

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**“DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA
MEJORÍA FÍSICA ALCANZADA A TRAVÉS DE LA TERAPIA LÚDICA
EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL,
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y
NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”.**

Estudio de Casos

CAROL PATRICIA GUTIERREZ DE LEON

**GUATEMALA, 4 DE NOVIEMBRE DEL 2005
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA
MEJORÍA FÍSICA ALCANZADA A TRAVÉS DE LA TERAPIA LÚDICA
EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL,
HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”.**

Estudio de Casos

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

CAROL PATRICIA GUTIÉRREZ DE LEÓN

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE:

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, 4 DE NOVIEMBRE DE 2005

CONSEJO DIRECTIVO

**Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 594-2003
CODIPs. 1678-2005

**De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación**

04 de noviembre de 2005

Estudiante

Carol Patricia Gutiérrez de León
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Gutiérrez:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DUODÉCIMO (12º), del Acta SESENTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL CINCO (68-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 04 de noviembre de 2005, que copiado literalmente dice:

"DUODÉCIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA MEJORÍA FÍSICA ALCANZADA A TRAVÉS DE LA TERAPIA LÚDICA, EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL, HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

CAROL PATRICIA GUTIÉRREZ DE LEÓN

CARNET No. 93-19146

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Brenda Aguilar y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.





Guatemala, 31 de octubre de 2005

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA MEJORÍA FÍSICA ALCANZADA A TRAVÉS DE LA TERAPIA LÚDICA, EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL, HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Carol Patricia Gutiérrez de León

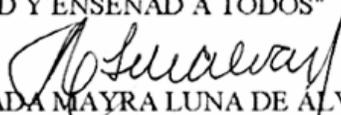
9319146

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA / edr





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1916 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: psicología@uscg.edu.gt

CIEPs. 215-2005

Guatemala, 31 de octubre de 2005

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM-10



Firma: *M. Luna* Hora: 19:00 Registro: 594-03

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA MEJORÍA FÍSICA ALCANZADA A TRAVÉS DE LA TERAPIA LÚDICA, EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL, HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Carol Patricia Gutiérrez de León

9319146

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Miriam Elizabeth Ponce Ponce
LICENCIADA MIRIAM ELIZABETH PONCE PONCE
DOCENTE REVISORA

c.c.: Archivo
Docente Revisor / a

MEPP / edr



Guatemala, 30 de agosto del 2005

Licda. Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora del Centro de Investigaciones
En Psicología Mayra Gutiérrez
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licda. Álvarez:

Por este medio, hago constar que tuve a la vista el INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado: **“Disminución de los síntomas depresivos que conllevan a la mejoría física, alcanzada a través de la terapia lúdica, en niños diagnosticados con enfermedad terminal, hospitalizados en los servicios de Hematología y Nefrología del departamento de Pediatría, del Hospital General San Juan de Dios, en niños y niñas comprendidas entre las edades de 6 a 13 años”**.

Dicha investigación, realizada por la estudiante **CAROL PATRICIA GUTIÉRREZ DE LEÓN**, de la carrera de **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**, quien se identifica con Carnet No. 9319146, cumple con los requerimientos establecidos por la Escuela de Psicología, por lo que avalo su presentación ante el Centro de Investigaciones.

Atentamente,



Licda. Brenda Aguilar
Psicóloga Colegiada No. 4874
Asesora

TELEFONOS

20318

23741-44

530423-32

530443-46

24834

Hospital General "San Juan de Dios"

Guatemala, G. A.

CALLE
"HOSPITAL"
GUATEMALA

OFICIO NO _____

08 de noviembre de 2005

Estudiante

Carol Patricia Gutiérrez

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

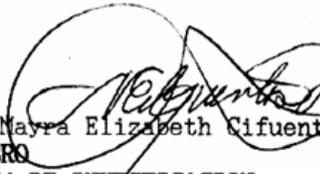
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Guatemala, Ciudad

Estudiante Gutiérrez:

El Comité de Investigación de este Centro Asistencial, le comunica que su Informe Final de la Investigación titulada **"DISMINUCION DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA MEJORIA FISICA ALCANZADA A TRAVES DE LA TERAPIA LUDICA, EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y NEFROLOGIA, DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"**, ha sido aprobado para su impresión y divulgación.

Sin otro particular.


Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado
MIEMBRO
COMITE DE INVESTIGACION



c.c. archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg.594-2003

CODIPs. 1081-2005

De aprobación de proyecto de Investigación

21 de junio de 2005

Estudiante
Carol Patricia Gutiérrez De León
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Gutiérrez De León:

Transcribo a usted el Punto UNDÉCIMO (11º) del Acta TREINTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL CINCO (37-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 17 de junio de 2005, que literalmente dice:

“**UNDÉCIMO**: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: “**DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS QUE CONLLEVAN A LA MEJORÍA FÍSICA DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD TERMINAL, HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**”, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

CAROL PATRICIA GUTIÉRREZ DE LEÓN

CARNÉ No. 93-19146

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.–, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN** y nombrar como asesora a la Licenciada Brenda Aguilar y como revisora a la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce.”

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.



/Gladys

DEDICATORIA

- A Dios por bendecir mi vida y de las personas que amo cada segundo de mi existencia.
- A mi Patria Guatemala
- A mi madre:
Josefina Aguilera
Por su amor incondicional, apoyo y sacrificios realizados en pro de nuestro bienestar.
- A mi esposo:
Marco Antonio Mejicano
Por su entrega, apoyo y amor que me brinda diariamente.
- A mis hermanos:
Evelyn (Q.E.P.D.), Rolando, Anabella, Secil y Brenda
Por su amor, apoyo y comprensión.
- A mis sobrinos: Karen, Pablo, Vera Lucía, Ana Virginia, Andrea Carolina, Ignazio, Angeles, Andreita, Evelyn, Nely, Eduardo Luis.
Por su amor incondicional.
- A mi familia; cuñados, tíos, primos y sus familias, por el cariño recibido.
- A mis amigos y compañeros:
Mónica, Nibia, Carol, Gilda, Carol, Ludin, Verónica, Amparo, Erick, Alberto, Lily, Fabiola, Lucky, Yolanda, Dinora, Delia, Karina, Mario Rolando, Elida, Asalia, Sheyla, Ingrid, Sonia, Eva, Lucy, William, Vinicio, Susy, Nilda, Silvia, Heidy, Ileana, .
Por la amistad y el cariño brindado.
- A todos los niños de los Servicios de Hematología y Nefrología. Especialmente a los que fallecieron durante la terapia (Edy, Gerson y Hugo) (Q.E.P.D.).

AGRADECIMIENTOS

- A las autoridades del Hospital General San Juan de Dios, en especial a la Dra. Alejandra Arredondo y el Dr. Abel Anzueto por confiar en mi persona y permitirme trabajar con sus pacientes en los Servicios de Hematología y Nefrología, así como al personal médico, paramédico y auxiliares de hospital de dichos servicios quienes apoyaron y participaron activa y desinteresadamente, pero especialmente al grupo de niños y padres que se encontraron hospitalizados el tiempo que duró la investigación, permitiendo así la realización de la misma.
- A la Licda. Miriam Ponce, por el apoyo, interés y motivación brindado en el transcurso de la investigación.
- A la Licda Brenda Aguilar y al Dr. Carlos Mena por su orientación, experiencia, tiempo y dedicación con que asesoraron la tesis.
- A mis padrinos de graduación:
Dra. Mónica Nuñez e Ing. Sergio Chacón
Por el respeto, apoyo y cariño brindado.
- A el Dr. Raúl Castañeda, Jefe del Departamento de Pediatría, por su confianza, cooperación y apoyo.
- A la familia Chacón González, por su desinteresada colaboración.
- A Walter Soberanis, por su apoyo en la realización del mural dentro del patio interior ubicado en dichos servicios.
- A el Dr. Julio Figueroa por el apoyo y colaboración recibida durante mis años de estudio.
- A Herbert Sosa, por su amistad y apoyo.
- Y a todas aquellas personas e Instituciones que de una u otra manera contribuyeron con la investigación (payasos, magos, pinta caritas, mimos)

PADRINOS DE GRADUACION

**Doctora Mónica Elizabeth Núñez
Médica Internista
Col. 11,789**

**Ingeniero Sergio Roberto Chacón Montúfar
Ingeniero en Sistemas
Col. 7,140**

INDICE		Pag
PROLOGO.....		1
CAPITULO I		3
INTRODUCCION.....		3
MARCO TEORICO.....		6
1. La Infancia.....		6
2. Enfermedad Terminal.....		8
Efectos de Hospitalización y la Enfermedad Terminal		9
El Niño con Enfermedad Terminal		10
Impacto de las Familias de Niños diagnosticados con Las Necesidades Psicosociales del Niño con Enfermedad Terminal.....		11
Condiciones Hospitalarias en el Enfermo Terminal.....		13
Descripción de las Enfermedades Terminales.....		14
3. Depresión Infantil.....		17
Conceptualizaciones sobre la Depresión Infantil		19
Etiología y Patogenia de la Depresión		21
Características Clínicas y Criterios de la Depresión		23
4. Teoría de las Emociones.....		24
Aspectos Fisiológicos de las Emociones		26
Aspectos Sociales de las Emociones		27
Aspectos Psicológicos de las Emociones		27
Fisiología de las Emociones		28
Sistema Inmunológico desequilibrado.....		31
5. El Juego.....		34
El Juego Infantil		35
Importancia del Juego en los Niños y las Niñas		35
Aportaciones del Juego en los Niños y las Niñas		36
El Juego como un Derecho Ineludible de la Infancia.....		36
6. Terapia Lúdica.....		37
Aportaciones de otros Sistemas Terapéuticos a la Terapia Lúdica.....		38
Principios Básicos de la Terapia Lúdica.....		39
Funciones de la Terapia Lúdica		40
Aplicación de la Terapia Lúdica en Niños Hospitalizados.....		41
Premisas y Postulados		42
Formulación de Hipótesis.....		44
Definición conceptual y operacional de las hipótesis y variables.....		44
 CAPITULO II.....		47
INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS		47
 CAPITULO III.....		51
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....		51
 CAPITULO IV.....		72
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		72

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	75
ANEXOS.....	77
RESUMEN.....	78

PROLOGO

El estudio que se presenta a continuación es una investigación a cerca de los niños que padecen enfermedades terminales, la forma en que ellos viven, su situación personal, la manera en que los familiares la padecen y del desenvolvimiento del grupo familiar que interviene indirectamente en la hospitalización de cada paciente.

Al iniciar ésta investigación se pensó principalmente en apoyar a través de la terapia lúdica a los niños con enfermedades terminales, y además, tomar como parte importante de dicho proceso, a los padres o tutores de cada paciente, pero conforme se fue desarrollando el proceso terapéutico, el círculo inicial, se tuvo que ampliar, tanto a los pacientes muestras, como a los pacientes que no se tomaron como parte de la investigación debido a que no llenaban los criterios de selección de la muestra. Además de dichos pacientes, se sumaron los padres de los pacientes muestra y de otros pacientes que por una u otra razón, necesitaban consultar problemas presentados por sus hijos y finalmente, el personal médico y paramédico, quienes resultaron no sólo colaboradores del proceso de investigación, sino como participantes activos y como entes con necesidad de abrirse y realizar procesos catárticos, debido a los “sufrimientos” que los procedimientos médicos terapéuticos provocan en sus pacientes.

La liberación de tensiones, conflictos, temores y dudas, provocó el mejoramiento del ambiente social, pues además de que los servicios se convirtieron en uno sólo, la comunicación entre pacientes, padres y personal médico y paramédico es más eficiente, pues se comprobó que:

- Las actividades lúdicas disminuyen los síntomas físicos y psíquicos que el paciente pueda encontrarse experimentando, aún en los momentos más difíciles de los procedimientos médicos.
- Las actividades lúdicas, promueven la asociación y sociabilidad de los niños hospitalizados, aún cuando se encuentren en condiciones limitadas y poco favorables para realizarlas.
- Las actividades lúdicas, disminuyen la tensión social derivada de los padecimientos de los niños con enfermedades terminales, incidiendo en el mejoramiento del medio ambiente.

- Las actividades lúdicas, aportan distracción, relajación, introspección, catarsis y con ello crecimiento personal, no sólo a los niños, sino a aquellos personajes que intervienen de una o varias maneras en el proceso terapéutico de los pacientes.

De esta manera y por este medio el estudio que se describe a continuación, se puede comprobar que las ciencias psicológicas son imprescindibles para respaldar los procesos físicos, principalmente cuando los pacientes son menores y dependen de otras personas. Es recomendable, que en los hospitales se integren los equipos multidisciplinarios y que además de los pacientes, se ponga la debida atención al personal médico y paramédico, quienes por ser seres humanos también manejan conflictos y ansiedades (personales o derivadas de su labor médica) las cuales, algunas veces pueden transmitir de manera inadecuada a sus pacientes o a los familiares de éstos.

Brenda Aguilar

CAPITULO I

INTRODUCCION

Al observar que los niños hospitalizados la mayoría de las veces presentan una actitud apática hacia el medio que los rodea, por lo que usualmente se mantienen postrados en la cama, llorando, quejándose, irritados, tristes y sin un programa permanente de apoyo psicológico, debido a que es demasiada la población y existe poco personal para cubrir la demanda que existe por lo cual se decidió realizar la presente investigación con el fin de demostrar que la terapia lúdica puede generar cambios en el estado de ánimo de los pacientes hospitalizados y puede brindarles la atención psicológica necesaria a los propios pacientes y sus familiares.

En base a observaciones realizadas anteriormente a los servicios de Hematología y Nefrología se decidió realizar la presente investigación, la población que conforma los dos servicios está compuesta por niños y niñas de diferentes edades, algunos de ellos suelen padecer de enfermedades terminales en las que el diagnóstico es fatal mientras que otros padecen de enfermedades crónicas en las cuales el paciente tiene que ingresar constantemente al hospital, para recibir su tratamiento el cual suele producirles efectos secundarios, como es el caso de los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia los cuales les producen caída de cabello, vómitos, diarreas, en algunos casos cegueras temporales, convulsiones y dejando también secuelas de tipo psicológico como es la baja autoestima derivado a la imagen corporal deteriorada, angustia a los procedimientos médicos, tristeza por la separación de el núcleo familiar y de su medio ambiente, miedo o temor a la muerte.

Pero en este caso no solo los pacientes terminales sufren sino también su familia derivado a que se dan cambios en la dinámica familiar, pues se ven obligados a tener que separarse las mamás de los hijos o en algunos casos los papas tiene que acompañar al paciente durante su hospitalización, mientras que los otros hijos tienen que quedarse con algún otro familiar, separándose así la familia, en otros casos si los dos padres trabajaban

uno de ellos tiene que dejar de trabajar para dedicarse a cuidar al paciente lo cual implica problemas económicos que repercuten a toda la familia.

El proceso de adaptación del niño hacia la hospitalización se dará de acuerdo a como el paciente y su familia experimente y acepte la nueva experiencia, lo cual dependerá de muchos factores como; la escolaridad del niño, el nivel cultural, la edad, la religión, es por eso que no todos los niños hospitalizados suelen actuar de la misma manera, algunos sufren de ansiedad, otros se demuestran agresivos, otros no quieren cooperar con el tratamiento médico, todo depende de la experiencia y el concepto que tenga el niño de la adaptación.

Es aquí donde la Terapia Lúdica se encarga propiciar y brindar las herramientas para que el niño pueda sacar su fuerza interior, su capacidad de autorrealización, de desarrollar su madurez y fomentar su independencia, es a través del juego que al niño se le permite experimentar la oportunidad de enfrentar sus tensiones y preocupaciones y que pueda compartir con otros niños en condiciones similares.

Se demostró en esta investigación que la Terapia Lúdica es efectiva para la disminución de síntomas depresivos en pacientes con enfermedad terminal ya que permitió reducir los síntomas depresivos que en al principio del estudio se detectaron, logrando disminuir la ansiedad ante la hospitalización lo que dio como resultado la disposición a ser más cooperativos en los procedimientos médicos, también permitió eliminar la resistencia a subsecuentes hospitalizaciones, fomentó el desarrollo de las relaciones interpersonales de médico-paciente, paramédico-paciente creando de este modo una atmósfera en donde existía la comunicación derribando las barreras de la desconfianza de parte del paciente hacia el personal de los servicios de Hematología y Nefrología.

