia:

Yo soy, que incluye las cualidades relacionadas con la fortaleza interna de la persona, Yo puedo, o capacidades sociales y relaciones interpersonales, y Yo tengo, que se basa en relaciones de confianza y apoyo social percibido. (p.2)

Siguiendo este planteamiento, Cáceres, Fontecilla y Kotliarenco (González, 2011) indican que las personas resilientes poseen las siguientes características: mayor coeficiente intelectual y habilidades para resolver problemas, mejores estilos de afrontamiento, motivación al logro, autonomía, autoestima y locus de control interno, empatía, conocimiento y manejo adecuado de relaciones interpersonales, voluntad y capacidad de planificación y sentido del humor.

En investigaciones donde se analiza la resiliencia en pacientes con cáncer, se muestra que en niños diagnosticados al compararse con otros de la misma edad sin este diagnóstico presentan los mismos niveles en cuanto a síntomas de ansiedad y depresión. Se observa así un buen ajuste psicológico ante la enfermedad y los tratamientos (González et al., 2011).

Phipps (2007) menciona que es importante considerar el cáncer en niños como una oportunidad para investigar sobre la resiliencia e incorporar modelos de la psicología positiva. En un estudio donde se examinaron las características resilientes entre madres que tienen hijos con cáncer entre 8 y 17 años de edad, se observó que la familia es un elemento protector indispensable para que el niño desarrolle la capacidad de resiliencia (González, 2011).

## Capítulo 2. Proceso de Duelo Anticipado

### 2.1 Duelo

El Duelo (del latín Dolos) significa Dolor, Pena, Aflicción, Pesar, por la pérdida de algo. Duelo recoge por tanto en sí los diferentes matices que genera cualquier pérdida, y engloba todos y cada uno de los conceptos anteriormente explicados: La pérdida nos golpea y nos aflige, nos genera pena, nos supone una fuerte carga o pesar, y lo sufrimos, lo sobre llevamos o aguantamos con fortaleza o debilidad, con resignación o con rabia. Es el Duelo mismo el que se vive, el que se anticipa o el que se prolonga y por tanto es el duelo el que podemos y debemos aliviar (Camps C. y Sánchez P, 2007).

Según American Society of Clinical Oncology (2018): “El duelo es la respuesta emocional de una persona ante la experiencia de una pérdida” (p.3). Lo que nos dice que el proceso normal y necesario de adaptación a una pérdida. La pérdida puede ser ampliamente entendida como la pérdida de un ser querido, una ruptura sentimental, pérdida de empleo o de rol, salud, etc.

Freud (1917) definió el término duelo como afecto anormal de los seres humanos provocado como: “reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.4). Ante la presencia del duelo se presentan ciertas reacciones con frecuencia que surgen en el tiempo que está presente. Se incluyen sentimientos, pensamientos, sensaciones físicas y comportamientos complicados.

Las personas experimentan distintos sentimientos a causa de su pérdida y se comienzan a sentir conmoción, bloqueo, tristeza, negación, desesperanza, ansiedad, enojo, culpa, soledad, depresión, impotencia, alivio y anhelo, estos se notarán cuando algo los haga recordar dicho acontecimiento. Aquí entra a acompañar la parte de los pensamientos que se hacen patrones recurrentes como lo es el rechazo, confusión, problemas para concentrarse, preocupaciones y alucinaciones. Por otro lado, las sensaciones físicas no son agradables para las personas ya que son malestares como si estuvieran enfermos (American Society of Clinical Oncology, 2018).

Se puede entender el duelo y procesos de duelo como el conjunto de

representaciones mentales y pérdida afectiva, también el concepto de duelo puede ampliarse a la pérdida de cualquier tipo, no solo de muerte, (fracasos escolares, divorcio, separación, pérdida de empleo, pérdida de domicilio, etc.).

El proceso de duelo normal se inicia luego de la pérdida que se tuvo o en unos meses siguientes y no superior a seis meses después del suceso, en cada persona se manifiesta de distinta manera, aunque los síntomas sí pueden ser similares o hasta se llegue a pensar que es un cuadro depresivo (Servicio de Oncología Médica, 2007).

Cuando se padece la enfermedad de cáncer se manifiesta una pérdida corporal significativas, lo que genera un duelo en los pacientes sin importar la edad que tenganal momento de la enfermedad, es común que se refleje con una baja de autoestima y ansiedad, está perdida corporal es inevitable, ya que es a consecuencia del tratamiento tan agresivo que se les aplica.

Es importante diferenciar el dolor psicológico expresado por muchos pacientes y que entendamos como una respuesta interna ante la pérdida, la cual incluye pensamientos y sentimientos. Y el duelo como respuesta externa, el dolor expresado socialmente, junto a las características de la pérdida, reversible o irreversible, súbita, etc; intervienen un conjunto de variables individuales; edad, nivel cultural, creencias, personalidad, significado, diferencias culturales, etc. Que modulan y determinan la intensidad y duración de la respuesta emocional.

También existe el duelo complicado, que es aquel que dura aproximadamente másde seis meses, es un duelo duradero e intenso Entre los factores que incrementan claramente el riesgo de sufrir un duelo patológico destacaremos:

- Muerte de un hijo, especialmente si esta se produce en la niñez o adolescencia.
- Pérdidas múltiples.
- Muertes repentinas o inesperadas especialmente si lo han sido en circunstancias traumáticas.
- Pérdidas inciertas son aquellas donde no aparece el cadáver (Servicio de Oncología Médica, 2007).

## 2.2 Duelo Anticipado

Es importante hablar del duelo anticipatorio al que también podríamos denominar Duelo Imaginado comparte con los otros duelos la característica fundamental de ser una respuesta emocional frente a una pérdida. Que, en este caso, tiene la característica fundamental de ser la propia y además no está aconteciendo en la realidad presente sino en un futuro virtual fruto de la capacidad de imaginar un desenlace. Pues de hecho la situación en la que se desarrolla no es irreversible. Con el duelo anticipado comparte que se producen antes que la pérdida cursando con los mismos síntomas, y se diferencia en reversibilidad/irreversibilidad de la situación en la que se producen. (Psicothema, 2001).

Rando (2000) define al duelo anticipado como:

“Un tipo de duelo que puede ocurrir cuando un individuo tiene la posibilidad de anticipar la muerte de un ser querido o la propia”. (p.3) Según la autora, el duelo anticipado es un proceso complejo y multidimensional que abarca multiplicidad de acciones frente al reconocimiento de la muerte irrevocable propia o de alguien amado. Es un fenómeno conformado por siete operaciones generales en respuesta al reconocimiento de la enfermedad terminal propia o de alguien significativo (Fulton, 2003).

El duelo anticipado es aquel que se expresa por adelantado cuando una pérdida se imagina como inevitable y sin embargo no lo es (al menos en ese momento) puesto que la situación planteada (enfermedad) no se encuentra (al menos teóricamente) en una fase terminal o irreversible. Este duelo se observa clínicamente de forma relativamente habitual en el propio paciente y raramente entre los familiares. Generalmente lo podemos observar a partir de la comunicación del diagnóstico, pero a veces se muestra antes de llegar a este punto, en la fase inicial de las pruebas (Linares, 2008).

A principios de 1900, Freud se estaba convirtiendo en un antecesor de lo que hoy se conoce como duelo anticipado. En su obra, *La Transitoriedad* (Freud, 1915) describe: “La representación de lo que es bello era transitorio, dio a los dos sensitivos un pre gusto del duelo por su sepultamiento, y puesto que alma se aparta instintivamente de todo lo doloroso, sintieron menoscabo su goce de lo bello por su idea de



transitoriedad” (p.310).

En este artículo, Freud, inspirado por la guerra y sus consecuencias negativas, describe la moción displacentera que genera a todo individuo el reconocimiento o la comprensión de que lo que ama perecerá. Sostiene que la anticipación de la pérdida de lo que se valora induce al sujeto a instintivamente alejarse y rechazarlo.

Una de las cuestiones más importantes que Rando (2000) plantea es que, a diferencia de lo planteado por Lindemann, lo significativo del duelo anticipado no radica en que una vez que la persona fallece parte del proceso de duelo ya se ha completado, sino en que el anticipar una muerte permite al individuo, después de cierto tiempo, comprender la pérdida como un proceso natural y predecible frente al cual puede ir desplegando sus mecanismos de afrontamiento para que sea menos doloroso. No es que se pueda hablar de una cantidad determinada de dolor que pueda desplegarse en el tiempo y que por ello la situación resulte menos penosa, sino que muy por el contrario la intensidad del impacto puede afrontarse de otra manera cuando el sujeto aún está vivo y existe la posibilidad de reorganizarse y concluir asuntos pendientes.

El Duelo Anticipado es un síndrome multidimensional que sucede en situaciones reversibles anticipando una pérdida, que no se puede elaborar de ninguna manera (al no ser real), y que se caracteriza por:

1. Sentimientos intensos de Rabia y de Hostilidad contra el mundo. Algunos pacientes hacen hincapié en la injusticia radical que supone su estado.
2. Sentimientos de Culpa, focalizados habitualmente en el pasado (sobre lo que se hizo o lo que se dejó de hacer en relación a la enfermedad) pero a veces proyectados también hacia el futuro. Sentimientos de pérdida irremediable (nada se puede hacer, ya no sirve de nada ...) que no ceden ni aceptan ningún razonamiento.
3. Tensión interna exacerbada, como si necesitaran estar en un estado de permanente alerta.
4. Humor deprimido, pena, pesar, aflicción o sufrimiento y ante todo una profunda desesperanza y desconsuelo.
5. Anhedonia, disminución evidente del interés por el mundo que les rodea,

por el presente, por la vida cotidiana (Psicothema, 2001, p.5).

Hablar del duelo anticipado es poco frecuente y conocido, ya que se tiene pensado que es lo mismo al concepto de duelo general, pero al relacionar el duelo anticipado con la parte oncológica es ese proceso que se lleva a cabo cuando se da el diagnóstico de cáncer y se debe atravesar por la pérdida de salud y en conocer los tratamientos totalmente negativos como lo es las quimioterapias y pensar en los síntomas que traen con ellos estos tratamientos. (Psicothema, 2001).

Podríamos plantear que los pacientes que presentan el Duelo Anticipado tienen algún tipo de problema con el mecanismo de la introspectibilidad de la Conciencia dado que el cuadro que presentan refleja una incapacidad para poner límites a la fuerza emotiva de lo imaginado.

Centrándonos en los pacientes de oncología el duelo anticipado da una reacción emocional, donde se ve reflejado por los cambios físicos, el comportamiento y el área cognitiva, ya que estas se ven afectadas por la fantasía de la muerte a futuro y es difícil hacer que las personas se centren en la realidad, porque las fantasías son fuertes para el cerebro que las vuelve su realidad. Por otro lado, a parecer la desesperanza, con un futuro incierto y creyendo que las opciones ya no son viables.

El acercamiento al duelo anticipatorio no pasa por tanto a nuestro parecer por buscar razones para su aparición y desarrollo, sino modos de conectar y generar emociones capaces de cuestionar radicalmente la veracidad de la propia pérdida. De alguna forma, el duelo anticipatorio o imaginado, es una huida de la realidad presente, una realidad dolorosa e injusta que nos enfrenta a nuestros propios fantasmas culturales (Lindermann, 1994).

Por último, se menciona que el duelo anticipado también tiene distintas fases:

- Fase de embotamiento de la sensibilidad: en la cual, los padres al enterarse de la enfermedad terminal del niño transitan por un sentimiento aturdimiento y de que nada es real. La noticia por lo general no es asimilada desde el principio y se necesitan varios días para aceptar el diagnóstico y sus consecuencias. Igualmente, los sentimientos pueden quedar como suspendidos y el progenitor

puede mostrarse indiferente. Muchas veces también se manifiestan arrebatos de ira contra el médico que establece el diagnóstico.

- Fase de incredulidad e intentos de revertir el desenlace: Bowlby plantea que esta fase es la estudiada en el duelo, puesto que en el duelo anticipado la persona aún continúa viva. Por ende, lo que el individuo se resiste a aceptar no es la muerte del ser querido.
- Fase de reorganización: a medida que la enfermedad avanza, los padres se van adaptando lentamente a la nueva situación, y a los nuevos modelos representacionales de sí mismo y del mundo (Kübler y Kessler, 2006, p.4).

### **2.3 Etapas del duelo anticipado**

Depencare (2021) habla que habitualmente existen 3 etapas diferentes del duelo anticipado, y que afectan a las diferentes dimensiones de la persona: física, emocional y espiritual.

- La primera etapa sucede en el momento del diagnóstico en el que se produce un choque, un shock en el individuo que causa ira, rabia y depresión.
- La segunda etapa cuestiona la situación y trata de buscar soluciones, hasta que se asimila la realidad provocando tristeza y depresión.
- La tercera fase es la última, donde el individuo se va adaptando a la situación y trata de asimilar, pensando cómo será su vida (p.6).

### **2.4 Concepto de Muerte en el Infante**

Para comenzar este subtema, el concepto de muerte según la RAE es el término de la vida. (2021). Dentro del vasto mundo de los enigmas que inquietan a los hombres, existe un tema inefable para el entendimiento humano, a parte del de la vida. Tema que inquieta y desvela al hombre, y que no ha podido descifrar, por mucho que quiera hacerlo. Se trata según Montiel, 2003: “La muerte es el máximo enigma de la vida humana”, pero es también el camino que todos debemos recorrer, (p.1).

Por lo regular se evita hablar del tema de muerte, ya que el sentimiento no es

gratoy las personas crecemos con esa idea de que es algo negativo en nuestras, a pesar de que es algo totalmente natural del desarrollo humano, cuando se tiene presente la muerte en las personas, estas comienzan a pensar y hacerse ciertas preguntas que en ocasiones no tienen respuesta o son variadas, como por ejemplo el ¿Dónde va el alma?; Esto se lo responden dependiendo de sus creencias, ya que estas son las que dan cierta fortaleza a las personas al momento de perder a un ser querido.

Desde el punto de vista médico, la muerte se produce al cesar las funciones fundamentales: actividad cardiaca, actividad respiratoria, estas traen consigo el cese de las funciones cerebrales y con esto termina toda la existencia. Dicho de otra manera, estar biológicamente muerto significa que por lo menos el cerebro ha cesado completamente e irrevocablemente de funcionar y ya no es resucitable.

Ahora bien, desde el lado de la psicología, se puede apreciar el comportamiento dela pérdida ante el fenómeno de muerte. Muchos de nosotros cerramos los ojos ante la realidad del morir y optamos por jugar a ser inmortales. Así vivimos y con frecuencia morimos: con los ojos cerrados, inconscientes ante la realidad de la muerte o por esta razón, acercarse a su misterio, recorrer la ignorancia, es un desafío que incomoda, que perturba e inquieta.

Biológicamente, la muerte es un proceso que se va preparando mediante la evolución de los tejidos orgánicos, pero también psicológicamente, los fenómenos de ruptura, siempre dolorosos, acompañan la maduración del individuo. Por tanto, la muerte no es solo el quebramiento de la vida, es también un componente inmanente en ella, es lo más seguro y pronto que tenemos (Hernández, 2006)

En ser y tiempo, Heidegger considera la muerte como una tentativa de captar la posibilidad de ser un todo del Dasein, o el ser humano por su propio ser. Si el ser humano es definido ontológica y existencialmente como su “estar ahí”, solo se tendríaque incluir el origen o nacimiento de la existencia, sino también el final. La muerte esel fin de Dasein, sin embargo, con respecto a cualquier existencia individual, es siempre excepcional, nunca todavía alcanzada, y la totalidad o plenitud del Dasein se nos escapao es marcada por el cierre imposible: para cuando el Dasein muere, o como señala, cuando alcanza su posibilidad más extrema, ya no está allí, ya no es, y por lo tanto nada es.

(Heidegger, 2003).

El “Da” del Dasein indica ya desde Ser y Tiempo un carácter espacial que preceda todo (aquí, ahí o allí). Por otra parte, Dasein es anterior a toda creación, a todo individuo y a toda humanidad concreta. Este es el complejo significado de la vida en sentido nominal y verbal. Pues bien, esto es lo que significa también “Dasein”, según Heidegger: “vida= Dasein, ser en la vida y mediante la vida”. En este concepto de Dasein como equivalente al de vida se sintetiza un concepto fundamental como: posibilidades, mundo, cuidado, etc.

Según Jean-Baptiste Lamarck considera que un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominamos vida y que está sujeto necesariamente a perderla, o sea, a sufrir la muerte, que es el fin de su existencia. Sitúa la muerte directamente en el interior del ser vivo. (p.2).

La muerte para la persona depende de la cultura que ha sido aprendida y es por ello que las actitudes y comportamientos que muestra cada persona, la muerte es vista como algo natural, pero doloroso para las personas que pierden un ser querido. Ante estas pérdidas la sociedad ha generado distintos rituales para despedir a sus familiares.

Una manera que toda la sociedad ha adquirido para que este proceso sea menos doloroso es el creer en un cielo o infierno donde irán las almas de sus seres queridos y no sentir que los perdieron del todo, es por ello que independientemente de la cultura o religión que se sea siempre se tiene un dios al cual en el momento de agonía de la persona se encomienda para que siga al otro mundo de la vida y todo esto comenzó desde la edad media. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2006).

Para el siglo XIX es “el otro mundo” el lugar de reunión entre aquellos que han sido separados por la muerte, la cual se comienza a dilucidar como algo demasiado horrendo como para tenerlo de manera constante en mente, comienza a ser un tema tabú. Sin embargo, O’Connor describe que a finales de este mismo siglo lo más común era que la gente muriese en el hogar donde habían habitado, dándose cuenta así de la proximidad de su muerte y teniendo con ello la oportunidad de terminar los asuntos emocionales de su vida en su ambiente familiar; permitiendo también a los miembros de la familia y amigos decir adiós al ser querido, contemplado a la muerte como algo natural.

Freud (1936) nos dice que “la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos”. (p.1). Si tiene tal fuerza es por lo que se propone brindar a los hombres, y menciona que la religión cumple tres funciones principales:

1. Satisfacer la curiosidad natural del hombre de saber, ya que le informa sobre el origen y la génesis del Universo.
2. Calmar la angustia que el hombre siente ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte. Lo consuela en la desdicha y le asegura un buen final.
3. Difundir reglas y consejos de cómo comportarse en la vida, con la finalidad de obrar con justicia. (Freud, 1936 p.1)

Las personas mueren de diferentes enfermedades, en diferentes circunstancias y ámbitos culturales, con diferentes niveles de conciencia y con diferentes percepciones de lo que constituye una buena muerte. La relación que cada uno de nosotros establece con la muerte se teje en el plano más íntimo, a través de la conciencia personal, matizada por la época, las creencias y los conocimientos y en base a ello cada cual vuelve la vista para buscar un sentido a su propia muerte.

Para los niños la muerte a esa edad tiene un significado mínimo, pero son capaces de entender y comprender a qué se refieren cuando un familiar les comenta ante este término. Los padres deben hablar con los niños de que sucede, ya que cuando ellos ven a sus familiares tristes, deprimidos, asustados o enojados, en los niños se generan emociones y sentimientos de angustia al no saber qué es lo que pasa en el ambiente donde se desenvuelve (Stanford Medicine Children’s Health, 2022).

Todos los niños, a cualquier edad, tienen su propia noción de la muerte. Para un niño con una enfermedad terminal, las experiencias previas con la muerte y otros factores como la edad, el desarrollo emocional y el entorno influyen en nuestra propia noción de la muerte. Los dibujos animados, las películas, la televisión y los videojuegos están repletos de imágenes de muerte. El niño con una enfermedad terminal puede haber experimentado anteriormente la muerte de un familiar, un amigo o una mascota.

Con frecuencia, los adultos transfieren a sus hijos conceptos erróneos sobre la muerte y temor a ella. Tratar a la muerte como parte de la vida es difícil, pero puede ayudar a aliviar un poco el miedo y la confusión asociados a ella. Tratar con la muerte es algo que debe hacerse dentro de las creencias y costumbres de la familia.

La edad de desarrollo es un término amplio que se utiliza para describir la madurez del desarrollo del proceso del pensamiento. Los niños pueden ser más o menos maduros en su razonamiento y procesamiento de la información que otros niños de edad similar.

