

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**“CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP,  
EN EDADES DE 4 A 10 AÑOS”**

NOEMÍ MORATAYA MONZON  
KARLA LISBETH MARTÍNEZ FRANCO

GUATEMALA, JULIO DE 2011



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP,  
EN EDADES DE 4 A 10 AÑOS”**

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

POR

NOEMÍ MORATAYA MONZON  
KARLA LISBETH MARTÍNEZ FRANCO

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE  
PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADAS

GUATEMALA, JULIO DE 2011

# **MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO**

Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde  
SECRETARIO INTERINO

Jairo Josué Vallecios Palma  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL  
ANTE CONSEJO DIRECTIVO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9<sup>a</sup>. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187545  
e-mail: usncpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 63-2011  
DIR. 975-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de mayo de 2011

Estudiantes

**Noemí Morataya Monzon**  
**Karla Lisbeth Martínez Franco**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN NOVECIENTOS CINCUENTA GUIÓN DOS MIL ONCE (950-2011), que literalmente dice:

**"NOVECIENTOS CINCUENTA"**: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP EN EDADES DE 4 A 10 AÑOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Noemí Morataya Monzon**  
**Karla Lisbeth Martínez Franco**

**CARNÉ No. 1999-18131**  
**CARNÉ No. 2005-14104**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Alfredo Ardón González y revisado por la Licenciada Elena María Soto Solares. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lamberti  
DIRECTOR INTERINO

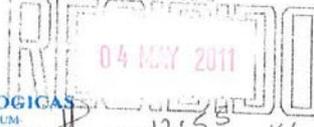


/Zusy G.



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsc@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recapación e Información  
CUM/USAC



CIEPs 063-2011  
REG: 046-2010  
REG: 046-2010

FECHA: [Signature] HORA: 13:55 Registro: 46-10

INFORME FINAL

Guatemala, 29 de Abril 2011

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Elena María Soto Solares ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP EN EDADES DE 4 A 10 AÑOS."**

**ESTUDIANTE:**  
Noemí Morataya Monzon  
Karla Lisbeth Martínez Franco

**CARNÉ No:**  
1999-18131  
2005-14104

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 12 de Abril 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 26 de Abril 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez  
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. "Mayra Gutiérrez"



c.c archivo  
Arelis

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM  
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsc@usac.edu.gt

CIEPs. 064-2011  
REG: 046-2010  
REG: 046-2010

Guatemala, 29 de Abril 2011

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

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

**"CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP EN EDADES DE 4 A 10 AÑOS."**

<b>ESTUDIANTE:</b>	<b>CARNE</b>
Noemí Morataya Monzon	1999-18131
Karla Lisbeth Martínez Franco	2005-14104

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 05 de Abril 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
Licenciada María María Soto Solares  
DOCENTE REVISOR



Arelis/archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

---



Guatemala,  
24 de febrero de 2011

Licda. Mayra Luna de Álvarez  
**Coordinadora**  
**Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-**  
Escuela de ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Licenciada Luna:

Por este medio me permito informar a usted que he concluido el proceso de asesoría del Informe Final de Investigación titulado: **“CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP, EN EDADES DE 4 a 10 AÑOS”**, presentado por:

Noemí Morataya Monzón	Carné 199918131
Karla Lisbeth Martínez Franco	Carné 200514104

De la carrera de **Licenciatura en Psicología**.

Dicho informe cumple los requisitos metodológicos de contenido, redacción y presentación por lo que doy mi aprobación en mi calidad de Asesor Profesional, para que pueda seguir el trámite correspondiente.

Sin otro particular,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Lic. Luis Alfredo Ardón González  
**Asesor**  
**Colegiado activo No. 2065**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-  
9<sup>a</sup> Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 \*Telofax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs: 004-2011  
REG: 046-2010

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 01 de Febrero 2011

ESTUDIANTE:  
Noemí Morataya Monzon  
Karla Lisbeth Martínez Franco

CARNÉ No.  
1999-18131  
2005-14104

Informamos a usted que el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, de la Carrera Licenciatura en Psicología titulado:

**" CICLO DE EXPERIENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNOP EN EDADES DE 4 A 10 AÑOS."**

ASESORADO POR: Licenciado Luis Alfredo Ardón González

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigación, el día 28 de Enero 2011, por lo que se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Licenciado Iván Rocael Monzón  
DOCENTE REVISOR



V.o.B.o.   
Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"

/Arelis  
cc. archivo



Guatemala, 17 de febrero de 2011

Licda. Mayra Luna de Álvarez  
**Coordinadora**  
Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Centro Universitario Metropolitano (CUM)

Licenciada Luna:

Por este medio me permito informarle que las estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

**Noemí Morataya Monzón** identificada con carnet **199918131**  
**Karla Lisbeth Martínez Franco** identificada con carnet **200514104**

Realizaron en esta Institución, del 14 al 23 de julio de 2010, las actividades de recolección de datos, observación y entrevistas destinadas a la realización del proyecto de investigación.

Agradeciendo su atención,  
Sin otro particular,

*afuñafuentes*

Licda. Lucía Fuentes  
**Jefe de Departamento de Psicología**  
Unidad Nacional de Oncología Pediátrica



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR NOEMÍ MORATAYA MONZON

DIANA PAOLA PALENCIA GÓMEZ  
LICENCIADA EN CONTADORÍA PÚBLICA Y AUDITORÍA  
COLEGIADA 12388

JAVIER ANTONIO SAGASTUME FIGUEROA  
LICENCIADO EN CONTADORÍA PÚBLICA Y AUDITORÍA  
COLEGIADO 2392

POR KARLA LISBETH MARTÍNEZ FRANCO

LUIS ALFREDO ARDÓN GONZÁLEZ  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA Y  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD MENTAL  
COLEGIADO 2065

LILIAN MARIBEL MENDIZÁBAL LÓPEZ  
LICENCIADA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y  
MAESTRÍA EN ADMINSTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
COLEGIADA 9171

## **Tesis que Dedico A**

- DIOS:** Por brindarnos la bendición de la vida, por darme su gracia, guianza y protección.
- MI ESPOSO:** Manuel,  
Por tu tierna compañía e inagotable apoyo. Gracias por compartir tu vida conmigo, este logro también es tuyo... Te amo.
- A MIS PADRES:** José Humberto Morataya Lemus,  
Josefina Monzón Ortega ( † ),  
Por enseñarme el valor de la familia.
- A MIS HERMANOS:** Beto, Claudia, Sandra, Lorena y Josefina,  
Por todo el cariño, comprensión y apoyo que he recibido de ustedes. Gracias por ser mi ejemplo. Los quiero mucho.
- A MIS SOBRINOS Y CUÑADOS:** Sé que comparten mi alegría. Gracias por estar conmigo, por su confianza y cariño.
- COMPAÑEROS DE ESTUDIOS:** Alex, Ligia, Nathalie, Mirta, Claudia, María José y especialmente a Karla,  
Por formar parte de esta aventura, se quedarán en mis recuerdos y les deseo éxitos profesionales.
- A MIS AMIGOS:** Especialmente al Lic. Francisco Castillo,  
Por su constante apoyo y amistad... Gracias por enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr mis objetivos.
- A MIS PADRINOS:** Licda. Paola Palencia Gómez y  
Lic. Javier Antonio Sagastume,  
Por brindarme sus conocimientos y experiencia... Gracias por su amistad y confianza.

Con aprecio,  
Noemí

## **Tesis que Dedico A**

- DIOS:** Fuente de vida y sabiduría.
- A MIS PADRES:** Carlos Martínez y Prudencia Franco,  
Por su amor, comprensión y darme  
todas herramientas para crecer.
- A MI HERMANO:** Robin Martínez, por tu amistad, opiniones  
y sugerencias.
- A MI FAMILIA:** Tíos y primos cariñosamente.
- A NOEMÍ:** Por tu paciencia, apoyo y amistad  
durante el proceso de elaboración de  
tesis y años de estudio, que nos tiene  
hoy hasta aquí.
- COMPAÑEROS DE ESTUDIOS:** A Claudia Lima, Ernesto Solares,  
Julia Chicojay, Ligia Ramírez,  
Gustavo López, Naty Morales por  
brindarle ese toque especial a este  
camino que recorrimos juntos.
- A MIS AMIGOS:** Estuardo Velásquez, Jorge M. Bonilla,  
Claudia Mendizábal, Gregorio Moore,  
Giovanny Rodas, por su invaluable  
apoyo.
- A MIS PADRINOS:** Lic. Luis Alfredo Ardón  
Licda. Lilian Mendizábal
- A:** Todas aquellas personas que creen  
en mí e influyeron en mi formación y  
hoy no menciono sus nombres.

Con el más sincero cariño,  
Karla

## **Agradecimientos**

### **UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:**

Por formarnos académicamente y por darnos el privilegio y orgullo de ser otro profesional egresado de esta gloriosa casa de estudios.

### **NUESTRO ASESOR:**

Lic. Luis Ardón, por su esfuerzo y dedicación para el logro de esta obra.

### **A NUESTRO REVISORES:**

Lic. Iván Monzón y Licda. Elena Soto por su guianza y por los acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

### **A la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP):**

Especialmente a la Licda. Lucía Fuentes, Por permitirnos realizar nuestro Proyecto de tesis en esa noble Institución.

## **Brillo en los ojos**

¡Prácticamente todos los seres humanos,  
que tenemos la dicha de venir a vivir a este precioso mundo,  
nacemos con un especial brillo en los ojos!  
Brillo que se intensifica cada vez que superamos una etapa o al lograr un  
objetivo.

¡Hay tanto por qué vivir! Aún si perdiéramos el sentido de vivir por nosotros  
mismos,  
y pareciera que solamente estamos existiendo,  
el arte de respirar y apreciar a colores lo que está a nuestro alrededor  
debiera ser suficiente motivo para encontrarle sentido a la vida.

Existen tantas limitaciones que se atraviesan durante nuestro peregrinar por  
este mundo; mientras que para unos representan barreras infranqueables,  
otros nos dan verdaderas lecciones de vida, al lidiar con circunstancias  
adversas, sobreponerse y salir adelante.

Ese precioso halo de luz colocado en nuestros ojos,  
cuál hálito de vida perenne en nuestro ser,  
no debe ser opacado por nada, ni por nadie.  
Somos dueños absolutos de esa iluminación que se nos ha encomendado,  
nada menos y nada más que para ser luz entre los hombres.

**P.E.M: Erwin H. Orozco G.**



1.1.2.4.14	Impacto psicosocial del cáncer en la familia y en el niño enfermo	21
1.1.2.4.14.1	Impacto en los padres	21
1.1.2.4.14.1.1	Psicológicos	21
1.1.2.4.14.1.2	Sociales	22
1.1.2.4.14.2	Impacto en los hermanos	22 - 23
1.1.2.4.14.3	Impacto en el niño enfermo	23
1.1.2.4.14.3.1	Trastornos emocionales	23 - 24
1.1.2.4.14.3.2	Problemas sociales	24
1.1.2.4.14.3.3	Efectos adversos de los tratamientos	24
1.1.2.4.14.3.4	Tratamientos y secuelas	25
1.1.3	Hipótesis de Trabajo	25
1.1.4	Delimitación	26 - 27
<b>CAPÍTULO II</b>		
II.	Técnicas e Instrumentos	28
2.1	Técnicas de recolección de datos	28
2.1.1	La observación	28
2.1.2	Encuestas	28 - 29
2.1.3	Entrevistas	29
2.2	Instrumentos	29
2.2.1	Anamnesis	29 - 30
2.2.2	Test de la Figura Humana	30
2.2.3	Actividades Lúdicas	30
2.2.4	Técnica de Terapia de Juego	30 - 31
2.2.5	Devaluación Final	31
<b>CAPÍTULO III</b>		
III.	Presentación, Análisis interpretación de Resultados	32
3.1	Características del lugar y de la población	32
3.1.1	Características del lugar:	32
3.1.1.1	St Jude Children's Research Hospital	32
3.1.1.2	Diagnóstico y Tratamiento en la UNOP	32 - 33
3.1.1.3	Seguimiento a largo plazo	33

3.1.2	Características de la población	34 - 36
3.1.3	Presentación de casos atendidos	36
3.1.3.1	Caso No. 1	36 - 38
3.1.3.2	Caso No. 2	38 - 40
3.1.4	Cuadro comparativo de casos e indicadores	40 - 42
3.1.5	Representación de las etapas del Ciclo de Experiencia	43
3.1.6	Análisis General Cualitativo	44 - 46
3.1.7	Principales observaciones	47
<b>CAPÍTULO IV</b>		
IV.	Conclusiones y Recomendaciones	48
4.1	Conclusiones	48 - 49
4.2	Recomendaciones	50 - 51
	Bibliografía	52 - 53
	Anexos	54 - 61

## **Resumen:**

“Ciclo de experiencia en Pacientes atendidos en UNOP,  
en edades de 4 a 10 años”

Nombre de las Autoras:

Noemí Morataya Monzón                      Carné: 199918131

Karla Lisbeth Martínez Franco              Carné: 200514104

El propósito de esta investigación es identificar la manifestación de las etapas del ciclo de experiencia según el enfoque gestáltico, ante la enfermedad del cáncer, en niños de 4 a 10 años de edad y cómo contribuye el apoyo psicológico en el desarrollo adaptativo a este tipo de experiencias.