Se trabajó con todos los niños hospitalizados durante la investigación, realizándose evaluaciones individuales con los padres y pacientes para poder seleccionar la muestra, posteriormente se procedió a llenar el cuestionario dirigido a padres el cual sirvió para diagnosticar los síntomas depresivos, así como el test de Figura Humana que nos permitió conocer el estado emocional de cada paciente y el Test de Fábulas para ver si existía un

conflicto que pudiera entorpecer en algún momento la evolución de la terapia, posteriormente se llevaron a cabo las sesiones de terapia de juego individuales y grupales,

Al finalizar la terapia se realizó el mismo proceso anterior para poder evaluar los cambios en los indicadores iniciales y los resultados obtenidos posterior a la aplicación de la terapia, los cuales se pueden apreciar en el capítulo 3, lográndose comprobar la hipótesis de trabajo planteada.

En este estudio inicialmente se tuvo la idea que la terapia lúdica aportaría cambios solamente a los niños y tal vez a los padres directamente o indirectamente, pero conforme el proceso, se pudo observar satisfactoriamente, como algo inesperado, que también aportó cambios en la actitud del personal médico y paramédico de los servicios involucrados, quienes participaron activamente no sólo como observadores sino como colaboradores de manera personal, beneficiándose como consecuencia a sí mismos.

Como un aporte adicional de la investigación y en unión de las autoridades del Departamento de Pediatría, personal paramédico y padres de familia de los pacientes, se realizó el mejoramiento de las instalaciones físicas en el patio interior de los servicios de Hematología y Nefrología específicamente de pintura y la realización de un mural.

MARCO TEORICO

1. LA INFANCIA

Según el Artículo No. 1 establecido en la Convención de Derechos del Niño, un niño es; *“todo ser humano menor de 18 años de edad”*,¹ pero para poder tener una mejor descripción acerca de la infancia y los niños se puede decir que los niños y niñas vienen en diferentes tamaños, pesos y colores. Se les encuentra donde quiera: encima, debajo, trepando, colgando, saltando. Los niños tienen el apetito de un conejo, la digestión de una vaca, la energía de una bomba atómica, la curiosidad de un gato, los pulmones de un voceador, la imaginación de cualquier cuentista famoso, el entusiasmo de un payaso, y para hacer una travesura cuenta con cinco dedos en cada mano. En la infancia a los niños y niñas les encantan los dulces, las navajas, la Navidad, los libros con láminas, el campo, el agua, los animales grandes, papá, mamá, los trenes, las muñecas, los trastecitos, jugar a papá y a mamá, los domingos por la mañana, los carros, las hojas, las flores, las piedras. Durante esta etapa también le desagradan; las reglas, bañarse, las imposiciones, los hermanos mayores. Un niño es una criatura mágica...

Durante el desarrollo de la infancia o sea del nacimiento a la adolescencia, el niño experimenta cambios biológicos (estatura, peso), sociales e intelectuales. Esto conlleva el desarrollo de habilidades mentales, como el aprendizaje, el lenguaje, memoria, el raciocinio, es decir; aptitudes y capacidades, que ejercen una influencia importante tanto en la personalidad como en el intelecto. La mayor parte de conocimiento infantil del mundo llega a través de los sentidos y la actividad motriz.

Las etapas de la infancia comprenden cuatro períodos los cuales se describen de la siguiente manera:

¹ www.UNICEF.com/Derechos del Niño/html

1. **Período Prenatal:** es el de mayor crecimiento físico en todas las etapas de la vida, es cuando un ser humano va de una sola célula (cigoto) hasta, 9 meses después, un ser compuesto por millones de células. La estructura básica del cuerpo y de los órganos se forma, haciendo que esta época sea de gran vulnerabilidad, especialmente durante los tres primeros meses. El desarrollo del cerebro en el vientre también parece posibilitar los principios del aprendizaje.
2. **Primera Infancia:** de los 3 a los 6 años de edad, el lenguaje se vuelve más importante para la vida de los niños, les permite comunicarse mejor con sus compañeros de juego y con los adultos. En esta edad los niños pueden pedir y obtener mejor que antes lo que desean, cuidarse por sí solos y ejercitar el auto-control. Aunque ya reflejan muchas influencias de su cultura, todavía tienen mucho que aprender. En su lenguaje, en el juego y el dibujo, despliegan una gran cantidad interesante de imaginación y creatividad.
3. **Infancia Intermedia:** entre los 6 y 12 años de edad, los niños están en edad escolar. Debido a que están desarrollando mayores habilidades para pensar lógicamente, son capaces de sacar mucho provecho de la educación formal. Durante esta etapa toman muchos aspectos de su cultura particular.
4. **La Adolescencia:** de los 12 a 18 años es la búsqueda de identidad. La cantidad de cambios físicos que señala el comienzo de la adolescencia afecta la vida de los jóvenes en muchas formas y los cambios cognitivos, que les permite desarrollar el pensamiento abstracto. Aunque la cultura afecta el desarrollo en cada una de las etapas, influye especialmente en la adolescencia.²

Y las teorías de diferentes científicos que se desarrollaron en base a las anteriores etapas se pueden resumir en el siguiente cuadro:

² Diane E. Papalia “**Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia**”, Editorial McGrawHill, 5ta. Edición, México 1992. Pp.12-13.

TEORIA:				
	TEORIA PSICOSEXUAL	TEORIA PSICOSOCIAL	TEORIA COGNITIVA	TEORIA HUMANISTA
AUTOR:	<i>(Freud)</i>	<i>(Erickson)</i>	<i>(Piaget)</i>	<i>(Maslow)</i>
ETAPAS:	Falica	Iniciativa Vrs Culpa	Preoperacional	Jerarquía de las Necesidades
EDAD:	De los 3 a los 6 años	De los 3 a los 6 años	De los 2 a los 7 años	
CARACTERISTICAS	Momento de romance familiar. Complejo de Edipo con los niños y Complejo de Electra con las niñas. Zona de gratificación en esta etapa es la genital.	El niño desarrolla la iniciativa al intentar cosas nuevas y no se deja abatir por el fracaso Virtud: el propósito	El niño desarrolla un sistema de representación y utiliza símbolos, como las palabras, para representar personas lugares y eventos.	Según Maslow todos los individuos tienen que tener satisfechas sus necesidades, que lo harán ser un ser trascendental y auto-actualizado (más humano) y estas se enumeran en el siguiente orden:
	Latencia De los 6 a la pubertad	Destrezas Vrs Inferioridad De los 6 a la pubertad	Operaciones Concretas De los 7 a los 12 años	1. Necesidades fisiológicas 2. Necesidad de seguridad 3. Necesidades de amor y pertenencia. 4. Necesidades de estima 5. Necesidades de auto-actualización. 6. Necesidades de trascendencia.
	Momento de aparente calma comparada con etapas más turbulentas	El niño debe aprender destrezas de cultura o enfrentar sentimiento de inferioridad.	El niño puede solucionar problemas de manera lógica si estos se centran en el aquí y en el ahora.	

2 ENFERMEDAD TERMINAL

La enfermedad terminal según los criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos se define por los siguientes elementos fundamentales:³

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta de tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida de corto plazo.

³ Gómez Sancho M. "Cuidados Paliativos: Atención Integral a Pacientes en Situación Terminal y a sus Familiares". Acta Pediatría México 2004;25:39-47.

Es imposible conmensurar el impacto emocional, físico y espiritual que produce un niño agonizante en su familia y en su comunidad. Comprender la forma en que los niños de distintas edades y niveles de desarrollo consideran la muerte y el hecho de morir puede ayudar a disipar muchos miedos e incertidumbres asociados con este proceso.

Proteger a un niño agonizante del impacto que puede producir un diagnóstico es una respuesta natural de los padres, los familiares y los amigos. El contenido y la precisión de la información que se le proporciona al niño depende de muchas variables, entre las que se incluyen las siguientes:

- Su cultura y sus orígenes étnicos.
- La estructura familiar y el apoyo disponible.
- Las características individuales del niño y su familia.

La causa de la ansiedad y el miedo puede ser la percepción del niño de que se le está ocultando la verdad acerca de una situación. Detectan incoherencias en la información que reciben y se dan cuenta de que los mayores evitan responder sus preguntas. A menudo, en la imaginación de un niño, puede que la situación que lo aflige sea mucho peor de lo que realmente es. Es en ese momento, más que nunca, cuando ellos requieren del amor, el apoyo y la honestidad de sus familiares y amigos.

Efectos de hospitalización y la Enfermedad Terminal sobre los Niños

Los efectos de hospitalización y la enfermedad en los niños, es un tema que ha recibido gran atención. Existen estudios que demuestran que la hospitalización causa cambios sobre la conducta del niño según la edad, en algunos casos se da el aislamiento, permanecen sólo en la cama, se vuelven inmóviles y callados se

rehúsan a comer y con la mirada perdida. También, se ha observado regresiones en el desarrollo neuromuscular, social e inmadurez emocional y que tienen largos períodos de llanto y vómito. Se aferran a los adultos y no quieren que los suelten, o sea crean una dependencia excesiva de su entorno (reacción de vinculación angustiada) y frecuentemente despiertan con pesadillas en la noche, durante y después de la hospitalización. También existen otras de mayor importancia cuando la separación es prolongada:

- Frecuente detención del desarrollo afectivo y cognitivo
- Perturbaciones somáticas: gran vulnerabilidad a las infecciones, enfermedades frecuentes.
- Trastornos psicósomáticos (anorexia, enuresis, trastorno del sueño)
- Trastorno de comportamiento especialmente en el niño mayor.
- Depresión

Según Charles Schaefer; *“los niños hospitalizados se sienten temerosos, confundidos y fuera de control, por estar y permanecer en un ambiente ajeno a ellos, motivo por lo que presentan ansiedad y depresión por la separación de los familiares y miedo a la muerte”*.⁴ Esto depende de la edad en el momento de la separación y de la duración de ésta.

El Niño con Enfermedad Terminal

Un niño con una enfermedad terminal es aquel, que no tiene expectativas de cura para la enfermedad que padece, pero que requiere tanto cuidado y bienestar como sea posible. Ser consciente de en qué medida un niño agonizante comprende

⁴ Charles E. Schaefer, **“Manual de Terapia de Juego”**, Editorial El Manual Moderno, México D. F. 1983
Pp. 192

lo que le sucede, así como sus miedos, sentimientos, emociones y cambios físicos que pudieran producirse, pueden ayudar a las personas que lo rodean a sobrellevar el diagnóstico y el proceso final.

La experiencia del niño enfermo está influida por la edad de éste, su grado de desarrollo, las fantasías reactivadas, la severidad de la enfermedad y su respectivo tratamiento.

Impacto en las Familias de Niños diagnosticados con Enfermedad Terminal

El niño no es el único afectado en este proceso, también su familia la cual se ve sometida a cuatro tipos de problemas que se describen así:

1. Desorganización: la enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes habían sido exitosos.
2. Ansiedad: conductas hiperactivas, irritabilidad, intolerancia entre unos y otros.
3. Labilidad emocional: reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente.
4. Tendencia a la introversión: la enfermedad y la muerte son poderosas fuerzas centrípeta que ejercen un efecto de muralla en la familia, la cual para defenderse del desorden implanta nuevas normas.

Las Necesidades Psicosociales del Niño con Enfermedad Terminal

Un niño que padece una enfermedad terminal experimenta la misma necesidad de afecto, apoyo emocional y de realizar actividades normales que cualquier otra persona que debe afrontar la muerte. El amor, el respeto y la dignidad son factores importantes en el cuidado de un niño agonizante. A continuación se describen algunas de las necesidades psicosociales de un niño agonizante que deben tenerse en cuenta:⁵

⁵ <http://www.mcghhealth.org/Greystone/speds/terminallyill/psyneeds.html>

- Infancia normal: participar en actividades adecuadas para su edad como por ejemplo, juegos infantiles.
- Comunicación, atención y expresión de los miedos e ira.
- El niño debe tener la posibilidad de contar con alguien con quien pueda hablar acerca de sus temores, alegrías y enojos, o con quien simplemente pueda conversar. Uno de los miedos que habitualmente experimentan los niños agonizantes es la soledad en el momento de la muerte.
- Depresión y retraimiento: en la medida de lo posible, un niño agonizante debe contar con independencia y control. Los diversos cambios físicos que se producen antes de la muerte pueden obligar al niño a depender de otras personas para llevar a cabo incluso las tareas más simples. La pérdida de control y la depresión pueden conducir al retraimiento. Por lo tanto, es necesario aceptar estos sentimientos y no forzar la comunicación.
- Necesidades espirituales: las necesidades espirituales y culturales deben ser respetadas y satisfechas. El contenido y la precisión de la información que se le proporciona al niño depende de la cultura y el origen étnico de la familia.
- Concreción de un deseo: La concreción de tres deseos suele ofrecer maravillosos recuerdos a las familias de los niños que padecen una enfermedad terminal.
- Autorización de los seres queridos para morir: algunos niños parecen necesitar que se les "autorice" a morir. Muchos temen que su muerte lastime a sus padres y les produzca un gran dolor. Se ha observado que los niños suelen aferrarse a la vida, a pesar del dolor y el sufrimiento, hasta que obtienen la "autorización" de sus padres para morir.
- Consuelo al saber que no están solos en el proceso de la agonía.

Condiciones Hospitalarias en el Enfermo Terminal

Es muy importante una definición clara de los objetivos que deben enmarcar actuaciones asistenciales y evitar tanto la obstinación terapéutica como el abandono del paciente.

Los principios y objetivos fundamentales de la atención son los de promover la máxima calidad de vida, dignidad, y autonomía a los enfermos, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, considerando al enfermo y su familia como una unidad a tratar. Ello requiere la adaptación de la organización asistencial a estas necesidades.

En el control del dolor y de otros síntomas se puede contar con avances espectaculares. El mejor uso de la morfina y de otros opioides potentes, de reciente aparición, así como de otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los enfermos.

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad.

Sin olvidar el papel destacado del médico como referente, se debe promover y practicar el trabajo en equipo multidisciplinario y la cooperación entre los distintos niveles de atención, así como la participación social a través del voluntariado, como una manera de responder a necesidades muy complejas y cambiantes.

La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser adoptada como el método de trabajo cotidiano que permite resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida.

Los objetivos de la atención médica al final de la vida, centrados en su calidad y dignidad, deben evitar tanto su prolongación innecesaria como su acortamiento deliberado. La petición individual o social de la eutanasia y el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención y suelen desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos.

La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deberían ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias y sociales en Guatemala.

Descripción de las Enfermedades Terminales:

Las enfermedades terminales se diferencian de las agudas en que se espera lo inevitable que es la muerte. El pronóstico de la enfermedad afectará al paciente según su personalidad, según las actitudes, y la comprensión que logre tener de lo que le está aconteciendo. Entre las cuales existen:

Leucemia:

Se le llama Leucemia al aumento en la sangre de glóbulos blancos. Los diversos tipos de leucemia difieren según la variedad celular, distribución de edades, manifestaciones clínicas, tiempo de supervivencia y respuesta a los tratamientos. La causa de la enfermedad se desconoce pero se considera que es una neoplasia (formación de un tejido que reemplaza al normal) y que la principal alteración se encuentra en la célula leucémica pues no responde a las fuerzas que regulan su reproducción y maduración. La conducta de la célula puede ser la causa de las manifestaciones clínicas.

Tratamiento: quimioterapia

Leucemia Linfocítica Aguda (LLA)

Es mucho más grave que la crónica. Se debe a la aparición de un número considerable de células jóvenes, en formas blásticas en la sangre periférica. Los elementos de la médula son sustituidos por células pequeñas con núcleos densos.

El diagnóstico de leucemia aguda se establece cuando existe un aumento neto del número de leucocitos inmaduros en la sangre periférica y médula ósea. También se afecta el bazo, los ganglios linfáticos y el hígado. Las manifestaciones clínicas son: anorexia, irritabilidad, palidez, molestias musculares, infecciones, hemorragias anormales (epistaxis, equimosis, petequias), hemorragia o infiltración de leucocitos en el cerebro y partes del sistema nervioso. Si este último está afectado produce: cefaleas, vómitos, convulsiones, edemas papilares, trastornos del sensorio, vejiga y riñón, henciás inflamadas, esplenomegalia, aumento de ganglios linfáticos. Suele existir anemia y trombocitopenia.

Según el curso clínico, la leucemia linfocítica aguda (LLA) es una enfermedad mortal, sin embargo, con el tratamiento actual específico y de sostén, el pronóstico puede ser satisfactorio en el 40% de los niños que han sido atendidos por tres años.

Tratamiento: Quimioterapia

De sostén: transfusiones de sangre, antibióticos y analgésicos.