La experiencia de los niños con la muerte está influenciada por quienes los rodean. Pueden hacer preguntas acerca de por qué y cómo ocurre la muerte. Los niños en edad preescolar pueden sentir que sus pensamientos o acciones han causado la muerte y/o la tristeza de quienes los rodean. Pueden experimentar sentimientos de culpa y vergüenza; en ocasiones un niño de esta edad llega a adquirir una enfermedad grave y crónica donde es fundamental hablar con los niños sobre una posible muerte, ellos no comprenden del todo porque a su corta edad les toca vivir esta experiencia y puede ser más fácil en su mente relacionarlo como un castigo que reciben o que sus progenitores no supieron cuidarlos adecuadamente (Stanford Medicine Children's Health, 2022).

Con el paso que van creciendo los niños el concepto de muerte se vuelve más entendible y realista, aunque se debe recordar que los niños continúan con su parte fantástica donde a la muerte la pueden imaginar como un ángel, esqueleto o fantasma, ya que son las más comunes con las que solemos relacionar. Aquí es donde quizá se comienzan las dudas y preguntan a sus padres acerca de todo eso que les causa curiosidad y se denota el sentimiento de miedo a lo desconocido o perder a alguno de sus padres, lo que genera ansiedad y temor.

## **Capítulo 3. Taller de Juego Gestalt**

### **3.1 El Juego en la Terapia**

La Asociación para la Terapia de Juego (2012), define a la terapia de juego como: El uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos. (p. 4)

Por medio del juego el infante busca la improvisación dramática, a su vez por medio del juego ellos buscan establecer su realidad e ir aprendiendo del mundo, al igual que de su persona y esto es sano a lo largo de su desarrollo. El juego es una forma de auto terapia, mediante la cual a menudo se resuelven confusiones, angustias y conflictos, ya que de esta manera para ellos todo es más aliviado.

El juego le sirve al infante como un medio de lenguaje, en vez de expresar por palabras lo hacen a través de simbolismo. A lo largo de su existencia, el infante va teniendo vivencias que en ocasiones les es difícil externar a quienes le rodean; de igual manera nos funciona el juego para asimilar lo sucedido y corregirlo correctamente (Oaklander, 2012).

### **3.2 Terapia Gestalt**

La palabra Gestalt se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria (Castanedo, 1997).

La Psicología de la Gestalt es también conocida como Teoría de Campo, debido a que la Gestalt considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un organizado sistema de tensiones y esfuerzos (fuerzas), análogos a los que se dan en un campo gravitacional o en un campo electromagnético.

Desde cierta perspectiva se puede creer que cuando se dice “trabajamos con juegos”, es simplemente jugar durante la sesión sin ningún sentido, pero la realidad es que el trabajo del terapeuta es que el infante nos de los datos suficientes para así de esta manera trabajar los puntos importantes desde la Gestalt. Por ello se debe prestar total atención



a las siguientes técnicas proyectivas y expresivas: relación Yo-Tu, contacto y resistencia, fortalecimiento del self, los sentidos, el cuerpo, expresión emocional, autocuidado y finalización de la terapia.

### ***3.2.1 Relación Yo-Tu***

Basándonos en el autor Buber (1958) nos expresa que es el encuentro entre dos individuos donde ninguno es más importante o superior al otro. A lo largo de cada sesión el terapeuta deberá involucrarse para de esta manera prestar total atención a la información que le brinda el infante, debe tenerse claro desde un inicio que hay que establecer los propios límites, tener metas y expectativas. No se debe jamás obligar o sobre pasar la capacidad o disposición del infante, debemos crear un ambiente donde se sienta con seguridad. Tomemos en cuenta que cada sesión será única y le dará una experiencia al infante diferente. Si el infante es incapaz de formar una relación con el terapeuta, es nuestro trabajo buscar de una manera creativa establecer el hilo de relación (p.1)

La transferencia es algo que por lo general se presenta en cualquier tipo de relación, aunque en este caso es importante que el terapeuta sepa manejar la situación, ya que el infante podría reaccionar como si fuera una figura parental, a pesar de que no lo es. El terapeuta tiene su propio punto de vista, su manera de reacción es distinta y sus límites. Al momento en el que se comienza ya a relacionarse directamente con el infante se le permite que el descubra por cuenta propia sus límites y de esta manera el mejoramiento y fortalecimiento de sus habilidades.

Por otro lado, el terapeuta debe tener total alerta en cómo se expresa con él para evitar la contratransferencia, ya que esto dañaría al infante. No involucrar los miedos o sentimientos propios. Respetar los horarios establecidos y buscar la manera correcta de cierre al final de la sesión.

Al momento de vencer la resistencia inicial con el infante, se sentirá una mayor relación entre ambos, no debemos olvidar que habrá niños que establecer una relación les será complicado y necesitan de más tiempo para poder llegar a eso, esta dificultad se da ya que ellos tuvieron experiencias a corta edad que los han lastimado

emocionalmente y esto los lleva a que sea imposible confiar, se debe aceptar y respetar la resistencia del infante, porque esto se da a causa de que no han descubierto la forma adecuada de protegerse y que nadie los lastime nuevamente. El trabajo del terapeuta en este caso será fomentar esta confianza y relación en ellos de una forma creativa (Oaklander, 2012).

### **3.2.2 *Contacto***

El contacto terapéutico es vital a lo largo de cada sesión, por lo regular la manera de contacto del niño dentro de la sesión es similar a como lo es fuera de sesión, aquí es donde se identifica si existe dificultad por parte del niño, el objetivo de la terapia es ayudar a ir estableciendo y manteniendo con facilidad el contacto con el terapeuta; esto implica que debe ser saludable, debe estar presente el uso de los sentidos, cuerpo, conciencia y emociones; ya que da una sensación de seguridad e independencia.

El buen contacto consta de tener la habilidad de: tocar, mirar, ver, escuchar, saborear, oler, hablar, emitir sonidos, gestos, lenguaje y moverse en el entorno donde se está desarrollando la sesión. Cuando a lo largo de las sesiones se percibe que el niño es capaz de establecer un buen contacto y de repente en una sesión llega distraído, irritado, poco participativo, nos da la pauta de que algo ha sucedido y podemos basarnos en eso para de forma casual hacer que el niño nos comparta el suceso de que es lo que lo llevó a estar el día de hoy de tal manera (Oaklander, 2012).

Es válido que el niño rompa con el contacto, a causa de que se presente incomodidad y resistencia, podría mostrarse por la poca participación del infante ante la actividad y el no observar los resultados esperados; es aquí donde el propósito del terapeuta será encontrar los medios para que el niño mantenga con facilidad el contacto (Schaefer, 2005).

### **3.2.3 *Resistencia***

La manera en la cual los niños buscan lidiar y hacer contacto con el mundo es a través de ciertas manifestaciones de conducta, a las cuales se les llaman resistencias y que para los adultos suelen ser desagradables e incomprensibles. Conforme el niño va adquiriendo confianza en sí mismo; estas conductas fallidas se van desvaneciendo y son

reemplazadas por una manera de contacto más satisfactoria.

La mayoría de los niños son resistentes y esto se debe a que es su forma de protegerse, cuando no se percibe una resistencia podemos identificar que el yo del niño está muy frágil y por ello hace todo lo que digan, para que de esta manera sienta que puede sobrevivir. Se debe aceptar la resistencia del niño para que él se atreva a experimentar o correr el riesgo de nuevas cosas. Por momentos la resistencia se verá desaparecida, pero volverá cuando exprese todo lo que es capaz de soportar, cada vez que aparezca y desaparezca debe ser aceptada, ya que no se puede obligar al niño a ir más allá de sus capacidades. (Oaklander, 2012).

### ***3.2.4 El Cuerpo***

El cuerpo es un foco importante, porque cada emoción tiene una reacción corporal, el objetivo es que se perciba la emoción y donde se representa o se siente en el cuerpo, desde temprana edad se van creando pautas corporales, en las cuales van adoptando conforme a su creciente y buscar la manera de expresarlas o hacerse entender.

Cuando un niño con traumas o perturbaciones experimenta emociones, no permite que salgan a su cuerpo, más bien lo comprimen. El terapeuta debe ayudar a conseguir un desbloqueo emocional por medio de respiraciones, detectar qué emoción es y cómo canalizarlo al exterior, recordemos que se deben utilizar juegos para ayudar al niño y él lo pueda tener más comprensible.

No es necesario hacer varias sesiones donde se trate el tema del cuerpo, con una sola sesión claramente establecida, se buscan actividades donde el niño se sienta seguro y el terapeuta comprenda cómo el niño ve desde su experiencia la parte de la corporalidad (Oaklander, 2012).

### ***3.2.5 Fortalecer el Yo***

El yo tiende a representar nuestra forma de ser, nuestra esencia. Se convierte en una potencialidad, que siempre se encuentra en continuo cambio. Se busca desarrollar un sentido en el niño, donde comience a sentir bienestar y sentido en sí mismo, en esta área es donde podemos mezclar con los sentidos, ya que cada niño tiene un canal de percepción donde le es fácil adquirir conocimientos y esto al terapeuta le facilita el

trabajo y el fortalecimiento del yo en el niño (Oaklander, 2012).

Definir el yo: Es importante en primer lugar conocer el yo del niño, para esto se usan técnicas de dibujos o actuaciones en las cuales el niño puede hacer declaraciones donde se enfoque en el mismo yo, conociendo todas aquellas partes que lo integran y que lo hacen ser él. Otro aspecto importante del yo es respetar los pensamientos, creencias, ideales de sí mismo.

Elecciones: Los niños tienden a tener miedo de tomar una decisión así sea insignificante, porque no les gusta equivocarse, es donde entra el terapeuta dando múltiples alternativas para que se sienta confiado en tomar una elección de todas esas, si el niño presentará duda o inseguridad hay que tener paciencia y con gestos amables hacerle la invitación nuevamente de tomar elección donde él se sienta cómodo.

Fronteras y límites: Este punto comienza desde casa, ya que es el primer contacto que tiene el niño con la sociedad y son sus padres los que deben tener una crianza correcta, a esto nos referimos con saber en qué momento es adecuado establecer límites con los niños. Cuando no se les pone una frontera o limitante a lo largo de su desarrollo los niños suelen presentarse con conductas ansiosas e inquietantes. Su sentido del yo se torna amorfo. En las sesiones con niños se establecen reglas justamente para marcar estas limitantes, por ejemplo, la hora de inicio y fin del juego, el cuidado de los objetos, la limpieza del lugar y respeto entre ambos individuos.

### ***3.2.6 Expresión Emocional***

Una de las metas es ayudar a los niños a descubrir y expresar emociones bloqueadas, ayudarlos a definirse a sí mismos, sentir más autonomía. La utilización de técnicas como parte del juego nos permite comunicarnos y expresarnos con los niños, nos permite que ellos nos establezcan proyecciones que despiertan sentimientos, ya que todo lo que el niño crea en la hora del juego se basa en sus experiencias donde nos da pautas de la historia que ha vivido y nos da material para saber sus necesidades, deseos, carencias o sentimientos.

En todo juego que se le imparte al niño, podemos añadir un espacio donde él cuente una historia y a partir de ahí aterrizar las ideas por medio de preguntas, por esta parte se pueden identificar todas aquellas emociones positivas o negativas. Las

proyecciones se les hace más fácil a los niños para hablar o plasmar todo aquello que están viviendo o sintiendo.

El terapeuta debe ser observador desde cómo llegó el niño y como después de externar todo por medio de los juegos su postura y aspecto corporal cambia radicalmente, más cuando es un niño con dificultades para expresar su sentir, es otro medio en el cual nos demuestra como su seguridad y confianza en sí mismo se va fortaleciendo.

### ***3.2.7 Autocuidado***

Durante todo el proceso terapéutico es importante resaltar el autocuidado con los niños, ya que lo que se pretende es ayudar a que ellos logren ser receptivos y comprensivos consigo mismo. Este concepto del autocuidado es difícil de tratar con los niños porque son enseñados a que si piensan en ellos mismos son egoístas y crecen con la idea de que es mejor no preocuparse en sí, todo esto hace que no se crezca con un yo sano y solo se consigue que conforme a su desarrollo aparezca con facilidad el estrés.

Los niños, en su egocentrismo, se conforman por los traumas que aparecen a lo largo de sus vidas. A pesar de que en ocasiones existen padres que buscan comunicarse con ellos, esto no lo resuelve ya que continúan con la idea errónea de que ellos tienen la culpa, lo cual sólo provoca tensión en los niños.

Se suele ser muy crítico consigo mismo a lo largo de su crecimiento con introyectos negativos, el niño se plantea que debe ser mejor y están en este constante pensamiento lo lleva a una desesperación. Oaklander (2012) nos menciona: “La aceptación de todas las partes de uno mismo, aun las más odiosas, es un componente vital de un desarrollo sano y no deteriorado” (p.4).

El desprecio comenzará a desaparecer, cuando ayudamos al niño a comprender y aceptar todas las partes que lo hacen él y que aborrece, genera habilidades en las cuales sabe de qué manera tratar correctamente. En esta primera parte debemos profundizar y sacar las partes odiadas por el niño del yo, permitir que por medio de su comodidad nos exprese su significado e identificar qué concepto les da y crear uno nuevo donde exista la aceptación

En el libro El Tesoro Escondido nos da el ejemplo de un caso, de un niño de

10 años en el cual por medio del dibujo expresaba toda la ira que existía hacia el mismo y se etiquetaba como torpe, durante las sesiones se le asignó que por medio de fantasía, imaginara un hada la cual le mencionaba que a pesar de que cada vez que vinieron estos introyectos negativos de que es torpe, siempre estaría ahí aceptándose y mejorando para no caer más en este concepto, al finalizar el niño se dio cuenta que no era torpe como él consideraba, ya que era capaz de llevar a cabo muchas actividades y tareas correctamente. (Oaklander, 2012).

### ***3.2.8 Procesos Inapropiados Persistentes***

Por lo regular durante el proceso terapéutico las conductas inapropiadas de los niños disminuyen o desaparecen, han aprendido nuevas habilidades que les permiten tener nuevos conceptos de sí mismos. En ocasiones hay conductas que no se logran reducir y persisten firmemente, una opción es que el terapeuta se adentre en hablar con el niño sobre cómo se siente cada vez que se presenta dicho suceso negativo en su vida, así se analizan los hechos y también cómo se siente justamente el niño ante el acontecimiento. No obstante, si confrontó el trauma bastante pronto. (Oaklander, 2012).

Es importante que, si no vemos un cambio en el niño, no hay que pensar que todo es cuestión de él, sino que el terapeuta debe retroceder un poco y evaluar si su trabajo es adecuado o se ha cometido algo equívoco, para de esta manera encontrar una alternativa o un cambio en el proceso de trabajo.

La terapia Gestalt se basa en la orientación de procesos para la ayuda del niño, esto permite que tome conciencia y modificar las conductas desde que percibe cuál es el problema. Beisser (1970) afirma: “El cambio ocurre cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es” (p.2). Este autor creó actividades en las cuales buscaba conseguir la conciencia de los niños sobre su valor propio y expresar sus sentimientos adecuadamente.

### ***3.2.9 Finalización de la Terapia***

El momento de concluir con la terapia se notará cuando vemos que el niño comienza a presentar conductas diferentes a que con las que llegó en la primera sesión, el mismo niño dirá que ya tiene otras actividades en las cuales ocuparse y no le da el

tiempo para asistir a terapia, por lo que será hora de cerrar el ciclo de las sesiones.

Por otro lado, si identificamos que el niño ya ha modificado y reforzado su yo, pero aun dan frutos las sesiones es importante continuar con las sesiones solo que ir aplicándolas por más tiempo. Cuando se identifica que aún hay resistencia se debe seguir trabajando, ya que esto suele ser más tardado en niños que fueron traumatizados y con abusos, dependerá de la edad del niño, si tiene 4 años de edad podrá trabajar con sus sentimientos y angustias. Si en algún momento los padres por cuestiones económicas o algunas otras retiran a sus hijos de terapia, se debe respetar la decisión y solo mencionar que a futuro sería adecuado que retomaran el proceso.

El proceso de la terapia será variable en cuestión al tiempo, puede durar meses o hasta 2 años, sin importar cual sea el motivo de consulta siempre debe existir total atención por parte del terapeuta. Llegar al momento de la finalización del proceso terapéutico no debe ser a la ligera, sino que es un ciclo que se termina para el niño y se debe tratar adecuadamente para evitar que él lo sienta como un arrebató, más bien que lo perciba como un fin y un nuevo comienzo en su vida.

La última sesión consta de un rito de despedida, en el cual se da el reconocimiento al niño sobre el avance que tuvo sus sesiones, se agradece por la participación que tuvo en todo el proceso y sobre todo por permitir confiar y abrir todo aquello que era un trauma para él. Dejando siempre claro que en cualquier momento donde se necesite apoyo, nosotros como terapeutas tendremos las puertas abiertas.

### **3.3 Etapa Infantil (Segunda Infancia)**

Según la División de Desarrollo Humano (2021): “En esta etapa desarrollan rápidamente habilidades físicas, sociales y mentales. Es fundamental que en esta etapa el niño aprenda a adquirir confianza en todas las áreas de la vida, como en las amistades, las actividades escolares y los deportes” (p.1).

Se conoce como segunda infancia o niñez media, la cual abarca las edades de los 6 a los 12 años, en esta etapa los niños comienzan a ser más independientes y se denotan esas destrezas en actividades que van desarrollando, las cuales les permiten seguir reforzando su coordinación e integración social.

En esta etapa la parte del crecimiento es poco vistosa, su crecimiento vuelve a la normalidad hasta que los niños tienen 9 años y las niñas 11 años. Aquí es donde los niños pasan por el momento de mudar dientes y sus huesos comienzan a crecer, este proceso es doloroso para ellos. También en esta etapa el egocentrismo comienza a desaparecer y comienzan a tener pensamientos más lógicos con procedimientos concretos al momento de enfrentar problemáticas que se encuentran aquí y ahora (Hoffman, 1996).

Entre estas edades de la etapa media hablando de la parte física (estatura y peso) los niños crecen alrededor de cinco a siete centímetros y su peso se duplica (Ogden et al; 2004). Mientras que las niñas conservan sus tejidos adiposos que los niños, también depende la cultura de cada niño lo que será un detonante ante el crecimiento de cada niño, ya que los afroamericanos llegan a tener más musculatura, que los europeos y los mexicanos mantienen más grasa. (Ellis et al., 1997). En esta edad es importante que su nutrición y sueño sea adecuada, la cual consta que consuman 2400 calorías por día, llevar una dieta balanceada donde se incluya vegetales, frutas, carnes, granos y altas porciones de carbohidratos, en los que se encuentran pan, pastas y cereales. El área del sueño es necesario que duerman aproximadamente de 11 a 10 horas diarias hasta los 13 años de edad, ya que esto les permite que en el día puedan mantenerse alerta en las actividades que son importantes realizar en su día y de igual manera tener un hábito de su horario para ir a la cama para dormir, sin ningún estimulante auditivo o visual. (Hoban, 2004).

La obesidad es un punto de cuidado, ya que en 2003 a 2004, cerca de 14% de los niños de dos a cinco años tenían sobrepeso y aproximadamente 12% se consideraba en riesgo de sobrepeso. Los varones se ven más afectados que las niñas y los varones estadounidenses de origen mexicano están especialmente propensos a este problema (Ogden et al., 2004). Los mayores incrementos de sobrepeso se dan en niños que pertenecen a familias de bajos ingresos.

A nivel mundial, se estima que 22 millones de niños menores a cinco años son obesos (Belizzi, 2002). Luego de la difusión de alimentos chatarra a través de los países en desarrollo, hasta 20 a 25% de los niños de cuatro años en algunos países como Egipto,



Marruecos y Zambia tienen sobrepeso o son obesos —una mayor proporción que de niños con desnutrición.

Los cambios en esta etapa del desarrollo del cerebro van a depender de la maduración cerebral de cada niño, ya que cada región del cerebro será eficaz para las tareas que se deben ejecutar (Amso y Casey, 2006). Aquí entra en juego la interacción de los factores genéticos, epigenéticos y ambientales, es importante mantener chequeos médicos para ir viendo el cambio del cerebro durante todo este proceso y que no existan cambios alarmantes. (Blakemore y Choudhury, 2006).