Este estudio se realizó durante veinte días consecutivos, con niños internados en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), ubicada en la ubicada en la 9ª. Av. 8-00 zona 11 de la Capital de Guatemala.

La elección de la muestra se realizó dividiendo la población en dos grupos:

- Consulta externa: con un total de veinte pacientes, entre las edades de 4 a 10 años de edad y padres que visitaban la Unidad diariamente.
- Encamamiento: con cuatro pacientes internados, entre las edades ya mencionadas referidos por el área de Psicología UNOP.

Para cumplir con nuestro objetivo, utilizamos técnicas como observación, entrevistas, encuestas y anamnesis.

Con los niños se utilizaron instrumentos psicológicos, como test de la Figura Humana, técnicas lúdicas y Terapia de Juego.

Para el diseño y realización de la tesis como tal, empleamos datos obtenidos de referencias bibliográficas y de campo.

Una de las conclusiones comprobables, es que el desarrollo psicosocial y cognoscitivo de los niños, se ve truncado ante la experiencia del cáncer, debido al abandono total o parcial de las actividades familiares, escolares y sociales entre otras.

## Prólogo

Esta investigación identifica el Ciclo de Experiencia, según el enfoque gestáltico, en el cáncer pediátrico ligado a cada etapa del desarrollo de la enfermedad. Además, que nos explica cómo contribuye el apoyo psicológico a afrontar el padecimiento y asimilación, no solo en el paciente sino también en la familia.

Este estudio se realizó durante un periodo tres semanas, en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), ubicada en la ubicado en la 9ª. Av. 8-00 zona 11 de la Capital de Guatemala.

La población atendida fue dividida en dos grupos: 1) Pacientes en consulta externa; con un promedio de 60 a 70 personas atendidas diariamente, de las cuales se extrajo una muestra de 20 pacientes, comprendidos entre las edades de 4 a 10 años, acompañados por sus padres y/o cuidadores. 2) Pacientes hospitalizados; el área de encamamiento posee capacidad para aproximadamente 32 pacientes, comprendidos entre las edades de 0-18 años. La muestra en este grupo fue proporcionada por el departamento Psicológico de UNOP, quienes nos refirieron a cuatro pacientes que reunían las características requeridas para el proyecto de investigación.

Se decidió trabajar con esta problemática, ya que lamentablemente en nuestro país existen muy pocos trabajos de investigación que se enfocan a tratar el tema de niños con enfermedades oncológicas pediátricas. Por lo que se desconoce el impacto social, económico y psicológico que tiene este tipo de padecimientos. Incluso, muchos de los padres que acuden a las instituciones médicas para que sus hijos reciban tratamiento, desconocen los beneficios que puede brindar la psicoterapia antes, durante y después del tratamiento médico.

Otro punto que cabe mencionar, es que para un niño entre las edades de 4 a 10 años es difícil entender realmente las implicaciones de padecer una enfermedad como el cáncer, muchas veces adquieren y se plantean conceptos por imitación auditiva. El niño interioriza todo concretamente, es decir, tal y como lo ve o lo percibe. Por lo que, la psicología ofrece un acompañamiento y ayuda al paciente a asimilar esa experiencia de la mejor manera posible, y disminuir factores de riesgo que puedan influir en el desarrollo y formación del yo.

Se obtuvo la total colaboración de la población e Institución y basados en nuestros objetivos, se determinó cada etapa del ciclo de experiencia, ligando éstas a cada fase de la enfermedad; desde el diagnóstico hasta la satisfacción de la necesidad o proceso por alcanzarlo y se identificaron factores emocionales comunes que se manifiestan con esta experiencia y el impacto de la hospitalización en las diferentes esferas de la vida del paciente.

Dentro de las limitaciones, podemos mencionar el ambiente, esencialmente porque existían muchos distractores que dificultaron la aplicación de técnicas y terapia, tales como: el niño no tenía la suficiente libertad para poder expresarse, el suero conectado al cuerpo del paciente, administración de medicamento por el personal médico y efectos posteriores a la aplicación del tratamiento como: sueño, decaimiento anímico y físico entre otros; por lo que se optó por la utilización de actividades lúdicas que nos permitieron evaluar distintos aspectos, sin ningún esfuerzo físico, debido a la condición de los pacientes.

Para finalizar, queremos agradecer de forma muy especial a los padres de familia por su apoyo, a los pacientes que creyeron en nosotros y nos brindaron su confianza, a la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), en especial al departamento de Psicología, ya que sin todos ellos esta investigación no hubiese sido posible.

## I. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo se centra en dar a conocer la forma en la que la teoría del Ciclo de Experiencia, expuesto en la corriente Gestalt, se manifiesta en pacientes con cáncer pediátrico y cómo sus ciclos (reposo, sensación, darse cuenta o formación de figura, Energetización, acción y contacto) se presentan ante esa situación.

La terapia Gestalt consiste en fomentar un cambio no coercitivo en el paciente, la experimentación de nuevos modos de vivenciar y utilizar su potencial. Esto se consigue únicamente gracias al “darse cuenta”, principal herramienta del terapeuta gestáltico. El darse cuenta es una dinámica vivencial, exige contactar y atender la necesidad dominante con un apoyo total sensorio-motor, emocional y cognitivo, al tratarse del evento que sucede aquí y ahora (y no de lo que fue, podría ser, o debiera haber sido); conlleva necesariamente hacia la responsabilidad; y se le promueve a través de interrogantes planteados al paciente. Las respuestas necesariamente lo arrojan a reconocer su implicación en los problemas que le aquejan y lo empujan al autoayuda.

La enfermedad es un desequilibrio integral de todo ser humano: cuerpo, mente, espíritu y ambiente. El enfoque gestáltico es optimista con respecto a la salud, pues supone que el organismo tiende naturalmente hacia ese estado, además, de que cuenta con un potencial curativo natural, ello es importante ya que se reconoce que en el proceso hacia la salud es la propia persona el actor principal y no la enfermedad.

En la Gestalt, la enfermedad tiene una connotación positiva: este hecho parte de la salud puesto que nos coloca en una experiencia límite, donde nos despojamos de nuestro ego y nos descubrimos en nuestra identidad esencial, nuestra vulnerabilidad. La enfermedad nos ofrece la oportunidad de replantearnos nuestra vida, de crecer.

Esta investigación permitió determinar una serie de factores que se alteran en la vida de los niños comprendidos entre las edades de 4 a 10 años, por el diagnóstico de cáncer. También podremos conocer el punto de vista de los padres, principalmente la madre, que han tenido que dejar su hogar y a sus otros hijos al cuidado de familiares, para acompañar a su niño hospitalizado. Madres que dejan su trabajo pues tienen un niño que la necesita más que nunca, mientras el otro padre debe continuar con su trabajo para sustentar el hogar.

Además, daremos a conocer nuestra experiencia en la atención de pacientes hospitalizados, que han sido diagnosticados con una enfermedad que cambia de manera significativa el modo de vida que llevan, siendo desligados de sus hogares, escuelas, amigos, familiares para recibir un tratamiento que inicialmente causa más molestias que bienestar, pero es la solución para esa enfermedad tan temida.

También presentaremos información sobre la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, su funcionamiento y datos estadísticos muy interesantes de los casos que allí se atienden.

## **1.1 Planteamiento del Problema y Marco Teórico:**

### **1.1.1 Planteamiento del Problema**

El presente trabajo se ha diseñado con el fin de citar y reforzar la necesidad de la intervención psicológica en el abordaje de una de las enfermedades más temidas y de mayor predominio en la actualidad: el cáncer pediátrico. Tomando en cuenta el drástico cambio que se produce en las relaciones familiares, sociales, alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales que se presentan en las diversas fases de la enfermedad.

Los niños con cáncer deben someterse a un tratamiento muy agresivo y para que éste les sea administrado, en la mayoría de los casos, deben ser hospitalizados, ya que con esto se puede tener una mejor supervisión médica y mayor efectividad del mismo.

Las interrogantes que se pretenden responder con la presente tesis son: ¿Cómo se manifiesta el ciclo de experiencia, según el enfoque gestáltico, en los niños diagnosticados con cáncer? y ¿Qué esferas de la vida del niño presentan mayor alteración debido a la hospitalización por tratamiento contra el cáncer?

Se considera importante abordar un tema como este, ya que los niños que se encuentran en un proceso de tratamiento de cáncer, necesitan mantener una mente y actitud positiva ante la vida, pues como se verá más adelante, durante el desarrollo del marco teórico, entre los principales problemas psicológicos que presentan los pacientes se encuentra el temor y la ansiedad, además de expectativas de vida muy bajas.

La mejora de la calidad de vida del niño enfermo de cáncer y el fortalecimiento de las relaciones familiares, requiere de la atención de los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que se afectan. Por ello, es imprescindible una intervención multidisciplinaria en el ámbito hospitalario, familiar y escolar del niño, desde el comienzo del tratamiento, favoreciendo la prevención de posibles desajustes posteriores. De esta forma, los niños enfermos llegarán a la edad adulta en mejores condiciones para desarrollar

sus actividades y, el número de adultos, supervivientes de un cáncer infantil con secuelas físicas y mentales, será menor que si no se aplicaran programas psicológicos y rehabilitadores. Así pues, la acción preventiva posibilita la reducción de los costos derivados de la enfermedad y potencia la integración social del niño.

En Guatemala existen muy pocos trabajos que se han realizado del tema de cuidados paliativos y oncología pediátrica y se habla de un número menor enfocado en los aspectos psicológicos, por el contrario, la tasa de nuevos casos de cáncer pediátricos se incrementa año con año.

## **1.1.2 Marco Teórico**

### **1.1.2.1 Cáncer<sup>1</sup>:**

La Organización Mundial de la Salud señala que “el cáncer es el término genérico para designar a un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Un tumor maligno se origina a partir de una célula alterada y prolifera inicialmente en el sitio primario. Después suele propagarse por diversas vías, como infiltración local en la vecindad del órgano de origen, el sistema linfático (los ganglios linfáticos) o los canales vasculares, y lleva a la metástasis, principal causa de muerte por enfermedades malignas”.

### **1.1.2.2 Fases de aparición del cáncer<sup>2</sup>:**

“El desarrollo del cáncer tiene varias fases, según el tipo de tejido afectado. En general estas fases son: la displasia, el cáncer in situ, el cáncer invasivo localizado, el compromiso de ganglios linfáticos regionales y las metástasis distantes.

La primera indicación de anormalidad es un cambio en las características de las células, conocido como displasia. La lesión puede retroceder

---

<sup>1</sup> OMS, 1995

<sup>2</sup> OMS, 1995

espontáneamente en este estadio y a veces aún en el siguiente, en el del carcinoma in situ. El término “carcinoma in situ” se usa cuando el examen microscópico revela células con ciertas características del cáncer, esto es, cambios en los núcleos celulares, pero sin penetración de la membrana subyacente (o base) que los sostiene en el tejido de origen. El término carcinoma in situ se reserva generalmente para los cambios que afectan al espesor total del epitelio.

Cuando el crecimiento celular anormal llega a áreas que están por debajo del tejido de origen, se considera que el cáncer es invasivo. Al proseguir el crecimiento, se produce una invasión cada vez mayor y la destrucción de los tejidos adyacentes. A menudo el cáncer se extiende a los ganglios linfáticos regionales que drenan el área. Las células cancerosas también pueden propagarse a través de la sangre o del sistema linfático y afectar a otros órganos (metástasis distantes).

Cuando se llega a una multiplicación suficiente de las células anormales, el cáncer se hace patente para el individuo. Adopta comúnmente la forma de una masa abultada que puede verse o sentirse en el órgano afectado, por ejemplo la piel, la mama o la próstata. A veces, aun antes de la detección, el cáncer se habrá propagado a los ganglios linfáticos o, si es rápidamente progresivo, habrá causado metástasis distantes detectables”.