Leucemia Mieloblástica o Aguda Mieloide (LMA)

Con el desarrollo de la quimioterapia se observaron reacciones diferentes ante la misma, los niños respondían mejor que los adultos, de esto se dedujo que existían dos tipos de leucemia aguda con manifestaciones clínicas similares pero ésta con cierta adversidad al tratamiento. Los elementos blásticos tienen características citomorfológicas, derivados de granulocitos y monocitos. Tienen poca sensibilidad a los agentes quimioterapéuticos. Se presentan con mayor frecuencia en la edad adulta.

Tratamiento: Quimioterapia.

Insuficiencia Renal Crónica y/o Terminal (IRC)

La insuficiencia renal se refiere al daño transitorio o permanente de los riñones, que tiene como resultado la pérdida de la función normal del riñón. Hay dos tipos diferentes de insuficiencia renal: aguda y crónica. La insuficiencia renal aguda comienza súbitamente y es potencialmente reversible. La insuficiencia crónica progresa lentamente durante un período de por lo menos tres meses y puede llevar a una insuficiencia renal terminal. Las causas, los síntomas, los tratamientos y las consecuencias de la insuficiencia renal aguda y de la crónica son diferentes.

Los síntomas de la insuficiencia renal crónica pueden incluir: poco apetito, vómitos, dolor de huesos, dolores de cabeza, atrofia en el crecimiento, malestar general, ausencia de excreción de orina o diuresis (excreción aumentada de orina), infecciones recurrentes del tracto urinario, incontinencia urinaria, palidez de la piel, mal aliento, deficiencia auditiva, masa abdominal detectable, tumefacción de los tejidos, irritabilidad, escaso tono muscular, cambios en la vigilia mental.

La insuficiencia renal crónica se desarrolla a lo largo de muchos años en los cuales las estructuras internas del riñón se van destruyendo poco a poco, dando lugar a una **insuficiencia renal terminal**, donde sólo un transplante podría mejorar la condición del paciente.

Puede que sean necesarias transfusiones de sangre o medicamentos, tales como los suplementos de hierro y de eritroproteína, para controlar la anemia.

No se conoce una cura para la insuficiencia renal crónica. Si no es tratada, generalmente progresa hasta un estado terminal de enfermedad renal. El tratamiento de por vida puede controlar los síntomas de insuficiencia renal crónica.

Complicaciones:

Estado terminal de enfermedad renal, pericarditis, taponamiento cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), hipertensión arterial, disfunción de las plaquetas, pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal, úlceras, hemorragia, anemia, hepatitis B, hepatitis C, insuficiencia hepática, funcionamiento disminuido de los glóbulos blancos, respuesta inmune disminuida, incidencia de la infección aumentada, debilitamiento de los huesos, fracturas, problemas en las articulaciones, cambios en el metabolismo de la glucosa, anomalías en los electrolitos incluyendo la hiperkalemia, piel reseca, rascarse y producir infección de piel como consecuencia.

Tratamiento:

- Medicamentos (para ayudar con el crecimiento, prevenir la pérdida de densidad de los huesos y, o tratar la anemia)
- Terapia o medicamentos diuréticos (para aumentar la cantidad de orina)
- Restricciones alimenticias específicas
- Diálisis, es el tratamiento más frecuente en niños hospitalizados
- Transplante de riñón.

3. DEPRESION INFANTIL

La depresión infantil se conoce como tal, en 1987, describiéndose como un conjunto de síntomas que forman un síndrome. Se establece que puede existir en todas las edades y como mínimo para poder hablar de ellas su sintomatología debe durar alrededor de un mes.

La clínica destacable para la depresión infantil es la siguiente:

- Afecta diferentes aspectos (nivel cognitivo, nivel afectivo, nivel motriz).
- Afecta el humor: el niño se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de encontrar disfrute en diferentes cosas que antes le hacían sonreír.
- En el aspecto cognitivo se aprecia que en su cognición, sus pensamientos están distorsionados, porque se altera la capacidad de comprensión y la capacidad de atención.
- En el aspecto psicomotor, se cansa sin motivo y su actividad desciende a pasos agigantados.
- Se perciben aspectos psicósomáticos: alteración del sueño, alteración en el comer, pérdida de apetito, cefaleas, vómitos, enuresis o dolores abdominales.

La depresión infantil se puede definir como: una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Es una enfermedad causada por la condición depresiva persistente interfiriendo con la habilidad de funcionar del niño o del adolescente.

Existe mayor riesgo de padecerla en niños que viven con mucha tensión, o han experimentado una pérdida traumática. También hay riesgo en niños que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta.

Existen algunos síntomas que nos pueden dar la clave ante una depresión: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, cambios en el sueño, baja autoestima, sentimiento de no ser querido, cambios de apetito y peso, hiperactividad e ideación suicida.

Además de los anteriores síntomas, también pueden observarse conductas como las siguientes:

1. Quejas frecuentes de enfermedades físicas, como dolor de cabeza y estómago.
2. Deterioro en los estudios o faltas en la escuela.
3. Falta de energía y aburrimiento persistente.
4. Concentración pobre.
5. Desesperanza.
6. Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas.
7. Aislamiento social.
8. Comunicación pobre.
9. Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
10. Aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad.
11. Cambios notables en los patrones de comer y dormir.
12. Hablar o tratar de escaparse de la casa.

El diagnóstico y tratamiento temprano es esencial ya que es una enfermedad real que requiere tratamiento y ayuda profesional.

Conceptualizaciones sobre la Depresión Infantil:

Algunos psicoanalistas ven la depresión como un problema de baja autoestima, que resulta de la discrepancia entre el self real y el ideal. Y algunos autores que no dan tanta importancia al desarrollo de las estructuras aceptan que la depresión en niños es posible, y que se manifiestan con distorsiones cognitivas ocasionadas por interacciones padre-hijo problemáticas. Estas interacciones dan lugar a problemas de autoestima, sensaciones que no pueden provocar

modificaciones en el medio y dependencia exagerada de las figuras importantes para recibir gratificación.

Otros, proponen que la depresión existe en los niños como una entidad patológica interna e inobservable que adapta manifestaciones externas diferentes a las de los adultos pero que son depresivas. Según esta teoría, los síntomas “enmascarados” más comunes son: hiperactividad, enuresis, berrinches, desobediencias, delincuencia, fobias, jugar con fuego, somatización, irritabilidad, dificultades escolares. Otro punto que deja ver la conceptualización es que la depresión muchas veces acompaña otros tipos de trastornos como el de ansiedad y el de conducta.

Otra teoría explica que la depresión infantil es transitoria y que se desarrolla y desaparece con el tiempo.

En 1967 Beck propuso 4 categorías de síntomas para la depresión en adultos que también se presentan en niños:⁶

- a) Afectivos: disforia, cambio en el estado de ánimo, lloriqueo, apatía, sentimientos de soledad.
- b) Cognitivos: baja autoestima, autodesprecio, culpa, indecisión y pesimismo.
- c) Motivacionales: evitación, escape, pasividad, baja energía para la sociabilización.
- d) Cognitivos: baja autoestima, autodesprecio, culpa, indecisión y pesimismo.
- e) Motivacionales: evitación, escape, pasividad, baja energía para la sociabilización.

⁶ www.ciberpediatría.com/ven/depresióninfantil/html

- f) Vegetativos y psicomotrices: problemas con el sueño, alimentación y quejas somáticas.

La depresión en el niño es una identidad clínica diferente pero cuyas características son isomórficas con las del adulto.

El Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), indica que los trastornos afectivos de la infancia y de la adolescencia tienen los mismos aspectos esenciales que los trastornos afectivos de los adultos. Para la crisis depresiva mayor y el trastorno distímico los criterios del DSM-IV incluyen “aspectos acompañantes”, específicos de la edad que se encuentran en niños y adolescentes.⁷

Etiología y Patogenia de la Depresión

- A. **Factores Bioquímicos:** las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real del humor se orienta sobre las alteraciones de la regulación de los sistemas de neurotransmisores monoamínicos, en particular de la noradrenalina y la serotonina.
- B. **Factores Psicosociales:** aunque el estrés psicosocial no puede producir crisis depresivas graves, puede desempeñar una función en la precipitación de una crisis depresiva mayor. La observación de que muchos pacientes deprimidos tienen rasgos distintivos semejantes de personalidad hizo que Freud y otros psicoanalistas consideraban a la depresión clínica como un **mecanismo de reparación psicológica**. La pérdida de un objeto amado y la lesión psíquica consecuente podrían superarse solo mediante autocastigo en el que se devaluaba el objeto internado. Freud sostuvo que el desarrollo del ego dependía de la resolución con éxito de la pérdida del objeto original. Por lo tanto, la depresión surge como una manifestación del remordimiento por la ira hacia un objeto

⁷ Asociación Psiquiátrica Americana, “**Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV**”, Editorial Masson, S.A. Barcelona, España, 1995 Pp. 326-357.

percibido de manera ambivalente (amado-odiado). Otros psicoanalistas se orientan sobre la depresión como una reacción del ego al desamparo más que a la ira interna.

- C. **Teoría del Desarrollo:** la psicopatología ocurre cuando en el desarrollo hay una falta de organización e integración de habilidades sociales, cognitivas o emocionales que influyen en la resolución exitosa de las tareas de desarrollo más importantes. Esta teoría se ve apoyada por el hecho de que la incidencia de depresión y conducta suicida aumenta con la edad.
- D. **Actitud o Patología Parental:** los niveles de incidencia de depresión en niños con padres deprimidos, sugiere que además de un factor genético hay un medio ambiental pues el estilo de relación (de vida) de los padres afecta dramáticamente al niño y aumenta el riesgo de que presente un trastorno depresivo.
- E. **Modelos Cognitivos y Conductuales:** algunos autores proponen deformaciones cognitivas que prolongan de manera impresionante el estado afectivo mórbido. Las deformaciones cognitivas más comunes consisten en interpretación negativa de la experiencia, valoración negativa del yo y pesimismo sobre el futuro.

Los niños deprimidos expresan a menudo pensamientos suicidas, ya sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente (pruebas proyectivas). Aunque se forman a menudo pensamientos suicidas, sobre todo en niños hospitalizados.⁸

- ✓ **Teoría del desamparo aprendido** en el que los sujetos sometidos a situaciones o cargas de estrés en las que son capaces de prevenir o alterar un estímulo inversivo (por ejemplo: dolor físico o psíquico) se apartan y no hacen ningún intento por escapar, incluso aunque queden a su disposición oportunidades para mejorar su situación.

⁸ www.ciberpediatría.com/ven/suicidioinfantil/html.

- ✓ **Teoría del Modelo de Aprendizaje Social:** propone que la depresión está asociada con el siguiente paradigma: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente; baja tasa de respuesta está ocasionado por una falta de habilidades sociales. Esta deficiencia provoca que haya poco reforzamiento del medio ambiente. Al mismo tiempo el medio también contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales.
- ✓ **Teoría del Modelo Cognoscitivo:** Beck propuso un modelo para la depresión llamada: “**Triada Cognitiva**”, donde propone que las personas deprimidas tienen un estilo de pensamiento sistemático negativo que los lleva a tener una visión negativa de ellos mismos, del mundo y del futuro.
- ✓ **Teoría del Estilo Atribucional:** es un modelo formulado a partir del **desamparo aprendido** y postula que el estilo atribucional filtra la experiencia de tal manera que provoca déficits afectivos
- ✓ **Teoría del Autocontrol o Autorregulación:** se hipotetiza que las personas deprimidas tienen deficiencias en una o más de estas etapas o fases por lo tanto, la depresión es causa de déficits de autocontrol.

Características Clínicas y Criterios de la Depresión:

De acuerdo con el DSM-IV son los siguientes:⁹

1. **Episodio Depresivo Mayor en niños:** puede de ser un episodio único o recurrente.
2. **Distimia:** que puede ser primaria (inicio precoz) o secundaria (inicio tardío)
3. **Depresión Doble:** se da cuando el niño presenta una distimia con trastorno depresivo mayor superpuesto. La distimia se ha mantenido durante un año por lo menos. Se hacen ambos diagnósticos.

⁹ Idem. Pp. 326-357.

4. **Depresión mayor en remisión parcial:** cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia. Después de una depresión mayor se puede hacer un diagnóstico de distimia solo si ha habido una remisión completa de la depresión mayor durante 6 meses como mínimo.
5. **Depresión mayor crónica:** después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

4. TEORIA DE LAS EMOCIONES

Para los propósitos de esta investigación es importante contar con un referente teórico sobre la *Teoría de las Emociones* que apoyará el proceso reflexivo de la investigación debido a la influencia que las emociones producen en el organismo, por lo cual los sentimientos y las emociones constituyen un motor el cual se encarga de mover nuestra conducta. Tanto los animales como los seres humanos tienen sentimientos: un perro o una abeja se asustan o se enfurecen, ocurriendo lo mismo con el hombre sólo que a diferencia del animal este tiene: “consciencia de la experiencia emocional y esto le da la capacidad de modularla, reprimirla o expresarla. Se entiende por sentimiento el estado afectivo que acompaña a una experiencia (amor, odio, alegría, enojo, etc.), y por emoción una experiencia psicológica con intenso contenido afectivo que se da conjuntamente con ciertas manifestaciones orgánicas complejas (cambios respiratorios, aceleración de pulso, etc.)”¹⁰

Se puede decir pues que las emociones necesitan estímulos internos y externos porque influyen los aspectos sociales, fisiológicos y psicológicos del sujeto. Las emociones pueden producir por ende una cadena compleja de conducta.

¹⁰ www.galeriasnet.com.mx/revista/salud/neurobiología.html

Según Robert Plutchik, quien identificó y clasificó las emociones en el 1980, propuso que: “*los animales y los seres humanos experimentan 8 categorías básicas de emociones que motivan varias clases de conducta adoptiva, y que cada una de estas nos ayudan a adaptarnos a las demandas de nuestro ambiente aunque de diferentes maneras, las cuales se enumeran a continuación*”.¹¹

1. **Temor:** miedo, sentimiento que hace rehusar o evitar lo que se considera peligroso, perjudicial o arriesgado. Aprensión miedo, cobardía.
2. **Esperanza:** confianza de que ocurra lo que se desea o seguridad de conseguirlo. Confianza de lograr lo que se desea. Confianza, creencia.
3. **Sorpresa:** asombro. Hecho o acción extraordinaria, rara y que no es frecuente.
4. **Tristeza:** estado de ánimo triste y afligido, hecho o suceso que produce o provoca pesadumbre o melancólico.
5. **Disgusto:** pesadumbre, inquietud, fastidio, tedio, enfadado. Contienda, enfrentamiento, contrariedad.
6. **Ira:** pasión del alma que mueve a indignación, molestia, enfado, enojo, irritación, furia, furor. Estado anímico de enojo o venganza
7. **Alegría:** sentimiento de gozo y satisfacción. Estado de ánimo de quien se siente bien y a gusto, júbilo, gozo.
8. **Aceptación:** aprobar, consentir. Sentimiento de aprobación y de satisfacción.

Según Plutchik, las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. Ejemplo:

¹¹ www.monografía.com.RepDom/emociones/neurofisiología.html

La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en *optimismo*.

La alegría y la aceptación nos hacen sentir *cariño*.

La sorpresa y tristeza es una mezcla que da origen al *desengaño*.

Estas emociones varían en intensidad, la ira, por ejemplo, es menos intensa que la furia, y el enfado es aún menos intenso que la ira.

Entre más intensidad tenga la emoción, más motivará a la conducta. Las emociones varían según la intensidad y según cada individuo.

En 1880, William James formuló la primera teoría moderna de la emoción; casi al mismo tiempo un psicólogo danés, Carls Lange, llegó a las mismas conclusiones. Según la teoría de James-Lange, los estímulos provocan cambios fisiológicos en nuestro cuerpo y las emociones son resultados de ellos.

La teoría de Cannon-Board, propuso que las emociones y las respuestas corporales ocurren simultáneamente, no una después de la otra. Esto señala un aspecto muy importante: lo que ve (escucha o en todo caso percibe) desempeña un papel importante en la determinación de la experiencia emocional que tiene.

Aspectos Fisiológicos de las Emociones

Las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas perceptibles y aunque son muchas, las más importantes son:

- ✓ Las alteraciones en la circulación.
- ✓ Los cambios respiratorios.
- ✓ Las secreciones glandulares

El encargado de regular los aspectos fisiológicos de las emociones es el **Sistema Nervioso**. El sistema nervioso autónomo **acelera y desacelera los órganos a**

través del sistema simpático y para-simpático; la corteza cerebral puede ejercer una gran influencia inhibitoria de las reacciones fisiológicas.