La capacidad de atención en esta etapa se va desarrollando en la cual los hace capaz de tomar mejores decisiones ya que se sabe de qué se está hablando o que tema es al que se enfrenta, esto también les permite que ellos puedan planear y elaborar trabajos y llevarlo a cabo con mejores estrategias que les permite organizar y contar, lo que les ayuda a aprender y recordar.

Los niños por naturaleza tienden a estar en riesgo en todo momento, ya que no son cuidadosos y por jugar tienen acciones que los pone en peligro, algunos daños son menores y no preocupantes, pero se debe estar pendiente de los malos golpes en la cabeza o alguna otra parte del cuerpo que sí pueden ocasionar hasta la muerte. (Hamilton et al., 2007).

Según Papalia et al. (2009) En la segunda infancia:

Los niños pueden entender mejor sus propias emociones junto con la de otras personas. Este progreso emocional va paralelo a su cambio cognoscitivo: desde verse a sí mismos en una sola dimensión hasta llegar a una representación del yo con múltiples dimensiones. Entre los siete y los ocho años, los niños interiorizan emociones complejas como la vergüenza. (p.5).

La herencia genética hace que existan niños con enfermedades crónicas o más propensos a padecer algo grave. Mientras más bajo sea el Nivel Socio Económico de la familia, mayor el riesgo de enfermedad, lesiones y muerte de un niño (Chen et al., 2002). La parte ambiental tiene una gran contribución ante esto, desde la exposición que se tuvo en el vientre de la madre o a lo largo de su crecimiento ante el tabaco, alcohol o sustancias tóxicas, también a la exposición de la contaminación.

La contaminación ambiental, en particular debida a partículas químicas y ozono, se asocia con el aumento en los riesgos de muerte y de enfermedad respiratoria crónica. Es posible que los contaminantes ambientales representan un papel determinante en ciertos padecimientos de la infancia, como cáncer, trastornos neurológicos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y retraso mental (Goldman et al., 2004).

Para concluir el autoconcepto en los niños se modifica ya que como se vio anteriormente se da una maduración cerebral, algunos niños son realistas y se dan cuenta de sus habilidades y sobre las cosas positivas que dicen sus seres queridos de él y lo que sabe que lo integra a él mismo, pero no en todos los casos es así, ya que algunos niños con tal de embonar crean una imagen errónea de ellos mismos y se adjudican etiquetas que no son verdades sobre su caracterización personal y los perturba (Serrano, 2008).

## **Capítulo 4**

### **Metodología**

En el siguiente apartado se busca desglosar parte por parte de cómo ha sido el plan de esta investigación, ya que se notara la importancia de la intervención de Taller de Juego Gestalt, ya que en los próximos apartados se hablará a detalle de los distintos puntos que son de suma importancia para llegar a la respuesta de la hipótesis.

Se describirán los instrumentos a utilizar ya que así se podrán obtener resultados para las variables establecidas, también en que constan y su validez para respaldo de la investigación, por otro lado, la descripción del sujeto de estudio, así mismo la aclaración de cuál es la enfermedad que padece y el marco contextual de las áreas cercanas al infante y describir cual es el ambiente en el que se desenvuelve día a día, para así desarrollar la historia clínica del infante.

#### **4.1 Diseño de investigación**

La presente investigación es de tipo experimental diseño de preprueba y posprueba, con un estudio de caso exploratorio, (Hernández, 2014). Se pretende que por medio de este diseño dicha investigación demuestre que al impartir un taller de juego Gestalt se trabaja con el proceso de duelo anticipado y el infante afronte de una forma resiliente su enfermedad.

El diseño de preprueba y posprueba se puede aplicar a un grupo o un solo individuo en el cual se le pone una prueba previa al estímulo, después se administra el tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior al estímulo. Por lo que en esta investigación se trabajó con un solo individuo.

El diseño experimental llega a incluir una o más variables independientes y una o más dependientes. A si mismo, pueden utilizar prepruebas y pospruebas para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental. Desde luego, no todos los diseños experimentales “puros” utilizan preprueba; aunque la posprueba sí es necesaria para determinar los efectos de las condiciones experimentales (Hernández 2014).

Los estudios de caso son todo lo anterior, poseen sus propios procedimientos y clases de diseños. Los podríamos definir como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” (Hernández, 2014, p.164). Para este trabajo se utilizó la investigación mixta.

## **4.2 Objetivos**

Se menciona a continuación el objetivo general de dicha investigación el cual consiste en que el infante con leucemia linfoblástica aguda afronte el proceso de duelo anticipado de una forma resiliente. Para poder lograr el mismo, fue necesario realizar serie de objetivos específicos, los cuales al ser realizados culminaron en el cumplimiento del objetivo principal.

El primer objetivo específico fue realizar una entrevista semiestructurada a la madre del infante para obtener información sobre sus conductas, comportamientos, cómo lleva el proceso de su tratamiento, si hay conocimiento del diagnóstico y elaborar así la historia clínica. Posteriormente, el segundo objetivo fue aplicar el Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011) para medir su nivel de resiliencia en un primer momento. Una vez aplicado este instrumento, el tercer objetivo fue aplicar la Escala de Afrontamiento en niños (Morales, 2011) para conocer en qué factor se encuentra el infante al inicio de la investigación.

El cuarto objetivo específico fue realizar las cartas descriptivas que se utilizaron para el desarrollo del Taller de Juego Gestalt que se implementó como la intervención en el infante. Las actividades que conformaron las cartas descriptivas fueron obtenidas del libro Juego Psicoterapéutico y Desarrollo Emocional. En el quinto objetivo específico se aplicó al infante un Taller de Juego Gestalt, el cual constó de cinco sesiones previamente planeadas para que, en el sexto objetivo específico, se realizara la post aplicación de los instrumentos previamente mencionados para medir el nivel de resiliencia y el factor en el que se encontraba el infante en un segundo momento de la investigación.

Como séptimo y último objetivo específico se llevó a cabo la comparación de la pre y post medición para realizar un análisis sobre el cambio que hubo posterior a la intervención con el Taller de Juego Gestalt en el infante

### **4.3 Preguntas de investigación**

A lo largo de toda la investigación, buscando autores y teorías que fundamenten lo que se escribe, también en la investigadora surgieron algunas preguntas que poco a poco se buscaron responder, las cuales se mencionan a continuación:

La pregunta de investigación es: ¿un taller de juego Gestalt a un infante con leucemia, hará que el proceso de duelo anticipado se afronte de forma resiliente?, ¿Si se implementara el taller de juego Gestalt en los familiares de los pacientes con leucemia, tendría un aporte hacia el trabajo con el paciente?, ¿Trabajar con el infante desde que se da la noticia del diagnóstico, daría mejores resultados?, ¿Dará el mismo impacto trabajar con un infante que no sepa su diagnóstico de enfermedad? Todas las preguntas anteriores se pudieron resolver a lo largo de la intervención con el infante y se habla de ello más adelante en el apartado de resultados.

### **4.4 Hipótesis**

Para comenzar se da una breve definición de que la hipótesis indica lo que tratamos de probar y son explicaciones tentativas de la investigación. Se derivan de teorías existentes. En este apartado se plasma la conjetura científica de esta investigación, en la cual por medio de toda la intervención que más adelante irá desglosando por apartados, esperando nos dé la respuesta de: *“Si se imparte un taller de juego Gestalt a un infante con leucemia, entonces podrá afrontar el proceso de duelo anticipado de una forma resiliente”*.

### **4.5 Variables**

Una variable se refiere como primera instancia a cosas que son susceptibles de ser modificadas, de cambiar en función de algún motivo determinado o indeterminado, se clasifican en dos variables que son independiente y dependiente, las cuales se mencionan a continuación:

**Variable independiente:** Afrontar la enfermedad: Consiste, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. El afrontamiento quedaría definido como: “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.4). La operacionalización de variables se distingue por dos factores generales, las cuales se miden con la Escala de Afrontamiento para Niños y Adolescentes (Morales, 2011): en este instrumentos sus parámetros son afrontamiento centrado en el problema el cual se basa de las siguientes estrategias: solución activa, comunicar el problema con los demás, búsqueda de información y actitud positiva; por otro lado, el afrontamiento improductivo se centra en las siguientes estrategias: indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva y conductual.

También para medir esta variable se usó otro instrumento el cual es Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011) para este instrumento sus parámetros se basan en detectar si se encuentra en resiliencia baja, moderada o alta.

**Variable dependiente:** Taller de Terapia de Juego Gestalt: Según Oaklander (2008), da a entender que para el taller se debe estar completamente presente con la persona en una situación específica con todos los aspectos del organismo-sentidos, cuerpo, expresión emocional, intelecto, que son disponibles para su uso; esto permitirá que se lleve a cabo el reforzamiento del self.

#### **4.6 Instrumentos**

Para esta investigación se usaron el Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes con el que se midió la variable independiente, el cual consta de 32 reactivos en total, las opciones de respuestas son de tipo Likert, que van de cinco puntos (1= nunca, 2= algunas veces, 3= indeciso, 4= la mayoría de las veces y 5= siempre).

El instrumento puede aplicarse de manera individual o colectiva y no hay

tiempo límite. Aunque el tiempo aproximado es de 20 a 30 minutos, con condiciones favorables. El niño deberá colocar una cruz (X) en la columna de opciones que más se asemeje a la respuesta que considere de sí mismo. En caso de que el niño tenga dificultad para leer los reactivos del cuestionario, el aplicador deberá apoyarlo a leer y marcar su respuesta. Cabe recalcar que es importante mencionar al infante que sus respuestas deben ser lo más honestas posibles.

Fue desarrollado y estudiado con población mexicana, en el cual, por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, se obtuvieron tres dimensiones que explican el 37.82 % de la varianza: (a) factores protectores internos, que evalúan capacidades interpersonales y de resolución de problemas; (b) factores protectores externos, que indican el apoyo familiar percibido por el adolescente; y (c) empatía, que valora el comportamiento altruista y prosocial. Este cuestionario se encuentra sustentado bajo el modelo teórico de Henderson (2006) y ha sido utilizado para estudiar la relación entre resiliencia y diversas variables, como autoestima, personalidad resistente, vínculo parental, estilos de afrontamientos, locus de control y espiritualidad; además del estudio del capital psicológico en relación con el estilo de vida saludable; y la relación entre resiliencia y optimismo con la escala total y cada una de sus dimensiones: factores protectores internos, factores protectores externos y empatía

Por medio de la prueba se incluyen habilidades, actitudes y atributos que son claves para detectar en personas resilientes y nos permite conocer las áreas donde se es fuerte y en las que es necesario reforzar. La puntuación de los resultados se basa en el total de nivel de resiliencia, donde la mínima es de 32 y la máxima de 160. Los niveles son los siguientes:

- Resiliencia baja----- 32 a 74 puntos
- Resiliencia moderna -----75 a 117 puntos
- Resiliencia alta ----- 118 a 160 puntos (González, 2011, p.55).

Este instrumento de Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes cuenta con una confiabilidad de Alpha de Cronbach= 0.9192 (González, 2011), se divide en tres dimensiones: factores protectores internos: se refiere a las funciones que se relacionan con habilidades para solución de problemas, factores protectores externos: se refiere a la posibilidad de contar con apoyo a la familia y/o personas significativas para el individuo y por último empatía: se refiere a comportamiento altruista y prosocial.

El segundo instrumento que se utilizó en esta investigación fue la Escala de Afrontamiento en Niños, EAN (Morales, 2011). Nos permite evaluar cuatro distintos problemas: relación con el contexto familiar, la salud, tareas escolares y relaciones sociales, el formato consta de 35 ítems con respuestas de tipo Likert de 3 puntos (nunca, algunas veces y muy frecuentemente). Se distingue por dos factores generales: Afrontamiento centrado en el problema se centra de las siguientes estrategias: solución activa, comunicar el problema con los demás, búsqueda de información y actitud positiva; por otro lado, el afrontamiento improductivo se centra en las siguientes estrategias: indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva y conductual.

Este instrumento muestra ajustes y saturaciones significativas con los índices de fiabilidad (coeficiente Alpha de Cronbach).

Es importante describir, que, para justificar la construcción de una escala nueva de afrontamiento, se realizó una extensa investigación bibliográfica, los resultados mostraron la necesidad de contar con un instrumento que fuera contextual mente válida a las características del desarrollo cognoscitivo y social de los niños mexicanos, y que cumpliera con las propiedades psicométricas adecuadas para medir el afrontamiento en niños de 8 a 12 años, pues no se encontró alguno que cumpliera con estos criterios. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue obtener las propiedades psicométricas de la Escala Infantil de Afrontamiento para niños mexicanos (EIA), con el propósito de contar con una herramienta válida y confiable que evalúe los tipos de afrontamiento en niños.

#### **4.7 Sujetos**



En este apartado se habla sobre el sujeto el cual se nombra como estudio de caso con muestra no probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández, 2014). Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. El sujeto de investigación es un infante varón de 8 años de edad con el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda.

Se trabajó con un infante varón, nacido el 06 de febrero del 2014, en Orizaba. Actualmente tiene ocho años con un mes de edad, vive con sus abuelos maternos y madre. El embarazo fue de alto riesgo, con sangrados constantes, se presentó preeclampsia antes del parto por lo que se hizo cesárea, nació de siete meses y estuvo en incubadora por cuatro días, se le dio estimulación temprana. A los ocho meses de edad tuvo que someterse a una operación a causa de una hernia inguinal.

A los dos años comenzó con un tic de ojos, por lo que inmediatamente lo llevaron al neurólogo, ahí fue diagnosticado con epilepsia y desde ese momento ha sido medicado para evitar que los tics siguieran presentes (no hay ataques epilépticos graves). Por otro lado, fue diagnosticado por un psicólogo con Déficit de Atención, no fue necesario medicarlo.

Al inicio de la pandemia Covid-19, él tenía seis años de edad cuando se le presentó una fiebre afebril de 37.5 °C, por lo que la madre del infante decidió realizarle estudios de sangre y llevarlo al pediatra, ahí le informaron que sus resultados de sangre eran preocupantes, por lo que lo trasladaron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), procedieron a internarlo y el oncólogo infantil le dio el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica aguda de células pre B de alto riesgo por hiperleucocitosis. La fase de terapia post remisión (es eliminar cualquier resto de célula que haya quedado tras la fase de inducción), desde ese momento se comenzó a realizar estudios y la aplicación de quimioterapias.

Actualmente el infante se encuentra estable ante la enfermedad, ya que se ha visto un mejoramiento en él, aún continúa con sus consultas médicas cada mes con el oncólogo, aplicación de quimioterapias cada ocho días (jueves y viernes), aproximadamente le queda un año y medio de tratamiento. Existen antecedentes de cáncer por parte de la familia materna.

Actualmente el infante vive con sus abuelos maternos y madre, con los que establece una relación estable y funcional, no existe contacto con el padre a causa de que tiene conflictos con el alcoholismo.

No asiste a la escuela presencial a causa de la pandemia y por precaución ante su situación de poder adquirir algún contagio, en casa la madre es quien le enseña sobre las materias, ya que es profesora. Su actitud para aprender y realizar tareas es accesible, se le facilita adquirir conocimientos, no existe ningún problema en el área escolar.

#### **4.8 Marco contextual**

El infante se encuentra cursando el segundo año de primaria, vive en Tierra Blanca, la cual se encuentra ubicada en la zona centro del estado en las coordenadas 18° 27' latitud norte y 96° 21' longitud oeste a una altura de 60 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con Cuitláhuac, Cotaxtla, Tlalixcoyan, al este con Ixmatalhuacan, al sur con Cosamaloapan. Su distancia aproximada al sureste de la capital del Estado, cuenta con 43,927 habitantes. Las sesiones de intervención del taller se llevaron a cabo en la ciudad de Orizaba Veracruz, en un departamento que la familia rentó para tener mayor comodidad después de su tratamiento de quimioterapia.

El infante vive en este sitio desde hace aproximadamente desde los 6 meses de edad, antes de su enfermedad vivía en zongolica con ambos padres, pero después de la separación de ellos, se mudaron a Tierra Blanca, los días de tratamiento se hospedan en un departamento en la ciudad de Orizaba, Veracruz.

Se observa una relación de apego con la madre del infante, la obedece ante las indicaciones que le da, es hijo único y la familia lo sobreprotege de las circunstancias de peligro, con los abuelos de igual manera establece una relación estable, mientras que con

el padre no hay contacto ni comunicación en ningún motivo.

Desde el diagnóstico que se dio de Leucemia Linfoblástica Aguda, lleva sus tratamientos cada 8 días como se mencionó anteriormente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo que en esos días se quedan en la ciudad de Orizaba. Lo cuida la madre del infante en todos los procesos de tratamiento y es ella quien se hace cargo de todo, recibe apoyo de los abuelos maternos en ocasiones.

#### **4.9 Procedimiento**

En este apartado se narrará acerca de cómo fue el proceso para tener al sujeto de estudio, también se desplazará como se llevaron a cabo las sesiones del taller que se implementó para dicha investigación, en que constó cada una de las sesiones y los datos que resaltaron durante la intervención.

Se acudió en primer lugar al consultorio del oncólogo con los documentos necesarios (oficio y consentimiento informado), se explicó en qué consistía la investigación al oncólogo encargado del caso y de igual manera a la madre del infante. Se trabajó con un total de ocho sesiones, de una hora cada sesión.

La primera sesión fue la entrevista a la madre del infante para recabar los datos necesarios que se llevó a cabo en la fecha del 05 de marzo del 2022 y también este día se tuvo el primer contacto con el infante por lo que se hizo una dinámica de presentación con plastilina moldeando algo del gusto de cada quien y haciendo un rapport adecuado para entrar en confianza; la segunda sesión fue el 17 de marzo del 2022 aquí fue la aplicación pre de los instrumentos, el infante mantuvo una conducta accesible y prestaba atención en todo momento, se detenía a pensar o preguntaba nuevamente si no entendía la pregunta.

Para la tercera sesión ya se comenzó con la primera intervención del taller de juego Gestalt en la fecha del 18 de marzo del 2022 para este inicio de sesión se buscaba reforzar el self del infante a lo largo del taller y se comenzó por actividades que permitieran conocer el exterior que nos integra como personas, cada parte de nuestro cuerpo y su importancia.

En la cuarta sesión se realizó el 02 de abril del 2022 donde las actividades consistían en como por medio de nuestros sentidos nos permiten transmitir del exterior al interior de nosotros como individuos e ir identificando que emociones y sentimientos nos provoca cada experiencia, en esta sesión se pudieron obtener datos de los miedos que el infante tiene y los cuales fueron adquiridos desde que comenzó con su tratamiento contra el cáncer; para la quinta sesión se llevó a cabo en la fecha del 09 de abril del 2022, se buscó identificar si el sujeto tenía conocimiento de sus habilidades, capacidades y reconocía sus defectos, se obtuvo datos acerca de que al infante le era difícil reconocer sus defectos ya que decía que él no tenía ninguno, ese día el sujeto no está con la mejor actitud a causa de que un día antes tuvo quimioterapia y le dieron todos los síntomas secundarios a pesar de eso puso todo su empeño y para el cierre de esa sesión se aplicaron técnicas de relajación para reducir las náuseas y malestares.

La sesión seis fue en la fecha del 22 de abril del 2022 donde las actividades tenían el objetivo de aprender y reconocer sus emociones para saber la manera de canalizar la frustración detectada en el infante; la séptima sesión fue la última del taller la cual se llevó a cabo en tierra blanca la fecha del 02 de mayo del 2022, para la última sesión se buscó repasar en conjunto todos los temas que se vieron antes e identificar con lo que se queda el infante, todo eso lo plasmó por medio de la creación de una historia y lo presento en teatro que se elaboró; la última sesión se hizo la aplicación de post pruebas un día después donde se obtuvieron un cambio de datos que se habla más adelante en la sección de resultados.

Por cuestiones de tiempo se impartirán como tal cinco sesiones de taller de juego Gestalt y la última sesión fue la post aplicación de los instrumentos. La intervención se llevó a cabo en el domicilio del infante en Orizaba, esto para cuestiones de prevención ante la salud del infante y se impartió en la parte del patio de su domicilio de manera presencial, el espacio era amplio y con correcta iluminación, cabe recalcar que se usaron todos los lineamientos de sana distancia y métodos de prevención.

Todas las sesiones fueron programadas con distintos temas que se debían abarcar con el infante ya que el objetivo siempre fue el reforzamiento del self, basándose

en la autora Oklander y las actividades fueron guiadas por el libro titulado: Juego Psicoterapéutico y Desarrollo Emocional (Fernández, 2016).