### **1.1.2.3 Cáncer pediátrico<sup>3</sup>:**

“Los cánceres pediátricos más frecuentes son:

- Leucemia. Es una enfermedad de la sangre producida por una proliferación incontrolada de las células denominadas blastos (forma inmadura de las células antes de que aparezcan sus características definitivas) en la médula ósea.
- Linfomas. Son cánceres de los ganglios linfáticos que pueden afectar a todo el sistema linfático del organismo: ganglios linfáticos periféricos, y órganos linfoides como el bazo, timo, y ciertas partes de otros órganos, como las amígdalas.

---

<sup>3</sup> Grau Rubio, Claudia (2002)

- Tumores cerebrales. Estos tumores son clasificados y nominados por el tipo de tejido en el cual se desarrollan (astrocitomas, ependinomas, meduloblastoma, tumor neuroectodérmico primitivo, etc.). Los síntomas más habituales son convulsiones, cefaleas matutinas, vómitos, irritabilidad, cambios en los hábitos de comer o dormir, y somnolencia.
- Neuroblastoma. Se trata de un tumor que aparece en las células nerviosas del sistema nervioso autónomo. La localización más frecuente es la abdominal (82%) y, dentro de ella, en la glándula suprarrenal, seguida de los ganglios simpáticos paravertebrales, celiacos, etcétera; también es frecuente la localización mediastínica, y en menor medida, la pélvica y cervical.
- Tumor de Wilms. Es la forma más común de cáncer del riñón en la infancia y su causa exacta en la mayoría de los niños se desconoce. La enfermedad ocurre en aproximadamente 1 de cada 200,000 a 250,000 niños. Por lo general ataca cuando el niño tiene más o menos tres años y rara vez se presenta después de los 8 años.
- Rabdomiosarcoma. Es un tipo de sarcoma de partes blandas que afecta fundamentalmente a las células musculares y su localización más frecuente es la cabeza, cuello, pelvis y extremidades, en edades comprendidas entre los 2 y 6 años.
- Sarcoma osteogénico. Es la forma de cáncer de huesos más frecuente en la infancia. Los huesos más afectados son los largos de la extremidad superior (húmero) y de la extremidad inferior (fémur y tibia).
- Sarcoma de Ewing. Es una forma de cáncer que afecta a los huesos largos y a los planos. Se manifiesta en edades comprendidas entre los 10 y 25 años, siendo los huesos y los pulmones los lugares más habituales de diseminación”.

#### **1.1.2.4 Concepto de Terapia Gestalt**

Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, pero que aproximadamente significa "forma", "totalidad", "configuración". La forma o configuración de cualquier cosa está compuesta de una "figura" y un "fondo".

El fenómeno descrito, que se ubica en el plano de la percepción, también involucra a todos los aspectos de la experiencia. Es así como algunas situaciones que nos preocupan y se ubican en el momento actual, en el status de figura, pueden convertirse en otros momentos, cuando el problema o la necesidad que la hizo surgir desaparecen, en situaciones poco significativas, pasando entonces al fondo. Esto ocurre especialmente cuando se logra "cerrar" o concluir una Gestalt; entonces ésta se retira de nuestra atención hacia el fondo, y de dicho fondo surge una nueva Gestalt motivada por alguna nueva necesidad. Este ciclo de abrir y cerrar Gestales es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia.

El enfoque gestáltico es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En Gestalt se dice que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

#### **1.1.2.4.1 Bases de la Gestalt**

El enfoque Gestáltico ha recibido la influencia de las siguientes corrientes:

- El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.
- La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad.
- La fenomenología, de la que toma su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (insight).
- La psicología de la Gestalt, con su teoría de la percepción (figura-fondo, Ley de la buena forma, etc.).

#### **1.1.2.4.2 Principios de la Gestalt**

##### **1.1.2.4.2.1 *El Darse Cuenta:***

Existen tres Zonas del Darse Cuenta:

1. El darse cuenta del mundo exterior: contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que en este momento veo, toco, palpo, degusto o huelo. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros.
2. El darse cuenta del mundo interior: Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, temblores, sudoración, respiración, etcétera.
3. El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM)<sup>4</sup>: “Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc.”.

“Ampliar el campo de conciencia, fomentar el darse cuenta es uno de los objetivos más importantes de la Gestalt, que el niño aumente la conciencia de su propio cuerpo, de sus sensaciones y sentimientos y de toda la realidad que esté viviendo, es fundamental para su pleno desarrollo”<sup>5</sup>.

El Darse Cuenta no suele ser verbalizado, es el terapeuta el que puede mostrarlo para que el niño asienta o no, a veces simplemente hará un gesto o se tendrá que esperar a futuras sesiones para comprobar el resultado.

Los ejercicios que fomenten el Darse cuenta de mundo sensorial son muy adecuados para los niños porque es una forma de estar en el presente, de tomar contacto con el aquí y ahora. Los ejercicios que favorecen el Darse Cuenta de la fantasía ayudan a entrar en contacto con sus emociones y favorecen la expresión. Para favorecer el Darse Cuenta de la zona interna se puede utilizar el trabajo corporal mediante relajación o visualizaciones.

#### **1.1.2.4.2.2 El aquí y el ahora<sup>6</sup>:**

“La terapia Gestalt es una terapia que cree en el presente, es sólo en el momento presente donde la terapia puede actuar donde el niño puede vivir experiencias que fomenten el crecimiento y eliminen los bloqueos”. Es el

---

<sup>4</sup> z Perls, 1987. p. 30

<sup>5</sup> Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, 2005

<sup>6</sup> Catañedo Celodio. Terapia Gestalt , enfoque del aquí y el ahora.

experimento el que crea oportunidades para construir el yo y recobrar la autoconfianza. La terapia Gestalt rechaza el pasado porque no existe ya, no se ocupa del futuro porque aún no ha llegado, enfatiza el poder del presente.

#### **1.1.2.4.2.3 Se Cambia el “Por qué” por el “Cómo”**

Al preguntar por qué lo único que se consigue es alguna racionalización o "explicación". Además, nos aleja del aquí y ahora y nos introduce en el mundo de la fantasía; nos saca de lo obvio para teorizar. El por qué sólo nos conduce a interminables y estériles investigaciones de la causa.

Si se hacen la pregunta por el cómo, se está mirando la estructura, se está viendo lo que ocurre, lo obvio; preocupándose por un entendimiento más profundo del proceso. El cómo nos da perspectiva, orientación, nos muestra que una de las leyes básicas, la de la identidad de estructura y función, es válida.

#### **1.1.2.4.3 Conceptos Terapia Gestalt Infantil<sup>7</sup>:**

“La terapia Gestalt tiene en cuenta que el niño es un ser en evolución, para ello el terapeuta tiene que apoyarse en otros conocimientos como la psicología evolutiva, la pedagogía y la psicopatología. “A continuación se describen una serie de conceptos clave para poder entender la esencia la Terapia Gestalt Infantil:

**1. Figura - Fondo:** siempre hay una figura, algo que resalta del fondo, algo con más fuerza, más relevante. Es labor del terapeuta ayudar al niño a centrar la figura. El niño nos va mostrar la figura según su estar en la sesión, qué juegos elige, cómo juega o bien a través de lo que elige dibujar o de la forma en que dibuja lo que le se ha pedido, es muy importante atender a la fenomenología. El terapeuta pregunta para facilitar la expresión, juega o espera.

**2. El Contacto:** Entrar en contacto con algo o alguien significa situarse y sentirse como un ser viviente frente a otra persona a la que también se le reconoce su existencia. Entrar en contacto con el yo, con el cuerpo, con la

---

<sup>7</sup> Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, 2005

respiración, con las actitudes corporales. Los episodios de contacto son vitales para el niño, porque en muchos casos el niño que acude a terapia está carente de ellos. El niño necesita ser reconocido por otro para poder llegar a ser realmente el mismo.

**3. Las polaridades:** El trabajo con polaridades es muy importante para los niños, su aprendizaje parte de opuestos polares a partir de los cuales van conociendo la realidad. Es gratificante y liberador para el niño poder utilizar en terapia polo opuesto al que utiliza en su vida, es difícil pero gratificante atreverse a ser malo, contestón o triste. Actuar en terapia aquello que no usa en la vida real facilita la integración de las polaridades.

**4. Satisfacción de necesidades:** En este aspecto es muy importante el trabajo con el contexto. La terapia Gestalt tiene un modelo teórico que lo describe, el ciclo de la experiencia o ciclo de satisfacción de las necesidades.

**5. Asuntos Inconclusos:** los asuntos inconclusos son sentimientos o emociones no expresados o resueltos. Los Asuntos Inconclusos pueden trabajarse mediante la dramatización, intercambiando roles, con la técnica de la silla vacía o la silla vacía ocupada por algún muñeco importante para el niño que puede representar cualquier papel”.

**6. Diferenciar sentimiento y Acción<sup>8</sup>:** “No es lo mismo sentir odio que agredir, no es igual sentir amor que abrazar, hay una distancia entre el sentimiento y la conducta. El sentimiento nunca debe ser rechazado porque significa rechazar al niño. Es liberador para el niño tener permiso para sentir y que pueda aprender la distancia entre sentir y actuar.

**7. La teoría paradójica del cambio:** la terapia es un proceso por el cual el niño puede aprender a ser quien realmente es. El niño recibe muchos mensajes de cómo debe ser, de lo que esta bien y de lo que está mal de forma directa o implícita. Cuando el niño deja de pelearse por ser lo que no es, cesa la lucha y puede producirse el cambio.

**8. El Contexto:** es fundamental en Terapia Infantil. Cuánto más pequeño es el niño más grande es el valor del contexto. El trabajo terapéutico debe tomar en cuenta a la familia, al igual que se tiene una concepción holística del niño,

---

<sup>8</sup> Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, 2005

también se parte de la idea de la familia como un todo, que es más que la suma de las partes, por ello el trabajo con la familia es fundamental. Puesto que en un sistema todos los elementos se Interrelacionan e influncian entre sí, el trabajo con la familia es necesario, cuando no es posible hacerlo así el proceso es más dificultoso y generalmente más largo.”

#### **1.1.2.4.4 El Ciclo de la Experiencia:**

El ciclo de la experiencia se inicia cuando el organismo, estando en reposo, siente emerger en sí alguna necesidad; el sujeto toma conciencia de ella e identifica en su espacio algún elemento u objeto que la satisface, vale decir, que dicho elemento se convierte en figura, destacando sobre los demás que son el fondo. Acto seguido, el organismo moviliza sus energías para alcanzar el objeto deseado hasta que entra en contacto con él, satisface la necesidad y vuelve a entrar en reposo nuevamente.

En el esquema clásico del ciclo se identifican seis etapas sucesivas:

- 1) En el **reposo** o retraimiento el sujeto ya ha resuelto una Gestalt o necesidad anterior, y se encuentra en un estado de equilibrio, sin ninguna necesidad apremiante. Su extremo patológico puede ser el autismo.
- 2) En la **sensación** el sujeto es sacado de su reposo porque siente "algo" difuso, que todavía no puede definir.
- 3) En **el darse cuenta**, la sensación se identifica como una necesidad específica y se identifica también aquello que la satisface: se delimita cierta porción de la realidad que adquiere un sentido vital muy importante para el sujeto, es decir, se forma una figura.
- 4) En la fase de **energetización** el sujeto reúne la fuerza o concentración necesaria para llevar a cabo lo que la necesidad le demanda.
- 5) En **la acción**, fase más importante de todo el ciclo, el individuo moviliza su cuerpo para satisfacer su necesidad, concentra su energía en sus músculos y huesos y se encamina activamente al logro de lo desea.

- 6) En la etapa final, **el contacto**, se produce la conjunción del sujeto con el objeto de la necesidad; y, en consecuencia, se satisface la misma. La etapa culmina cuando el sujeto se siente satisfecho, puede despedirse de este ciclo y comenzar otro.

Entre los diversos eslabones que conforman el ciclo se pueden formar o autointerrupciones, dando lugar a diversos tipos de patologías. Allí también actúan los mecanismos de defensa.

En términos generales, se puede decir que el ciclo de la experiencia, dado en un contacto específico y significativo, constituye en sí misma una Gestalt. Un ciclo interrumpido es una Gestalt inconclusa.

#### **1.1.2.4.5 Las Autointerrupciones (mecanismos de defensa)<sup>9</sup>:**

En Gestalt, “los mecanismos de defensa antes que proteger al Yo de las pulsiones internas amenazantes o de las amenazas externas, son concebidos como formas de evitar el contacto, tanto interno como externo; como autointerrupciones del ciclo de experiencia”.

En los diversos espacios que median entre las fases del ciclo se pueden producir las autointerrupciones, con la finalidad de evitar el dolor, el sufrimiento, no sentir, no vivir, separarse de lo amenazante en uno mismo, huir del estrato fóbico, etcétera.