Aspectos Sociales de las Emociones

Las emociones se acompañan de diversas expresiones del cuerpo. Existen una serie de reacciones emocionales que pueden ser llamadas sociales, porque en la producción de las mismas intervienen personas o situaciones sociales. Estas emociones sociales son:

- ✓ ***Cólera:*** se da por la frustración de no obtener lo que necesitamos o deseamos.
- ✓ ***Temor:*** es una reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre.
- ✓ ***Emociones agradables:*** existen muchas que tienen el carácter de ser agradables y liberadoras de tensión y excitación en las personas. Estas son: gozo, júbilo, amor y risa.

Los estados emocionales, es decir, los sentimientos dependen tanto de la actividad fisiológica, como del estado cognitivo del sujeto ante tal activación.

Aspectos Psicológicos de las Emociones

Frustraciones y Conflictos.

La frustración se produce cuando aparece una barrera o interferencia invencible en la consecución de una meta o motivación.

La frustración y los conflictos se deben librar a diario y de tal manera, que de la forma como el individuo los resuelva, dependerá, en gran medida su salud mental.

Tipos de Frustración

1. Las frustraciones de origen externo, que pueden ser físicas.

2. Las frustraciones de origen interno son la inadaptación emocional y la falta de tolerancia a las mismas. De este modo el logro y el fracaso, así como la dependencia e independencia, son las principales fuentes internas de frustración y de acción.

Con relación a los conflictos pueden considerarse de cuatro tipos.

- a) Cuando la elección debe ser hecha entre varias alternativas agradables.
- b) Cuando la elección debe hacerse ante un solo camino, cuyo recorrido deseamos o no deseamos.
- c) Cuando se representan dos metas a elegir, pero una de ellas es desechada pero no del todo.
- d) Cuando debe hacerse una elección entre dos cosas negativas.

Si el conflicto es grave y prolongado puede acabar creando en el individuo no sólo una gran tensión, sino también puede quebrar o trastornar la salud mental.

Fisiología de las Emociones

Según los neuropsicofisiólogos como él Dr Redford William, de la Duke University, y el Dr. John Barefoot de la Universidad de Carolina del Norte, entre otros, creen que nuestros pensamientos influyen físicamente en los órganos principales, mediante tres sistemas.

1. **El Sistema Nervioso Autónomo:** recorre nuestro cuerpo como una telaraña y posee dos ramas: a) una que proporciona energía y b) otra que produce relajación. El Sistema simpático es la parte energética, que pone al organismo en un estado de alerta para afrontar un peligro o un reto. Las terminaciones nerviosas agregan neurotransmisores que estimulan las glándulas suprarrenales para que produzcan las potentes hormonas norepinefrina y epinefrina (también conocidas como adrenalina y noradrenalina), que incrementan el ritmo cardíaco y respiratorio e influyen en la digestión a través de la secreción de ácidos del estómago. El sistema Simpático es el interruptor de conexión, el parasimpático es quien desconecta. Las terminaciones nerviosas parasimpáticas segregan otros

neurotransmisores que aminoran el ritmo cardíaco y el respiratorio. Las respuestas del parasimpático son la comodidad, la relajación y, en último término, el sueño. El sistema parasimpático es el que relaja nuestro cuerpo.

2. **El Sistema Endocrino:** Este está ligado íntimamente con el Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Endocrino lo forman varios órganos que segregan hormonas, que son sustancias que regulan el crecimiento, el nivel de actividad y la sexualidad. El Sistema Endocrino traduce los pensamientos en sensaciones y acciones reales del cuerpo. También agrega unas hormonas conocidas como **endorfinas o encefalinas que, al parecer, modulan las reacciones al estrés y al dolor e influyen en el estado de ánimo y el apetito, y en ciertos procesos de aprendizaje y de recuerdo.** La glándula pituitaria, en la base del cerebro, es el centro de control de todo el sistema endocrino. Las glándulas suprarrenales, que se localizan encima de los riñones, producen unas hormonas conocidas como corticoesteroides muchas de las cuales actúan como el Sistema Nervioso Simpático y preparan al cuerpo para la acción.
3. **El Sistema Inmunitario o Inmunológico:** Su tarea es mantener sano el organismo, protegiéndolo de antígenos del exterior, como bacterias y virus, y del interior, como las células tumorales. Este se define por su función, por lo que hace. No está diferenciado claramente del resto del organismo, si no que se considera parte de todo él. Consiste principalmente en leucocitos (leuco=blanco, cito=célula), células especializadas que son trasportadas en la sangre. Estas células llevan a cabo varias tareas, unas estimulan a otras para enfrentar a bacterias y virus. Otras marcan bacterias y virus que deben ser destruidos y unas terceras dan por terminada la acción y se llevan los desperdicios. Este sistema tiene dos métodos para defender el cuerpo. El primero es la llamada **inmunidad por mediación celular**, el cual funciona a través de unas células especializadas que reconocen lo que no forma parte del organismo y lo eliminan directamente. El segundo es la **inmunidad humoral**, en el cual diversas células especializadas fabrican anticuerpos que son grandes moléculas diseñadas específicamente para destruir antígenos como las bacterias.

Los tres sistemas intercambian información **a través de neurotransmisores compuestos de proteínas llamadas neuropéptidos.**

El Sistema Límbico (Sistema de las Emociones)

Es el centro de acción de los receptores neuropéptidos, El Sistema Nervioso, el Inmunitario y el Endocrino fabrican y reciben neuropéptidos y en cualquier momento pueden haber muchos de ellos flotando en el cuerpo a la espera de unirse a receptores específicos. El vínculo entre los neuropéptidos y sus receptores es la **bioquímica de las emociones.**

Bioquímica de las Emociones

El sistema límbico capta las emociones del cuerpo a través de los receptores de neuropéptidos, los cuales envían señales al cerebro a través de los neurotransmisores y el cerebro influye en el Sistema Inmunitario de la misma manera. La actividad cerebral controla las respuestas inmunitarias y reacciona a ellas.

Existe un vínculo aún más directo y sorprendente entre el sistema inmunitario y el cerebro. Algunas células del Sistema Inmunitario penetran al cerebro y se transforman en células gliales (un tipo de célula conectiva del tejido cerebral). Las del Sistema Inmunitario también pueden producir una hormona que es la ACTH adrenocorticotropina, que estimula las glándulas suprarrenales.

Los tres sistemas (Nervioso, Endocrino e Inmunitario) actúan juntos y traducen nuestros pensamientos en fisiología. Muchos efectos del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Endocrino son visibles inmediatamente, por ejemplo; cuando se piensa o se elabora una imagen del ser amado el corazón late más rápidamente. En el caso del Sistema Inmunitario la conexión no es tan evidente, pero existe un efecto pues el sistema nervioso y el inmunitario transmiten sus mensajes del mismo modo y por los mismos neuropéptidos.

Sistema Inmunológico Desequilibrado

Cuando el Sistema Inmunitario no reacciona enérgicamente frente a antígenos externos como bacterias o virus, Se producen las enfermedades. Sin embargo, en ocasiones, las afecciones son tan importantes que aunque el sistema reaccione normalmente ni siquiera así puede resistirse.

Por otra parte, cuando la reacción del sistema al antígeno externo o interno es demasiado intensa, el resultado podría ser una alergia. Esta es una respuesta desproporcionada a una sustancia que no representa peligro. También cuando el sistema no reacciona con la debida energía frente a un antígeno interno, puede desarrollarse un cáncer. Cuando el sistema se debilita puede que las células cancerosas no sean detectadas y aumente hasta un punto en que resulte difícil controlarlas.

El sistema puede también, atacar por error algunas partes del organismo. **Una clave que relaciona las emociones y el Sistema Inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés.** Las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina, también conocidas como adrenalina y noradrenalina), el cortisol, la prolactina y los opiáceos naturales beta/endorfina y encefalina, se liberan durante el aumento del estrés. Cada uno ejerce un poderoso impacto en las células inmunológicas. Las relaciones son complejas, la principal influencia es que mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada. **El estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia.** Pero, si el estrés es constante e intenso esta anulación puede volverse duradera.

Algunos médicos y científicos han investigado que; “ *existen más conexiones entre el cerebro y el Sistema Cardiovascular e Inmunológico, logrando*

comprobar que existen EMOCIONES NEGATIVAS”¹². Muchos estudios han descubierto que las emociones negativas y el estrés debilitan el Sistema Inmunológico y la eficacia de las diversas células inmunológicas. El Dr. John Barefoot de la Universidad de Carolina del Norte ha experimentado entre sus pacientes que el pánico y la ansiedad elevan la presión sanguínea y el ritmo cardíaco, es por eso que muchos de ellos cuando entran a una sala de quirófano con estos sentimientos sufren de hemorragias excesivas, de más infecciones y complicaciones y su recuperación suele ser más lenta que la de los pacientes que ingresan con serenidad al quirófano. Esto suele ser muy molesto para los médicos y podría ser causa de muerte para el paciente.

Otra investigación acerca de las emociones negativas, indica lo siguiente; “Los efectos de la ira en la función cardíaca”¹³, realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, llevada a cabo con pacientes que habían sufrido al menos un ataque cardíaco, descubrieron que, mientras los pacientes recordaban episodios que los hacían sentirse furiosos, la eficacia de los bombeos de su corazón descendía entre un 5% y 7% ó más, una escala que los cardiólogos consideran señal de isquemia miocárdica, un peligroso descenso del flujo sanguíneo al corazón mismo. La eficacia del bombeo no se observó con otros sentimientos como la ansiedad, ni durante el esfuerzo físico; **la ira parece ser la emoción que más daño causa al corazón**. Al recordar el incidente perturbador, los pacientes dijeron que estaban solo la mitad de enfurecidos de lo que realmente habían estado, con lo que sugerían que su corazón se habría visto aún más obstaculizado. Cuando se repite una y otra vez un episodio de ira puede causar daño, sobre todo, debido a que la turbulencia con que la sangre fluye a través de la arteria coronaria con cada latido, el cual puede producir microdesgarramientos en los vasos, donde se desarrolla la placa (elementos que se pegan en las paredes internas de las arterias estrechando cada vez más dicho conducto).

Daniel Golman, autor de varios libros de Inteligencia Emocional, señala que durante un estudio realizado en la Universidad de Montreal, Canadá, el cual

¹² www.reforma.com/ParseoCoberturas/print.asp/pagetoprint=../salud/articulo/124673/default.html

¹³ www.galeriasnet.com.mx/revista/salud/neurobiología.html

pretendía investigar: “Los costos médicos **de la depresión en pacientes con enfermedad terminal**” realizado con pacientes diagnosticados con **diferentes tipos de cáncer e insuficiencia renal crónica**, en el que se descubrió: “*que la depresión juega un papel importante en el empeoramiento de una enfermedad que ha comenzado, y es costoso para los hospitales y el paciente.*”¹⁴ Este estudio concluyó que sería conveniente tratar la depresión de los pacientes que sufren enfermedades terminales y que están deprimidos. Descubrieron que una complicación al tratar la depresión de los pacientes, es que los síntomas de la enfermedad, incluida la falta de apetito y el letargo, son muy fáciles de confundir con los de otras enfermedades, sobre todo por médicos que tienen poco entrenamiento en el diagnóstico psiquiátrico. La incapacidad para diagnosticarse la depresión, puede sumarse al problema, dado que se supone que la depresión de un paciente pasa inadvertida y no es tratada; y el fracaso de diagnosticarla y tratarla puede sumarse al riesgo de muerte en la enfermedad terminal. En el caso de los pacientes diagnosticados con IRC (insuficiencia renal crónica), que estaban recibiendo diálisis peritoneal y que se les diagnosticó depresión grave, tenían más posibilidades de morir dentro de los dos años posteriores que los que cursaban con episodios leves y estaban en tratamiento antidepresivo, **la depresión fue un pronosticador más decisivo de muerte que ninguna otra señal médica.**

Efectos de las emociones en el organismo ante el estrés (derivado a enfermedad orgánica)

Cuando el paciente de enfermedad orgánica crónica o terminal es notificado de su estado o padecer y logra comprender el concepto y la magnitud del problema (en caso de niños los padres suelen ser los encargados de transmitirlos), suele experimentar un torbellino de sentimientos que de una u otra forma interferirán en adelante durante el proceso de la enfermedad y su recuperación.

¹⁴ www.yogakai.com/goleman.html

El manejo de sus emociones será de vital importancia durante este proceso de recuperación, ellos suelen experimentar: tristeza, desaliento y autoreproches los cuales producen efectos negativos y que complicarán un poco más el proceso, en este caso se ha comprobado que dichos sentimientos pueden producir al organismo, palidez prolongada de la mucosa gástrica e hiposecreción. En el caso de la angustia esta produce hipermotilidad. Los sentimientos agresivos, incluyendo el resentimiento y la hostilidad, producen un gran aumento en la secreción y en la vascularidad y un aumento discreto en la motilidad. Según lo determinan los neuropsicofisiólogos que se encargan de investigar el efecto que producen los estados de ánimo en los seres humanos en diferentes circunstancias de la vida.

5. EL JUEGO

El juego y las actividades infantiles representan para el niño el bien, el deber, el ideal de vida. Es la única atmósfera en que su ser psicológico puede respirar y en consecuencia puede actuar. No se puede imaginar una infancia saludable sin risas y juegos. El juego desempeña un papel muy importante en el desarrollo de los niños, a través del cual se puede apreciar la personalidad del individuo en vías de desarrollo.

El juego es un elemento clave en la formación del ser humano que logra la confianza, seguridad y claridad necesaria para proponer cambios en torno a su realidad. El juego favorece la alegría, la imaginación, la inteligencia, la comunicación, la cooperación, el manejo del riesgo, el desarrollo psicomotor. Además tiene un importante componente terapéutico que ayuda a procesar problemas y encontrar respuestas a los conflictos. Y es que a través del juego las niñas y los niños pueden partir de su propia experiencia y desde su historia personal que les ayuda a entender el concepto de solidaridad.

El Juego Infantil: Resulta difícil para alguien que se interese en el juego y la terapia lúdica entender con claridad lo que significa el término de **juego** porque no se ha desarrollado una definición única y comprensible. La definición que parece más apropiada para su descripción fue propuesta por **Erick Erickson**, que afirma que: *“el juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. El Juego es divertido, está compuesto por compulsiones de la consciencia y de impulsos de irracionalidad”*.¹⁵

En las terapias psicoanalíticas, estructuradas y de relaciones de juego tiene una función de comunicación. A través de esta terapia se ayuda a los niños a exponer y posteriormente resolver sus trastornos emocionales, conflictos y traumas.

Según Sigmund Freud: *“el juego sirve como distracción cuando las personas significativas se encuentran ausentes; sirve para controlar la ansiedad relacionada con la separación y puede usar objetos para reemplazar simbólicamente a las personas significativamente ausentes”*.¹⁶

Importancia del Juego en los Niños y las Niñas

Para tratar de entender el concepto de juego lo podemos describir a través de los siguientes lineamientos:

- A través del juego el niño y la niña aprenden a controlar su cuerpo y desarrollan el equilibrio y la coordinación del cerebro, y coordinación ojo-mano.
- A través del juego explora el mundo material, acumula hechos y aprende a controlar sus sentimientos.

¹⁵ Nicholas S. Dicaprio, **“Teorías de la Personalidad”**, Editorial McGraw Hill, México D. F. 1989. Pp. 186.

¹⁶ Ana Freud, **“Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente”**, Editorial Paidós, Barcelona España 1980. Pp. 226.

- A través del juego aprende a ser una persona social y a ocupar un lugar en la comunidad.

Aportaciones del Juego en los Niños y Niñas

A través del juego el niño y la niña pueden:

- Conocer la realidad y aprender, ayudando a descubrir posibilidades y capacidades. Desarrollar y perfeccionar determinado tipo de acciones, nociones y expresiones.
- Estimular la capacidad de pensar a resolver los problemas que propone el juego.
- Activar la imaginación, al idear situaciones posibles. Desarrollar la creatividad.
- Expresar de una forma adecuada la agresividad, reproduciendo situaciones duras y traumáticas, pero también a controlar las emociones, imágenes e ideas que antes eran intolerables.
- Apreciar que el cuerpo puede ser fuente de alegría opuesta al dolor o displacer sufrido por el maltrato y las situaciones de violencia experimentadas.
- Comprender las emociones, valorar su imagen y espacio corporal.
- Canalizar a través de la música y las artes, la carga de ansiedad y de agresividad permitiendo elaborar el sentido de identidad cultural y de pertenencia.