## Resultados

En este apartado se plasman lo que son los resultados de la intervención que se tuvo con el infante, los alcances y limitaciones que se dieron a lo largo del trabajo del proyecto. Se hablará sobre los datos que se encontraron al interpretar la relación que existe entre el pre y post de la aplicación de instrumentos y sobre todo dar a conocer que el taller de juego Gestalt sí cumplió con el objetivo que se pretendía y por lo tanto ayudó al infante en su cambio, crecimiento y mejora en el área que se deseaba.

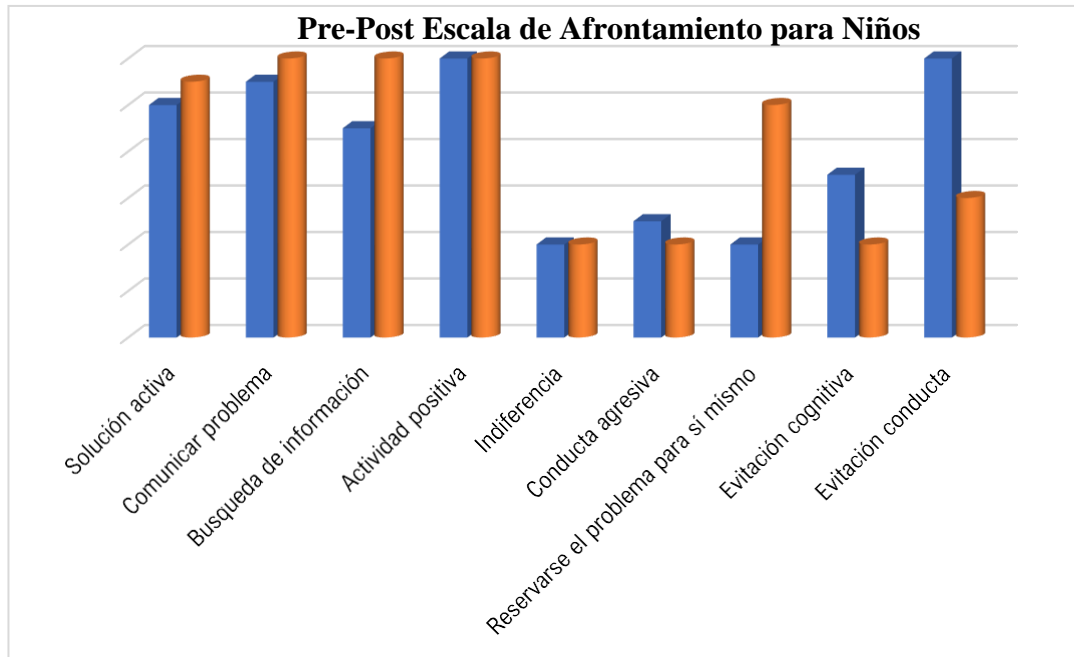
Para empezar con los resultados se habla de la gráfica 1 en la que se puede observar que se trata del comparativo de la aplicación de pre (color azul) y post (color naranja) de la Escala de Afrontamiento para Niños (Morales, 2011) que se obtuvieron antes y después de la aplicación del taller, donde se plasman las categorías que la escala evalúa, siendo estas con sus puntuaciones: solución activa (pre-10, post-11), comunicar el problema (pre-11, post-12), búsqueda de información (pre-9, post-12), actividad positiva (pre-12, post-12), indiferencia (pre-4, post-4), conducta agresiva (pre-5, post-4), reservarse el problema para sí mismo (pre-4, post-10), evitación cognitiva (pre-7, post-4), y por último evitación conductual (pre-12, post-6). Se muestran los puntajes de cada una de las categorías y para poder diferenciar los resultados de cada aplicación, los de pre- test está en color azul y la post- aplicación está en color naranja. Los resultados de cada categoría fueron arrojados por la suma de los reactivos que indicaba la escala.

Se obtuvieron los siguientes datos de la gráfica anterior: afrontamiento centrado en el problema (pre-42, post-47) y afrontamiento improductivo (pre-32 y post-28). Como conclusión y resultado final podríamos ver claramente que el afrontamiento del infante que nos arroja esta escala es el afrontamiento centrado en el problema.

A simple vista se podría ver que los resultados finales de Afrontamiento centrado en el problema y Afrontamiento improductivo son mínimos, pero más adelante en análisis de datos explicaré ampliamente que los datos donde analizamos el avance que se esperaba se ve arrojado en la comparativa e interpretación de las categorías

que están dentro de esta escala.

**Gráfica 1:** Comparativo de Pre-Post de la Escala de Afrontamiento para Niños.



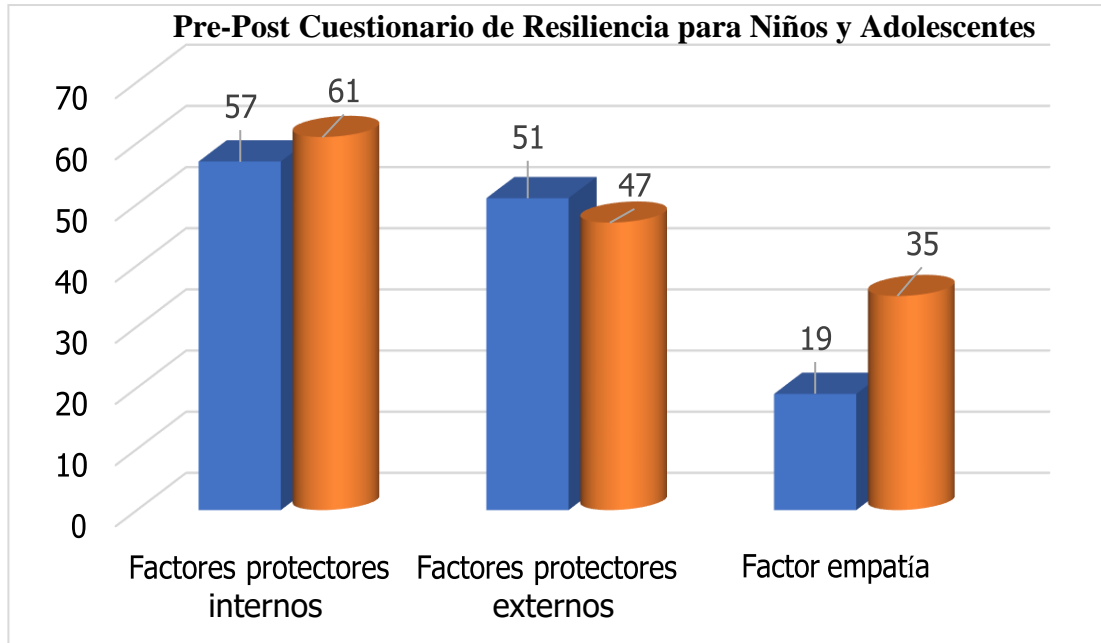
Nota: Comparativo de Pre-Post de la Escala de Afrontamiento para Niños.

Para esta segunda gráfica se trata del comparativo del pre (color azul) y post (color naranja) aplicación del Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011), ante esta gráfica solo se interpretan tres factores los cuales son: factores protectores internos (pre-57, post-61), factores protectores externos (pre-51, post-47) y factor empatía (pre-19, post-35). Para calificar cada uno de los factores se obtuvo por medio de la suma de los reactivos que pide y por último para la obtención total de resiliencia fue sumar todos los factores, lo cual nos dio como resultado en la primera aplicación 127 puntos y nos arrojaba que la resiliencia era alta, pero en la post aplicación de instrumento nos arroja que el puntaje aumentó a 143 puntos en total lo que marca que su resiliencia es: Alta.

A diferencia del instrumento de afrontamiento, en este segundo instrumento el cual es cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011) los datos finales y de los cuales se explicarán en análisis de datos se ven reflejados en que

la resiliencia del infante es alta y si hubo un incremento.

**Gráfica 2:** Comparativo del Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes Pre – Post.



Nota: Comparativo del Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes Pre-Post.

A continuación, se irán describiendo en qué consta cada una de las ocho sesiones que se impartió al infante, desglosando de igual manera cada una de las actividades, objetivo, descripción de cómo se llevó a cabo, dificultades y observaciones. Todo estobasándose en las cartas descriptivas preparadas con anticipación.

### **Sesión 1: Entrevista a padres o tutores**

**Instrumento:** Entrevista a padres

**Descripción:** En esta primera sesión el objetivo fue presentarse ante la madre y al infante, establecer un pequeño rapport y entrevistar a la madre del infante sobre rasgos importantes a conocer, para posteriormente con los datos obtenidos hacer la historia clínica.

**Observaciones:** Al momento de hacer la actividad de rapport con el infante se



mostró cooperativo, sociable, tranquilo y extrovertido. Cuando se hizo la entrevista con la madre no se obtuvieron todos los datos que se esperaban ya que hubo cosas que por presencia del infante la madre no quiso expresar ampliamente, un punto importante de recalcar es que en esa sesión se descubrió que la familia no le ha dicho que enfermedad padece al infante. En esta primera sesión se hizo la relación yo-tú del terapeuta con el paciente.

### **Sesión 2: Aplicación de pre instrumentos**

**Instrumento:** Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes(González, 2011) y Escala de Afrontamiento en Niños, EAN (Morales, 2011)

**Descripción:** Por medio de la aplicación de estos dos instrumentos se pretende obtener la resiliencia y afrontamiento del infante ante la enfermedad que padece, por medio de las áreas que evalúa cada instrumento.

**Observaciones:** Se inició haciendo el rapport con el infante por medio de un juego de mesa. Posteriormente se le dio un lápiz y se mostró las hojas de ambos instrumentos que se aplicarían, se dio las instrucciones antes de comenzar y explicar de qué se trataba, después se pidieron unos datos generales que las escalas piden, de ahí ahora si pasamos a que el infante contestara cada reactivo, durante la aplicación de instrumentos en todo momento se llevó a cabo con su aplicadora la cual fue leyendo con él y si tenía alguna duda, se le resolvía. Para el infante fue fácil contestar cada reactivo y en todo momento estuvo cooperativo y atento a lo que se debía hacer.

### **Sesión 3: Sesión 1 de taller de juego Gestalt**

**Objetivo:** Conocer todo lo exterior que nos integra como personas y que cada parte de nuestro cuerpo es importante y útil. Esto para que el infante acepte su cuerpo tal y como es.

**Actividad inicial:** Tocar partes del cuerpo.

**Instrumento:** Partes de nuestro cuerpo.

**Descripción:** El terapeuta formo pareja con el infante y uno de ellos cerro los ojos para que el otro pueda tocar partes de su cuerpo y este, a través de la sensación,

pueda verbalizar que parte del cuerpo es el que está siendo tocada y para qué sirve. Se hace el cambio de pareja y se repite la consigna anterior. Al principio de la actividad el infante eligió que él sería el primero en cerrar los ojos y la terapeuta quien tocara las distintas partes de su cuerpo, se comenzó tocando de cabeza a pies y el infante decía que parte del cuerpo era la que se había tocado, para qué servía esa parte de su cuerpo y el cuándo la ocupaba, después se cambió de roles la terapeuta era quien ahora cerraba los ojos y el infante quien elegía las partes de su cuerpo e hizo las mismas preguntas que pueden verse en (Anexo F).

Esta primera actividad del Taller de Juego Gestalt fue con la que se comenzó la intervención, ya que para el reforzamiento del self es importante conocer el exterior de uno como persona, saber su función y por último la aceptación de quienes somos.

Se concluye la actividad con las siguientes preguntas:

¿Qué sentiste cuando tenías los ojos cerrados?, ¿Qué sentiste cuando te tocaba?, ¿Con que parte te sentiste más cómo y por qué? y ¿Con qué aspecto de tu vida lo relacionas? Todas las preguntas las respondió con facilidad y sin titubeos. El infante menciona que la actividad le gustó y se sintió en confianza con la aplicadora para poder realizarla, él también respondió que sabe que gracias a todas las partes de su cuerpo puede realizar actividades que le gustan y si no las tuviera le serían difíciles de realizar, dio algunos ejemplos como recoger cosas con las manos, caminar con sus pies, abrazar con sus brazos, etc.

Esta primera actividad del Taller de Juego Gestalt fue con la que se comenzó la intervención, ya que para el reforzamiento del self es importante conocer el exterior de uno como persona, saber su función y por último la aceptación de quienes somos.

**Actividad de desarrollo:** El mapa de mi cuerpo

**Instrumentos:** Pliego de papel, colores, plumones y gises.

**Descripción:** se repartirá un pliego de papel y se solicitará que el infante se recueste sobre el papel y la terapeuta dibuje el contorno de su cuerpo, para posteriormente ahora el terapeuta se recueste sobre el papel y el infante dibuje el contorno del cuerpo, el siguiente paso es que cada uno en su silueta dibujada

características físicas como: lunares, cejas, partes del cuerpo, color de piel, cabello, accesorios, vestimenta, etc.

Al concluir se solicitará al niño que realice una descripción amplia de su cuerpo, detallando los puntos sugeridos, ver (Anexo F).

Para el infante esta actividad le agrado, ya que a él le gusta dibujar y colorear, por lo que fue una actividad grata y donde se llevó una dedicación para que quedara como el niño quería, cuando dibujaba se notó que el infante no le agradaba tener errores en lo que hacía y recurre a borrar todo y comenzar de nuevo. Cuando se acabó y pasamos a la otra parte de contestar las preguntas, las comprendió con rapidez y sus respuestas eran certeras, el infante reconoció que partes de su cuerpo le gustaban, para que funcionaban y sobre todo que él aceptara su cuerpo.

**Actividad de cierre:** Las estatuas cambiantes

**Instrumentos:** Patio y cuerpo.

**Descripción:** Se permitirá que se camine libremente por el área y el infante esperará la indicación de la terapeuta, la cual se dará de manera imprevista. La indicación será: ¡quedarse como estatuas...! (tristes, apenadas, leyendo, alegres, orgullosas, asustadas, enojadas, peleando, nerviosas, sorprendidas, amorosas, etc.). Al finalizar se reflexionará sobre para qué nos sirve nuestro cuerpo al momento de expresar alguna circunstancia.

**Observaciones:** En la primera sesión se observó que el infante si sabe las partes del cuerpo y cómo utilizarlas en su día a día, al igual que las experiencias que ha tenido, se habló sobre cómo es importante cuidar nuestro cuerpo y aceptarlo, ante esto el infante dio aportaciones claras y concretas, el tema lo digirió con facilidad y ya había un prevé conocimiento de este. Se buscó el trabajo de la aceptación desde lo exterior que suele ser fácil identificar ya que es lo que vemos siempre de nosotros e identificarla utilidad de cada parte del cuerpo, el infante mantenía su mente positiva en todo momento y conoció más a fondo como es desde el exterior.

**Sesión 4: Sesión 2 de taller de juego Gestalt**

**Objetivo:** Saber que por medio de los sentidos nos permite percibir lo del exterior, identificando emociones y sentimientos en nuestro interior, que todo esto que sentimos internamente también parte de nuestra identidad y persona, por lo que debe ser aceptada.

**Actividad inicial:** El equilibrista.

**Instrumento:** Listón.

**Descripción:** Se pondrá una cinta canela en el piso, le llamaremos “cuerda floja”. Primero se le mostrará al infante como pasar en ella con equilibrio, se le dará la oportunidad de que él lo haga con ojos abiertos y luego se pedirá que los cierre dando pequeños pasos y caminando hacia atrás. Cuando comenzamos con la actividad lo notaba decaído y apenado, pero poco a poco entro en confianza y le emocionó la actividad, se le pidió que imaginara que estaba en la cima de un edificio y es una cuerda floja, por lo que debía mantener el equilibrio y no caer, la primera vez lo realizo con ojos abiertos y con los pasos como él quiso, después ya paso a cerrar los ojos y dar pasos cortos para llegar al otro lado del listón, por último, lo hizo con ojos cerrados y pasos grandes. (Anexo G1).

Al finalizar se le cuestionara con las siguientes preguntas: ¿te gustó?, ¿Qué fue fácil y difícil para ti realizar?, ¿se te ocurre algo que se asemeja con lo que vives en tu día a día? Cuando pasamos a las preguntas el infante contestó que la actividad le había gustado, le fue fácil, pero que al imaginarse que estaba en las alturas le dio miedo al momento de cerrar los ojos y aquí menciono algo importante que a él le da miedo cada vez que se presentaran cosas nuevas porque no sabe si será malo o bueno.

**Actividad de desarrollo:** Siéntelo con objetos.

**Instrumentos:** Cajas de cartón forradas de negro, Slime, palillos de madera, estropajo, bolitas de gel, algodón e iguana de juguete.

**Descripción:** Presentar ante el infante varias cajas con distintos objetos adentro, se vendará los ojos del infante y la indicación que se le dará es: a continuación, tú me dirás a qué caja quieres meter tu mano y solo por medio del tacto tratas de adivinar qué objeto, animal o cosa es la que está adentro, recuerda no puedes ver en ningún momento.

Al finalizar se pasará a contestar las siguientes preguntas: ¿Cómo se sintió con la actividad?, ¿Cómo se sintió al momento de tocar distintas texturas?, ¿Qué recuerdos te trae?, ¿Qué texturas has podido presenciar a lo largo de tu vida?

En esta actividad al infante le agrado, pero al comienzo le daba miedo, ya que pensaba en todo momento que podía haber una tarántula adentro o algo que lo fuera a picar y por lógica lastimar o provocar dolor, cuando le pedía que introdujera la mano no quería por miedo, así que primero yo metía la mano para demostrarle que podía confiar y que nada lo lastimaría. Le costó trabajo identificar los objetos, por lo mismo que en su mente estaba presente ese miedo y pensamiento, cuando veía lo que era cada objeto se reía y mencionaba que le gustaban mucho las texturas, el objeto que más miedo le provocó fue la iguana de juguete, cuando le mostré lo que era su reacción fue de miedo y gritos, así que recurrí a decir que respirara profundamente y que lo que iba a mostrarle no le haría daño, que simplemente era una iguana de juguete y que la tocara para comprobarlo él mismo, al momento de mencionar esto el infante se controló y cooperó para tocar el juguete, al finalizar ya que pasamos a las preguntas el contesto que en la actividad se sintió con miedo, pero que aun así le gusto y se divirtió, le recordaba los palillos a las agujas por los tratamientos que lleva de sus quimioterapias, también que él lo que menos quería era sentir algún dolor o algo que lo lastime físicamente. También pasamos a hablar de cómo por medio de nuestros sentidos se provocan emociones en nuestro interior y comenzamos hablar de cuando se siente felicidad, miedo, tristeza, enojo, etc.

**Actividad de cierre:** Movimientos del viento.

**Instrumentos:** Patio y cuerpo.

**Descripción:** En esta actividad se hablará del “viento” y luego se pedirá mencionar algunas cosas que vuelan con el viento. Posteriormente, que esté contextualizado en el tema, se le indicará que imagine y actúe como si fuera “el viento que mueve...” (hojas al caer al suelo, hojas revoloteando por el patio rápidamente, gotas de lluvia cayendo a la tierra y copos de nieve), al finalizar de representar todos estos puntos hablamos que cada que él sintiera miedo o estrés ante cualquier situación

recordará que es el viento y que por miedo de ese viento toda esa angustia y miedo.

**Observaciones:** En esta sesión se pretendía identificar cual es la emoción que está con frecuencia más presente en el infante y se detectó este miedo que existe, al igual que era cohibido cuando se trata de conocer cosas nuevas, al hablar de sentimientos y emociones para el infante le fue fácil la comprensión de todo esto, sobretodo que fue identificando ante qué situaciones se presenta cada una y cómo reacciona.

### **Sesión 5: Sesión 3 de taller de juego Gestalt**

**Objetivo:** El infante conozca y acepte sus habilidades, capacidades y defectos, para que a futuro sepa cuál es su fuerte como persona e ir mejorando día a día.

**Actividad inicial:** Las botellas sonajas.

**Instrumento:** botellas de plástico, arroz, frijoles, lentejas, alfileres

**Descripción:** El terapeuta explica al niño que tiene “parejas de sonajas”, es decir, por cada botella hay otra cuyo contenido es el mismo. Entregará al niño una botella sonaja, la cual deberá mover para que, a través del sonido que esta produce, pueda guiarse y localizar al compañero que tiene el par de su botella sonaja.