Fritz Perls describió hasta cinco mecanismos: introyección, proyección, confluencia, deflexión y retroflexión.

- 1) **La proyección:** Un objetivo fundamental de la terapia es que el niño se dé cuenta de lo que le pasa, para ello los terapeutas recurren a diferentes actividades: juegos, dibujos y otras creaciones, dónde el niño proyecta una parte de sí, es decir pone fuera de sí algo que es suyo.
- 2) **La introyección:** Las influencias externas son engullidas sin hacer la necesaria crítica y selección, de acuerdo a sus necesidades personales, asumiéndolas como propias. Los introyectos impiden el libre flujo de los

---

<sup>9</sup> Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, 2005

impulsos y la satisfacción de las necesidades: detrás de todo introyecto hay figuras importantes para nosotros y Gestalten inconclusas en relación a ellas. La introyección es un mecanismo por el cuál el niño toma los mensajes provenientes de figuras significativas y los incorpora sin digerirlos, pudiendo resultar nutritivos o tóxicos para él.

- 3) **La retroflexión:** Es lo contrario a la proyección. El sujeto no se atreve a actuar sus deseos o impulsos por la acción nuevamente de los introyectos, así que se los dirige a sí mismo por ser esto menos peligroso. Se auto agrede deprimiéndose; desarrolla trastornos psicossomáticos; se desvaloriza, etc. La retroflexión es cuando el niño en lugar de expresar hacia fuera, se contiene y revierte esa energía hacia sí mismo.
- 4) **La deflexión:** Consiste en establecer un contacto frío, inocuo, no amenazante; como si se tocaran las cosas con guantes o pinzas para no sufrir daño o quemarse. Es también la expresión atemperada de las emociones: hacerlo "educadamente".
- 5) **La confluencia:** También se da entre acción y contacto. El sujeto para ser aceptado o no entrar en discusión con figuras importantes simplemente se mimetiza a ellas; debilita los límites de su Yo para fusionarse al otro. Se adoptan así, sin crítica ni cuestionamientos, decisiones, ideas, estilos de vida ajenos. Se adopta una postura cómoda donde se abdica de la propia responsabilidad, de la capacidad de tomar decisiones, para siempre "estar de acuerdo".

#### **1.1.2.4.6 Los Sueños en terapia Gestalt infantil<sup>10</sup>:**

“Según la Terapia Gestalt los sueños son proyecciones de nuestra personalidad. En Terapia Infantil se trabajan los sueños mediante dibujos o dramatizaciones, de los diferentes elementos que aparecen en el sueño. Es frecuente que los niños nos relaten pesadillas”.

---

<sup>10</sup> Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, 2005

#### **1.1.2.4.7 Principales Objetivos de la Gestalt<sup>11</sup>**

1. "El rol del encuentro psicoterapéutico es ayudar al paciente a restaurar las fuerzas de su proceso sintomático, de tal forma que no requiera o no necesite más el síntoma y que pueda vivir en equilibrio sin él.
2. El proceso terapéutico de cambio en la Terapia Gestalt implica ayudar al paciente a re-descubrir los mecanismos que emplea para controlar su darse cuenta.
3. El objetivo de la Terapia Gestalt es lograr la madurez del cliente. Perls define la madurez como la transición que se opera al pasar de recibir el soporte del medio ambiente a darse el propio auto-soporte<sup>12</sup>.
4. Nuestra función como terapeutas es lograr en el niño un Darse cuenta".

#### **1.1.2.4.8 Estrategias de Integración Gestáltica en pacientes de Oncología Pediátrica**

Un diagnóstico oncológico tiene que ver con múltiples causas, lo deseable es afrontar la enfermedad desde la actividad, con ayuda profesional.

La terapia Gestalt es un eficaz abordaje terapéutico y una filosofía de la vida que prima la conciencia (darse cuenta), para auto-regularse de forma adecuada con un medio cambiante.

La enfermedad oncológica ocurre en las primeras etapas del desarrollo infantil en la población estudiada, por lo tanto cabe esperar mayor vulnerabilidad a la angustia que en otras edades por los incipientes recursos psicológicos con que cuenta el niño para manejarla. Por otra parte, el ajuste escolar puede verse interferido por las reiteradas inasistencias y experiencias negativas en la relación con sus compañeros (como pueden ser las burlas por la caída del cabello o por los efectos y secuelas de las radiaciones en el sistema nervioso central.

El esclarecimiento de las vivencias infantiles permite entender y forjar herramientas para ayudar a los niños afectados y a sus familias, que no

---

<sup>11</sup> Castañedo Secadas, Celedonio. 1988. p. 64 y 75

<sup>12</sup> Perls, 1987.

comprenden y muchas veces no hablan de sus temores. De este modo es posible prevenir el asentamiento de núcleos de patología psíquica, contribuyendo a mejorar la calidad de la sobrevivida.

#### **1.1.2.4.9 Terapia Lúdica Gestáltica:**

La Terapia Lúdica parte de uno de los principios fundamentales de este enfoque: La capacidad que tiene la persona para crecer y autodirigirse. El niño es una persona que tiene capacidad para ayudarse a sí mismo, teniendo en cuenta que si el ambiente cambia, el comportamiento también cambia. De esta forma se aceptan los hechos que influyen en su comportamiento.

#### **1.1.2.4.10 Relación Terapéutica:**

La relación terapéutica no debe ser percibida por el niño como amenazante y siempre debe ser genuina, transmitiéndole al niño calidez y comprensión, una relación en la que pueda sentirse lo suficientemente seguro como para relajar sus defensas y sentir cómo puede estar sin ellas. El terapeuta acepta al niño tal y como es en ese momento y no intenta moldearlo de alguna manera socialmente aprobada.

El proceso de comprender al niño comienza por:

- 1) Empatía: Para esto es necesario tener la capacidad de recibir las señales que el niño envía conjuntamente sin interpretarlas.
- 2) Tener en cuenta lo que el niño siente, más que lo que piensa.
- 3) Buscar el significado que el niño le da a su experiencia.

#### **1.1.2.4.11 Tiempo en psicoterapia Gestáltica:**

Esta ahora le pertenece exclusivamente a él. El terapeuta proporciona: comprensión, compañía, calor; pero no liderazgo. Se interviene al ritmo elegido por el niño, ni se apresura, ni se atrasa ningún aspecto en particular del proceso terapéutico. El momento en el que niño trae material significativo, está determinado por él y por su disposición, y para hacerlo, el terapeuta no debe asumir esta responsabilidad por él.

#### **1.1.2.4.12 Reglas de intervención Gestáltica:**

La filosofía implícita en las reglas es proporcionarnos medios eficaces para unificar pensamiento y sentimiento. Tienen por designio ayudarnos a sacar al exterior las resistencias, a promover una mayor toma de conciencia, a facilitar el proceso de maduración. Se busca también ejercitar la responsabilidad individual.

Las principales reglas son las siguientes:

1. **El principio del ahora:** Es la forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas, es traerlas al presente, actualizarlas con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta. El individuo tiene que comunicar sus experiencias en tiempo presente.
2. **La relación Yo-Tú:** Con este principio se procura expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Al preguntar ¿A quién le estás diciendo eso? se le obliga al sujeto a enfrentar su renuencia a enviar el mensaje directamente al receptor. Se busca que tome conciencia de la diferencia que hay entre "hablarle a" su interlocutor y "hablar" delante de él.
3. **Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta,** responsabilizarse de lo que se dice y/o se hace. Esto se vincula al simple recurso de convertir el lenguaje impersonal en personal. Se aprende a identificar mejor la conducta y a asumir la responsabilidad por ella.
4. **En Gestalt está prohibido decir "no puedo"; en su lugar se debe decir "no quiero", esto es, ser asertivo.** Ello debido a que muchas veces el sujeto se niega a actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera. No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión evasiva, para lo cual un honesto "no quiero" es lo más adecuado.

5. **El continuum del darse cuenta:** El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad.
6. **No murmurar:** Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.
7. **Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trata de datos muy concretos.** La persona que pregunta debe asumir su responsabilidad y las consecuencias de lo que afirma, en lugar de adoptar una postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que él le dé la autorización.

#### **1.1.2.4.13 Técnicas de la Gestalt:**

En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente:

- a) **Las Técnicas Supresivas:** Pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto, a fin de facilitar su darse cuenta.
  
- b) **Técnicas Expresivas:** Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía. Se buscan tres cosas básicamente:
  - Expresar lo no expresado.
  - Terminar o completar la expresión.
  - Buscar la dirección y hacer la expresión directa.
  
- c) **Técnicas Integrativas:** Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

#### **1.1.2.4.14 Impacto psicosocial del cáncer en la familia y en el niño enfermo**

El cáncer pediátrico tiene gran impacto en el niño que lo padece, como también en los padres y el resto de la familia, por ello a continuación presentamos una descripción detallada de dichas repercusiones:

##### **1.1.2.4.14.1 Impacto en los padres**

El diagnóstico de un cáncer es siempre una experiencia inesperada y traumática. Los problemas a los que se tienen que enfrentarse los padres son de diferente índole:

###### **1.1.2.4.14.1.1 Psicológicos:**

Las reacciones de cada padre ante el diagnóstico están influidas por la personalidad de cada uno, la experiencia familiar en enfermedades y concretamente el cáncer, los sistemas de apoyo con que cuenta, sus creencias religiosas, y el curso de la enfermedad y de su tratamiento.

Se produce un fuerte choque emocional y aturdimiento, unidos a sentimientos de negación de la realidad, de ira hacia todo lo que le rodea, de culpabilidad, de ansiedad por la incertidumbre sobre el futuro y de falta de control de las situaciones. Muy frecuentemente aparecen sentimientos de duelo anticipado. Cuando la enfermedad ha remitido, la mayor preocupación de los padres es su reaparición. Las reacciones de los padres ante esta situación varían desde una necesidad de renovar las esperanzas de curación hasta una actitud más pesimista, pasando por una actitud más pragmática de enfrentarse a la enfermedad. Sienten una mezcla de esperanza y de culpa por haberle hecho pasar a su hijo por el tratamiento inicial sin haber conseguido los resultados deseados. La adaptación a la recidiva es más compleja cuanto más largo haya sido el periodo de remisión que la ha precedido.

El avance de la enfermedad produce un gran temor en los padres. La reacción ante la muerte de un hijo es mucho más compleja que cuando se pierde otros seres queridos.

#### **1.1.2.4.14.1.2 Sociales:**

Las visitas al hospital y los periodos de hospitalización plantean la necesidad de organizar el cuidado de los otros miembros de la familia, las ausencias prolongadas en el trabajo, y la imposibilidad de planificar la vida familiar, social y profesional a corto plazo. Asimismo, se produce un aislamiento social y se interrumpe la mayoría de las actividades recreativas de la familia.

El cáncer infantil supone un gran reto, incluso para los matrimonios más estables. El futuro de la familia es incierto y los padres deben encontrar fortaleza para salir adelante y para salvar su matrimonio y familia.

#### **1.1.2.4.14.2 Impacto en los hermanos**

El cáncer de un hijo produce en la familia un cambio brusco en la organización y clima emocional de la misma. Los hermanos del niño enfermo tienden a ser olvidados. Los padres, sometidos a una gran tensión emocional y a las exigencias de los tratamientos, descuidan las necesidades emocionales del niño sano, las cuales, en muchos casos, son infravaloradas por unos padres ansiosos y agotados.

Los hermanos del niño enfermo presentan un gran malestar emocional, ansiedad, y una mezcla de sentimientos como el temor a lo que está sucediendo, la culpabilidad, el miedo a enfermarse, los celos, etc.

Los niños más pequeños tienden a manifestar su miedo, confusión y dolor de distintas formas: enuresis, dificultades para comer y dormir, pesadillas, hiperactividad, rivalidad con el hermano, rabietas y explosiones de enfado.

Los adolescentes pueden mostrar enfermedades psicósomáticas (dolores de estómago y espalda, cefaleas), falta de concentración, alteraciones del sueño, miedos, fobias, ataques de pánico, fracaso escolar, comportamiento rebelde y negativo, y abuso de drogas o alcohol.

Estas reacciones se manifiestan también cuando el hermano muere (enuresis, cefaleas, dolor y molestias abdominales, problemas escolares, depresión y ansiedad de la separación).

Para ayudar a los hermanos hay que: darles información; permitirles que expresen sus sentimientos de culpa, ira y vergüenza; visitar el hospital,

dejándoles que participen en el tratamiento; fomentar la independencia y las actividades habituales; favorecer la comunicación con el hermano y padres; no darles responsabilidades como si fueran adultos; y proporcionar información a los profesores.