El Juego como un Derecho ineludible de la Infancia

Precisamente cada vez son más las experiencias que señalan que el juego constituye la actividad más importante en la vida de los niños y niñas, puesto que éste estimula su crecimiento como persona y contribuye de manera decisiva en el

proceso de desarrollo de su autoestima, su autonomía e identidad, ayudándoles a avanzar en la comprensión del mundo.

La salud, la alimentación y la vivienda, son derechos muy fáciles de identificar como sustantivos a la dignidad de las personas, sin embargo otros como el afecto y la recreación son menos visibles como derechos, más aún el juego que es fundamental para la infancia, es débilmente promovido y comprendido como un derecho, por tal motivo quedó establecido en la Convención de Derechos del Niño artículo No. 31 como: *“El reconocimiento al derecho del niño al descanso, al esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas apropiadas para su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes”*.¹⁷

6. TERAPIA LUDICA:

Esta terapia surgió de los intentos de aplicar la terapia psicoanalítica a los niños; como en el análisis de los adultos, el objetivo de la terapia de Freud era el de hacer conscientes las experiencias reprimidas. El método básico para lograr éste resultado en los adultos era el *Método de Asociación Libre* y de éste modo se descubrió que los niños se negaban a asociar libremente.

Sin embargo Ana Freud afirmó que: *“se podía inducir ocasionalmente a un niño pequeño a asociar libremente por momentos y este lo hacía para agradar a un analista.”*¹⁸

Pero el material era insuficiente como para interpretarlo y a causa de la creencia de que los niños no conformaban una neurosis de transferencia, Ana Freud modificó esta técnica analítica clásica; jugaba algunas veces con los niños, para

¹⁷ www.UNICEF.com/DerechosdelNiño.html

¹⁸ Harvey F. Clarizio. **“Trastorno de la Conducta en el Niño”**, Editorial El Manual Moderno, México, S.A de C.V. 1990. Pp. 420

crear empatía entre paciente y analista. La primera utilización del juego en la terapia no era punto central en esta terapéutica sino como un punto preliminar.

Melanie Klein se desarrolló independientemente alrededor de la misma época y su enfoque lo derivaba también de las mismas teorías de Ana Freud, y denominó a este enfoque “**Análisis Lúdico**”, a diferencia del psicoanálisis de los adultos, esta técnica se caracteriza por hacer interpretaciones profundas de la conducta del niño tempranamente, y darles una imagen del valor del análisis para él.

Aportaciones de otros Sistemas Terapéuticos a la Terapia Lúdica

Esta terapia ha evolucionado y se podría decir que tiene principios basados en la terapia centrada en el cliente ya que la sesión terapéutica se concibe como una experiencia de crecimiento concentrado, la cual fue creada por Carl Rogers y donde *“la psicoterapia centrada en el cliente requiere que se le dé la oportunidad al niño de interactuar con un adulto (terapeuta), quien adoptará una actitud diferente frente a su problema que lo que había experimentado previamente. Aunque los juegos pueden participar en esta interacción, la actitud se puede mantener a la falta de ellos. El juego es simplemente una forma de permitirle al terapeuta interactuar con los pacientes infantiles”*.¹⁹ De los freudianos se han conservado los conceptos de la significación de la conducta aparentemente inmotivada, la permisividad y catarsis, de represión y del juego como *lenguaje natural del niño*, de los rankianos (también llamada terapia racional), la cual se interesaba en los problemas emocionales que existían en el presente inmediato, independientemente de su historia, esta se enfoca en el aquí y el ahora, y aporta la disminución de la posición del liderazgo del terapeuta, el énfasis en la respuesta a los sentimientos expresados más que a un contenido en particular y el permitir que el niño emplee la sesión como él prefiera.

La Terapia Lúdica tiene como objetivo que el niño gradualmente pueda llegar a darse cuenta **de que es una persona independiente, una fuerza impulsiva,**

¹⁹ Virginia, Axline “**Terapia de Juego**”, Editorial Diana, México, 1994. Pp. 24

y que, sin embargo, existe una relación en la que otra persona puede tener sus propias cualidades.

Principios Básicos de la Terapia Lúdica:

Los principios establecidos sirven de guía en los contactos terapéuticos y son los siguientes:

1. El terapeuta desarrolla una relación estrecha y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal cual es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta debe estar alerta para reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él, de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y hacer cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño en forma alguna. El niño guía el camino, el terapeuta lo sigue.
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y reconocido como tal por el terapeuta.
8. El terapeuta establece aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacer patente al niño de su responsabilidad en la relación.

El contacto inicial es de suma importancia para el desenvolvimiento del proceso terapéutico, es durante ese contacto cuando se presenta al niño la estructuración no sólo por medio de palabras, sino a través de la calidad de comunicación establecida con el niño en la terapia. Por estructuración se entiende dentro de este contexto el fortalecimiento de la relación en base a los principios anteriormente descritos. Según Sofía Mazariegos: *“su función es permitir al niño comprender la naturaleza*

de los contactos terapéuticos y ayudarle a utilizar para su beneficio, por ende la estructuración es más que un método ideado con el objeto de introducir al niño en la autoexpresión y que logre un mejor conocimiento de sí mismo a través de los cuales se liberará de sentimientos que lo están perjudicando”.²⁰

Funciones de la Terapia de Juego

Biológicas

- Aprender habilidades básicas
- **Relajarse, liberar energía excesiva**
- Estimulación cinestésica, ejercicios

Intrapersonales

- Deseo de funcionar
- **Dominio de situaciones**
- Exploración
- **Desarrolla la comprensión de las funciones de la mente, el cuerpo y el mundo.**
- Desarrollo cognitivo
- **Dominio de conflictos**
- Satisfacción de simbolismos y deseos

Interpersonales

- Desarrollo de habilidades sociales
- **Separación – individuación**

Socioculturales

- Imitar papeles deseados (adultos)
-
-

²⁰ Sofía Elena, Mazariegos Soto, “**Terapia de Juego, Uso y Aplicación**”, Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1987. Pp. 37-39.

Aplicación de la Terapia Lúdica en Niños Hospitalizados

La terapia lúdica se utiliza para satisfacer las necesidades emocionales de los niños que sufren alguna enfermedad o que se someten a una cirugía y deben ser hospitalizados. La hospitalización es estresante tanto para los niños como para los demás miembros de la familia. A veces, los niños se sienten temerosos, confundidos y fuera de control. La terapia del juego se utiliza para ayudar a que los niños entiendan y puedan sobrellevar la enfermedad, la cirugía, la hospitalización, los tratamientos y los procedimientos. La finalidad de la terapia lúdica es ofrecer un abordaje centrado en la familia para ayudar a que su hijo se adapte al cuidado del hospital. De esta forma colaborar con la satisfacción de las necesidades emocionales de los niños en el hospital estableciendo un vínculo hijo-padres, dándole la oportunidad de expresarse al niño/paciente y permitiéndole adaptarse a su situación a través de la actividad lúdica. Los padres del niño tienen la oportunidad de aprender nuevas estrategias para tranquilizarlo y fomentar el continuo desarrollo del niño mientras se recupera en el hospital.

En las terapias psicoanalíticas estructuradas y de relaciones el juego tiene una función de comunicación. A través de esta terapia se ayuda a los niños a exponer y posteriormente resolver sus trastornos emocionales, conflictos o traumas.

PREMISAS Y POSTULADOS

- 1) *“En los niños hospitalizados es de gran importancia la terapia. Los juguetes para el psicoterapeuta son importantes como el bisturí para el cirujano y de esta manera se logrará que el niño sea más saludable desde el momento de su hospitalización así como cuando este egrese del hospital”.*

Charles E. Schaefer

- 2) *“Los niños hospitalizados se sienten temerosos, confundidos y fuera de control, por estar y permanecer en un ambiente ajeno a ellos, motivo por lo que presentan ansiedad y depresión por la separación de los familiares y miedo a la muerte”.*

Charles E. Schaefer

- 3) *“La depresión juega un papel importante en el empeoramiento de una enfermedad que ha comenzado y es costoso para los hospitales y el paciente”*

Daniel E. Golman

- 4) *“El juego es una función del yo, un intento por sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. El juego es divertido, está compuesto por compulsiones de la consciencia y de impulsos de irracionalidad”*

Erick Erickson

- 5) *“La risa y el juego liberan endorfinas cerebrales, actúan sobre el dolor y aumenta la secreción de serotonina. Una persona que está deprimida tiene bajos niveles de serotonina”*

Dr. José Elías

- 6) *“La terapia de juego permite al niño comprender la naturaleza de los contactos terapéuticos y ayudarlo a utilizar para su beneficio, por ende la estructuración es más que un método ideado con el objeto de introducir al niño en la autoexpresión y que logre un mejor conocimiento de sí mismo a través de los cuales se liberará de sentimientos que lo están perjudicando”.*

Sofía Mazariegos

7) *“El niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad, confusión”.*

Carl Rogers

8) *“La terapia lúdica suele ser efectiva porque el niño se siente libre de ser manipulado de cualquier forma, pues aunque se encuentra con un espectador el cual será el terapeuta, éste podrá decidir todo lo que durante cada sesión acontezca”*

Carol de Mejicano

9) *“La terapia de juego se sustenta en la capacidad que tiene el individuo para creer y autodirigirse”.*

John Barefoot

10) *“El primer paso para conocernos a nosotros mismos es reconocer nuestras emociones, apropiadas o negativas, lo que nos permitirá aceptarlas para después soltarla o liberarla según nuestras propias conveniencias”*

Carol de Mejicano

FORMULACION DE HIPOTESIS

Hipótesis de Trabajo:

- La Terapia Lúdica es efectiva para la disminución de los síntomas depresivos en niños hospitalizados que padecen enfermedad terminal.

Hipótesis Nula:

- La Terapia Lúdica no es efectiva para la disminución de los síntomas depresivos en niños hospitalizados que padecen enfermedad terminal.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS HIPOTESIS Y VARIABLES:

Las variables que lo conforman son:

Variable Independiente:

- Terapia Lúdica

La terapia de juego se define como la relación entre el paciente y el terapeuta; en dicha relación se encuentra la aceptación, respeto, seguridad, comprensión, compañía y libertad por parte del terapeuta. Se utiliza para satisfacer las necesidades emocionales de los niños que sufren alguna enfermedad o que se someten a una cirugía y deben ser hospitalizados. A veces, los niños se sienten temerosos, confundidos y fuera de control y por lo cual la Terapia Lúdica como estrategia terapéutica contribuye en apoyar procesos sociales en el sentido de atender las carencias y/o necesidades propias del ser humano, intereses y desarrollo integral (físico, social, mental, emocional) y propicia la solución de problemas asociados a la hospitalización y a la intervención quirúrgica, tales como: la inseguridad, baja de autoestima, dificultades de sociabilización, maltrato y violencia, entre otros mediante la utilización de la lúdica y los lenguajes lúdicos-creativos que constituyen un lenguaje a través del cual el ser humano representa su mundo, temores y ansiedades con la posibilidad de exteriorizar su situación y dar cabida a posibles resultados positivos. Su función es de comunicación.

INDICADORES:

- Expresión de los sentimientos
- Disminución de los síntomas depresivos
- Disminución de la ansiedad
- Motivación a la catarsis
- Relajación
- Liberación
- Evolución del desarrollo cognitivo
- Satisfacción de deseos reprimidos
- Intervención en el proceso de separación individuación
- Estimulación a la psicomotricidad fina y gruesa
- Permisividad a la conducta del niño

Variable Dependiente:

□ Síntomas Depresivos Infantiles

La depresión se puede definir como: una situación afectiva de tristeza e intensidad variable y duración que ocurre en un niño. Es un síndrome causado por la condición depresiva persistente interfiriendo con la habilidad de funcionar del niño o adolescente. Se puede generar debido a varias causas, entre ellas: pérdida traumática (de salud, de separación de padres o familia, de duelo, etc.) También lo generan los problemas de aprendizaje o conducta, desórdenes de atención o por factores orgánicos (enfermedades o derivado a sustancias médicas).

INDICADORES:

- Tristeza
- Irritabilidad
- Anhedonia
- Llanto fácil
- Falta del sentido del humor
- Cambios en los patrones del sueño
- Baja autoestima
- Cambios notables en los patrones de comer

- Hiperactividad
- Ideación suicida
- Desesperanza
- Aislamiento
- Hostilidad
- Culpa
- Disforia
- Inseguridad
- Pesimismo
- Quejas somáticas
- Apatía

CAPITULO II

INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

2.1 Descripción de la Población:

La presente investigación se realizó con un grupo de la población conformada por 10 niños y niñas hospitalizados en los servicios de Hematología y Nefrología del Hospital General San Juan de Dios, comprendidos entre las edades de 6 a 13 años, a quienes se les a diagnosticado enfermedad terminal; provenientes de la ciudad capital, municipios aledaño y departamentos, con ninguna escolaridad o hasta el primer ciclo de la escuela primaria, con un nivel socioeconómico bajo. Dichos pacientes llenaron los criterios de selección para poder participar en la investigación los cuales fueron:

1. Presentar síntomas depresivos durante la evaluación previa
2. Tener la edad promedio de 6 a 13 años
3. Estar hospitalizado en cualquiera de los dos servicios (Hematología o Neforología)

2.2 Técnicas de Recolección de Datos:

2.2.1 Entrevista:

Para la presente investigación se utilizó la técnica de entrevista, para lo cual se diseñó un cuestionario, permitiendo obtener información acerca de los pacientes de la población; datos personales, generales, desarrollo de la infancia, historia premórbida, para indagar si existía conocimiento acerca de la enfermedad. (Anexo No. 1)

2.2.2 Técnicas de Análisis Estadístico de los Datos:

Los datos generales obtenidos de los instrumentos aplicados fueron tabulados por medio de la técnica: Análisis porcentual de frecuencias.

2.2.3 Prueba Piloto:

Se aplicó el cuestionario dirigido a padres en forma dirigida, a un grupo de personas con características similares al grupo de estudio, para verificar la confiabilidad y validez del instrumento, lo cual fue comprobado.

2.2.4 Encuesta al personal médico y paramédico:

Esta encuesta se estructuró con el propósito de descubrir la opinión médica con respecto a la terapéutica y sugerencias que realizaron para el mejoramiento de la misma, consistente en 6 preguntas que se enfocan en la opinión personal de cada sujeto que se le pidió que colaborara llenándolas. (Anexo No. 2)

2.2 Instrumentos de Recolección de Datos:

2.2.1 Test de Figura Humana de Macrover

Se escogió esta prueba proyectiva, por sus características: brevedad y confiabilidad, la cual permitió evaluar de forma individual, la situación emocional del paciente antes y después de la terapia y ayudó a evidenciar los cambios obtenidos en su estado emocional. Pudiendo realizar, detalladamente un análisis de cada caso.

2.2.2 Test de Fábulas de Louisa Düss:

Esta prueba proyectiva permitió detectar los casos en los cuales existían problemas ajenos, que obstaculizaron el avance de la terapéutica y así poder darles seguimiento por aparte para obtener mejores resultados y poder avanzar en la terapia. (Anexo No. 3)

2.2.3 Cuestionario para Anamnesis:

Para la presente investigación se realizó la técnica de entrevista dirigida, para la cual se diseñó un cuestionario.

El fin que se perseguía fue para obtener información acerca de las personas entrevistadas y se dividió de la siguiente manera:

- Datos Generales; que permitieron conocer las características de los pacientes y de su entorno familiar y dinámica familiar.
- Etapa Prenatal; que permitió conocer la historia prenatal si existió algún evento que pudo relacionarse con la investigación.
- Etapa Post natal; al igual que la anterior permitió recabar datos como peso al nacer, edad gestacional, tipo de parto etc.
- Desarrollo de la Infancia; que permite conocer el curso que tuvo el paciente durante su desarrollo infantil, desarrollo de la motricidad, historia escolar.
- Historia premórbida; que indaga acerca del momento que se empezó a padecer la enfermedad que cursan, antecedentes genéticos y si el paciente y la familia está consciente de la enfermedad. (Anexo No. 4)

2.2.4 Cuestionario dirigido a Padres:

Se estructuró este cuestionario con el fin de recabar información acerca del estado emocional y la conducta habitual del niño, el cual comprendía de 22 ítems que permitió el diagnosticar la existencia de síntomas depresivos en la población y que se diseñó enfocada en 3 áreas:

- Aspectos Físicos
- Aspectos Afectivos
- Aspectos Cognitivos

El objetivo principal de dicho instrumento fue: abarcar las 3 áreas que afecta la depresión en los niños. (Anexo No. 5)

2.2.5 Terapia Lúdica:

Se aplicó la terapia en sesiones individuales de 45 minutos por paciente y en algunas ocasiones se realizó terapia de grupo. Como instrumentos básicos de terapia se utilizaron; cubos, legos, muñecas, equipo médico de juguete, técnicas expresivas (pintura, escultura, musicoterapia, teatro con mimos).