Finaliza cuando se han podido reunir cada pareja de botella sonaja. Repetir lo anterior, pero sin ver. Se cuestionó: ¿Qué sonido es?, ¿te gusto o no te gusto?, ¿Cómole hiciste para localizar al compañero de la botella sonaja?, que te recuerda el sonido,

¿Qué te imaginaste con cada sonido?

Al llegar con el niño, un día antes había recibido su tratamiento de quimioterapia por lo que en ese día de taller no se sentía del todo dispuesto, tenía varios malestares desde la madrugada. Al comenzar con la primera actividad la cual fue las botellas sonajas estaba algo desanimado, pero poco a poco se distrajo jugando y sus malestares disminuyeron, estuvo cooperativo y llevaba a cabo las indicaciones. En las sonajas le pidió que cerrara los ojos para reconocer los sonidos, en esta actividad se pretendía que por medio del oído reconociera lo que había dentro de las botellas, adivino 3 de 5 y mencionaba a que le recordaban los sonidos, no le dio miedo, ya que en las de las cajas si le daba miedo permanecer con los ojos cerrados.

**Actividad de desarrollo:** Me conozco.

**Instrumentos:** Cartulina y plumón

**Descripción:** En una cartulina se le pedirá al niño que plasme de un lado las habilidades que tiene, las dificultades que se presentan en su vida y se asigne palabras que lo describan.

Al terminar se le preguntará cómo se dio cuenta de que tiene todas estas habilidades y capacidades como persona, se reflexionara del tema para identificar cómo está su seguridad.

Para la segunda actividad se le dio una cartulina y se dividió en 3 columnas donde fue reconociendo sus habilidades, cualidades y demás, en la única parte donde no quiso escribir nada fue en defectos, ya que mencionó que él no tiene ningún defecto y para todo es bueno. Esta actividad fue complicada de realizar por que el infante quería dibujar y no escribir lo que se le pedía, si realizó la actividad, pero no del todo cooperativo.

**Actividad de cierre:** Fantasía: mi respiración.

**Instrumentos:** Ninguno.

**Descripción:** Se pedirá una postura cómoda, ya sea acostado o sentado, donde se pedirá que cierre los ojos. Lograda la posición cómoda irán escuchando una serie de instrucciones que deberán ir realizando al momento que se le vaya indicando: “Vas a respirar profundamente, siente como la respiración trabaja por sí sola, como entra y sale el aire...”. Para finalizar se pedirá que se reincorpore poco a poco y harán algunas preguntas: ¿Cómo te sentiste?, ¿Estás tranquilo?, ¿En qué sucesos de tu vida ocuparían esta respiración?

La última actividad ya no se realizó, ya que el infante comenzó de nuevo a sentirse mal y preferimos terminar la sesión para que él pudiera ir a recostarse y ser atendido por su madre.

**Observaciones:** A pesar de los inconvenientes que se presentaron a causa del

malestar físico del infante, el logro centrarse en la actividad y aunque la última no se pudo realizar como se esperaba, se utilizó la técnica de respiración y de que el infante se visualizará en un escenario donde le causara felicidad y le diera paz, esto le ayudó para relajarse e intentar quitar ese estrés que le ocasionaba su malestar. Esta técnica de relajación el infante la comenzó aplicar desde ese momento cada vez que debía ir a la intervención de su tratamiento o cuando se presentaba miedo en él.

#### **Sesión 6: Sesión 4 de taller de juego Gestalt**

**Objetivo:** Se busca que el infante aprenda a reconocer sus emociones y saber canalizar la frustración de otras maneras.

**Actividad iniciada:** Conociendo mis sentimientos.

**Instrumento:** Hojas impresas, colores, lápiz, goma y sacapuntas.

**Descripción:** En esta actividad se le dio una hoja impresa en la cual se le pedirá que dibuje cómo se sintió el día de ayer, hoy y cómo cree que se sentirá mañana. Identificando los momentos o momentos que lo hicieron estar así.

El infante se encontraba con ánimos de trabajar, sobre todo porque en la primera actividad era dibujar, le fue fácil identificar cómo se sintió ayer (feliz) mencionando que era a causa de que no lo habían picado en el hospital, hoy se sentía (tranquilo) porque menciona que no debía ir al hospital y ya se regresaba a su casa con sus familiares, pensaba que el día de mañana estaría orgulloso de él mismo porque podría dibujar y mejorar sus técnicas. Fue participativo y estaba risueño al momento de hacer la actividad.

**Actividad de desarrollo:** Conociéndome y conociendo mi enojo.

**Instrumentos:** Hojas impresas, colores, lápiz, goma y sacapuntas.

**Descripción:** Se le darán dos hojas impresas, en la primera hoja estarán unos recuadros donde podrán escribir: ¿Quién es?, ¿qué amistades le gusta tener?, ¿Qué es lo que más le gusta hacer? y ¿Qué es lo que menos le gusta de las personas?

En la segunda hoja se hablará del enojo y se busca que el infante reconozca como se siente el enojo, que hace cuando se enoja, como se ve cuando se enoja, que



puede hacer para no enojarse, etc.

En la primera hoja de la actividad le fue fácil identificar quién es, sabe que le gusta hacer y en el único recuadro donde no puso nada es en el de que no le gusta de las personas, diciendo que a él no le importa cómo es la gente siempre y cuando sean juguetones con él. Para la segunda hoja se le complicó reconocer cómo actúa enojado, por lo que su mamá intentó ayudarlo recordando cómo se comporta y aquí se pudo detectar la frustración que expresa cuando algo no le sale bien rompiendo las cosas o corriendo a sus familiares.

**Actividad de cierre:** Todo sobre mi día.

**Instrumentos:** Hojas impresas, colores, lápiz, goma y sacapuntas.

**Descripción:** Por último, en la actividad mencionó que su día había sido agradable porque ya se iba a su casa y no debía asistir al hospital, mencionó que sus días son desagradables cuando debe ir a su tratamiento y lo deben inyectar. Para al concluir se reflexione sobre cómo debemos identificar todo lo que sentimos en nuestro cuerpo y que es lo que lo provoca.

**Observaciones:** Durante las actividades se observó que para el infante le es complicado hablar del enojo y procura guardarlo para él, con ayuda de su mamá y la mía el ir hablando en esa sesión pudo identificar que realmente el enojo no es “malo”, pero en ocasiones lastimamos a las personas por las actitudes que tenemos y es importante aprender a canalizarlas de una manera que no perjudique a nadie.

### **Sesión 7: Sesión 5 de taller de juego Gestalt**

**Objetivo:** El objetivo de esta última sesión es ver cómo el infante expresa y proyecta aquellas experiencias que ha tenido a lo largo de su proceso médico por medio de la imaginación, creando historias ficticias.

**Actividad iniciada:** Creando cuentos.

**Instrumento:** Ninguno.

**Descripción:** La primera actividad será el ir creando un cuento con el niño, pero solo se podrá decir una palabra en cada ronda y esto permitirá ver la expresión del

infante y su imaginación, al igual que la proyección que nos emitirá. Se le dará la instrucción de que ahora junto con su terapeuta van a crear una historia, pero la regla es ir diciendo una palabra cada quien, se iniciara así: Había una vez... y se le dará un ejemplo para que exista más comprensión.

**Actividad de desarrollo:** Teatro.

**Instrumentos:** Teatro y personajes.

**Descripción:** Para esta actividad se le dio al infante unos muñecos de papel, para que el los pinte a su gusto, una vez que ya haya terminado de pintar sus personajes, se le pedirá que en el teatro deberá crear una historia donde represente como se ha sentido en los días anteriores, teniendo presente sus emociones y sentimientos.

También se mencionará que su terapeuta podría apoyarle con la creación de la historia si él así le gusta.

Al finalizar se habló con él de cómo se siente ahora al expresar por medio de su imaginación al crear la historia, como esta en ese momento, cómo se siente, le fue fácil, le gusto, algo que le gustaría agregar.

Esta sesión se realizó en el domicilio del infante en Tierra Blanca, cuando se inició la sesión se notó tímido ya que en esta ocasión no estuvo presente su abuela materna, pero para esto se inició con el rapport y con el paso de los minutos ya su actitud fue la de siempre. En la primera actividad de crear cuentos le fue fácil y comenzó a crearlas con personajes de animales, donde expresaba emociones y la actividad le fue divertida.

Para la segunda actividad primero coloreo algunos títeres de papel, recortó y se pegaron en los palitos de madera, después se le dio la indicación de que debía crear una historia donde podría incluir a todos los personajes o solo los que él quisiera, mientras yo su terapeuta visualizaba la historia. Durante la presentación de su historia el infante utilizó varios animales y personas (pintor, chef y enfermera), de repente yo le hacía preguntas de lo que sus personajes iban diciendo, el tema que trató fue la amistad, la cadena alimenticia y los miedos, cuando se le preguntó sobre los miedos contestaba al

inicio, pero después sus mecanismos de defensa salían a relucir y cambia de tema.

Después, al finalizar su historia, me pidió que creara una historia con él y la historia se trató sobre unos amigos animales, que paseaban juntos y aprendían hacer marometas.

Por último, como cierre de nuestra sesión se hizo una recapitulación de todas las sesiones, se le fue mostrando imágenes de cada sesión que fueron tomadas anteriormente y el infante mencionaba que se vio en cada sesión y también lo que aprendió.

Al hablar con el infante me doy cuenta que realmente si ha implementado las herramientas que se le dio en las sesiones al momento de que debía ir al hospital por su proceso de quimioterapia y también en su día a día, por lo que veo un cambio notorio.

**Actividad de cierre:** Recapitular.

**Instrumentos:** Ninguno.

**Descripción:** Antes de dar por terminado el taller, se hablará con el infante sobre cada sesión, para recordar los puntos que se trabajaron y saber con qué se quedó, al igual de que le gustaría implementar ahora en su vida con estos aprendizajes.

**Observaciones:** En la última sesión me sorprendió las respuestas del infante, porque ante la actividad como siempre tuvo cooperación, si se seguía proyectando por medio de las historias el tema del miedo, sus mecanismos de defensa si siguen presentes, pero con menos intensidad y cuando recapitulamos los temas pasados, las respuestas fueron diferentes y ya reconocía que había defectos en las personas, el detectar emociones y se notó un cambio significativo.

### **Sesión 8: Aplicación de post instrumentos**

**Instrumento:** Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011) y Escala de Afrontamiento en Niños, EAN (Morales, 2011)

**Descripción:** Por medio de la aplicación de estos dos instrumentos se pretende obtener la resiliencia y afrontamiento del infante ante la enfermedad que padece, por

medio de las áreas que evalúa cada instrumento.

**Observaciones:** Se inició haciendo el rapport con el infante por medio de un juego de mesa. Posteriormente se le dio un lápiz y se mostró las hojas de ambos instrumentos que se aplicarían, le di las instrucciones antes de comenzar y expliqué de que se trataba, después se pidieron unos datos generales que las escalas piden, de ahí ahora si pasamos a que el infante contestara cada reactivo, durante la aplicación de instrumentos en todo momento yo como su terapeuta fui leyendo con él y si tenía alguna duda, se la resolvía dando un ejemplo. Para el infante fue fácil contestar cada reactivo y en todo momento estuvo cooperativo y atento a lo que se debía hacer.

Se observó como para el infante fue fácil y pensaba antes de dar su respuesta, solía ya explicar cómo aplica cada punto en su vida cotidiana, al igual que sus familiares comentaron que si notaban un cambio en el ente ciertas conductas que iban con la empatía, se redujo sus miedos y su frustración ya era canalizada por el infante.

## **Análisis de datos.**

En el siguiente apartado se describe y menciona sobre cada dato que se obtuvo en los resultados de los instrumentos, ya que con la aplicación del Taller de Juego Gestalt al infante se esperaba que hubiera un cambio y fueran notorios en su vida ante el diagnóstico que cabe recordar es Leucemia Linfoblástica Aguda. Todo el Taller de Juego Gestalt que se aplicó fue basado en el libro de Juegos Psicoterapéuticos y desarrollo emocional, Fernández (2016). En base al enfoque Gestalt donde el objetivo fue trabajar y dar herramientas para reforzar áreas y el self en el infante que lo ayudara con el afrontamiento resiliente de la enfermedad.

A lo largo del trabajo con el infante se identificaron varios puntos importantes que eran necesarios reforzar y modificarlos, desde que el infante supiera identificar y canalizar sus emociones, el miedo presente, la frustración, el enojo, independencia, etc. Es importante recalcar que cuando se hizo la entrevista a la madre del infante y se descubre que al infante no se le ha hecho conocimiento de su diagnóstico de la enfermedad que padece, simplemente sabe que tiene una enfermedad y necesario llevar un tratamiento largo y doloroso, pero no sabe exactamente que es Leucemia Linfoblástica Aguda, a pesar de esta situación se trabajó con la enfermedad y nos dio el fruto esperado.

El objetivo del presente trabajo se analizó con las propiedades psicométricas del instrumento Escala de Afrontamiento para Niños, también conocido por sus siglas EAN (Morales, 2011) el cual se dirige a evaluar los estresores cotidianos infantiles, del ámbito de salud, escuela, iguales y familia. Es la EAN un auto informe que presenta propiedades psicométricas adecuadas. Su estructura factorial (Escala de Afrontamiento para Niños) es consistente con el modelo general de afrontamiento centrado en el problema e improductivo, ya que el análisis factorial confirmatorio ha arrojado dos factores de segundo orden coincidentes con estos dos estilos. Las estrategias que se incluyen en ambos factores son representativas del área de estudio. Los resultados de fiabilidad son aceptables, y las evidencias externas de validez muestran que las puntuaciones obtenidas

con la EAN se asocian con variables relevantes para la salud y ajuste psicológico en la infancia, los cuales se discuten a continuación. En primer lugar se habla de los resultados obtenidos en la Escala de Afrontamiento para Niños, las cuatro estrategias que forman el factor de segundo orden afrontamiento centrado en el problema:

-Solución activa: Esta categoría se nota entre la pre-10 puntos y post-11 puntos aplicación de la escala que hubo un cambio en el cual nos da como resultado que después de la aplicación del taller el infante ahora sabe manejar y afrontar el estrés de una manera positiva, esto le permitió aprender que el estrés se canaliza de una forma saludable. Aquí se le enseñó técnicas de relajación como la respiración y la fantasía dirigida, en la cual él imaginaba un lugar donde le diera paz y lo ayudará a disminuir su miedo.

-Comunicar el problema: Los puntajes que se obtuvieron en esta sección fue en el pre test-11 y en el post test-12. El infante era una persona que se reservaba ciertas cosas para él y se le dificultaba expresarse, pero con el taller aprendió a identificar sus emociones y conoció la importancia de hablar con las personas de su confianza sobre lo que siente y lo que está pasando en su vida, ya que es una manera de desahogo y alivio. Esto se identificó también con la opinión que dio la madre, ella mencionó que ahora el infante en las noches o en algún momento de la nada se ponía a hablar con ella de cómo se sentía y que le daba miedo.

-Búsqueda de información: Se puede observar como el puntaje de 9 se elevó a 12, esto nos indica y lo observamos en que ahora el infante cada duda o incertidumbre le pregunta a un adulto para resolver su curiosidad e igual ampliar sus conocimientos. Esta categoría tiene correlación con la anterior, ya que ahora al saber comunicar lo que se piensa y siente para el infante le es fácil preguntar y aclarar todas aquellas dudas.

-Actividad positiva: En estos datos no hubo un cambio en el puntaje, se mantuvo en 12 y esto se debe a que en esta categoría la madre comenta y la familia que el infante siempre ha sido alguien que piensa y evalúa las situaciones antes de llevarlas a cabo, por lo regular ve lo positivo a lo que se está presentado.

-Indiferencia: Esta categoría se mantuvo en 4 los resultados y esto es a o que

con anterioridad ya mencioné, que el infante no tiene conocimiento de su diagnóstico y como a lo largo de la intervención con el taller la madre no le dio el diagnóstico al infante se continuó con la indiferencia hacia este tema. En todo el taller se manejaba para no mencionar la leucemia como “el proceso que estás pasando”.

-Conducta agresiva: En esta parte se recalca sobre que la conducta agresiva del infante disminuyó, ya que en el pre test su puntaje fue de 5 y en el post test fue de 4, el cual era un objetivo que como terapeuta se tuvo a lo largo del taller, ya que cuando se comenzó a trabajar con él se detectó una frustración y enojo acumulado, era un persona que cuando se enojaba, algo no salía o no se hacía como él quería recurrir a romper hojas, aventar cosas y hacer berrinche, ante esto busque que el reconociera e identificara las emociones y de igual manera que había otras cosas para canalizar todo eso que estaba acumulado como por ejemplo expresar su sentir, ejercicio, respiraciones, viendo que esos actos lastimaban a las personas cercanas. Al finalizar con el taller su familia mencionó que esas actitudes ya no se presentaban y ahora lo expresaba de otra manera.

-Reservarse el problema para sí mismo: Para esta categoría de 4 puntos se incrementó a 10, lo que interpretamos que como el infante aprendió a comunicar el problema y expresarse, ahora ya no está tan presente la situación de guardar todo para él, sino que sabe que expresándole se siente mejor y le pueden ayudar con lo que se está presentando en él.

-Evitación cognitiva: Los puntajes que arrojo en el pre test fuer de 7 y cuando se aplicó el post test hubo una disminución a 4 puntos. Se relaciona con las categorías pasadas de comunicar el problema y reservarse el problema para sí mismo, se debe a que ahora ya no se quedansolo en la mente del infante los pensamientos o sensaciones que se presentan, si no que se expresan y esta es su manera de canalizar la situación, también sabiendo que es solo momentáneo lo que sucede y después podrá continuar normal con sus días.

-Estación conductual: En esta última se tuvo en el pre test 12 y en el post 6. Esta tiene correlación con la conducta agresiva, la puntuación disminuyó a la mitad y es

a causa de que la agresividad baja, las conductas del infante son diferentes y ha buscado como ya no dañarse a él, ni a los demás.

Se dará ahora el análisis comparativo del Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes (González, 2011), este instrumento solo se divide en dos factores: Factores protectores internos, factores protectores externos y factor empatía.

-Factores protectores internos: Haciendo una profunda interpretación en el pre, su puntuación fue de 57 y aumentó a 61 puntos, nos arroja que el infante aprendió a tener una independencia por lo que se siente mejor preparado hará con las herramientas que se le brindaron a lo largo del taller, busca una manera adecuada y fácil de solucionar esos problemas que se le van presentando en su vida.

-Factores protectores externos: En el segundo factor obtuvo un puntaje en el pre de 51 y el post disminuyó a 47 puntos, este resultado va ligado a factor anterior, ya que el infante aprendió a poner límites a esos miedos que se presentaban y sabe que hay personas que siempre lo mantendrán a salvo y lo ayudan en este proceso de su enfermedad.

-Factor de empatía: Aquí en este último, fue el que más sorprendió por el cambio de puntos, en el pre obtuvo 19 puntos y se elevó en el post a 35, lo que se interpreta como que el infante se volvió más empático. Podemos relacionarlo con el otro instrumento de afrontamiento donde hubo una baja en la conducta agresiva, el piensa en ayudar a los demás, colaborar con su familia e identificó que ciertas actitudes que él tenía las tenían a sus familiares, conocen sus emociones y sabe manejarlas de una forma positiva.

Por último, la resiliencia del infante en un principio fue de 127 puntos y se elevó a 143 puntos, su resiliencia está en un nivel alto.

Para finalizar con esta sección se menciona que la aplicación del taller de juego Gestalt dio resultados esperados y lo importante aquí es que el infante pudo adquirir y aprender las herramientas que se le brindaron. Ante esto se puede decir que la hipótesis mencionada con anterioridad de este estudio dio como resultado ser válida.



Finalmente, el resultado del estudio fue totalmente satisfactorio con los resultados y todo lo que se logró al trabajar con el infante, sobre todo porque el objetivo siempre fue el ayudarlo ante este proceso que para él no ha sido nada fácil ni agradable. A pesar de que el infante no tenía conocimiento de su diagnóstico, se pudo trabajar desde la Gestalt con la enfermedad y en todo lo que él proyectaba, ver que su conducta “agresiva” puede disminuir y que ahora sabe canalizarlo le va ayudar en todo momento a lo largo de su vida.