#### **1.1.2.4.14.2.3 Impacto en el niño enfermo**

A partir de los cinco años, los niños son conscientes de la seriedad de la enfermedad que padecen, aunque nadie se lo haya comunicado. Se dan cuenta de la ansiedad que existe en los que le rodean. La falta de información puede producir tensión y fantasías perturbadoras.

El niño enfermo de cáncer tiene que afrontar los siguientes problemas:

*La hospitalización:* que produce un cambio brusco de su entorno y de las actividades normales, además, constituye para muchos niños una experiencia negativa y traumática. “Los niños más pequeños interpretan la hospitalización como un castigo por algo que han hecho mal, tienen miedo al abandono, presentan comportamientos regresivos, dependientes e inmaduros, y pérdidas de autoestima”<sup>13</sup>.

*La ansiedad y depresión:* son las principales alteraciones emocionales producidas por la hospitalización, que, junto con los miedos y temores y la falta de actividad, pueden causar importantes alteraciones comportamentales, como: conductas negativas, agresividad, trastornos del sueño, respuestas de evitación, mutismo y trastornos de atención.

#### **1.1.2.4.14.3.1 Trastornos Emocionales:**

Los niños tienen sentimientos de culpabilidad y también una gran ira, generalmente dirigida hacia los padres, hermanos, amigos y personal sanitario, que se manifiesta en irritabilidad u otras alteraciones del comportamiento. Frecuentemente se preguntan si van a morir de la enfermedad. Pueden presentar gran ansiedad y depresión, comportamiento pegajoso, dependiente, rabietas y negativa a dormir solos. En la fase

---

<sup>13</sup> Lizasoain, 2000

terminal, el niño tiene muchas dudas y fantasías que pueden producirle gran temor.

#### **1.1.2.4.14.3.2 Problemas sociales:**

La enfermedad origina una inestabilidad en las relaciones sociales del niño con sus compañeros, debido a las ausencias escolares, y aumenta el riesgo de sufrir problemas sociales, agudizado por las alteraciones físicas.

“Muchos niños se niegan a asistir a la escuela después del tratamiento y desarrollan síntomas físicos (psicosomáticos) para evitarlo. Esta fobia escolar puede ser debida a la ansiedad de separación de la madre”.<sup>14</sup>

#### **1.1.2.4.14.3.3 Efectos adversos de los tratamientos:**

De las pruebas diagnósticas y de los tratamientos que tienen numerosos efectos secundarios: náuseas, vómitos, cefaleas, diarreas, llagas en las mucosas bucales, fatiga, irritabilidad, etc. Además, se puede mencionar: Dolor general, alteraciones del sueño, fiebre, trastornos mentales orgánicos (delirium).

Dependiendo del tipo de tumor y de su localización, las deficiencias más comunes, son:

- a) Auditivas: sorderas perceptivas uni o bilaterales.
- b) Visuales: cegueras totales o parciales, hemianopsias temporales u homónimas, alteraciones en la motricidad de los ojos, nistagmo y midriasis.
- c) Motrices: hemiplejías y hemiparesias, espasticidad, ataxia, adiadococinesia y parestesia.
- d) Procesos cognitivos: perturbaciones de la atención, somnolencia, torpeza mental, dificultades en los procesos de memorización y descensos en las puntuaciones de C.I.
- e) Lenguaje: afasias, disartrias y mutismo acinético.
- f) Psicológicas: nebulosidad mental, psicósíndrome orgánico infanto-juvenil, problemas de autoestima y habilidades sociales.

---

<sup>14</sup> Díaz, 1993, Die-Trill, 1993

#### **1.1.2.4.14.3.4 Tratamientos y secuelas<sup>15</sup>:**

“Los tratamientos del cáncer son largos, agresivos, costosos, desfigurativos, e implican la acción coordinada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Sus objetivos son extirpar el tumor (cirugía), impedir la reproducción de las células cancerígenas (quimioterapia), reducir el tamaño del tumor antes de su extirpación (radioterapia) y eliminar los restos tumorales después de la intervención quirúrgica (radioterapia)”<sup>16</sup>.

“Los efectos a largo plazo de los tratamientos son<sup>17</sup>:

- Disfunciones neurológicas y dificultades en el aprendizaje: Los tratamientos profilácticos del sistema nervioso (radioterapia del sistema nervioso combinada con quimioterapia) aplicados a los niños con leucemia y tumores cerebrales suelen producir secuelas neurológicas.
- Desfiguración física permanente: Estas desfiguraciones pueden producir problemas de autoestima.
- Disfunciones de los órganos: gonadal, endocrino, hepático, pulmonar, cardíaco y genitourinario.
- Retraso en el desarrollo sexual.
- Deficiencias inmunológicas.
- Desarrollo de nuevos tumores”.

#### **1.1.3 Hipótesis de trabajo**

Los niños con cáncer de 4 a 10 años de edad, atendidos en la UNOP, atraviesan por diferentes etapas que, enfocadas en la Teoría Gestalt, se manifiestan como un Ciclo de Experiencia.

---

<sup>15</sup> Grau Rubio, C. (2002)

<sup>16</sup> MEC, 1999; Grau, 1999

<sup>17</sup> Miller y Haupt, 1984; Couselo, 1999; Barahona, 1999. pag 68-70

#### **1.1.4 Delimitación**

El proyecto se llevó a cabo en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), ubicado en la 9ª. Av. 8-00 zona 11 de la Capital de Guatemala. Institución que ofrece servicios médicos a pacientes diagnosticados con cáncer.

En este proyecto participó personal de UNOP, quienes facilitaron información médica y de su experiencia laboral en la Institución, y de los niños que allí se atienden. También obtuvimos importante información de los padres de familia que visitan las instalaciones de UNOP para atender las citas de sus niños en la consulta externa y de los padres que acompañan a sus hijos que están hospitalizados.

Primordialmente, de los cuatro niños objetos de estudio, comprendidos en edades de 4 a 10 años, ingresados en el área de encamamiento, sin distinción de género, nivel económico, lugar de procedencia, grupo étnico y religión. Éstos fueron referidos por el personal del área de Psicología de la Unidad.

El trabajo y atención con los niños fue de dos semanas, realizando aproximadamente diez sesiones con un promedio de entre 30 a 60 minutos cada una.

Inicialmente, realizamos nuestra presentación al personal del departamento de Psicología de la Institución, quienes fueron también entrevistados. Además, se pasaron encuestas al personal de distintas áreas de UNOP y realizamos un recorrido por las instalaciones para conocerlas. Posteriormente, entrevistamos a los padres de familia que acompañaban a sus hijos y se encontraban en el área de consulta externa; y seguidamente, iniciamos el proceso de terapia a pacientes hospitalizados, que fueron referidos por el departamento de Psicología. La temporalidad del trabajo de campo fue de aproximadamente 20 días.

Entre las variables investigadas se encuentran:

Variables		Indicadores
Dependiente	Cáncer	Cáncer como condición, <i>por la enfermedad y los distintos procesos que se dan en torno a ella.</i>
		Tipos de cáncer: <i>ya que la enfermedad se puede manifestar en distintas partes de organismo. En los niños, el cáncer más común son las Leucemias: linfocíticas agudas (linfoblásticas).</i>
		Temporalidad de la hospitalización y tratamiento, <i>determinados por el tipo de cáncer y la rapidez del diagnóstico.</i>
Independientes	Ciclo de experiencia	Mecanismos o procesos para afrontar la enfermedad, <i>estos son percibidos y utilizados por el niño según la estimulación de su entorno.</i>
		Fases del ciclo de experiencia según la Psicoterapia Gestalt, <i>lo que se determinará durante la investigación.</i>
	Alteraciones psicológicas	Efectos físicos de la enfermedad y tratamiento, <i>ya que éstas son alteradas según el malestar físico que presente el niño.</i>

## **II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **2.1 Técnicas de recolección de datos:**

Las técnicas utilizadas son:

#### **2.1.1 La observación:**

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

Esta fue dirigida a los niños y niñas referidos dentro del ambiente de hospitalización, la comunicación que mantenían con el personal médico y de atención, así como la interacción con otros niños y miembros de la familia que les acompañaban, esto para poder realizar un registro del comportamiento habitual en dicho ambiente.

#### **2.1.2 Encuestas:**

Una encuesta recoge información de una muestra. Una muestra es usualmente sólo una porción de la población bajo estudio. La información se obtiene a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a la muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, buscando conocer estados de opinión, características o hechos específicos del tema planteado.

Las encuestas nos permitieron obtener información de fuentes primarias como personal de distintas áreas de UNOP (cuidados paliativos, nutrición, trabajo social, psicología, oncólogos, enfermeras, etc.) y de padres que llegaban a consulta externa y que estaban cuidando a sus hijos en el área de encamamiento. Los datos se obtuvieron a partir de una serie de preguntas previamente estructuradas en base a nuestro estudio, con el fin de conocer la opinión y características de los hechos.

Con respecto a los padres, deseábamos obtener información sobre el nivel general de conocimiento y reacciones ante el padecimiento de la enfermedad

en sus hijos; y con relación al personal médico, información general sobre temporalidad del tratamiento, tipos de cáncer más comunes atendidos, principales reacciones del tratamiento, tasas de supervivencia, etcétera.

### **2.1.3 La entrevista:**

La entrevista puede ser grupal o individual, es un diálogo entre dos o más personas en el cual generalmente el entrevistador realiza una serie de preguntas, con el fin de recolectar información que pueda ser útil en el proceso de intervención psicológica, centrándose en indicadores de lenguaje corporal, verbal y conducta.

Éstas se dieron como una conversación dirigida específicamente al personal del Área de Psicología y a padres de los pacientes de la muestra extraída, para recopilar información general previa a continuar con la aplicación de anamnesis, así como para comentar a los padres respecto al trabajo de investigación.

## **2.2 Instrumentos:**

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son:

### **2.2.1 Anamnesis:**

La anamnesis es la recopilación de datos sobre el paciente para poder reconstruir su historia personal y situar sus síntomas en la dinámica de la evolución individual. Se estructura en dos fases: una es la objetiva que se realiza con los familiares y allegados del paciente. La otra es la subjetiva que se realiza directamente con el paciente y que se llama así pues los datos del paciente están o pueden estar cargados de datos subjetivos.

Se llenaron las anamnesis con los padres de los niños hospitalizados, con el objetivo de recopilar datos previstos, de tal extensión y detalle, que nos permitieron obtener una síntesis de la situación actual, implicando factores importantes de la historia del paciente, de la enfermedad y de su núcleo familiar, como: proceso de desarrollo físico, interacción social, antecedentes familiares, alimentación, sueño, relación con miembros de familia, con sus

compañeros de estudio y maestros, etcétera. Previamente, notificamos los objetivos del estudio y se confirmó la participación voluntaria, se les leyó y presentó el formato de consentimiento informado, como un requisito antes de cualquier intervención psicológica.

### **2.2.2 Test de la Figura Humana:**

Este test especialmente nos muestra aspectos de la personalidad del niño en relación a su autoconcepto, a su imagen corporal y su estado emocional actual. Es imperante mencionar que la población con la cual se trabajó se encontraba un ambiente hospitalario el cual poseía una serie de distractores, estresores, reacciones de tratamientos, espacio físico inadecuado, interrupciones debido a los tratamientos suministrados, etc. Por lo que no fue posible trabajar dicho test con toda la muestra.

### **2.2.3 Actividades lúdicas:**

Las actividades lúdicas se refieren a todo lo propio o relativo al juego. Se trabajó una serie de actividades lúdicas como armar rompecabezas, juegos de relacionar, dominó, colorear, dibujar, relación de figuras y números, presentaciones con títeres entre otros, con el fin de observar habilidades psicomotrices, del desarrollo, funciones del yo, autoconcepto, autoafirmación, lógica perceptiva y principalmente, colocar al paciente en el aquí y ahora.

Estas actividades eran desarrolladas diariamente con los niños, en los ambientes en donde se encontraban y con las condiciones antes mencionadas, lo que dificultó el trabajo.

### **2.2.4 Técnica Terapia de Juego:**

La terapia de juego se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño. Es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos.

Ilumina tu vida es una técnica de terapia de juego que se basa en colores; los cuales se relacionan con algunas emociones como: rojo-ira; morado-furia; azul-tristeza; verde-celos; pardo-aburrimiento; gris-soledad; amarillo-felicidad. Ésta fue diseñada como un método de juego educativo para proporcionar al niño una referencia concreta para comprender y discutir los afectos, así como ayudar al niño a expresarse de una forma menos amenazante que las entrevistas verbales.

#### **2.2.5 Evaluación final:**

Se realizó a través de la recopilación de datos, observación, aplicación de pruebas proyectivas utilizadas para el diagnóstico a nivel emocional, así como el análisis de respuesta a estas diferentes técnicas utilizadas.