El material utilizado fue de material psicopedagógico (pintura de dedos, acuarelas, papel, plasticina suave (para la mejor manipulación de los pacientes debido a que muchos sólo podían utilizar una mano, ya que en la

otra se les administraba sueros o su quimioterapia), temperas, crayones de cera, etc.).

2.3 Metodología:

Para la recolección de los datos se procedió de la siguiente manera:

1. Reconocimiento de la institución

Consistió en la presentación de la investigadora a los Médicos Jefes de los servicios y de igual manera con el personal paramédico de los servicios de Hematología y Nefrología, así mismo se hizo reconocimiento físico de la institución. Así como también la aplicación de la encuesta a dicho personal.

2. Establecimiento de rapport

Presentación personal con cada uno de los pacientes y padres de los dos servicios durante la primera semana.

3. Entrevista dirigida a los padres u acompañantes de los pacientes para la elaboración de la anamnesis así como la aplicación del cuestionario dirigido a padres (al principio y al final de la terapia).

4. Primera sesión de terapia con los pacientes de forma individual

5. Aplicación del Test de la Figura Humana. (al principio y al final de la terapia)

6. Se realizaron terapias individuales y grupales con los pacientes, en el mismo espacio físico del servicio (debido a que muchos no se podían levantar de sus camas). Se llevó a cabo cada terapia diariamente con una prolongación de 40 minutos ambas.

7. Se realizó psicoterapia con los padres, debido a la necesidad de apoyo y atención puesto que manejan mucha ansiedad y angustia.

8. Una semana antes de terminar el trabajo de campo se realizó el retest a padres, pacientes y personal médico y paramédico

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en los Servicios de Hematología y Nefrología del Departamento de Pediatría del “Hospital General San Juan de Dios”, con un grupo de pacientes conformado por 10 niños y niñas hospitalizados, comprendidos entre las edades de 6 a 13 años, a quienes se les a diagnosticado enfermedad terminal; provenientes de la ciudad capital y de departamentos del interior de la República, con ninguna escolaridad o hasta el primer ciclo de la escuela primaria, con un nivel socioeconómico bajo, dicha investigación se llevó a cabo a partir del 24 de junio hasta el 24 de agosto del 2005. El número de sesiones tuvo un promedio de 10 en cada caso. Este varió dependiendo del tiempo de hospitalización y del estado de salud de cada paciente.

Al inicio del proceso de la investigación se realizó una entrevista a cada uno de los padres de los pacientes que se encontraban en el servicio para explicarles sobre la investigación y solicitarles su colaboración, al mismo tiempo se aplicó la encuesta dirigida a padres de familia para el diagnóstico de síntomas depresivos, dicha encuesta permitió la selección de los pacientes que conformaron la muestra. A los médicos y personal paramédico se le realizó una encuesta para inferior al final del estudio los resultados de la investigación según su propio criterio.

Al concluir la terapéutica se realizó el mismo proceso anterior el cual nos permitió el análisis e interpretación de resultados sobre la presente investigación.

A continuación se presenta en su orden una síntesis de la historia clínica de los 10 casos atendidos, así como su evaluación inicial y final

CASO No. 1

Datos Generales: paciente de sexo femenino, 13 años de edad, cursa actualmente primer año primaria el cual está repitiendo debido a que dejó de asistir a la escuela por la enfermedad que padece. Residente del municipio de Palencia del Departamento de Guatemala. **Diagnóstico Médico:** hace 2 años le diagnosticaron LLA (Leucemia Linfocítica Aguda) motivo por el cual asiste al hospital para su tratamiento de quimioterapia. Conoce su enfermedad y su tratamiento. **Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada pero disfuncional. Según refiere la paciente la madre es ama de casa, su padre es agricultor y padece de alcoholismo, proviene de una familia de escasos recursos; consistente en 11 hijos, ocupa el quinto lugar en orden de nacimiento. Contribuye al sostenimiento de su familia, realizando actividades de limpieza de verduras entre los ciclos de descanso de quimioterapia. Durante el proceso de tratamiento se le observó sola ya que nunca fue acompañada durante sus hospitalizaciones por ningún adulto. Se mantiene acostada la mayor parte del tiempo y eventualmente sale de la cama. Al inicio de las sesiones expresó un gran temor a la muerte (tiene un concepto muy claro de la muerte, debido a que ha presenciado como mueren otros pacientes por la misma enfermedad), y sobre todo tiene miedo a morir sola.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), se pudo observar y según manifestó la paciente durante sus estancias hospitalarias que su sueño es tranquilo y de curso normal al igual que su apetito, ella es muy colaboradora, su lenguaje es claro, en su actitud denota timidez, sobre todo refiere sentirse sola, es retraída y en el análisis del Test de Figura Humana se pueden observar que su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, ansiedad, hostilidad, que evade las relaciones interpersonales y con carencia afectiva.

Sesiones de Terapia Lúdica: participó a 10 sesiones de un promedio de 10 sesiones individuales, durante las primeras sesiones individuales se mantuvo triste, con ánimo decaído, rígida, le costaba concentrarse en las actividades o en las entrevistas pero se mostró muy colaboradora. En las sesiones grupales tuvo participación activa.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo notablemente y en el análisis del Test d Figura Humana se puede observar que su situación emocional presenta cambios en cuanto a una actitud más positiva, y más equilibrada en su situación en general.

CASO No. 2

Datos Generales: paciente de sexo masculino de 8 años de edad, residente de la ciudad capital. Según refiere la madre del paciente él es analfabeta, nunca asistió a la escuela por motivos de la enfermedad. **Diagnóstico Médico:** fue diagnosticado hace 5 años de PTI (Púrpura Tromboidopática), usualmente es hospitalizado cuando se agudiza la enfermedad lo cual le produce epistaxis (sangrado nasal). Existe historial médico y antecedentes de maltrato infantil. **Historia de Vida:** proviene de una familia desintegrada, compuesta por 3 hijos, el paciente ocupa el primer lugar en orden de nacimiento. La madre trabaja y ella sostiene su hogar. Durante sus hospitalizaciones se encontraba sólo la mayoría del tiempo y sus estancias fueron prolongadas. Según lo observado, cuando la mamá se retiraba del hospital el paciente se quedaba llorando. Durante las primeras sesiones individuales su actitud fue irritable, poco colaborador y su actitud con los demás fue apática con tendencia al aislamiento y a dirigir agresiones físicas y verbales. El personal de enfermería solía quejarse de la poca sociabilización del paciente. Durante las sesiones grupales se mantuvo callado y distante.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), se pudo observar durante sus estancias hospitalarias que el paciente suele ser aprensivo, algunas veces afectuoso y cariñoso en ocasiones, tiene mala relación con la madre y su hermano, mantenía una conducta de autoagresión (golpes en la pared con la cabeza o se araña, suele rascarse la nariz hasta sangrarse), hiperfagia e hiperinsomnia, irritable, berrinchudo y en el análisis del Test de la Figura Humana se puede observar su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, ansiedad, hostilidad, inmadurez, impulsividad y suele tener tendencia a la regresión.

Sesiones de Terapia Lúdica: participó en 8 sesiones de un promedio de 10 sesiones individuales, durante las primeras sesiones individuales se mantuvo callado, con ánimo decaído, le costaba concentrarse en las actividades o en las entrevistas, poco colaborador. En las sesiones grupales tuvo participación activa.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de la Figura Humana se puede observar que su situación emocional presenta cambios en cuanto a mayor sociabilidad, disponibilidad de cooperación, con menos apego y más independencia. Se observaron cambios notables en cuanto a la dieta del paciente.

CASO No. 3

Datos Generales: paciente de 6 años de edad, de sexo masculino, procedente de la ciudad capital, su nivel educativo es de preprimaria, proviene de una familia disintegrada disfuncional, debido a que no conoce a su padre y su madre fue asesinada frente al paciente ya que ella pertenecía a un grupo delincuenciales (mara). **Diagnóstico Médico:** se le diagnosticó hace 3 meses de IRC (Insuficiencia Renal Crónica), motivo por el cual asiste a su tratamiento de diálisis peritoneal. Durante el proceso ha tenido varias recaídas.

Historia de Vida: el paciente tiene 2 hermanos él ocupa el segundo lugar en orden de nacimiento. Durante sus hospitalizaciones se encuentra acompañado en el día por la abuela materna y en la noche por una tía materna, ellas según se ha observado son personas muy ansiosas, rígidas, de baja tolerancia a la frustración (ambas), muy conflictivas, poco sociables. Se pudo observar que el trato hacia el paciente lo realizan de manera rígida y además solían reprenderlo frecuentemente. Durante el proceso terapéutico médico y psicológico ellas no fueron colaboradoras, se resistieron mucho al tratamiento. Se trabajó con la abuela para la aceptación de la enfermedad del paciente. Durante el proceso el paciente verbalizó el deseo de morir y manejó sentimiento de culpa por ver a su abuelita siempre llorando y quejándose de él.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente muy risueño, cooperador y colaborador, afectuoso, sociable y en el análisis del Test de la Figura Humana se pueden observar que su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, percepción vaga del mundo, sentimiento de culpa, suspicaz, reflejó ansiedad, hostilidad, inmadurez, impulsividad y tendencia a la regresión.

Sesiones de Terapia Lúdica: participó en las 10 sesiones individuales programadas, durante las primeras sesiones individuales se mantuvo callado, triste, rígido, le costaba concentrarse en las actividades o en las entrevistas se mostró poco colaborador. En las sesiones grupales tuvo participación activa.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de la Figura Humana se puede observar que su situación emocional presenta cambios en cuanto a una actitud más colaboradora, es más independiente, pero sigue manejando sentimiento de culpa.

CASO No. 4

Datos Generales: paciente de sexo femenino de 6 años de edad, con nivel académico de preprimaria, actualmente no se encuentra estudiando debido a la enfermedad que cursa, pertenece a una familia integrada disfuncional. Reside en Boca del Monte, municipio de Villa Canales, departamento de la ciudad capital. **Diagnóstico Médico:** actualmente se encuentra en tratamiento de quimioterapia pues hace 4 meses se le diagnosticó con LLA (Leucemia Linfocítica Aguda). La paciente tiene antecedentes genéticos de padecimientos similares de parte de la familia materna. **Historia de Vida:** vive con sus papas y 2 hermanos de sexo masculino, ella ocupa el último lugar en orden de nacimiento. Su familia es de escasos recursos, el padre trabaja como piloto de taxi y la madre es ama de casa. La madre refiere que el padre es alcohólico, ambos practican la religión protestante. Refiere además que su etapa prenatal fue normal, así como el parto, su etapa post natal se desarrolló sin problema previo al diagnóstico, tuvo un peso adecuado a su edad gestacional. El padre no la visita solamente se limita a llamarla y a darle dinero a la mamá para mantener la familia. Mantiene una excelente relación con la madre

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente muy risueña, carismática, afectuosa, con buen carácter y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, inmadurez, evasión de las relaciones interpersonales y tendencia a la regresión.

Sesiones de Terapia Lúdica: participó en las 10 sesiones individuales programadas, durante las primeras sesiones individuales se resistió pero fue participando en las posteriores, colaboradora, se mostró poco entusiasta y en las sesiones grupales tuvo participación activa siempre.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que en su situación emocional presenta cambios en cuanto a una mayor sociabilidad y disposición a colaborar, entusiasmo, expresividad y mayor apertura hacia la terapeuta y los otros niños.

CASO No. 5

Datos Generales: paciente de sexo femenino de 9 años de edad, con escolaridad de primero primaria. Actualmente no se encuentra estudiando debido a la enfermedad que cursa. Reside en San José Pinula, municipio del Departamento del Guatemala. **Diagnóstico Médico:** fue diagnosticada hace 6 años con IRC (Insuficiencia Renal Crónica), motivo por el cual asiste al hospital para su tratamiento (diálisis peritoneal). **Historia de Vida:** pertenece a una familia desintegrada, vive con su abuela ya que la madre se casó de nuevo y formó otro hogar en el cual tiene otro hijo. La paciente tiene 1 hermano, y ocupa el primer lugar con respecto a orden de nacimiento, proviene de una familia de bajos recursos, su madre es secretaria, practican la religión protestante. El desarrollo pre y post natal evolucionó de forma normal. Durante sus estancias hospitalarias es acompañada por la madre, ella es la encargada de su cuidado. La madre refiere que antes de la hospitalización la niña era muy sonriente y ahora después del diagnóstico ella se mantiene muy irritable y quejumbrosa. Según refiere la madre existen antecedentes genéticos del padecimiento de la enfermedad de parte de la familia del papá (hermanos). Al inicio de la terapia presentaba trastornos del sueño, debido a pesadillas, durante la hospitalización se mantenía acostada y con poca comunicación.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente risueña, poco colaboradora, pulcra, tímida y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que su situación emocional es de una persona negativa, con tendencia a la depresión, hostil, con dificultad para entablar relaciones interpersonales e inseguridad.

Sesiones de Terapia Lúdica: en las 10 sesiones programadas participó, al inicio de las primeras sesiones individuales se mantenía retraída y poco comunicativa, demostró marcada resistencia pues deseaba estar siempre en la cama o viendo televisión.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de Figura humana se puede observar que su situación emocional presenta cambios en cuanto a una actitud más positiva, entusiasta, expresiva, más sociable y segura de sí misma.

CASO No. 6

Datos Generales: paciente de sexo masculino de 12 años de edad, actualmente no se encuentra estudiando debido a la enfermedad, pero su nivel académico es de tercer año de primaria. Residente en el municipio de Mixco del Departamento de Guatemala.

Diagnóstico Médico: hace un año que le diagnosticaron IRC (Insuficiencia Renal Crónica), motivo por el cual asiste a su tratamiento de diálisis peritoneal. **Historia de Vida:** pertenece a una familia integrada pero disfuncional, la cual está integrada por 4 hijos y en el orden de nacimiento es el tercero. Practican la religión católica. Durante su etapa pre y post natal se desarrolló normal, su infancia fue normal y su salud buena. Durante su hospitalización es acompañado por la mamá. Su papá es carpintero y su mamá ama de casa. Durante su hospitalización no interactuaba con otros niños, solía estar postrado todo el tiempo en la cama, mostró una baja autoestima debido a la imagen corporal que no acepta porque tiene problemas de retención de líquidos (síntomas secundarios de la propia enfermedad) y suele edematizarse su cuerpo.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente de carácter sensible, se mostró colaborador, tímido, con actitud positiva hacia la terapia, come bien y duerme bien, y en el análisis del Test de la Figura Humana su situación emocional es de una persona que muestra rigidez, desconfianza, timidez, depresión, tiene un contacto pasivo con el medio y con tendencia a la regresión.

Sesiones de Terapia Lúdica: en las 10 terapias individuales programadas participó en 9. Al principio del proceso terapéutico madre e hijo mostraron poco interés y colaboración en las primeras terapias también el paciente mantuvo una actitud apática, poco colaboradora e irritable. En las sesiones grupales el paciente mantenía una conducta egocéntrica, requería todo el tiempo de mi atención, se mostraba poco colaborador con los demás y poco comunicativa, durante el proceso de la terapia fue colaborando y participando activamente.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de Figura Humana su situación emocional presentaba cambios en cuanto a una actitud más sociable, optimista y entusiasta, con comunicación hacia el medio, expresiva y con deseos de logros.

CASO NO. 7

Datos Generales: paciente de sexo femenino de 12 años de edad, actualmente estudia y cursa el sexto año de primaria, residente en el municipio de San Miguel Petapa, perteneciente al Departamento de Guatemala. **Diagnóstico Médico:** hace 3 meses que se le diagnosticó IRC (Insuficiencia Renal Crónica), motivo por el cual asiste acompañada de su madre a su tratamiento (diálisis peritoneal). **Historia de Vida:** pertenece a una familia disintegrada pues sus padres están separados, su familia está integrada por su mamá y un hermano menor con el cual se lleva bien. Su mamá trabaja de secretaria, ella mantiene una relación formal con otra persona con la cual no convive y a quien sus hijos conocen y aceptan, durante sus hospitalizaciones el novio de su mamá la fue a visitar un par de veces. Su desarrollo pre y post natal fue normal, durante su infancia se desarrolló bien y su salud fue buena. En sus estudios es muy aplicada y le gusta estudiar, mantiene buenas relaciones con sus compañeras de estudio y maestros.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6) paciente come poco, duerme bien, es poco sociable, pero es risueña, suele mantenerse callada, tiende a ser tímida e introvertida y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, introversión, infantilismo, dependencia, suele tener tendencia a la regresión.