## **Recomendaciones.**

Para futuras investigaciones relacionadas al tema, en este apartado se darán algunas recomendaciones para los psicólogos que tengan la intención de continuar con dicho estudio y que son primordiales para el trabajo de infantes con leucemia, sobre todo que den el fruto esperado.

### **Recomendación.**

En primer lugar, se recomienda que toda institución de salud médica que trabaje con niños que tengan el diagnóstico de leucemia, tuviera un departamento de psicología capacitado para poder implementar dicho taller o un acompañamiento psicológico, se logra identificar a lo largo del trabajo que no hay este acompañamiento psicológico con los niños ni con la familia.

Comenzar la intervención y el acompañamiento psicológico con el infante desde el inicio que se da la noticia de la enfermedad y que sea con el mismo psicólogo toda la intervención, para que se vaya creando la relación Yo- Tu, esto permita la confianza del infante hacia el psicólogo y de un mejor resultado.

Se logró un cambio en el infante con 5 sesiones del taller de juego Gestalt, pero considero que, si se trabaja con un número mayor de sesiones aproximadamente 8 en total, los resultados serían aún más fructíferos. En el caso de este trabajo no se pudo intervenir con más sesiones por cuestiones de tiempo.

Una recomendación importante es que, si el infante no tiene conocimiento del diagnóstico de su enfermedad, se comente con los familiares que es importante que durante la intervención se dé la noticia al niño y con el aumento de sesiones trabajar también con la aceptación de la noticia.

Se recomienda que todo aquel psicólogo que quiera trabajar con este tema y en esta área, lleve acompañamiento psicológico y tanatológico, por cualquier situación que se pudiera presentar y tener un manejo adecuado.

Por último, considero que sería un aporte muy importante si en este taller se

trabajará con el infante y se le impartiera a sus familiares o cuidadores, basándose desde la teoría Gestalt, ya que existen diversos autores que fundamentan como el reforzamiento del self en los individuos hace cambios en la situación que se presenta.

## Referencias.

- American Cancer Society. (2018). Información del cáncer, respuestas y esperanzas. <https://www.cancer.org/es.html>
- American Cancer Society. (2022). Cancer facts & Figures. <https://www.cancer.org/latest-news/facts-and-figures-2022.html>
- American Society of Clinical Oncology. (2018, marzo). Conocimientos para triunfar sobre el cáncer. Cancer. net. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/manejo-de-las-emociones/duelo-y-p%C3%A9rdida/entender-el-duelo-y-la-p%C3%A9rdida#:~:text=El%20duelo%20es%20la%20respuesta,de%20haber%20experimentado%20una%20p%C3%A9rdida>
- American Society of Clinical Oncology. (2021). ¿Qué es la leucemia linfoblástica aguda? American Society of Clinical Oncology. <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/acerca/que-es-leucemia-linfocitica-aguda.html>
- American Society of Clinical Oncology. (2021). Tratamiento para niños con leucemia linfocítica aguda (ALL). American Society of Clinical Oncology. <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-en-ninos/tratamiento/ninos-con-leucemia-linfocitica-aguda.html>
- Donald A. (2017). Association of minimal residual disease with clinical outcome in pediatric and adult acute lymphoblastic leukemia. <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2626509>
- Amso y Casey. (2006). Memoria de trabajo y aprendizaje: aportes de la Neuropsicología. *Pepsic*,5(1). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232011000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232011000100003)
- Beisser, A. (1970) *The Paradoxical Theory of Change*. New York: Harper.

- Belizzi M. (2002, May). Obesity in children—What kind of future are we creating? Presentation at the Fifty-Fifth World Health Assembly Technical Briefing, Geneva.
- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1981) The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*.
- Blakemore, S., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Buber M. (1958). *Yo y tú*. Buenos aires: Nueva Visión.camps
- Castanedo C. (1997). *Terapia Gestalt*. Herder.
- Camps C. y Sánchez P (2007). *Duelo en Oncología*. Sociedad Española de Oncología Médica.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Carver y Scheider. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714306.pdf>
- Checa J. (2021). Celular. <https://www.clinicacheca.com/historia-de-la-oncologia-ii-rudolf-virchow-y-su-teoria-celular/#:~:text=En%20el%20curso%20de%20sus,el%20animal%20de%20otro%20animal>.
- Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128, 295-329.
- Dakof, G. A., y Taylor, S. E. (2001). Victims perceptions of social support: What is

- helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Depencare. (2021). ¿Qué es el duelo anticipado y cómo afrontarlo? <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2626509>
- Diccionario Medico. (2022). Afrontamiento. Clinica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/afrontamiento>
- Ellis, K. J., Abrams, S. A., & Wong, W. W. (1997). Body composition of a young, multiethnic female population. *American Journal of Clinical Nutrition*,
- Fernández L. (2016). *Juego Psicoterapéutico y desarrollo emocional*. Guadalajara, México: Pax México.
- Freud S. (1915). La Transitoriedad. En *Standard Editions of Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud S. (1917). Duelo y Melancolía. En *Standard Editions of Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Freud S. (1936). Eros y Conoscenza. <https://val.serc.iisc.ernet.in/jqwgszmzfg3wf/17-dr-talia-fay-iii/8833920585-eros-e-conoscenza-lettere-1912-1936-er.pdf>
- Fulton R. (2003). Anticipatory Mourning: A critique of the concept. *Mortality*.
- Goldman, L., Falk, H., Landrigan, P. J., Balk, S. J., Reigart, J. R., & Etzel, R. A. (2004). Environmental pediatrics and its impact on government health policy. *Pediatrics*, 113, 1146-1157.
- González A., Nieto, D. y Valdez, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*.
- González A. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes*. Ediciones Eón.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lance*.
- Hamilton, B. E., Miniño, A. M., Martin, J. A., Kochanek, K. D., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2007). Annual summary of vital statistics,

- Helgeson, V. S., Cohen, S., y Fritz, H. L. (1998). Social ties and cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*.
- Henderson E. (1995). Una guía para promover la resiliencia en niños: fortaleciendo el espíritu humano, proyecto internacional de la resiliencia. La Haya: Bernard Van Leer Foundation.
- Henderson E. (2006). La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar las adversidades. España: Gedisa Editorial.
- Hernández F. (2006, 10 de agosto). El significado de la muerte. *Revista UNAM*. [https://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago\\_art66.pdf](https://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf)
- Hernández Sampieri, D. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.) México: McGraw Hill. (15 de noviembre de 2019). <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Heidegger M. (2003). Muerte y autenticidad. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-00632017000100123#:~:text=As%C3%AD%20Heidegger%20\(2003%3A%20282,la%20nada%20que%20ello%20implica.](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632017000100123#:~:text=As%C3%AD%20Heidegger%20(2003%3A%20282,la%20nada%20que%20ello%20implica.)
- Hoban, T. F. (2004). Sleep and its disorders in children. *Seminars in Neurology*.
- Hoffman, L., Paris, S., Hall, E. (1996), *Psicología del desarrollo hoy*. McGraw-Hill
- INEGI Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021, 4 de febrero). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. 105(21). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). “El cáncer infantil no se puede prevenir, pero si enfrentar”. Gobierno de México. <http://www.imss.gob.mx/oncologia-pediatrica/que-es-cancer-infantil#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20infantil%20engloba%20numerosa>

- s,la%20ni%C3%B1ez%20y%20la%20adolescencia
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021). Definición de cáncer. NIH.  
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Instituto Valenciano de Oncología (2022). Que es el cáncer. ivo.  
<https://www.ivo.es/tipos-de-cancer/que-es-el-cancer/>
- Kübler-Ross E. & Kessler D. (2006). Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Editorial Luciérnaga.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. American
- Linares A. (2008). Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje. Las tesinas de Belgrano. Departamento de investigaciones.
- Lindermann E. (1994). El duelo anticipatorio. La experimentación de la muerte.  
<http://ysihablamosedelluto.com.br/2016/04/18/el-duelo-anticipatorio-la-experimentacion-de-la-muerte/>
- López N. (2016). La Teoría Hipocrática de los Humores. Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento. <http://index-f.com/gomeres/>
- Masten, A. y Reed, M.G. (2002). Resilience in development. Handbook of positive Psychology.
- Masten, A. y Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice, en S. S. Luthar (ed.), Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities (pp. 1-29). Cambridge: University Press.
- Medline Plus. (2020). Cáncer en niños. Biblioteca Nacional de Medicina.  
<https://medlineplus.gov/spanish/cancerinchildren.html>
- Milgran y Palti. (1993). Desarrollo teórico de la resiliencia.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=)



- Montesinos F. (2011). Significados del cáncer y aceptación psicológica. Aprendiendo a convivir con el miedo. Editorial Académica Española.
- Morales R. (2011). Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. España: Anales de psicología.
- Moyer, A., y Salovey, P. (1996). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*.
- Munis M . (1997). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia ergo-sum. Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*.  
<https://www.redalyc.org/pdf/104/10412057004.pdf>
- Muñoz A. (1997). *Cáncer, genes y nuevas terapias*. Madrid: Helice.
- Nezu, A.M., Further. (1999). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión.  
<https://www.researchgate.net/publication/28079810> La tecnica de solucion de problemas aplicada a la depresion mayor
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Geller, P. (2003) *Handbook of Psychology. Health Psychology*. Vol. 9. Jhon Wiley & Sons, Inc.
- Oaklander V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes, terapia infanto-juvenil*. Santiago Chile: Cuatro Vientos.
- Oaklander V. (2012). *Ventanas a Nuestros Niños, terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago Chile: Cuatro Vientos.
- Ogden, C. L., Fryar, C. D., Carroll, M. D., & Flegal, K. M. (2004). Mean body weight, height, and body mass index, United States.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Papalia D; Wendkos S. y Duskin R. (2009). *Psicología del Desarrollo*. México: McGrawHill.

- Pérez C. (2010). El rol del psicólogo de la salud. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=352>
- Place y Powell. (2003). Resiliencia psicológica y dolor crónico. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092012000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000200001)
- Penman W. (1982). Resiliencia y afrontamiento: una visión desde la psicooncología. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/resiliencia-y-afrontamiento-una-vision-desde-la-psicooncologia/>
- Psicothema. (2001). Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>
- Rando. (2000). Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their next loved ones, and their caregivers. Research Press.
- Real Academia Española. (2021). Concepto de muerte. Asociación de Academias de la Lengua Española. <https://dle.rae.es/muerte>
- Sawyer, L.A., Hennessy, J.M., Peixoto, A.A., Rosato, E., Parkinson, H., Costa, R., Kyriacou. (1997). Natural variation in a Drosophila clock gene and temperature compensation. <http://flybase.org/reports/FBBr0099777>
- Schaefer C. (2005). Fundamentos de Terapia de Juego. Manual Moderno.
- Serrano, A. J. E. (2008). El desarrollo psicológico infantil: Áreas y procesos fundamentales. Extraído desde <https://ebookcentral.proquest.com>
- Servicio de Oncología Médica (2007). Depresión y duelo anticipado en el paciente oncológico.
- Stanford Medicine Children's Health. (2022). Los niños y su noción de la muerte. Children's Health.

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=achildsconceptofdeath-90->

[P06137#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20en%20edad%20preescolar,%22se%20fue%20al%20cielo%22](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=achildsconceptofdeath-90-P06137#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20en%20edad%20preescolar,%22se%20fue%20al%20cielo%22)

Stone, A y Colds, P . (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues. Newbury Park: Sage.

Vera A. (2021, 5 de febrero). ¿Qué es la resiliencia y como nos ayuda? Psiquiatria. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/blog.php?wurl=que-es-la-resiliencia-y-como-nos-ayuda>

Weisman, A. D., y Worden, J. W. (1977). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. International Journal of Psychiatric Medicine.

# ANEXOS

## **Anexo A**

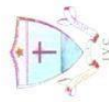
### **Historia Clínica**

El infante nació el 06 de febrero del 2014, en la ciudad de Orizaba, la madre refiere que le embarazado fue de alto riesgo, ya que tuvo amenaza de aborto, la madre trabajaba por lo que tuvo que tomar reposo y ciertos cuidados, no hubo consumo de sustancias ni medicamentos específicos, se presentó preclamsia por lo cual se llevó a cabo una cesaría.

En su etapa perinatal el infante nació de 7 meses, estuvo en incubadora 4 días, al momento de no se presentó ninguna complicación, con un peso de 1,800 kg y talla de 57 cm, tuvo estimulación temprana por parte de profesionistas, a los 8 meses de edad tuvo una intervención quirúrgica de una hernia inguinal, tomo formula hasta los 3 años de edad, caminó al año y 2 meses, control de esfínteres a la edad de 1 año 6 meses y comienzo del lenguaje a la edad de 1 año 8 meses. A los 2 años de edad se notaban pequeños tics en los ojos, por lo que acudieron al neurólogo y fue diagnosticado con epilepsia desde ese momento está medicado.

Como antecedentes familiares la tía materna falleció de cáncer y el padre del infante padece de alcoholismo.

Actualmente sus padres están separados, no existe contacto alguno entre el padre y el infante. Vive con sus abuelos maternos y su madre en Tierra Blanca desde hace aproximadamente 2 años, la relación entre todos ellos es estable y funcional. Cuando el infante tenía 6 años de edad, le comenzó en la noche una fiebre levey decidido la madre hacerle estudios de sangre para posteriormente llevarlo al pediatra, de ahí lo canalizaron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde le dieron el diagnóstico de: Leucemia Linfoblástica Aguda de células pre B de alto riesgo por Hiperleucocitosis. Desde ese momento se comenzó con el tratamiento y se pretende continúe con el alrededor de 1 año y medio más.



### Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz



Acuerdo CIRE núm 10/11 del 2 de mayo 2011  
Clave incorporación UNAM 8967-25  
Licenciatura en psicología  
Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes

#### INSTRUCCION

A continuación, se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor, coloca una (x) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás	X				
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás		X			
3. Soy agradable con mis familiares		X		X	
4. Soy capaz de hacer lo que quiero	X				
5. Confío en mí mismo	X				
6. Soy inteligente				X	
7. Yo soy acomedido y cooperativo				X	
8. Soy amable				X	
9. Soy compartido	X				
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente	X				
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo	X			X	
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro	X				
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar	X				

## Anexo B

### Instrumento de Pre Aplicación Resiliencia (González, 2011).

## Continuación de anexo B

	5	4	3	2	1
X 14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga	X				
X 15. Tengo deseos de triunfar	X				
X 16. Tengo metas a futuro	X				
/ 17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos		X			
/ 18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas	X				
X 19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás				X	
/ 20. Soy firme en mis decisiones				X	
/ 21. Me siento preparado para resolver mis problemas				X	
X 22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás				X	
/ 23. Enfrento mis problemas con serenidad				X	
/ 24. Yo puedo controlar mi vida	X				
/ 25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas	X				
/ 26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					X
/ 27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida	X				
/ 28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos	X				
/ 29. Puedo cambiar cuando me equivoco	X				
/ 30. Puedo aprender de mis errores	X				
/ 31. Tengo esperanza en el futuro	X				
/ 32. Tengo Fe que las cosas van a mejorar	X				

1. V - F...  
 2. ...  
 3. ...  
 4. ...  
 5. ...

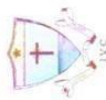
## Anexo C

### Instrumento de Pre Aplicación Afrontamiento (Morales, 2011).



#### Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz

Acuerdo CIRE núm 10/11 del 2 de mayo 2011  
Clave incorporación UNAM 8967-25  
Licenciatura en psicología  
Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)



Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Qué eres? Niño  Niña \_\_\_\_\_  
Curso: \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

A continuación, encontrarás una serie de frases que se refiere a distintas reacciones sobre determinados problemas. Señala en cada frase, con un X en la casilla correspondiente, si esta reacción no te sucede nunca, algunas veces o muchas veces.

Cuando hay algún problema en casa	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
1. Me da igual	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema			<input checked="" type="checkbox"/>
3. Intento solucionar el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)		<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Busco otras cosas que hacer para no pensar en el problema			<input checked="" type="checkbox"/>
7. Me peleo y discuto con mis familiares		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Pienso que todo se va arreglar			<input checked="" type="checkbox"/>
9. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Cuando me pongo enfermo/a y tengo que ir al médico</b>			
10. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles			<input checked="" type="checkbox"/>
11. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema			<input checked="" type="checkbox"/>
12. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			<input checked="" type="checkbox"/>



## Continuación de anexo c

- 13. Me da igual									
- 14. Pienso que todo se va arreglar									
- 15. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)									X
- 16. Me peleo y discuto con mis familiares									X
- 17. Guardo mis sentimientos para mí solo/a									
<b>Cuando tengo problemas con las notas</b>									
- 18. Me da igual									
- 19. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles									
- 20. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)									X
- 21. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema									X
- 22. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)									X
- 23. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema									X
- 24. Me peleo y discuto con mis familiares, profesores/as, etc.									X
- 25. Pienso que todo se va arreglar									X
- 26. Guardo mis sentimientos para mí solo/a									
<b>Cuando tengo problemas con algún compañero/a de clase</b>									
- 27. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)									X
- 28. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles									X
- 29. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema									X
- 30. Guardo mis sentimientos para mí solo/a									
- 31. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo. Familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)									X
- 32. Me peleo y discuto con él o ella									X
- 33. Me da igual									X
- 34. Pienso que todo se arreglara									X
- 35. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema									X

## Anexo D

### Carta descriptiva: sesión 1

Taller de juego Gestalt					
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <del>Mayo</del> 2022		
<b>Objetivo:</b>	Recaudar los datos generales y la historia clínica del infante por medio de una entrevista a los padres. Por otro lado, conocer de igual manera al infante y realizar rapport.				
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes				
<b>Número de sesiones:</b> 8	<b>N. sesión:</b>	1	<b>Fecha:</b>	<b>Tiempo estimado</b>	50 a 60 minutos
			05/03/2022		
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>	<b>Recursos:</b>			
<p>1- Presentación con plastilina: Para llevar a cabo rapport, conocer al niño y entrar en confianza se implementará esta actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se le entregará al infante una plastilina con la cual se le pedirá que moldee con los ojos cerrados un objeto que lo identifique. Al mismo tiempo la terapeuta hará lo mismo con otra plastilina.</li> <li>Al finalizar la terapia se presentará mencionando su nombre, edad, cuál es su objeto creado y el significado.</li> <li>Posteriormente el niño se presentará diciendo su nombre, edad, el objeto que moldeó y lo que significa para él.</li> </ul>	<p>Se comenzó la sesión con el rapport, presentándose al infante, comenzamos a utilizar las plastilinas en las cuales cada uno hizo su estatua de plastilina, el infante realizó dinosaurios y de esta manera fue más fácil la socialización con él, ya que para platicar comenta datos sobre los dinosaurios. En todo momento el infante se mostró participativo, sociable, cooperativo, obedecía instrucciones y es imaginativo por lo que después de las plastilinas me quiso que dibujáramos.</p> <p>Se realizó en esta primera sesión una entrevista a la madre del infante, como la entrevista se llevó a cabo en el domicilio del infante, él estuvo presente por lo que no se pudo profundizar en todas las preguntas de la entrevista. También se obtuvo el dato de que la familia no le ha comentado al infante que</p>	<p>1- Presentación con plastilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plastilina de colores</li> </ul> <p>2- Entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de entrevista</li> <li>Lapicero</li> <li>Lap top</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por último, se preguntará cómo se sintió y se platicará con él para conocer distintos aspectos.</li> </ul> <p>2-Entrevista:</p> <p>Se aplicará una breve entrevista semi estructurada a los padres tutores del infante, para recolectar la información suficiente y obtener la historia clínica.</p>	<p>enfermedad es la que padece para evitar un trauma.</p> <p>Al finalizar la sesión con el niño, me comencé a despedir y le dio un arranque de enojo (la madre comenta que estos arranques de enojo suelen ser comunes en él), me decía que no quería que me fuera y quería jugar más tiempo, se levantó, alzó la voz y aventó los objetos contra la mesa, en ese momento la madre le llamó la atención y pidió que se sentara nuevamente, opte por platicar con él y explicarle que cada 8 días seguiríamos jugando, por lo que acepto y sus niveles de frustración disminuyeron, me quedé unos minutos más terminando de jugar y despidiéndome de él para que se quedara tranquilo y sin ninguna molestia.</p>	
---	--	--