### **III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1 Características del lugar y de la población:**

##### **3.1.1 Características del lugar:**

La Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), es una institución integrada por la Fundación Ayúdame a Vivir y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Su principal objetivo es curar el cáncer en los niños guatemaltecos a través de un diagnóstico, de tratamientos actualizados y de un seguimiento de la enfermedad a largo plazo. UNOP es líder de la región centroamericana en el tratamiento de cáncer pediátrico. Pone en práctica un exitoso programa de tratamiento integral del paciente y su familia que abarca desde la utilización de tratamientos aprobados internacionalmente, hasta el desarrollo de actividades especializadas en las áreas psicosocial, de cuidados intensivos, manejo de infecciones, nutrición, cuidados paliativos, apoyo espiritual y juego hospitalario, entre otros. También cuenta con transporte y albergue para las familias que viven en el interior del país.

##### **3.1.1.1 St. Jude Children's Research Hospital<sup>18</sup>:**

Es la institución internacional principal para la unidad de cáncer infantil, la cual ha hecho un convenio con la fundación Ayúdame a Vivir (AYUVI) para colaborar con el desarrollo de la Unidad.

##### **3.1.1.2 Diagnóstico y Tratamiento en la UNOP<sup>19</sup>:**

El tratamiento que se brinda en UNOP es integral y multidisciplinario. Comprende quimioterapia, radioterapia, cirugía diagnóstica y terapéutica, tratamiento de sostén (hemoderivados, tratamiento de complicaciones infecciosas, soporte psicológico, trabajo social, educación al paciente y a la

---

<sup>18</sup> Claudia Maribel Suárez Soto, 1999.

<sup>19</sup> Pagina de Internet UNOP, 2008

familia, manejo del dolor) e interconsultas con otras especialidades pediátricas. Este tratamiento está contenido en dos fases:

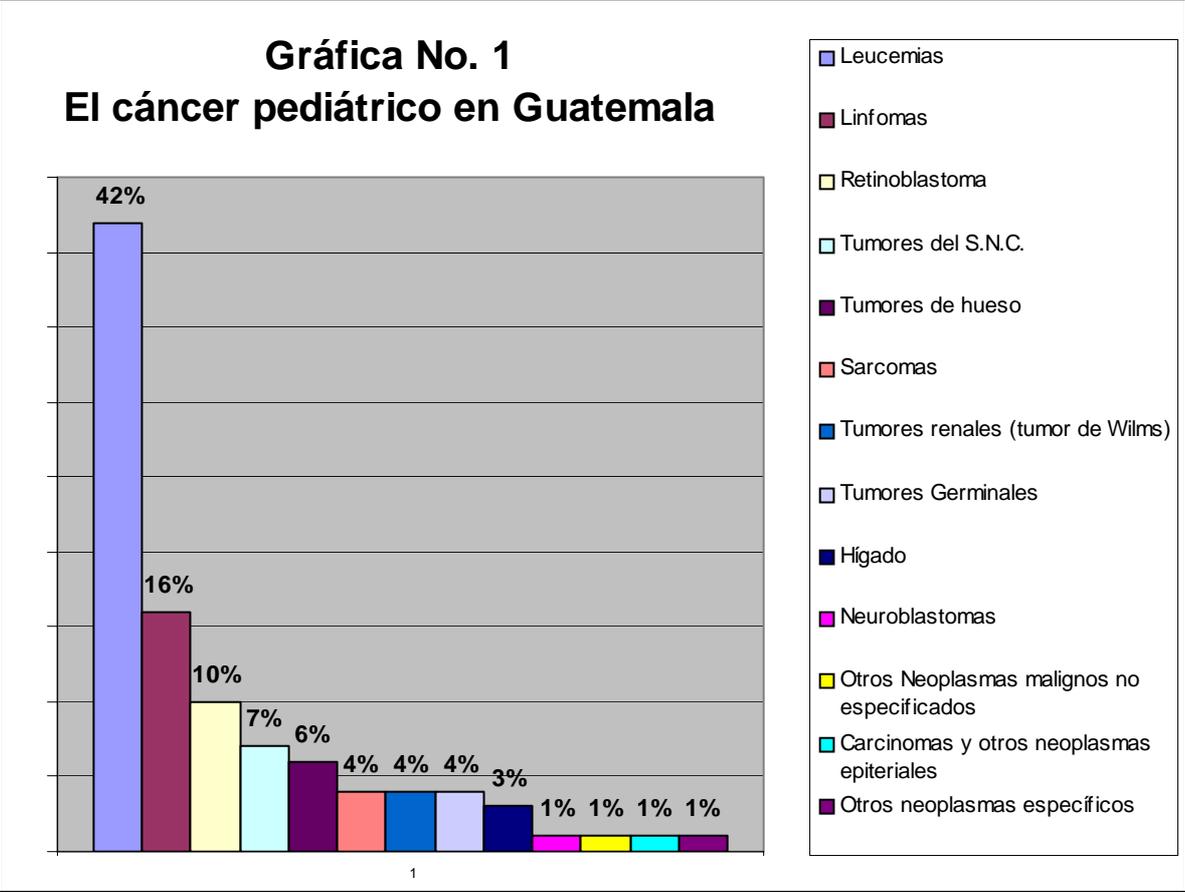
*Fase 1:* El niño con cáncer es referido de la red de hospitales públicos del país o por un médico particular. La sospecha de cáncer se discutirá con el médico. El niño es transferido a la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica con todos los expedientes del hospital, centro de salud o médico de referencia.

*Fase 2:* Después de hacer los exámenes físicos, radiográficos y de laboratorio, se hace un procedimiento diagnóstico (biopsia y médula ósea). De acuerdo con el tipo específico de patología, los diagnósticos se basarán en anatomía patológica, aspirados de médula ósea, estudios de imagen, y estudios especiales. Este tipo de pruebas permite clasificar correctamente los tipos de leucemia y a la vez dar tratamientos sobre la base del riesgo de cada patología. En el grupo de tumores sólidos se tendrá acceso a revisión de la patología al igual que pruebas especiales tales como inmunohistoquímica que permitan un diagnóstico correcto. En el caso especial del neuroblastoma se tendrá acceso a estudios como índice de ADN y n-myc. Datos que ayudarán a guiar la terapia.

### **3.1.1.3 Seguimiento a largo plazo**

Debido al tipo de enfermedad y tratamiento se hace necesario un seguimiento a largo plazo para la detección de posibles recurrencias del tumor, complicaciones tardías del tratamiento y adaptación e incorporación del paciente a una vida normal. La UNOP brinda seguimiento a largo plazo a todos los pacientes tratados por un período de, por lo menos, diez años después del diagnóstico.

A continuación presentamos algunas gráficas que contienen información de interés concerniente a UNOP:



**3.1.2 Características de la población:**

La Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) atiende a personas comprendidas entre los 0 a los 18 años, y mayores de 18 si el diagnóstico se realizó antes de esa edad.

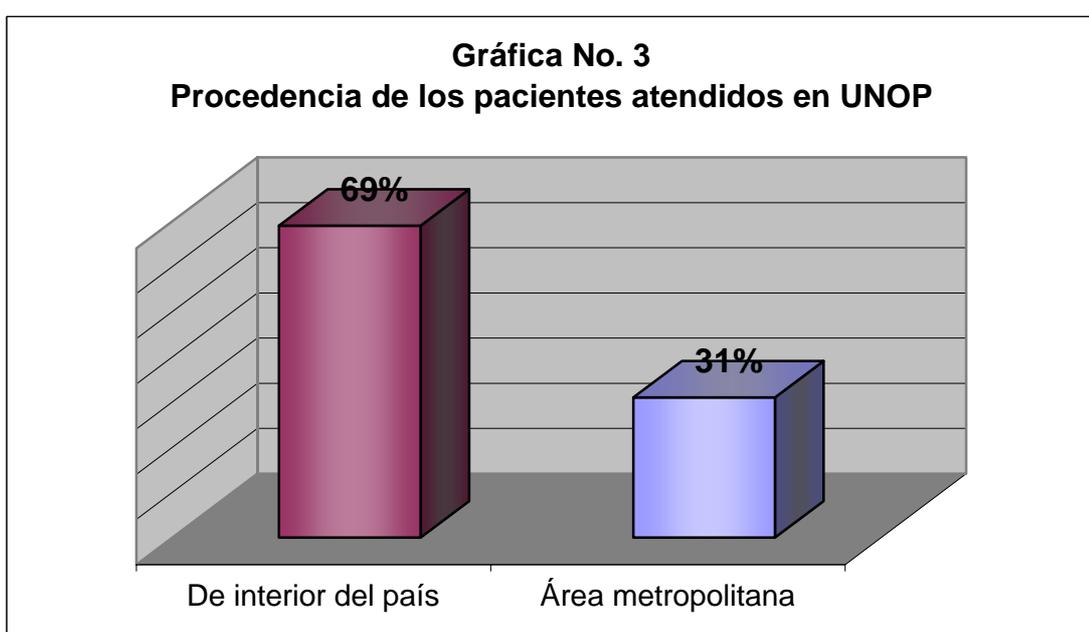
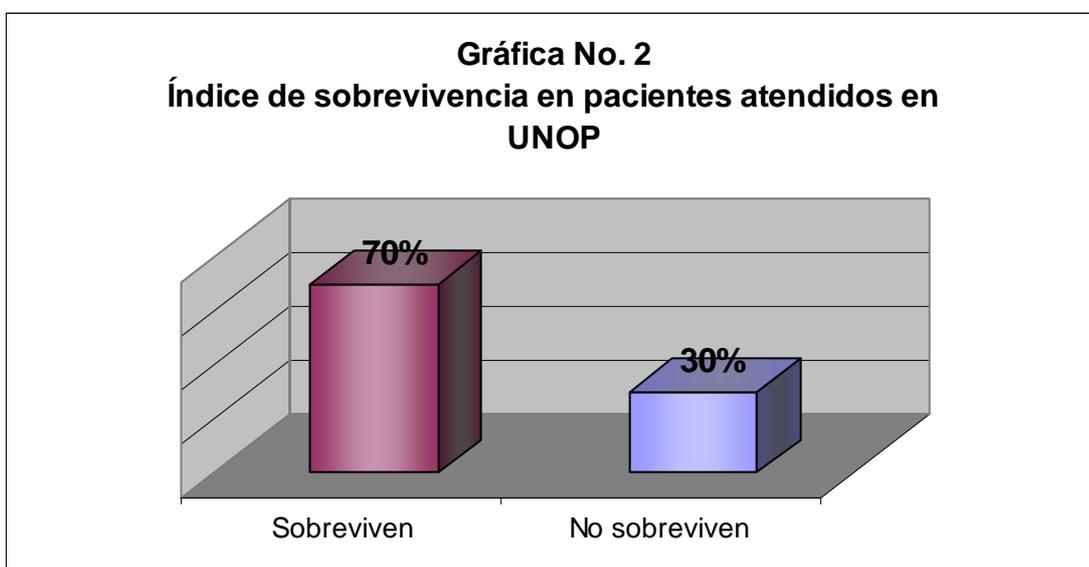
Diariamente, visitan las instalaciones entre 60 y 70 pacientes, quienes son atendidos en consulta externa; y en el área de encamamiento hasta 32 pacientes.

Dentro de esta población se seleccionó una muestra conforme a las características requeridas en la investigación. Los niños con los que se trabajó fueron referidos por el departamento de Psicología de UNOP y estuvo conformada por cuatro pacientes internados, de ambos géneros y de distintas procedencias, grupos étnicos y religión, comprendidos entre las edades de 4 a 10 años, quienes recibieron diez sesiones promedio de terapia, ya que ésta

muchas veces se veía afectada por aplicación de tratamiento o efectos del mismo.

Los niños con quienes se desarrolló la investigación, esencialmente realizaban tareas que no requerían mayores esfuerzos físicos, debido al tratamiento y sus efectos; por lo que se les plantearon diversas actividades lúdicas para desarrollar y ellos eran libres de elegir lo que deseaban hacer.

A continuación presentamos algunas gráficas que nos muestran algunas otras características de la población atendidas en UNOP:



Se presenta a continuación, una síntesis de dos casos atendidos, con sus datos generales, motivo de consulta y una breve historia clínica proporcionada por los padres durante las entrevistas y Anamnesis; así también, los principales factores comunes que han sido alterados debido a la situación. Se incluye además, una tabla comparativa entre los casos atendidos con la representación del Ciclo de Experiencia, un análisis general cualitativo y una síntesis con las principales observaciones.