Sesiones de Terapia Lúdica: participó en 10 de las sesiones de terapia individual programadas, durante las primeras sesiones individuales se mantuvo distante, poco colaboradora y muy apática, solía estar acostada todo el tiempo. Durante las sesiones grupales se mantuvo callada y distante, poco colaboradora y comunicativa con los demás, solía requerir mucho la presencia de su mamá.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de Figura Humana se pueden observar cambios en cuanto a una actitud más optimista, sociable expresiva, extrovertida e independiente.

CASO No. 8

Datos Generales: paciente de sexo femenino de 11 años de edad, dejó de estudiar por su enfermedad, asistía al cuarto año primaria, actualmente residen en la ciudad capital.

Diagnóstico Médico: hace un año le diagnosticaron IRC (Insuficiencia Renal Crónica), motivo por el cual asiste al hospital acompañada de su mamá para su tratamiento (diálisis peritoneal). **Historia de Vida:** proviene de una familia integrada y funcional la cual consiste en 4 hijos: 2 varones y 2 niñas, en el cual ella ocupa el tercer lugar en orden de nacimiento. Practican la religión protestante, su mamá es ama de casa y su papá es carpintero. Su desarrollo pre y post natal según refiere la madre, fue normal, así como su infancia. Mantiene una muy buena relación con su mamá, pelea con sus hermanos frecuentemente, suele demandar mucha atención de la progenitora, tiene buena relación y comunicación con el padre.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente la cual es colaboradora, risueña, extrovertida la mayoría de veces, muy afectuosa y demanda mucha atención de parte de su mamá, con trastornos de sueño (pesadillas), presenta angustia a la muerte, con tendencia a la hiperfagia, y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, ansiedad y dependencia emocional.

Sesiones de Terapia Lúdica: paciente que participó en todas las sesiones programadas, durante las primeras sesiones se presentó poco colaboradora, risueña, ansiosa, participativa, entusiasta y durante las sesiones grupales se mantuvo callada, poco expresiva y reservada, a pesar de ello se mostró colaboradora.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo y en el análisis del Test de Figura Humana se presenta cambios en cuanto a una actitud sociable, entusiasta, expresiva y más independiente en general.

CASO No. 9

Datos Generales: paciente de sexo femenino de 10 años de edad, actualmente cursa el tercer año de primaria. Residente de Santa Cruz del Quiché, Departamento de Quiché.

Diagnóstico Médico: hace un año se le diagnosticó LLA (Leucemia Linfocítica Aguda), motivo por el cual asiste al hospital en compañía de su papá porque se encuentra bajo tratamiento médico que consiste en ciclos de quimioterapia. **Historia de Vida:** Perteneciente a una familia integrada y funcional de escasos recursos, que consta de 7 hijos; 3 niños y 4 niñas, la paciente ocupa el tercer lugar en orden de nacimiento. Su mamá es ama de casa y su papá es agricultor. Durante su desarrollo pre y post natal fue normal, su infancia se desarrolló bien. Durante su hospitalización se encontraba acompañada de su papá, quien es el encargado de todo el cuidado de la niña. Debido a la enfermedad que cursa la paciente el padre ha dejado de trabajar como agricultor y para poder subsistir dentro del hospital en el lapso que dura la hospitalización realiza transitoriamente venta de ropa. Se pudo observar que el papá es responsable en el cuidado de la niña, siempre la acompaña y se preocupa por el bienestar general de la paciente. El padre refiere que la niña tiene problemas de autoestima, específicamente por su imagen corporal, pues debido a su tratamiento (quimioterapia) padece temporalmente de alopecia temporal (pérdida de cabello).

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente de carácter dócil y fácilmente se puede entablar comunicación con ella, colaboradora al igual que su progenitor, entusiasta durante las sesiones y en el análisis del Test de la Figura Humana su situación emocional es de una persona con sentimientos de inferioridad (baja autoestima), que presenta tendencia a la depresión, ansiedad, dificultad en sostener relaciones interpersonales.

Sesiones de Terapia Lúdica: participó en todas las sesiones programadas que fueron 10 en total, durante las primeras terapias individuales la paciente al principio demostró apatía, se mantenía irritable y con poca colaboración. En las primeras terapias grupales se mostró reservada, introvertida.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo en el análisis de la Figura Humana se puede observar que su situación emocional presenta cambios en cuanto a una actitud mayor de sociabilidad, aumento en la autoestima y una situación más equilibrada.

CASO No. 10

Datos Generales: paciente de sexo masculino de 10 años de edad, quien cursa el cuarto año de primaria pero debido a la enfermedad que padece dejó los estudios. Paciente residente en Santa Lucía Cotzumalguapa, Departamento de Escuintla. **Diagnóstico**

Médico: abuela de paciente refiere que hace 3 años fue diagnosticado con LMA (Leucemia Mielocítica Aguda) y hepatitis B, motivo por el cual asiste al hospital en compañía de su abuela, para que se le realice su tratamiento preventivo de quimioterapia.

Historia de Vida: proviene de una familia integrada y disfuncional, que está compuesta por 5 hermanos; 2 de ellos ya fallecieron por causas desconocidas, actualmente viven solamente 2 hermanos. Paciente ocupa el segundo lugar en orden de nacimiento. Durante sus estancias hospitalarias se encontraba acompañado siempre de su abuela paterna quien era la responsable del cuidado del niño en el hospital, ella es colaboradora, entusiasta y responsable en el cuidado del paciente. Según refiere la abuela que el paciente suele ser inapetente cuando se encuentra hospitalizado, duerme mucho. Refiere la abuela del paciente que antes del diagnóstico solía ser muy amigable, risueño, colaborador y alegre pero que después de su primera hospitalización cambió su carácter y ahora suele estar todo el tiempo callado, no le gusta salir a jugar con otros niños, se mantiene muy irritable y poco colaborador, suele estar mucho tiempo acostado, apático y sin deseos de hacer nada.

Evaluación Psicológica Inicial: en la encuesta reflejó síntomas depresivos (descritos en cuadro No. 6), paciente con buen carácter, cariñoso, risueño, afectuoso con los que le rodean, tímido, callado, madre refiere que tiene problemas de hipofagia, suele dormir excesivamente y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que su situación emocional es de una persona con tendencia a la depresión, inmadurez emocional, evasión de las relaciones interpersonales y tendencia a la regresión.

Sesiones de Terapia Lúdica: en las 10 sesiones programadas participó, durante las primeras sesiones individuales el paciente se mantuvo con una actitud distante, poco colaborador, apático, y en las sesiones grupales iniciales su actitud fue de introversión, se mantuvo callado y distante, poco colaborador y no se comunicaba con los demás pacientes.

Evaluación Psicológica Final: su actitud depresiva se redujo notablemente y en el análisis del Test de Figura Humana se puede observar que su situación emocional presenta cambios en cuanto a que su actitud que es más independiente y con deseos de logros.

A continuación se describen los resultados de la presente investigación, comenzando por los datos generales de la muestra

CUADRO No. 1

Enfermedades Diagnosticadas en la Población Atendida

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leucemia Linfocítica Aguda	3	30%
Leucemia Mielocítica Aguda	1	10%
Insuficiencia Renal Crónica	5	50%
Púrpura Trombo Idiopática	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: ficha de Recolección de datos.

Este cuadro describe el total de pacientes atendidos por enfermedad que cursan, así también el porcentaje representativo del total de la muestra.

CUADRO No. 2

Población Atendida Según Género

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	6	60%
Masculino	4	40%
TOTAL	10	100%

Fuente: ficha de Recolección de datos.

En este cuadro se describe el total de pacientes atendidos según el sexo al que pertenece la población atendida la cual estuvo conformada por 60% de sexo femenino y 40% de sexo masculino.

CUADRO No. 3

Edades de la Población Atendida

Rango de Edad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 6 a 9 años	5	50%
De 10 a 13 años	5	50%
TOTAL	10	100%

Fuente: ficha de Recolección de datos.

Se describe el total de pacientes atendidos según el rango de la edad, el cual comprendía entre los 6 a 13 años, de ambos sexos, lo cual evidenció que la muestra comprendía del 50% de 6 a 9 años y el otro 50% de 10 a 13 años.

CUADRO No. 4

Lugar de Procedencia de la Población Atendida

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Capital	7	70%
Departamentos	3	30%
TOTAL	10	100%

Fuente: ficha de recolección de Datos

El cuadro anterior describe el total de pacientes atendidos según el lugar de procedencia de cada paciente.

CUADRO No. 5

Escolaridad de la Población Atendida

NIVEL ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabetismo	1	10%
Preprimaria	2	20%
Primaria	7	70%
TOTAL	10	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

Este cuadro permite clasificar a los pacientes atendidos según el grado de escolaridad donde se encontraban en el momento del estudio, los cuales se pueden observar la mayoría se encontraban en nivel primario, pero con un índice muy elevado de deserción escolar.

CUADRO No. 1

ENCUESTA PARA PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DE LOS SERVICIOS DE HEMATOLOGÍA Y NEFROLOGÍA

Número Pregunta	Descripción	TEST		RETEST	
		Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
1	Considera usted, que la terapia psicológica puede incidir en la recuperación de los pacientes que permanezcan internados en los hospitales?	SI	60%	SI	100%
		NO	40%	NO	0%
2	Ha tenido alguna experiencia con terapias psicológicas ya sea con usted mismo o con uno de sus pacientes?	SI	20%	SI	100%
		NO	80%	NO	0%
4	Ha notado algún cambio en los niños del Servicio de Nefrología y Hematología, posteriormente de haberseles aplicado la Terapia Lúdica?	SI	0%	SI	100%
		NO	0%	NO	0%
6	Recomendaría la Terapia Lúdica como parte de la terapéutica aplicada a los niños con enfermedad terminal?	SI	0%	SI	100%
		NO	0%	NO	0%

Fuente: Encuesta dirigida a personal médico y paramédico del Hospital General San Juan de Dios

Este cuadro muestra los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta dirigida al personal médico y paramédico de los servicios de Hematología y Nefrología, el cual está compuesto por 2 médicos residentes, 2 médicos internos, 1 enfermera graduada y 8 auxiliares de enfermería que se encuentran en turnos rotativos, para un total de 13 personas a las cuales se les aplicó la encuesta antes y al final de la terapia.

La pregunta No. 1 de la encuesta se refiere a que si el personal médico y paramédico piensan que la terapia psicológica incide en la recuperación de los pacientes que permanecen hospitalizados, lo cual demostró que en la primera aplicación de la encuesta el 60% piensan que la terapia interviene en la recuperación del paciente, mientras que el resto pensaban que no, mientras que en la segunda aplicación el 100% de manera unánime cree que la terapia influye en la recuperación de los pacientes hospitalizados, lo cual podría interpretarse como: **la terapia psicológica es importante para la recuperación de los pacientes hospitalizados.**

La pregunta No. 2 de la encuesta se refiere a que si han tenido alguna experiencia ya sea personal o no con terapias psicológicas, obteniendo en la primera aplicación que el 20% del personal ha experimentado de alguna forma la terapia psicológica, mientras que el 80%

indicó que no. En la segunda aplicación el 100% expresó haber tenido la experiencia a través de la investigación como observadores.

La pregunta No. 4 indaga acerca de los cambios evidenciados con los niños posteriormente de la aplicación de la terapia, en esta pregunta no se obtuvieron resultados en la primera aplicación debido a que se empezaba a trabajar con los niños lo cual no permitía evidenciar cambios sustantivos como para ser percibidos, pero en la segunda aplicación el 100% coincidió que existían cambios notables y pudieron describir sus observaciones.

En la pregunta No. 6 que se refiere a la aceptación y recomendación de la terapia, en la primera aplicación como no existían todavía resultados de la terapia, no se obtuvo ningún resultado, mientras que en la segunda aplicación, el 100% de la población indicó que era recomendable y comentaron los beneficios que pudieron observar después de la terapia, tales como:

- Fomentó el desarrollo de las relaciones sociales
- Contribuyó a una mejor comunicación padres e hijos.
- Permitió mayor comunicación entre pacientes y personal médico y paramédico.
- Creó una atmósfera más agradable durante su estancia hospitalaria.
- Disminuyó la resistencia a los procedimientos médicos por parte de los pacientes y sus padres.
- Disminuyó la angustia hacia la hospitalización.
- Desarrolló optimismo frente a la enfermedad.

ANALISIS GLOBAL

Los niños y niñas con enfermedades terminales e insuficiencia renal crónica, están sujetos a períodos de hospitalización acompañados de períodos en casa, durante el proceso de la enfermedad la familia y el niño son informados del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Durante la hospitalización los niños de Hematología reciben quimioterapia y los niños de Nefrología su diálisis peritoneal, y otros procedimientos terapéuticos como la biopsia de médula y la colocación de catéteres por esto se ven sometidos a dichos procedimientos dolorosos que les causan temor y angustia en el momento de hospitalización.

En los períodos agudos de la enfermedad o cuando sufren alguna complicación por la misma enfermedad, los pacientes y sus padres sufren de angustia y depresión. Los padres de los pacientes suelen consentir y complacer caprichos aunque estas conductas vayan en contra de las medidas precautorias que establecen los médicos y aunque las consecuencias de dichas conductas resulten nocivas para la salud de los pacientes.

Existe un marcado sentimiento de angustia hacia la muerte por parte de los niños de la población investigada, pero especialmente con los niños de Nefrología ya que el procedimiento a que se ven sometidos (diálisis peritoneal) es dolorosa, incómoda y permanente, al menos hasta el momento de realizarse un trasplante de riñón, lo cual sucede con poca frecuencia debido al alto costo de dicho procedimiento y de sus medicamentos, razón por la cual dicha población maneja más angustia y suelen tener trastornos del sueño y pesadillas de persecución o de muerte, lo contrario de los niños de Hematología quienes se ven sometidos a tratamientos de quimioterapia pero según los resultados obtenidos manejaron menos angustia.

La población participante en el estudio está formada por 6 niñas y 4 niños comprendidos entre las edades de 6 a 13 años, presentaron síntomas depresivos y están diagnosticados con enfermedad terminal.

Los diez niños que conformaron la población tienen tendencia a ser; tímidos, con dificultad de comunicación, problemas motores pues presentan falta de estimulación en la motricidad fina y gruesa y su conducta es de rebeldía.

Durante el proceso de aplicación de la Terapia Lúdica 6 niños permanecieron acompañados por sus mamás, 2 niñas acompañadas por sus papás y 2 niños permanecieron solos. La aplicación de la terapia lúdica consistió en realizar actividades lúdicas por 45 minutos particularmente con terapias expresivas (pintura, escultura, musicoterapia, teatro) y/o utilizar material psicopedagógico como: rompecabezas, legos, yenca, pintura de dedos, acuarelas, plasticina suave, elaboración de figuras en yeso, técnica de dibujo con acuarelas, pintar figuras elaboradas, etc., en todos los casos se realizó en la cama del paciente debido a que los pacientes de la muestra se encontraban hospitalizados y sin poder movilizarse durante la mayoría de las aplicaciones. En algunas ocasiones los pacientes se vieron acompañados de las madres o padres, en otras se trabajó forma individual o grupal.

Presentan baja autoestima debido a los cambios físicos sufridos por los efectos de las enfermedades (caída de cabello, edematización de todo el cuerpo permanentemente, cambio de color de piel, etc.), lo que produce una alteración de la imagen corporal y la disminución de la seguridad en sí mismos, lo cual afecta su sociabilización.

Durante la aplicación de la Terapia Lúdica se tuvo limitación de espacio y de privacidad para trabajar con cada uno de los pacientes y sus padres, esto se debió al espacio estrecho que tiene cada servicio especialmente Nefrología.

Durante la aplicación de dicha terapia también se realizaron otras actividades de entretenimiento y diversión para integrar a los pacientes de los servicios de Hematología y Nefrología los cuales no se comunicaban a pesar de que comparten el mismo espacio, entre dichas actividades se pueden mencionar: show de payasos, títeres, caritas pintadas, globoflexia y algo que tuvo mucho éxito entre los pacientes, padres, personal médico y paramédico fueron las proyecciones de películas los viernes por la noche, lográndose el objetivo

Entre otros cambios positivos que se dieron se podrían mencionar los siguientes:

- ✓ Mejor relación con otros pacientes, esto se produjo gracias a las sesiones de terapia lúdica grupal, las cuales permitieron que los pacientes interactuaran, se apoyaran y colaboraran con ellos mismos para la realización de las actividades programadas en la terapia.