**Anexo D1**  
**Evidencia de la Sesión 1**



Actividad de presentación con plastilina



Actividad para conocer más del otro

## Anexo E

### Carta descriptiva: Sesión 2

Taller de juego Gestalt					
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <u>Mayo</u> 2022		
<b>Objetivo general:</b>	Aplicación de los instrumentos antes de comenzar con las sesiones del taller de juego Gestalt.				
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes				
<b>Número de sesiones: 8</b>	<b>N. sesión:</b>	2	<b>Fecha:</b>	<b>Tiempo estimado:</b>	50 a 60 minutos
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>			<b>Recursos:</b>	
<b>I- Aplicación de escalas y cuestionarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes.</li> <li>● Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)</li> </ul>	<p>En esta segunda sesión se comenzó con un pequeño rapport, para posteriormente comenzar con la aplicación de instrumentos.</p> <p>Al inicio se le explicó que se realizaría y se dio la instrucción correspondiente.</p> <p>En primer lugar, se aplicó el Cuestionario de la resiliencia para niños y adolescentes, en todo momento se fue acompañando al infante para leer cada inciso y que respondiera, posteriormente se aplicó la Escala de Afrontamiento para Niños (EAN) en la cual de igual manera se dio la instrucción y se fue acompañando al infante al momento de contestar el instrumento.</p> <p>El niño fue participativo y colaboró adecuadamente, aunque él no sabe el diagnóstico como tal de su enfermedad relaciono los incisos con cuestiones vividas actualmente ante esta enfermedad. Fue insistente en querer colorear y acabar rápido los instrumentos, ya que lo repetía constantemente, pero si obedecía la indicación, prestaba atención cada vez que yo le leía un inciso y se tomaba el tiempo para pensar y contestar, si algo no lo entendía con libertad lo expresaba para que nuevamente yo como aplacadora le repitiera o le diera un ejemplo.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes</li> <li>● Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)</li> </ul>	

## Anexo F

### Carta descriptiva: Sesión 3

Taller de juego Gestalt					
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <u>Mayo</u> 2022		
<b>Objetivo:</b>	Conocer todo lo exterior que nos integra como personas y que cada parte de nuestro cuerpo es importante y útil. Esto para que el infante acepte su cuerpo tal y como es.				
<b>Planeación</b>	<b>Facilitadora:</b> Eileen Itari Flores Cortes				
<b>Número de sesiones:</b> 8	<b>N. sesión:</b> 3	<b>Fecha:</b> 18/03/ 2022	<b>Tiempo estimado:</b>	50 a 60 minutos	
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>			<b>Recursos:</b>	
<p><b>1- Inicio: Tocar partes del cuerpo</b> El terapeuta formará pareja con el niño y uno de ellos cerrará los ojos para que el otro pueda tocar partes de su cuerpo y este, a través de la sensación, pueda verbalizar que parte del cuerpo es el que está siendo tocada y para qué sirve. Se hace el cambio de pareja y se repite la consigna anterior. Se concluye la actividad con las siguientes preguntas: ¿te gusto la actividad?, ¿Qué sentiste cuando tenías los ojos cerrados?, ¿Qué sentiste cuando te tocaba?, ¿con que parte te sentiste más cómodo y por qué? y ¿con qué aspecto de tu vida lo relacionas?</p> <p><b>2-Desarrollo: El mapa de mi cuerpo</b> Se repartirá un pliego de papel y se solicitará que el niño se recueste sobre el papel y el terapeuta dibujara el contorno de su cuerpo y viceversa entre los participantes, cada uno en su silueta dibujara características físicas como: lunares, cejas, partes del cuerpo, color de piel, cabello, accesorios, vestimenta, etc. Al concluir se le solicitará al niño que realice una descripción amplia de su cuerpo, detallando los puntos sugeridos a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lo que más me gusta de mi cuerpo</li> <li>● Lo que me gusta del cuerpo de mis compañeros</li> </ul>	<p>1-En la actividad de inicio se hizo rapport, para de ahí comenzar con la actividad, se le dio la indicación al infante lo que debíamos realizar y lo comprendió rápido, primero cerró los ojos y yo le iba tocando distintas partes del cuerpo, donde él respondía que parte era y para que nos servía tenerla en nuestro cuerpo, el infante contestaba asertivamente con palabras técnicas en ocasiones, posteriormente cambiamos y ahora yo como terapeuta cerré los ojos y él tocaba partes de mi cuerpo, para comentar en que más nos servía tenerlas. 2-Para la segunda actividad, pegamos los papeles en la pared y primero yo trace la silueta del infante, luego intercambiamos de lugares y el trazo la mía. Posteriormente pusimos los papeles en el suelo para comenzar a dibujar características físicas que nos identifican (partes del cuerpo, ojos, boca, nariz, ropa, cabello, lunares, cicatrices, etc.), en esta actividad fue en la que más se entretuvo el infante, ya que a él le gusta dibujar y pintar, fue creativo añadiendo varios caracteres a su silueta. 3- Por último, en esta actividad caminamos por el patio y yo le daba la indicación de quedar como estatuas en diferentes posiciones, la imaginación del infante ayudó mucho en esta actividad, ya que cada que quedaba en una posición lo hacía de una manera graciosa y se mostró participativo en todo momento. Al cierre de la sesión se hicieron preguntas para saber si él había estado cómodo, le gustaron, que aprendió y se explicó cuál era el fin de cada actividad y sobre todo que es importante aceptar, respetar y valorar nuestro cuerpo por completo.</p>			<p><b>1-Inicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ningún material</li> </ul> <p><b>2-Desarrollo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pliego de papel</li> <li>● Colores</li> <li>● Plumones</li> <li>● Crayolas</li> </ul> <p><b>3-Cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ningún material</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>● La forma en la que yo cuido mi cuerpo</li> <li>● Lo que me gustaría decirles a mis manos, pies, ojos, piernas, etc.</li> <li>● Las cosas que puedo hacer con mi cuerpo</li> <li>● Las cosas que no me agradan de mi cuerpo</li> <li>● En qué cosas de mi cuerpo me parezco a mamá y familiares</li> <li>● Para qué sirven las distintas partes de mi cuerpo</li> </ul> <p><b>3- Cierre: Las estatuas cambiantes</b>  Se permitirá que se camine libremente por el área y se esperará la indicación, la cual se dará de manera imprevista.  La indicación será: ¿quedarse como estatuas...! (tristes, apenadas, leyendo alegres, orgullosas, asustadas, enojadas, peleando, nerviosas sorprendidas, amorosas, etc.). Al finalizar se reflexionará sobre para qué nos sirve nuestro cuerpo al momento de expresar alguna circunstancia.</p>		
--	--	--

**Anexo F1**  
**Evidencia Sesión 3**



Actividad tocar partes del cuerpo



Dibujando silueta



Dibujar características a las siluetas





Infante y terapeuta dibujando cada silueta



Dibujo terminado

## Anexo G

### Carta descriptiva: sesión 4

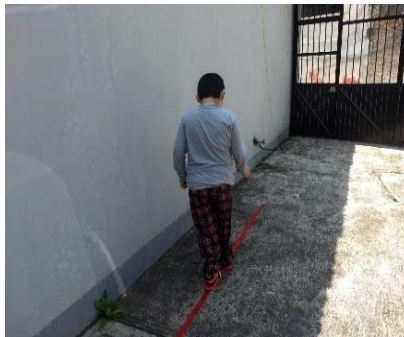
Taller de juego Gestalt				
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <del>Mayo</del> 2022	
<b>Objetivo:</b>	Saber que por medio de los sentidos nos permite percibirlo del exterior, identificando emociones y sentimientos en nuestro interior, que todo esto que sentimos internamente también parte de nuestra identidad y persona, por lo que debe ser aceptada.			
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes			
<b>Número de sesiones:</b> 8	<b>N. sesión:</b>	4	<b>Fecha:</b> 02/04/2022	<b>Tiempo estimado:</b> 50 a 60 minutos
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>	<b>Recursos:</b>		
<p>pedirá que meta su mano encada una y sienta las texturas. Al finalizar el terapeuta le preguntará: ¿Cómo se sintió con la actividad?, ¿Cómo se sintió al momento de tocar distintas texturas?, ¿Qué recuerdos le trajo?, ¿Qué otras texturas han podido presenciara lo largo de su vida?</p> <p><b>3- Cierre: Movimientos del viento</b> Se hablará del “viento” y luego se pedirá mencionar algunas cosas que vuelan con el viento. Posteriormente, que esté contextualizado en el tema, se le indicará que imagine y actúe como si fuera “el viento que mueve...”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas que caen al suelo lentamente</li> <li>• Hojas revoloteando por el patio rápidamente</li> <li>• Gotas de lluvia cayendo a la tierra</li> <li>• Plumas arrastradas</li> <li>• Copos de nieve</li> </ul> <p>Para finalizar se le dará una retroalimentación con varias preguntas para profundizar y comprender mejor el fin de la actividad.</p>	<p>Al inicio de la sesión el niño estaba decaído y no miraba a los ojos, así que se comenzó con el rapport para que el sintiera confianza nuevamente.</p> <p>1.- Esta primera actividad fue la del equilibrista y participó cuando se le daban las indicaciones. Se encontró en esta actividad un poco de falta de equilibrio, primero se le pidió que lo hiciera con ojos abiertos y pasos pequeños, luego con ojos abiertos y pasos largos, por último, con ojos cerrados y pasos cortos, para después con ojos cerrados y pasos largos. Al finalizar esta primera actividad se le preguntó si había sido fácil y respondió que sí, comentó que solo sintió miedo cuando cerró los ojos, ya que no sabía si se iba a caer. Luego se le pidió que pensara en alguna situación en la que sienta miedo como en la actividad, a lo que respondió que cuando va al hospital y lo pican con las agujas, pero que lo afronta cooperando y no viendo, se le enseñó una técnica de respiración cada que se le presente el miedo.</p> <p>2.- Para la segunda actividad ya estaba con ánimos, se le puso enfrente 4 cajas en las cuales se introdujeron distintos objetos con texturas diferentes, aquí nuevamente se vio presente el miedo porque le costaba introducir su mano en las cajas con los ojos cerrados, por lo cual se le permitió que lo hiciera con ojos abiertos, pero aun así le daba miedo descubrir que era, poco a poco por medio de las respiraciones fue atreviéndose más a tocar y se notó divertido, comentó que su favorito fue el Slime y el que menos le gusto fue a</p>	<p><b>1-Inicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listón</li> </ul> <p><b>2-Desarrollo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cajas de cartón</li> <li>• Slime</li> <li>• Palillos de madera</li> <li>• Estropajo</li> <li>• Bolitas de gel</li> <li>• Fomi con ondulaciones</li> <li>• Algodón</li> <li>• Iguana de juguete</li> </ul> <p><b>3-Cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún material</li> </ul>		

	<p>lagartija de plástico porque pensó que estaba viva.</p> <p>3.- En la última actividad fue los movimientos de viento y este fue de cierre para relajarse de la tensión y respirar un poco, igual saber que cada que se presente una emoción o sentimiento negativo hay que dejarlo ir como el viento mueve las cosas y se van.</p>	
--	--	--

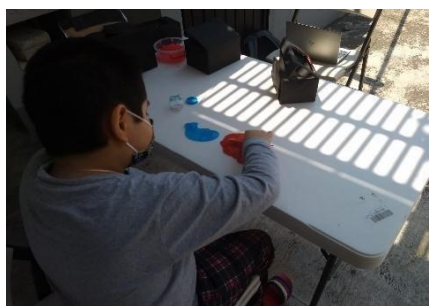
**Anexo G1**  
**Evidencia Sesión 4**



Enseñando actividad del equilibrista



Repitiendo lo que se enseñó de la actividad



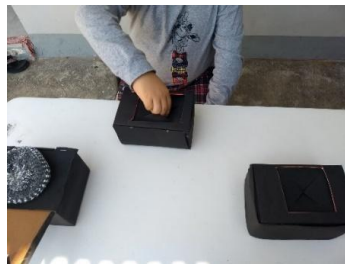
Tocando la textura del slime



Actividad siéntelo con objetos



Sintiendo la textura de las bolitas de acrígel



Descubriendo que hay dentro de la caja

## Anexo H

### Carta descriptiva: Sesión 5

Taller de juego Gestalt						
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Número de sesiones:</b>	8	<b>Periodo:</b>	Marzo-Mayo 2022	
<b>Objetivo:</b>	El infante conozca y acepte sus habilidades, capacidades y defectos, para que a futuro sepa cuál es su fuerte como persona e ir mejorándolas día con día.					
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes					
		<b>N. sesión:</b>	5	<b>Fecha:</b>	<b>Tiempo estimado</b>	50 a 60 minutos
				09/04/2022	:	
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>			<b>Recursos:</b>		
<p><b>1- Inicio: Las botellas sonajas.</b> El terapeuta explica al niño que tiene "parejas de sonajas", es decir, por cada botella hay otra cuyo contenido es el mismo. Entregará al niño una botella sonaja, la cual deberá mover para que, a través del sonido que esta produce, pueda guiarse y localizar al compañero que tiene el par de su botella sonaja. Finaliza cuando se han podido reunir cada pareja de botella sonaja. Repetir lo anterior, pero sin ver. Se cuestionó: ¿Qué sonido es?, ¿te gusto o no te gusto?, ¿Cómo le hiciste para localizar al compañero de la botella sonaja?, que te recuerda el sonido, ¿Qué te imaginaste con cada sonido?</p> <p><b>2- Desarrollo: Me reconozco.</b> En una cartulina se le pedirá al niño que plasme de un lado las habilidades que tiene, las dificultades que se presentan en su vida y se asignen palabras que lo describan. Al terminar se le preguntará cómo se dio cuenta de que tiene todas estas habilidades y capacidades como persona, se reflexionará del tema para identificar cómo está su seguridad.</p> <p><b>3- Cierre: Fantasía: mi respiración.</b> Se pedirá una postura cómoda, ya sea acostado o sentado, donde se pedirá que cierre los ojos. Lograda la posición cómoda irán escuchando una serie de instrucciones que deberán ir realizando al momento que se le vaya indicando: "Vas a respirar profundamente, siente como la</p>	<p>1- Al llegar con el niño, un día antes había recibido su tratamiento de quimioterapia por lo que en ese día de taller no se sentía del todo dispuesto, tenía varios malestares desde la madrugada. Al comenzar con la primera actividad la cual fue las botellas sonajas estaba algo desanimado, pero poco a poco se distrajo jugando y sus malestares disminuyeron, estuvo cooperativo y llevaba a cabo las indicaciones. En las sonajas le pidió que cerrara los ojos para reconocer los sonidos, en esta actividad se pretendía que por medio del oído reconociera lo que había dentro de las botellas, a que le recordaban los sonidos, no le dio miedo, ya que en las de las cajas si le daba miedo permanecer con los ojos cerrados.</p> <p>2- Para la segunda actividad se le dio una cartulina y se dividió en 3 columnas donde fue reconociendo sus habilidades, cualidades y demás, en la única parte donde no quiso escribir nada fue en defectos, ya que mencionó que él no tiene ningún defecto y para todo es bueno. Esta actividad fue complicada de realizar porque el infante quería dibujar y no escribir lo que se le pedía, si realizó la actividad, pero no del todo cooperativo.</p> <p>La última actividad ya no se realizó, ya que el infante comenzó de nuevo a</p>			<p><b>1- Inicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Botellas de plástico</li> <li>● Arroz</li> <li>● Frijoles</li> <li>● Piedras</li> <li>● Semillas</li> <li>● Aguas</li> <li>● Alfileres</li> </ul> <p><b>2- Desarrollo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cartulina</li> <li>● Plumón</li> </ul> <p><b>3- Cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ningún material</li> </ul>		

<p>respiración trabaja por sí sola, como entra y sale el aire...” Para finalizar se pedirá que se reincorpore poco a poco y harán algunas preguntas: ¿Cómo te sentiste?, ¿Estás tranquilo?, ¿En qué sucesos de tu vida ocuparías esta respiración?</p>	<p>sentirse mal y preferimos terminar la sesión para que él pudiera ir a recostarse y ser atendido por su madre.</p>	
--	--	--

# Anexo H1

## Evidencia Sesión 5

Escribiendo habilidades del infante



Escribiendo defectos del infante



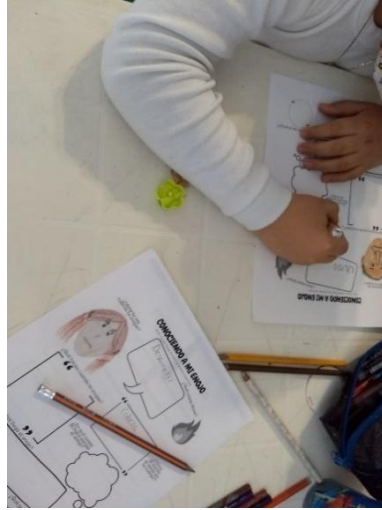


## Anexo I

### Carta descriptiva: sesión 6

Taller de juego Gestalt				
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <u>Mayo</u> 2022	
<b>Objetivo:</b>	Se busca que el infante aprenda a reconocer sus emociones y saber canalizar la frustración de otras maneras.			
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes			
<b>Número de sesiones:</b> 8	<b>N. sesión:</b> 6	<b>Fecha:</b> 22/04/2022	<b>Tiempo estimado:</b>	50 a 60 minutos
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>			<b>Recursos:</b>
<p><b>1- Inicio: conociendo mis sentimientos.</b> En esta actividad se le dará una hoja impresa en la cual se le pedirá que dibuje cómo se sintió el día de ayer, hoy y cómo cree que se sentirá mañana. Identificando los momentos o momentos que lo hicieron estar así.</p> <p><b>2-Desarrollo: conociéndome y conociendo mi enojo.</b> Se le darán dos hojas impresas, en la primera hoja estarán unos recuadros donde podrán ¿Quiénes?, ¿qué amistades le gusta tener?, ¿Qué es lo que más le gusta hacer? y ¿Qué es lo que menos le gusta de las personas? En la segunda hoja se hablará del enojo y se busca que el infante reconozca como se siente el enojo, que hace cuando se enoja, como se ve cuando se enoja, que puede hacer para no enojarse, etc.</p> <p><b>3- Cierre: Todo sobre mi día.</b> Por último, se pedirá que escriba al lado de su terapeuta: como estuvo su día, que le gustó que no le gustó, como se siente, que causó ese sentimiento o emoción, que cambiaría o repetiría de ese día. Para al concluir se reflexione sobre cómo debemos identificar todo lo que sentimos en nuestro cuerpo y que es lo que lo provoca.</p>	<p>1- El infante se encontraba con ánimos de trabajar, sobre todo porque en la primera actividad era dibujar, le fue fácil identificar cómo se sintió ayer (feliz) mencionando que era a causa de que no lo habían picado en el hospital, hoy se sentía (tranquilo) porque menciona que no debía ir al hospital y ya se regresaba a su casa con sus familiares, pensaba que el día de mañana estaría orgulloso de él mismo porque podría dibujar y mejorar sus técnicas. Fue participativo y estaba risueño al momento de hacer la actividad.</p> <p>2-En la primera hoja de la actividad le fue fácil identificar quién es, sabe que le gusta hacer y en el único recuadro donde no puso nada es en el de que no le gusta de las personas, diciendo que a él no le importa cómo es la gente siempre y cuando sean juguetones con él. Para la segunda hoja se le complicó reconocer cómo actúa enojado, por lo que su mamá intentó ayudarlo recordando cómo se comporta y aquí se pudo detectar la frustración que expresa cuando algo no le sale bien rompiendo las cosas o corriendo a sus familiares.</p> <p>3-Por último, en la actividad mencionó que su día había sido agradable porque ya se iba a su casa y no debía asistir al hospital, mencionó que sus días son desagradables cuando debe ir a su tratamiento y lo deben inyectar, ya que a él le duele todo ese proceso y lo pone de malas, ahí es cuando no disfruta las cosas.</p>			<p><b>1-Inicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas impresas</li> </ul> <p><b>2-Desarrollo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas impresas</li> </ul> <p><b>3-Cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas impresas</li> </ul>