### **3.1.3 Presentación de Casos atendidos**

#### **3.1.3.1 Caso No. 1**

**Datos generales:** Carmen (nombre ficticio), sexo femenino, 8 años de edad, nacida el 22 de mayo de 2002, cursaba primero primaria y actualmente no estudia debido al tratamiento, religión católica. Ambos padres de 35 años de edad. **Motivo de consulta:** Tratamiento Cáncer Lameloite LMA de alto riesgo. **Historia del problema actual:** Carmen es una niña con un carácter fuerte en su casa, bastante alejada y tímida fuera de su hogar. Ha aumentado su peso y mejorado su estado de ánimo. **Conducta habitual:** No le gusta estar sola, ahora se encuentra más animada y en el hospital no juega o habla con los demás niños. **Historia clínica:** Carmen fue hospitalizada por primera vez a la edad de 8 años, por un lapso de tiempo de un mes y quince días debido al padecimiento de Cáncer L.M.A.. Ingresando al área intensiva del hospital debido a que pesaba únicamente 19 libras y con pocas esperanzas de vida, actualmente se encuentra en tratamiento y es hospitalizada periódicamente. Carmen es producto de un embarazo deseado, no se presentaron amenazas de aborto. Hubo control prenatal, la madre no consumió alcohol o drogas, no padeció ninguna enfermedad durante el mismo, tuvo una mala alimentación y trabajó realizando tareas como lavar ajeno, acarrear agua, etc. Se presentaron problemas emocionales ya que el padre de Carmen atravesó por un período de alcoholismo. Nacida en el hospital del Municipio de Jalapa, la duración del embarazo fue de ocho meses y ocho días, el parto fue por cesárea y no se utilizaron fórceps. Desarrollo

psicomotriz y lenguaje adecuado, es diestra. El control de esfínteres fue al año y medio. Tiene cuatro hermanos ella es la tercera. Proviene de un hogar integrado por padres unidos, tiene hermanos gemelos menores, tiene un temperamento alto por lo que la relación con sus hermanos no es muy buena, sin embargo, le gusta jugar con su hermana mayor. Asistió a la escuela por primera vez a la edad de 6 años, indica la madre que le es difícil recordar lo estudiado en el año anterior.

En las sesiones se mostraba callada, sumisa, lenguaje poco estructurado, muchas veces decaída debido a el tratamiento, le es difícil recordar eventos pasados, no mostró buena noción de orientación y relaciones espaciales, antes de realizar algo observaba primero a la madre como pidiendo permiso. Según el análisis de dibujo de la figura humana en los niños se encontraron los siguientes indicadores emocionales:

**Impulsividad:** Omisión de cuello, asimetría grosera de las extremidades.

**Inseguridad:** Manos omitidas, brazos sin manos o dedos, omisión de pies.

**Timidez:** Omisión de la nariz, en uno de los personajes de su dibujo, esto se refiere a un indicador de timidez, conducta retraída, cautelosa, falta de seguridad en sí mismo, limitación o defecto del carácter que impide el desarrollo armónico del yo, brazos cortos que no llegan a la línea de la cintura, omisión de pies que nos indican autoconcepto bajo, falta de seguridad, posición insegura. **Ubicación de la figura:** abajo que indica pesimismo, inseguridad, tendencia a la depresión, y presencia de poca actividad física. A la izquierda que indica inhibición, también manifiesta inseguridad, evasión e introversión.

Se le pidió a Carmen que realizaría un dibujo de una persona, sin embargo ella decidió dibujar este y adicional una familia donde se destaca lo siguiente: Relación positiva y cálida con la madre, evidentemente es la persona que pasa mucho más tiempo con ella en el proceso de tratamiento y dibujada con mayor detalle, omisión de todos los hermanos ya que esto refleja una relación distante para con ellos, se dibuja al padre, sin embargo se omitió la nariz y con manos asimétricas. 9 esperados, ninguno inesperado que indica un CI normal.

Mecanismos de identificación con la madre, funciones del yo débiles, nulo estímulo de habilidades sociales y académicas, debido a esto se presenta sentimientos de sumisión y confianza en sí misma. **Concentración y motricidad fina:** Se realizaron actividades relativas a la concentración y motricidad fina, utilizando materiales como: plasticina, rompecabezas tridimensionales y comunes. Se observó que pedía la ayuda de la madre para realizar las actividades esto debido a que existe, como en la mayoría de los casos un préstamo del yo y mecanismos de identificación con la persona que comparte con ella el proceso de tratamiento. Además se observó una desvalorización debido a que existe una introyección, de una especie de minusvalía al no poder realizar actividades para las cuales se posee la capacidad pero no la autoconfianza.

### **3.1.3.2 Caso No. 2**

**Datos generales:** Claudia (nombre ficticio), sexo femenino, de 5 años con 5 meses de edad, cursaba pre-primaria, fecha de nacimiento 02 de febrero de 2005. Datos de la madre: 32 años de edad, maestra y actualmente ama de casa, religión ninguna. Datos del padre: 35 años de edad, perito contador, labora como dependiente de farmacia, religión evangélico, ambos padres unidos. **Motivo de consulta:** Niña en tratamiento contra el cáncer. Diagnóstico médico: Tumor de Wilms, detectado en el riñón derecho. **Historia del problema actual:** El 07/03/2010 Claudia fue llevada a consulta al Hospital Roosevelt porque fue lastimada al estar jugando y se quejaba de muchos dolores. El médico que la atendió le realizó un examen táctil en el abdomen y así detectó una masa. Ese día se le realizó una tomografía y fue remitida a UNOP. El 22/03/2010 en UNOP se confirmó el diagnóstico de tumor en el riñón derecho, llamado tumor de Wilms (neoplasia maligna del riñón y el tipo más frecuente de cáncer abdominal en niños, su causa exacta en la mayoría de los niños se desconoce y puede diseminarse a los pulmones, el hígado o los ganglios linfáticos cercanos). El 25 de marzo de 2010 intentaron operarla pero no pudieron por el avance del tumor y porque

se expandió a órganos importantes. Con el primer protocolo no disminuyó la enfermedad y se programó una segunda operación en donde extirparon una masa de 8 libras. **Conducta habitual:** Claudia era muy activa, le gustaba estudiar, compartir con sus hermanos y compañeros de colegio. También cariñosa y amable. **Historia clínica:** La madre de Claudia tuvo tres embarazos anteriores, ningún aborto ni amenaza de aborto. Al momento de enterarse que estaba embarazada, la madre se asustó y sintió miedo por su papá (abuelo de Claudia), porque él les había aconsejado que ya no tuvieran más bebés. La madre estaba muy desganada porque el embarazo le provocó náuseas y vómitos, además sentía odio por su esposo y su suegra, sentía rechazo por la niña, incluso, pensó en abortarla y sentía que la vida de ambas estaba en peligro. Después de un tiempo asimiló y aceptó el embarazo. La madre padeció de presión alta durante el embarazo y únicamente realizaba tareas domésticas. La temporalidad del embarazo fue de 9 meses. La labor de parto duró 6 horas con 45 minutos aproximadamente. Claudia nació a las 19:45 horas. Se utilizaron fórceps, no hubo llanto espontáneo al nacer y se veía amarilla. Pesó 8 libras con 3 onzas y midió 50 centímetros.

Por el tratamiento para cáncer, Claudia duerme casi todo el tiempo y se despierta frecuentemente, asustada y llorando.

Debido al tratamiento y a la baja de defensas que ha tenido, se le suministra suero y leche, por medio de sonda. Actualmente casi no come debido a la reacción de tratamiento.

Tuvo varicela al cumplir un año con 8 meses y bronquitis a los 5 años con 3 meses. En la familia hay antecedentes de enfermedades como cardiopatías y diabetes por su abuelo materno. Además, el abuelo paterno tuvo un paro respiratorio y falleció; su abuela paterna padece de asma.

Anteriormente, a Claudia le gustaba correr con sus hermanos, ahora por su estado, únicamente gusta de pintar y ver televisión. También le agradaba mucho asistir a actividades sociales.

Asistió por primera vez a la escuela cuando tenía 4 años. Su rendimiento fue bastante bueno. La relación con sus maestros y compañeros era muy buena.

Su núcleo familiar está compuesto por 6 personas: dos padres, tres hermanos mayores de 12, 9 y 7 años y actualmente, por el acompañamiento de la madre en el tratamiento de Claudia, los abuelos maternos están viviendo en la misma casa. La relación entre los miembros de la familia es muy buena, con bastante comprensión y apoyo. Claudia no tiene preferencia hacia ninguno de los padres. En enero de 2010 falleció el abuelo paterno de Claudia debido a un fallo respiratorio.

La postura, apariencia física, arreglo personal y limpieza de Claudia son adecuados. Ella es extrovertida y confiada, cuando no presenta problemas físicos (dolor) y es de fácil accesibilidad. La actitud hacia el examinador es confiada, participativa, amistosa, raras veces no deseaba colaborar, cuando la enfermedad no se lo permitía. Durante la mayoría de visitas la encontraba dormida, pero sí está consciente de su situación y de la enfermedad. Su estado de ánimo se denota triste y decaída. La habilidad motora fina y gruesa es adecuada para su edad. Se cansaba con facilidad con actividades como pintar o dibujar. Su expresión oral y gestual es adecuada, responde adecuadamente a las interrogantes que se le plantean. Sigue instrucciones. Presenta adecuado nivel de orientación y espacio. Con respecto a la memoria, le es fácil recordar eventos pasados.

No fue posible que realizara test proyectivos debido al cansancio físico que presentaba, únicamente coloreó una hoja con la técnica ilumina tu vida, en la cual, las rayas son desordenadas y los colores que más se aprecian son rojo-ira; negro y azul-tristeza; y verde-celos. En algunas sesiones se emplearon juegos lúdicos, como títeres, para que Claudia representara su vida en el hospital, el miedo por las inyecciones y la relación con sus padres.

#### **3.1. 4 Cuadro comparativo de casos e indicadores**

Los factores comunes de los cuatro casos referidos se presentan en el siguiente cuadro comparativo.

Indicadores	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Cáncer como condición, <i>por la enfermedad y los distintos procesos que se dan en torno a ella.</i>	Varias hospitalizaciones. Abandono escolar (cursaba 2o. primaria). Separación familiar. Incorporación a un nuevo ambiente (hospital). Asimilación de la separaciones del padre cuidador por periodos breves de tiempo. Interrupción y poco desarrollo de habilidades académicas y sociales, a causa de la inseguridad en sí misma (presenta sentimiento de inferioridad). Pérdida de habilidades de lecto-escritura.	Hospitalización de un mes, presenta ansiedad por la hospitalización. Abandono escolar. Separación familiar. Incorporación a un nuevo ambiente (hospital). Asimilación de la separaciones del padre cuidador por periodos breves de tiempo. Interrupción de desarrollo de relaciones y actividades sociales.	Hospitalización por 10 días. No ha iniciado su etapa escolar. Separación familiar. Incorporación a un nuevo ambiente (hospital). Asimilación de la separaciones del padre cuidador por periodos breves de tiempo. Interrupción de desarrollo de relaciones y actividades sociales.	Hospitalización de un mes. Abandono escolar. Separación familiar. Incorporación a un nuevo ambiente (hospital). Miedo al abandono.
Tipos de cáncer: <i>ya que la enfermedad se puede manifestar en distintas partes de organismo. En los niños, el cáncer más común son las Leucemias: linfocíticas agudas (linfoblásticas).</i>	Leucemia. Inicio con la detección de una masa en la cara.	Presenta tumor de Wilms (con iniciación en el riñón derecho).	Leucemia. Inicio con cambio de color de las ensillas y lengua.	Leucemia. Inicio con malestar físico general.
Temporalidad de la hospitalización y tratamiento, <i>determinados por el tipo de cáncer y la rapidez del diagnóstico.</i>	Varias hospitalizaciones: la primera 45 días. La segunda 20 días. Presentaba tres meses y medio de diagnóstico y tratamiento. Presentaba tres meses y medio de diagnóstico y tratamiento.	30 días de hospitalización. Presentaba tres meses y medio de diagnóstico y tratamiento.	10 días de hospitalización. Presenta 15 días de diagnóstico y tratamiento.	10 días de hospitalización. Presentaba un mes y medio de diagnóstico y tratamiento.
Mecanismos o procesos para afrontar la enfermedad, <i>estos son percibidos y utilizados por el niño según la estimulación de su entorno.</i>	Ocasionalmente reciben visitas en donde les obsequian comida, juegos, artículos para pintar, escribir o dibujar. Intento consciente de comportarse como un niño mayor. Aumento de preocupaciones sobre el pudor y la intimidad, manifestándose en situaciones como baño, aseo, exploraciones, etc. Utiliza mecanismos como la regresión e identificación. Sentimientos de culpabilidad. Presenta ira manifiesta en irritabilidad. Presenta ansiedad y estrés. Represión de sentimientos y recuerdos para no sentir ansia. Aislamiento. Fantasía. Busca aprobación de la madre. Negación de parte de la madre, atribuyendo la enfermedad a brujería.	Ocasionalmente reciben visitas en donde les obsequian comida, juegos, artículos para pintar, escribir o dibujar. No manifiesta intento consciente de comportarse como un niño mayor. Aumento de preocupaciones sobre el pudor y la intimidad, manifestándose en situaciones como baño, aseo, exploraciones, etc. Utiliza mecanismos como la regresión e identificación hacia su madre. Sentimientos de culpabilidad. Presenta ira manifiesta en irritabilidad. Presenta ansiedad y estrés por la hospitalización. Represión de sentimientos y recuerdos para no sentir ansia. Aislamiento (no comparte mucho con los compañeros de habitación. Fantasía.	Ocasionalmente reciben visitas en donde les obsequian comida, juegos, artículos para pintar, escribir o dibujar. Intento consciente de comportarse como un niño mayor. Aumento de preocupaciones sobre el pudor y la intimidad, manifestándose en situaciones como baño, aseo, exploraciones, etc. Utiliza mecanismos como la regresión e identificación. Sentimientos de culpabilidad. Presenta ira manifiesta en irritabilidad. Presenta ansiedad y estrés. Represión de sentimientos y recuerdos para no sentir ansia. Aislamiento. Fantasía.	Ocasionalmente reciben visitas en donde les obsequian comida, juegos, artículos para pintar, escribir o dibujar. Intento consciente de comportarse como un niño mayor. Aumento de preocupaciones sobre el pudor y la intimidad, manifestándose en situaciones como baño, aseo, exploraciones, etc. Utiliza mecanismos como la regresión e identificación. Sentimientos de culpabilidad. Presenta ira manifiesta en irritabilidad. Presenta ansiedad y estrés. Represión de sentimientos y recuerdos para no sentir ansia. Aislamiento. Fantasía.