- ✓ Mejor comunicación entre pacientes y padres, esto dio lugar cuando se trabajaron algunas sesiones individuales donde el padre o madre ayudaban y participaban en el juego, lo que permitía un ambiente de confianza y calidez al compartir el juego.
- ✓ Mejoramiento en la relación médico-paciente, en algunas sesiones se trabajo con los pacientes y se invitó a los médicos a participar en las terapias, así como en otras actividades programadas como shows y ellos participaban activamente, lo cual permitió que el paciente viera al médico de otra forma más divertida y humana.
- ✓ Mejoramiento en las relaciones interpersonales, esto se pudo dar cuando los pacientes participaron en sesiones grupales y permitieron que se incorporaran otros pacientes que no pertenecían a su misma sala, como también el hecho de interactuar frecuentemente con gente que llegaba a colaborar con el programa (ajena al servicio), permitiendo que se adaptaran a tener gente nueva a su alrededor que se preocupaba por ellos así podían tener más contacto con otros individuos y fortalecía su sociabilidad.
- ✓ Mayor colaboración con el tratamiento médico, debido a que como existía mejor comunicación con los médicos y paramédicos existía más colaboración y menos resistencia a la realización de procedimientos.
- ✓ Disminución de angustia hacia la muerte, esto se pudo obtener al trabajar sobre este tema con títeres, explicando el tema, haciendo que ellos participaran y sobre todo aclarando que la muerte no duele, no es mala y que es natural que a todos nos puede llegar el momento y no se debe temer, también se tuvieron sesiones individuales donde se pudo hablar libremente del tema y aclarando sus dudas.
- ✓ Disminución de ansiedad ante la hospitalización, se obtuvo a través del cambio de ambiente que permitió la terapia lúdica, pues cambiaron su manera de pensar a cerca de el hospital ya que se convirtió en un lugar alegre, donde se podía jugar y entretener, reír y cantar lo contrario de lo que conocían como un lugar aburrido y es un lugar donde les causan dolor.
- ✓ Disminución de la preocupación por el dolor, porque mientras estaban entretenidos en las terapias lúdicas la cual los llevaba a concentrarse en cosas divertidas y alegres lograban olvidarse y distraerse de su enfermedad.

Debido a los resultados de este estudio se considera que debería existir un programa de terapia lúdica especialmente para niños con enfermedades terminales que debería formar parte del programa de salud pediátrica de un hospital.

Por lo observado y los resultados obtenidos a través de los test y pruebas aplicadas se concluye que la terapia de juego es efectiva para la disminución de síntomas depresivos y para dar apoyo emocional a los niños con enfermedades terminales en los casos atendidos y se acepta la hipótesis de trabajo:

“La terapia lúdica es efectiva para la disminución de síntomas depresivos en niños diagnosticados con enfermedad terminal”.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Respecto a la hipótesis de esta investigación se puede decir que fue aceptada por lo que se demuestra a través de los resultados obtenidos los cuales se pueden observar en el cuadro No. 6, donde se describen los síntomas depresivos encontrados al principio de la terapia así como los síntomas que desaparecieron posterior a la misma, confirmando así que la Terapia Lúdica es efectiva en la disminución de síntomas depresivos en pacientes con enfermedad terminal.

- Según los resultados de la investigación la terapia lúdica facilita la expresión de los sentimientos, la disminución de angustias, la cual brinda experiencias positivas para fomentar la independencia emocional del niño y es eficaz para niños que presentan deficiencia en el área social o muy rígidos, ya que da lugar a la convivencia, esto se pudo comprobar a través de los resultados obtenidos en la encuesta dirigida al personal médico y paramédico.

- Durante la investigación los pacientes experimentaron un aumento de la autoestima debido a que lograron expresar sus emociones y sentimientos al mismo tiempo se pudo estimular la capacidad de pensar y resolver problemas, activar la imaginación, hacer que expresaran de una forma adecuada la agresividad, que apreciaran el cuerpo que puede ser fuente de alegría, comprender sus emociones, valorar su imagen corporal y canalizar la ansiedad y angustia, esto se pudo obtener a través de la Terapia Lúdica y se reflejó en los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos (encuesta para padres y el test de Figura Humana, donde se evidenciaron cambios en su situación emocional)

- Existieron otros factores ajenos a la terapia que no permitieron la evolución adecuada del paciente debido a la poca colaboración y cooperación de parte de los padres hacia la terapéutica, pues su falta de disposición y su actitud de indiferencia dieron lugar a que prevalecieran síntomas depresivos en algunos pacientes a pesar de la aplicación de terapia lúdica, por lo cual la actitud que los padres asuman durante el proceso terapéutico es de suma importancia para la evolución de la misma.
- La deserción escolar en los niños hospitalizados con enfermedad terminal propicia el apego y la dependencia hacia la madre, esto se evidenció a través de los resultados del test de figura humana donde reflejaron rasgos de dependencia y regresión bien marcados específicamente en los niños que no asisten a la escuela, debido a la misma enfermedad.
- Existe un gran índice de niños de la población investigada que suelen tener pesadillas persecutorias o de muerte y por ende trastornos del sueño, especialmente los niños del servicio de Nefrología, esto se debe a que manejan más angustia pues su tratamiento y los procedimientos realizados como parte de su tratamiento (colocación de catéteres rígidos o blandos) son dolorosos.
- Existe un gran mutismo sobre el tema de la muerte, tanto en padres como en pacientes, por lo que utilizaron como mecanismo de defensa la evitación para no tener que enfrentar la angustia que les causa el tema, por lo que la terapia lúdica fue el instrumento ideal que permitió exponer el tema de la muerte a través de sus técnica expresiva de títeres y pudo aliviar un poco la angustia del paciente y su familia.

RECOMENDACIONES

- Facilitar la estructuración de un programa de Terapia Lúdica dentro de los hospitales como parte de la salud integral del paciente pediátrico, para mejorar la integración del paciente a un ambiente ajeno el cual le causa angustia a él y a su familia.
- Los niños con enfermedad terminal deberían tener una terapeuta lúdica que les ayude a comprender y aceptar su enfermedad, lo que permitiría una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares y al mismo tiempo contribuiría a crear una atmósfera de bienestar, cooperación y colaboración para la buena salud mental de todos los involucrados en los Servicios de Hematología y Nefrología.
- Elaborar un programa de apoyo psicológico a los padres de niños con enfermedades terminales para el proceso de aceptación de la enfermedad, de preferencia un programa de apoyo grupal, los cuales propician la aceptación, la convivencia, la tolerancia, el apoyo y sobre todo la solidaridad que tanto necesitan para poder sobrellevar tanta carga emocional y que a veces resulta contraproducente para la evolución de los pacientes.
- Crear un equipo multidisciplinario para la información, difusión, capacitación y la aportación de ideas y recursos en los Servicios de Hematología y Nefrología que permitan el mejoramiento de dichos servicios para mejorar la atención.
- Mejorar las instalaciones del servicio de Nefrología debido a que existe un espacio muy limitado el cual da lugar al hacinamiento, que podría ser foco de infección y pone en riesgo la salud de los pacientes, debido a la carencia de ventilación e iluminación, permitiendo también disputas entre padres de pacientes por la lucha de espacio, propiciando enfrentamientos lo cual es perjudicial para la salud mental de todos los que integran el servicio

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Axline, Virginia
Terapia de Juego
Editorial Diana
México 1994
P.p. 24

Clarizio, Harvey F.
Trastornos de la Conducta en el Niño
2da. Edición
Editorial El Manual Moderno
México 1990
P.p. 420

Dicaprio, Nicholas S.
Teorías de la Personalidad
Segunda Edición
Editorial McGraw Hill
México D.F. 1989
P.p. 186

Freud, Anna
Psicoanálisis del Niño y del Adolescente
Editorial Paidós
Barcelona, España 1980
P.p. 226

Gómez Sancho, Mario
Cuidados Paliativos: Atención Integral a Pacientes en Situación Terminal y a sus Familiares
México 2004
P.p. 25, 39-47

Mazariegos Soto, Sofía Elena
Terapia de Juego, Uso y Aplicación
USAC, 1987
P.p. 37-39

Papalia, E. Diane

Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia

7ª. Edición

Editorial McGraw Hill

México 1992

Pp. 12-13

Schaefer, Charles E.

Manual de Terapia de Juego

2da. Edición

Editorial El Manual Moderno

México D.F. 1983

P.p. 180-192

www.galeriasnet.com.mx/revista/salud/neurobiología.html

Google

P.p. 1-15

www.galeriasnet.com.mx/revista/salud/neurobiología.html

Yahoo

P.p. 1-8

www.monografía.com.RepDom/emociones/neurofisiología.html

Yahoo

P.p. 1-20

www.reforma.com/ParseoCoberturas/print.asp/pagetoprint=../salud/articulo/124673/default.html

Google

P.p. 1-5

www.yogakai.com/goleman.html

Yahoo

P.p. 1-17

ANEXOS

ANEXO 1
CUESTIONARIO PARA ANAMNESIS

Datos Generales:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono _____

Edad del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: día/mes/ año _____

Grado que cursa el niño (a) actualmente _____

Con quién vive el niño (a) en este momento _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____ Estado civil: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____ Estado civil _____

Cuántos hermanos tiene: _____

Hermanos: _____ Hermanas: _____

Qué lugar ocupa él en orden de nacimiento (primero, segundo, tercero, etc.) _____

En qué tipo de casa vive (casa, hotel, apartamento, cuarto, hogar, hospicio): _____

Etapa Prenatal

Cómo fue el embarazo en toda su gestación:

Tuvo algún accidente o incidente anormal o relevante que recuerde durante el embarazo

Si No

Describe:

Recibió control prenatal

Si No

El embarazo fue deseado:

Si No

Porqué:

Etapa Post Natal:

El embarazo fue:

A término prematuro

Quién atendió el parto?

Médico Comadrona Bomberos

Otro (especifique)

En dónde tuvo su parto?

Qué tipo de parto tuvo?

Parto vaginal Cesárea Utilizaron Fórceps

Otro (especifique)

Cuánto peso: _____ Estatura: _____

El bebé en que posición venía:

de cabeza de pies de nalgas atravesado

Otra (especifique)

Dio lactancia materna: Si No

Hasta qué edad lactó a su bebé: _____

Qué edad tenían los padres en el momento de nacimiento del niño (a)

Mamá _____ Papá _____

Desarrollo de la Infancia:

A qué edad empezó a balbucear o gorgoreo:

A qué edad empezó a decir sus primeras palabras _____

Gateo: Si No A qué edad

A qué edad empezó a caminar

Etapas Escolares:

A qué edad empezó a asistir a la escuela y en qué grado

Estudia actualmente: SI NO

Qué grado cursa actualmente:

Qué nivel académico tiene

Malo Regular Bueno Excelente

Cómo se lleva con sus compañeros de estudio?

A repetido algún año

Si No

Qué año repitió y por qué? _____

Qué relación tiene con sus maestros:

Historia Premórbida

A qué edad le detectaron el problema por el cual asiste a el hospital:

Alguien de la familia a tenido antecedentes de padecer alguna enfermedad similar a la de su hijo (a):

Cómo se dio cuenta de la enfermedad del niño (a):

Conoce la enfermedad del niño o le han explicado de que se trata

El niño (a) sabe de la enfermedad que cursa o le han explicado algo acerca del porqué asiste al hospital?

ANEXO 2
CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES

A continuación encontrará una serie de preguntas con varias opciones, según su criterio marque con una X la respuesta que más se adapte a su observación. hospitalaria.

Nombre del Paciente: _____
Diagnóstico: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Aspectos Físicos:

1. ¿En la mañana el niño se levanta y se siente bien?

Si No

2. ¿Se queja frecuentemente de dolores físicos (dolor de cabeza, estómago)?

Si No

3. ¿Se siente cansado y con falta de energía?

Si No

4. ¿El apetito ha disminuido o tiene poco?

Si No

5. ¿Padece de problemas para dormir (insomnio) o mucho sueño?

Si No

6. ¿Es usualmente muy activo?

Si No

7. ¿Tiene problemas para controlar su orina (se orina en su ropa o en la cama)?

Si No

8. ¿Padece problemas de constipación (estreñimiento)?

Si No

9. ¿Ha perdido peso durante el proceso de diagnóstico-hospitalización:?

Si No

Aspectos Afectivos:

10. ¿Llora fácilmente?

Si No

11. ¿Se mantiene irritable?

Si No

12. ¿Es agresivo (física o verbalmente)?

Si No

13. ¿Es apático ante actividades cotidianas?

Si No

14. ¿Expresa sentimiento de soledad (verbal o gestualmente)?

Si No

15. ¿Se mantiene irritable usualmente?

Si No

16. ¿Cuando sus padres se retiran del hospital, o salen sólo para ir a la tienda, llora mucho?

Si No

Aspectos Cognitivos:

17. ¿Ha observado si el niño le cuesta concentrarse en actividades cotidianas?

Si No

18. ¿Ha visto algún cambio en su niño o (a) en la escuela?

Si No

19. ¿Sabe si el niño no siente estima por él mismo, cree que no vale nada?

Si No

20. ¿Se ha enterado si el niño cree que la enfermedad que cursa es culpa de él?

Si No

21. ¿Le ha expresado el niño alguna vez que cree que le haría un favor a sus papás muriéndose?

Si No

22. ¿Sabe si el niño tiene miedo a alguna cosa y a qué?

Si No

ANEXO 3
ENCUESTA PARA PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO

Responda las siguientes preguntas que a continuación se plantearán según su criterio. Dicha información será muy útil para fines de investigación.

1. Considera usted, que la terapia psicológica puede incidir en la recuperación de los pacientes que permanecen internados en los hospitales?

Si No

Por qué? _____

2. Ha tenido alguna experiencia con terapias psicológicas ya sea con usted mismo o con uno de sus pacientes?

Si No

Por qué? _____

3. Qué piensa al respecto de la Terapia de Juego que se realiza con niños con Enfermedad Terminal?

4. Ha notado algún cambio en los niños del Servicio de Nefrología y Hematología posteriormente de haberseles aplicado la Terapia de Juego?

Si No

Por qué? _____

5. Mencione de qué cambios se ha percatado:

6. Recomendaría la Terapia de Juego como parte de la terapéutica aplicada a los niños con enfermedad terminal?

Si No

Por qué? _____

Sugerencias o comentarios:

*“Quítame el pan, si quieres,
quítame el aire, pero
no me quites tu sonrisa”*



Gracias por su colaboración

RESUMEN

Esta investigación trata acerca de la efectividad de la terapia lúdica en la disminución de síntomas depresivos en niños hospitalizados con enfermedad terminal en conjunto con los padres y la familia que se ve afectada por el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Es por eso que el proceso de muerte y la aceptación de la misma es un tema del que a nadie le gusta hablar. Por lo tanto, si resulta difícil para los adultos aceptarlo y dialogar sobre el tema, como no va a resultar difícil para los niños para quienes frecuentemente es incomprensible, principalmente cuando son ellos los que por alguna enfermedad incurable deben enfrentarlo.

Usualmente, cuando un niño se enferma y se le diagnostica una enfermedad terminal, los médicos se encargan de comunicarles a los pacientes y a sus familiares acerca del mismo, tanto de la manera en que pueden aliviar los síntomas físicos, como los problemas secundarios que deberán enfrentar durante el desarrollo de la dolencia. Pero, debido a que el objetivo de la medicina es solamente trabajar los síntomas orgánicos, el aspecto psíquico en ésta y en otras poblaciones, se queda descubierto, a menos que intervenga la psicología y que por medio de ésta, se pueda atender el área emocional, que lógicamente, se verá afectada debido al pronóstico y las implicaciones que conlleva ser enfermo terminal. Para medir la efectividad de la terapia se evaluó a los pacientes de la muestra antes y después de la aplicación, por medio de un cuestionario dirigido a padres el cual nos permitió diagnosticar los síntomas depresivos que presentaron, se les aplicó la terapia durante dos meses a cada paciente en sesiones individuales de 45 minutos, así como sesiones grupales en las cuales formaron grupos de apoyo lo que permitió que se

conocieran e identificaran con otros pacientes en circunstancias similares. Todo esto dio como resultado la comprobación de la hipótesis de trabajo que indica que la terapia lúdica es efectiva para la disminución de síntomas depresivos, permitiendo así alcanzar dicho objetivo y teniendo como resultado cambios positivos como fueron: mejoramiento de la relaciones interpersonales con otros pacientes, mejoramiento de la comunicación entre pacientes y padres, mejoramiento en la relación médico paciente, mayor colaboración y cooperación en el tratamiento médico, disminución de ansiedad y resistencia hacia la hospitalización y disminución de angustia hacia la muerte.