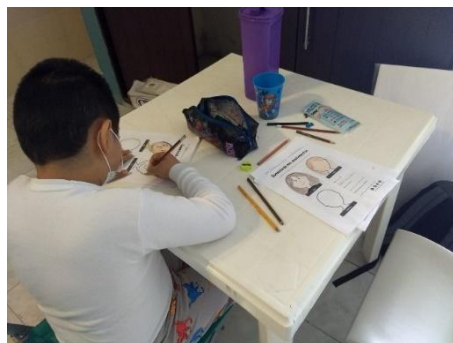
**Anexo I1**  
**Evidencia Sesión 6**



Actividad conociendo mis emociones



Actividad conociéndome y conociendo mi enojo



Todo sobre mi día

## Anexo J

### Carta descriptiva: sesión 7

Taller de juego Gestalt				
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <u>Mayo</u> 2022	
<b>Objetivo:</b>	El objetivo de esta última sesión es ver cómo el infante expresa y proyecta aquellas experiencias que ha tenido a lo largo de su proceso médico por medio de la imaginación, creando historias ficticias.			
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes			
<b>Número de sesiones: 8</b>	<b>N. sesión: 7</b>	<b>Fecha:</b> 02/05/2022	<b>Tiempo estimado:</b>	50 minutos
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>		<b>Recursos:</b>	
<p><b>1-Inicio: Creando cuento</b> La primera actividad será elir creando un cuento con el niño, pero solo se podrá decir una palabra en cada ronda y esto permitirá ver la expresión del infante y su imaginación, al igual que la proyección que nos emitirá. Se le dará la instrucción de que ahora junto con su terapeuta van a crear una historia, pero la regla es ir diciendo una palabra cada quien, se iniciará así: Había una vez... y se le dará un ejemplo para que exista más comprensión.</p> <p><b>2-Desarrollo: Teatro</b> Para esta actividad se le darán al infante unos muñecos de papel, para que el los pinte a su gusto, una vez que ya haya terminado de pintar sus personajes, se le pedirá que en el teatro deberá crear una historia donde represente como se ha sentido en los días anteriores, teniendo presente sus emociones y sentimientos. También se mencionará que su terapeuta podría apoyarle con la creación de la historia si él así le gusta. Al finalizar se hablará con él de cómo se siente ahora al expresar por medio de su imaginación al crear la historia, como está en ese momento, cómo se siente, le fue fácil, le gustó, algo que le gustaría agregar.</p> <p><b>3- Cierre: Recapitular</b> Antes de</p>	<p>Esta sesión se realizó en el domicilio del infante en Tierra Blanca, cuando se inició la sesión se notó tímido ya que en esta ocasión no estuvo presente su abuela materna, pero para esto se inició con el rapport y con el paso de los minutos ya su actitud fue la de siempre. En la primera actividad de crear cuentos le fue fácil y comenzó a crearlas con personajes de animales, donde expresaba emociones y la actividad le fue divertida. Para la segunda actividad primero coloreó algunos títeres de papel, recortó y se pegaron en los palitos de madera, después se le dio la indicación de que debía crear una historia donde podría incluir a todos los personajes o solo los que él quisiera, mientras yo su terapeuta visualizaba la historia. Durante la presentación de su historia el infante utilizó varios animales y personas (pintor, chef y enfermera), de repente yo le hacía preguntas de lo que sus personajes iban diciendo, el tema que trató fue la amistad, la cadena alimenticia y los miedos, cuando se le preguntó sobre los miedos contestaba al inicio, pero después sus mecanismos de defensa salían a relucir y cambia de tema. Después, al finalizar su historia, me pidió que creara una historia con él y la historia se trató sobre unos amigos animales, que paseaban juntos y aprendían hacer marometas. Por último, como cierre de nuestra sesión se hizo una recapitulación de todas las sesiones, se le fue mostrando imágenes de cada sesión que fueron tomadas anteriormente y el infante mencionaba que se vio en cada sesión y también lo que aprendió. Al hablar con el infante me doy cuenta que realmente si ha implementado las herramientas que se le dio en las sesiones al</p>		<p><b>1-Inicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul> <p><b>2-Desarrollo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escenario de teatro</li> <li>• Personajes de papel</li> <li>• Colores</li> <li>• Pistola de silicón</li> <li>• Palitos de madera</li> </ul> <p><b>3-Cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún material</li> </ul>	

<p>dar por terminado el taller, se hablará con el infante sobre cada sesión, para recordar los puntos que se trabajaron y saber con qué se quedó, al igual de que le gustaría implementar ahora en su vida con estos aprendizajes.</p>	<p>momento de que debía ir al hospital por su proceso de quimioterapia y también en su día a día, por lo que se ve un cambio notorio.</p>	
--	---	--

**Anexo J1**  
**Evidencia Sesión 7**



Creando cuento



Coloreando y recordando títeres



Comienzo de la obra de teatro por el infante



Apreciando la obra de teatro



Participación de la terapeuta en la obra de teatro

## Anexo K

### Carta descriptiva: sesión 8

Taller de juego Gestalt					
<b>Descripción de la población:</b>	Persona de ocho años, con diagnóstico de leucemia	<b>Periodo:</b>	Marzo- <u>Mayo</u> 2022		
<b>Objetivo general:</b>	Aplicación de los instrumentos antes de comenzar con las sesiones del taller de juego Gestalt.				
<b>Facilitadora:</b>	Eileen Itari Flores Cortes				
<b>Número de sesiones:</b> 8	<b>N. sesión:</b>	8	<b>Fecha:</b> 03/05/2022	<b>Tiempo estimado:</b>	20 minutos
<b>Actividades propuestas:</b>	<b>Observaciones:</b>			<b>Recursos:</b>	
<p><b>1- Aplicación de escalas y cuestionarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes.</li> <li>● Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)</li> </ul> <p><b>2-Cierre de sesiones</b> Para terminar con la sesión y despedirse, primero se agradecerá por su participación ante todas las actividades y se le otorgará un reconocimiento por su cooperación y disposición, al igual por lo valiente que ha sido a lo largo de su tratamiento médico.</p>	<p>En la última sesión se llevó a cabo la post aplicación de los instrumentos. Nuevamente se le dio las indicaciones de cada escala y se comenzó a leer cada punto y el infante fue respondiendo. La actitud del infante fue cooperativa y entendió todo, cuando había alguna palabra que no entendía preguntaba que significaba y también se le daba un ejemplo para mejor comprensión, se tomó el tiempo para pensar su respuesta en cada punto.</p> <p>Al finalizar se le agradeció por toda su participación durante las sesiones y se le dio su reconocimiento y obsequio, el infante agradeció y preguntó por qué era la última vez que jugaríamos, por lo que se le explicó que ya habíamos terminado todos los temas a tratar y que ahora él debía seguir implementando estas herramientas a lo largo de su vida.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes</li> <li>● Escala de <u>Afrontamiento para Niños (EAN)</u></li> <li>● <u>Reconocimiento</u></li> <li>● Obsequio</li> </ul>	

**Anexo K1**  
**Evidencia sesión 8**



**Aplicación post instrumentos**



Entrega de reconocimiento y obsequio por cierre de taller



## Anexo L

### Instrumento de Post aplicación Resiliencia (González, 2011).

#### ANEXO I. Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Curso: \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

¿Qué eres?  
 (rodca)  
 niña  niño

A continuación encontrarás una serie de frases que se refiere a distintas reacciones sobre determinados problemas. Señala en cada frase, con un X en la casilla correspondiente, si esta reacción no te sucede nunca, algunas veces o muchas veces.

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces
<b>Cuando hay algún problema en casa</b>			
1. Me da igual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hablo y le cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Me peleo y discuto con mis familiares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso que todo se va a arreglar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cuando me pongo enfermo/a y tengo que ir al médico</b>			
10. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Me da igual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pienso que todo se va a arreglar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Me peleo y discuto con mis familiares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Cuando tengo problemas con las notas</b>			
18. Me da igual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me peleo y discuto con mis familiares, profesores/as, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Pienso que todo se va a arreglar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Cuando tengo problemas con algún compañero/a de clase</b>			
27. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
31. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32. Me peleo y discuto con él o ella	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Me da igual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Pienso que todo se arreglará	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
35. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo M

### Instrumento de Post Aplicación Afrontamiento (Morales et al., 2011)

#### Instrucciones

A continuación se presentan una serie de preguntas que tienen que ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor, coloca una (x) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

		5	4	3	2	1
Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca	
X 1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás.	X					
X 2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás.	X					
X 3. Soy agradable con mis familiares.	X					
X 4. Soy capaz de hacer lo que quiero.				X		
X 5. Confío en mí mismo.	X					
X 6. Soy inteligente.	X					
X 7. Yo soy acomedido y cooperador.	X					
X 8. Soy amable.	X					
X 9. Soy compartido.	X					
X 10. Yo tengo personas que quieren incondicionalmente.	X					
X 11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.	X					

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro.	X				
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar.				X	
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga.	X				
15. Tengo deseos de triunfar.	X				
16. Tengo metas a futuro.	X				
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos.	X				
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas.	X				
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás.	X				
20. Soy firme en mis decisiones.					X
21. Me siento preparado para resolver mis problemas.	X				
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás.	X				
23. Enfrento mis problemas con serenidad.	X				
24. Yo puedo controlar mi vida.		X			
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas.	X				

Continúa...

Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos.				X	
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida.		X			
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos.	X				
29. Puedo cambiar cuando me equivoco.	X				
30. Puedo aprender de mis errores.	X				
31. Tengo esperanza en el futuro.	X				
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar.	X				

# Anexo N

## Solicitud de Permiso



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES  
DE LA VERA CRUZ**  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008  
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011  
Clave de Incorporación UNAM 8967-25

SUR 31 N° 272 TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

Orizaba; Ver. A 10 de marzo 2022

IESV/PSIC/066/2022

Asunto: Solicitud de aplicación.

**DR.**

La que suscribe Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón, directora técnica de la licenciatura en Psicología, tiene a bien solicitar apoyo para que la C. **Eileen Itari Flores Cortes**, egresada de la licenciatura en psicología, aplique los siguientes instrumentos: **Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes. Escala Afrontamiento para Niños (EAN) e Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)**. Esta aplicación se realizará de manera presencial a infante de 8 años de edad sexo masculino con leucemia.

Estos instrumentos tienen como objetivo **"Implementar un taller de juego Gestalt para el proceso de duelo anticipado a un infante con leucemia el cual permitirá afrontar la enfermedad de una forma resiliente."**

La interpretación de instrumentos, resultados y la aplicación de Taller, forman parte de la metodología, planteada para la tesis de la estudiante antes citada, la cual lleva como título **"Proceso de duelo anticipado de una forma resiliente en infante con leucemia"**

La aplicación de entrevista e instrumentos se realizarán viernes y sábado de 14:00 a 15:00 horas, las fechas propuestas son las siguientes:

Fecha	Actividades	Fecha	Actividades.
5-03-2022	Entrevista a padres de familia	16-04-2022	Quinta sesión del taller de juego Gestalt.
12-03-2022	Pre-aplicación de las escalas al niño.	23-04-2022	Sexta sesión del taller de juego Gestalt.
19-03-2022	Primera sesión del taller de juego Gestalt	30-04-2022	Séptima sesión del taller de juego Gestalt.
26-03-2022	Segunda sesión del taller de juego Gestalt	7-05-2022	Octava sesión del taller de juego Gestalt.
2-04-2022	Tercera sesión del taller de juego Gestalt.	14-05-2022	Post aplicación de las escalas al niño.
9-04-2022	Cuarta sesión del taller de juego Gestalt.		

Sin más por el momento, agradezco la atención al presente, esperando tener una respuesta favorable a la petición descrita.

Atentamente.

Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez  
Directora Técnica.



INSTITUTO DE ESTUDIOS  
SUPERIORES DE LA VERA CRUZ  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
ACUERDO CIRE 10/11 DE MAYO DE 2011  
CLAVE: UNAM 8967-25

psicologia@iveracruz.edu.mx

# Anexo O

## Consentimiento



### INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ

Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011  
Clave de Incorporación UNAM 8967-25  
SUR 31 N° 272  
TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Orizaba Ver a 17 de febrero de 2022

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INTERVENCIÓN DEL TALLER DE JUEGO GESTALT EN ESTUDIO DE CASO.

Por medio de la presente solicitamos su consentimiento para su participación y la de su hijo(a), en la realización de una evaluación psicológica, como practica de la Facultad de Psicología.

El aplicador concretara con usted las fechas y hora de las sesiones, es necesario la puntualidad y compromiso por ambas partes.

Les pedimos su aprobación para participar en las entrevistas y poder grabar las diferentes sesiones, con el fin de facilitar el aprendizaje por parte de los alumnos al analizar el caso y la elaboración del expediente clínico.

La información recabada es de carácter confidencial. Cualquier información que pudiera llevar a su identificación no podrá ser divulgada.

Esta actividad esta supervisada por los docentes encargados de la práctica.

Nombre del Aplicador y Firma

Eileen Itari Flores Cortes

Recibi  
17 Feb. 22

Muchas gracias por su participación.

## Anexo P

### Hoja de Valides de Diagnostico



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
ANEXO A  
HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
NSS: 6503 8015 53 3 M 2014 OR  
GENERO: MASCULINO  
EDAD: 6 AÑOS  
Cama 326

HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE ORIZABA NO. 1  
LIC. IGNACIU GARCIA TELLEZ

**NOTA DE ALTA**

DIAGNOSTICO DE INGRESO:	<b>NEUTROPENIA FEBRIL /EPILEPSIA EN TRATAMIENTO/TDAH/LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA/</b>		
DIAGNOSTICO DE EGRESO:	<b>NEUTROPENIA REMITIDA/EPILEPSIA EN TRATAMIENTO/TDAH/LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA/</b>		
FECHA Y HORA DE INGRESO:	29.08.2020 00:10HRS	FECHA Y HORA DE EGRESO:	18/08/20 17:00 HRS
FECHA Y HORA DE ELABORACION:	03.09.20 16:00 HRS	REINGRESO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

**RESUMEN MEDICO**

**PRESENTACIÓN:**

..., PACIENTE ONCOLOGICO CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA EL 11 DE AGOSTO 2020, ACTUALMENTE EN VENTANA ESTEROIDEA A BASE DE PREDNISONA TAB 50MG, 1 TABLETA POR LA MAÑANA Y ½ TABLETA POR LA TARDE, CON ADECUADA RESPUESTA A LA MISMA. TIENE DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA Y TDAH EN TRATAMIENTO CON VALPROATO DE MAGNESIO SUSPENSION 200 MG, 3ML CADA 12 HORAS. ALERGIAS, TRAUMÁTICAS, QUIRÚRGICAS INTERROGADOS Y NEGADOS.

**TRANSFUSIONES:** ULTIMA CONCENTRADOS PLAQUETARIOS Y ERITROCITARIOS EL DIA 02.09.2020 SIN COMPLICACIONES.

**ULTIMA HOSPITALIZACIÓN:** DEL 06.08.20 AL 14.08.2020, POR REACCION LEUCEMOIDE CON POSTERIOR DIAGNOSTICO DE LLA. ACUDIO EL 21.08.2020 A CITA ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA CON LABORATORIOS 20.08.2020; HB 3.25, HTO 28.1, LEUCOCITOS 1.02, NT 0.10, LT 0.88, PLAQUETAS 26.000 POR LO QUE SE DEJO MANEJO CON TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS.

ACUDE EL 28.08.2020 A URGENCIAS DE ESTA UNIDAD POR PRESENTAR FIEBRE CUANTIFICADA EN 39°C, SIN PRESENTAR SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, URINARIA NI DIGESTIVA. SE INGRESA A PISO DE PEDIATRIA PARA PROTOCOLO DIAGNOSTICO DE FIEBRE NEUTROPENICA DEBIDO A ALTO RIESGO DE INFECCION POR TRATARSE DE PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.

**QUIMIOTERAPIA:** EL DIA 25.08.20 A BASE DE VINCRISTINA Y L-ASPARAGINASAS.

**INICIO DE PADECIMIENTO:**

INICIA EL DIA 28.08.2020 AL PRESENTAR FIEBRE CUANTIFICADA EN 39 °C SE LE ADMINISTRO ANTIPIRÉTICO, SIN ESPECIFICAR TIPO Y DOSIS. SIN EMBARGO ANTE PERSISTENCIA DE PICO FEBRIL DECIDEN ACUDIR A ESTA UNIDAD. A SU INGRESO CON FIEBRE 38 °C, NIEGA SITNOMAS RESPIRATORIOS, URINARIOS, GASTROINTESTINALES. SE INICIA DOBLE ESQUEMA ANTIBIÓTICO A BASE DE CEFTAZIDIMA 150 MGKG DIA Y AMIKACINA 15 MGKG DIA, ADEMÁS DE ANTIPIRÉTICOS CON METAMIZAOLOL Y PARACETAMOL A 15MGKG DIA. SE TOMA RX TORAX SIN EVIDENCIA DE CONSOLIDACIONES, SOLO AUMENTO DE TRAMA PARAHILIAR. BH: HB 9.1, HTO 26.9, LEUCOCITOS 4.98, NT 750, LT 4 200, PLAQUETAS 101.000. EGO NORMAL. SE INGRESA A PISO POR PRESENTAR NEUTROPENIA MODERADA Y FIEBRE SIN FOCO .

**EVOLUCION Y MANEJO HOSPITALARIO (FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTOS):**

PACIENTE QUE, DURANTE SU ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA PRESENTA ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SIN PRESENTAR PICOS FEBRILES Y CON DOBLE ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS A BASE DE CEFTAZIDIMA 150 MGKG DIA IV POR 4 DIAS Y AMIKACINA 15 MGKG DIA POR 3 DIAS. ADEMÁS DE TRANSFUSIONES DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS 250 ML CADA 24 HRS POR 3 DIAS Y 2 CONCENTRADOS PLAQUETARIOS CADA 12 HRS. PERMANECE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DATOS DE SANGRADO A CUALQUIER NIVEL. POR TAL MOTIVO SE EGRESA DEL SERVICIO CON LOS SIGUIENTES SV REPORTADOS; FC: 110X' FR: 22X' TEMP. 36°C TA: 100/60 MMHG

**//SIGNOS VITALES Y EXPLORACION FISICA:**

FC: 100

FR: 22

TEMP: 36

**ESTADO ACTUAL:**

ACTUALMENTE PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE, ALERTA, ACTIVO Y REACTIVO, ADECUADA COLORACION DE TEGUMENTOS, HIDRATADO, OROFARINGE NORMAL, SIN MUCOSITIS, CARDIOPULMONAR SIN COMPROMISO, BIEN VENTILADO, NO ESTERTORES, ÁREA CARDIACA NORMAL, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON PERISTALSIS PRESENTE, EXTREMIDADES Y RESTO SIN ALTERACIONES.

SE REPORTAN LOS SIGUIENTES LABORATORIALES 03/09/2020 HB 15.7, HTC 44.6, LEUCOS 1.98, NEUTROFILOS 6%, LINFOCITOS 14%, PLAQUETAS 88.000 , GLUCOSA 225, TP 11.1, TPT 25.3

**DIAGNOSTICOS ACTUALES:**

**LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA/ VENTANA ESTEROIDEA / NEUTROPENIA REMITIDA**

**MOTIVO DE EGRESO:**

MEJORIA

MAXIMO BENEFICIO

ALTA VOLUNTARIA

EXITUS

**INDICACIONES MEDICAS:**

**Plan:**

- ALTA A SU DOMICILIO POR SUS PROPIOS MEDIOS
  - CITA ABIERTA A URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE (PRIMER PICO FEBRIL), DATOS DE SANGRADO A CUALQUIER NIVEL (PETEQUIAS-PUNTOS ROJOS, EQUIMOSIS-MORETONES, EPISTAXIS-SANGRADO EN LA NARIZ, GINGIVORRAGIA-SANGRADO DE LAS ENCIAS, PALIDEZ EXTREMA ASOCIADA A CANSANCIO, SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA (CONTINGENCIA COVID) INTOLERANCIA A LA VIA ORAL Y/O DIARREA
  - CITA A LA CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGIA PEDIATRICA EL DIA 10 DE SEPTIEMBRE 2020 CON RESULTADOS DE LABORATORIOS
- MEDICAMENTOS:**
- PREDNISONA TAB 50 MG, DAR 1 TABLETAS VIA ORAL EN LA MAÑANA Y ½ TAB EN LA TARDE.
  - CIPROFLOXACINO CAP 250 MG , DAR 1 CAP CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
  - AMOXICILINA CON ACIDO CLAVULANICO, CAP 250 MG, DAR 1 CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
  - CONTINUA CON QUIMIOTERAPIA INDICADA