<p>Fases del ciclo de experiencia según la Psicoterapia Gestalt, <i>lo que se determinará durante la investigación.</i></p>	<p>Fase 1 Reposo: El paciente se encuentra en un estado de equilibrio y satisfacción de necesidades por lo que no se encuentran círculos abiertos. Fase 2 Sensación: Se presentan alteraciones físicas (síntomas), sin embargo no se tiene conocimiento de las causas de las mismas. Fase 3 Darse cuenta o formación de figura: Se recibe el diagnóstico y se identifica la nueva necesidad de curación ante una amenaza y el deseo de satisfacerla. Fase 4 Energetización: Se prepara para recibir el tratamiento adecuado. Esta preparación conlleva el tratamiento en sí, evaluación el estado nutricional, apoyo familiar y hospitalización e intervención quirúrgica de ser necesaria. Fase 5 Acción: ESe inicia el proceso de tratamiento, el cual implica periodos de hospitalización de 3 a 30 días dependiendo de lo que el caso requiera. No se tiene un tiempo estimado de curación total. Paciente presenta Leucemia Mielocítica Aguda, (LMA). Fase 6 Contacto: En buenos términos se da la curación total de la enfermedad y cierra el ciclo.</p>	<p>Fase 1 Reposo: La niña lleva una vida acorde a su ambiente y nivel socioeconómico. Fase 2 Sensación: Se presentan los síntomas físicos pero aún no se tiene un diagnóstico preciso. Fase 3 Darse cuenta o formación de figura: Se recibe el diagnóstico y se identifica la nueva necesidad de curación. Fase 4 Energetización: Se prepara para recibir el tratamiento adecuado. Esta preparación conlleva el tratamiento en sí, evaluación el estado nutricional, apoyo familiar y hospitalización e intervención quirúrgica de ser necesaria. Fase 5 Acción: En esta etapa del ciclo de experiencia el niño es sometido al proceso de tratamiento, el cual no tiene un tiempo estipulado, debe asistir a visitas periódicas al hospital, se hospitalizado eventualmente y con el tratamiento surgen una serie de alteraciones y malestares físicos que paulatinamente afectan las relaciones afectivas y sociales. Fase 6 Contacto: En buenos términos se da la curación total de la enfermedad y cierra el ciclo.</p>	<p>Fase 1 Reposo: El niño lleva una vida acorde a su ambiente y nivel socioeconómico. Fase 2 Sensación: Se presentan los síntomas físicos pero aún no se tiene un diagnóstico preciso. Fase 3 Darse cuenta o formación de figura: Se recibe el diagnóstico y se identifica la nueva necesidad de curación. Fase 4 Energetización: Se prepara para recibir el tratamiento adecuado. Esta preparación conlleva el tratamiento en sí, evaluación el estado nutricional, apoyo familiar y hospitalización e intervención quirúrgica de ser necesaria. Fase 5 Acción: En esta etapa del ciclo de experiencia el niño es sometido al proceso de tratamiento, el cual no tiene un tiempo estipulado, debe asistir a visitas periódicas al hospital, se hospitalizado eventualmente y con el tratamiento surgen una serie de alteraciones y malestares físicos que paulatinamente afectan las relaciones afectivas y sociales. Fase 6 Contacto: En buenos términos se da la curación total de la enfermedad y cierra el ciclo.</p>	<p>Fase 1 Reposo: Se encuentra en un periodo posterior a suplir las necesidades y en estado de equilibrio. Fase 2 Sensación: Se refleja un estado de desestabilidad física, sin embargo no se tiene conocimiento de las causas. Fase 3 Darse cuenta o formación de figura: Se recibe el diagnóstico y se identifica la nueva necesidad de curación ante una amenaza y el deseo de satisfacerla. Fase 4 Energetización: Se prepara para recibir el tratamiento adecuado. Esta preparación conlleva el tratamiento en sí, evaluación el estado nutricional, apoyo familiar y hospitalización e intervención quirúrgica de ser necesaria. Fase 5 Acción: Se inicia el proceso de tratamiento, el cual implica periodos de hospitalización de 3 a 30 días dependiendo de lo que el caso requiera. No se tiene un tiempo estimado de curación total. Paciente presenta Leucemia Mielocítica Aguda, (LMA). Fase 6 Contacto: En buenos términos se da la curación total de la enfermedad y cierra el ciclo.</p>
<p>Efectos físicos de la enfermedad y tratamiento, <i>ya que éstas son alteradas según el malestar físico que presente el niño.</i></p>	<p>Cambios en la imagen corporal (alteraciones del peso, erupciones y decoloraciones cutáneas, cicatrices, pérdida de órganos, extremidades, y alopecia. Dolor excesivo. Imagen distorsionada, alto nivel de autocritica y un falso autoconcepto. Náuseas y vómito producidos por la quimioterapia. Mayor susceptibilidad a las infecciones, debido a un descenso de glóbulos blancos. Fatiga producida por anemia y por la propia enfermedad. Insomnio y alteraciones del sueño. Fiebre debido a infecciones. No presentan alteraciones motrices como hemiplejías y hemiparesias, espasticidad, ataxia, adiadococinesi y parestesia. no presenta perturbaciones de l atención, torpeza mental, dificultades en los procesos de memorización. No presenta alteraciones del lenguaje pero sí poca fluidez.</p>	<p>Cambios en la imagen corporal (alteraciones del peso, erupciones y decoloraciones cutáneas, cicatrices, pérdida de órganos, extremidades, y alopecia. Dolor excesivo. Imagen distorsionada, alto nivel de autocritica y un falso autoconcepto. Náuseas y vómito producidos por la quimioterapia. Mayor susceptibilidad a las infecciones, debido a un descenso de glóbulos blancos. Fatiga producida por anemia y por la propia enfermedad. Insomnio y alteraciones del sueño. Fiebre debido a infecciones. No presentan alteraciones motrices como hemiplejías y hemiparesias, espasticidad, ataxia, adiadococinesi y parestesia. no presenta perturbaciones de l atención, torpeza mental, dificultades en los procesos de memorización. No presenta alteraciones del lenguaje pero sí poca fluidez.</p>	<p>Cambios en la imagen corporal (alteraciones del peso, erupciones y decoloraciones cutáneas, cicatrices, pérdida de órganos, extremidades, y alopecia. Dolor excesivo. Imagen distorsionada, alto nivel de autocritica y un falso autoconcepto. Náuseas y vómito producidos por la quimioterapia. Mayor susceptibilidad a las infecciones, debido a un descenso de glóbulos blancos. Fatiga producida por anemia y por la propia enfermedad. Insomnio y alteraciones del sueño. Fiebre debido a infecciones. No presentan alteraciones motrices como hemiplejías y hemiparesias, espasticidad, ataxia, adiadococinesi y parestesia. no presenta perturbaciones de la atención, torpeza mental, dificultades en los procesos de memorización. No presenta alteraciones del lenguaje pero sí poca fluidez.</p>	<p>Cambios en la imagen corporal (alteraciones del peso, erupciones y decoloraciones cutáneas, cicatrices, pérdida de órganos, extremidades, y alopecia. Dolor excesivo. Imagen distorsionada, alto nivel de autocritica y un falso autoconcepto. Náuseas y vómito producidos por la quimioterapia. Mayor susceptibilidad a las infecciones, debido a un descenso de glóbulos blancos. Fatiga producida por anemia y por la propia enfermedad. Insomnio y alteraciones del sueño. Fiebre debido a infecciones. No presentan alteraciones motrices como hemiplejías y hemiparesias, espasticidad, ataxia, adiadococinesi y parestesia. no presenta perturbaciones de l atención, torpeza mental, dificultades en los procesos de memorización. No presenta alteraciones del lenguaje pero sí poca fluidez.</p>

### 3.1.5 Representación de las etapas del ciclo de experiencia

De nuestra psico-experiencia en UNOP determinamos que el Ciclo de Experiencia según el enfoque gestáltico se manifiesta en los pacientes pediátricos diagnosticados con cáncer de la siguiente forma:

<b>Fases del Ciclo de Experiencia</b>	<b>1) Reposo</b>	<b>2) Sensación</b>	<b>3) Darse cuenta o formación de figura</b>	<b>4) Energetización</b>	<b>5) Acción</b>	<b>6) Contacto</b>
<b>Objetivo de la fase:</b>	<b>Está resuelta una necesidad anterior, todo se encuentra en equilibrio.</b>	<b>Sale de su equilibrio por una sensación difusa que no puede definir</b>	<b>Identifica otra necesidad que debe ser satisfecha</b>	<b>Reúne toda su fuerza y concentración para llevar a cabo lo que la necesidad demanda</b>	<b>moviliza su energía y cuerpo y se encamina al logro de la necesidad</b>	<b>satisfacción de la necesidad</b>
Representación del Ciclo de Experiencia en pacientes de cáncer pediátrico.	El paciente se encuentra en un estado de equilibrio y satisfacción de necesidades anteriores, por lo que no se encuentran círculos abiertos.	Se presentan alteraciones físicas (síntomas), sin embargo no se tiene conocimiento de las causas de las mismas	Se recibe el diagnóstico y se identifica la necesidad de curación ante una amenaza y el deseo de satisfacerla.	Se prepara para recibir el tratamiento adecuado. Esta preparación conlleva el tratamiento en sí, evaluación el estado nutricional, apoyo familiar, hospitalización y cirugía de ser necesaria.	Se inicia el proceso de tratamiento, el cual implica periodos de hospitalización de 3 a 30 días dependiendo de lo que el caso requiera. No se tiene un tiempo estimado de curación total.	satisfacción de la necesidad, curación de la enfermedad

### **3.1.6 Análisis general cualitativo:**

Pudimos confirmar durante toda la labor de campo, que en UNOP se brinda a todos los pacientes una atención multidisciplinaria que involucra a profesionales de muchos ámbitos como oncólogos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, dentistas, entre otros y además, cuentan con muchos voluntarios que realizan actividades recreativas para mejorar la estadía de los niños hospitalizados y quienes llegan a las clínicas de consulta externa.

Al exponer estos casos deseamos plasmar que la experiencia de ser diagnosticados con cáncer quebranta al paciente en todas sus dimensiones, iniciando por la física y continuando por la emocional, afectiva, familiar, social, etc. y esto pudo observarse en toda la muestra.

Según las etapas psicosociales planteadas por Erik Erikson (Psicoanalista nacido en Alemania que originalmente formó parte del círculo de Freud en Viena, modificó y amplió la teoría freudiana al enfatizar la influencia de la sociedad en la personalidad en desarrollo<sup>20</sup>), en la edad comprendida entre los 3 a los 6 años, que es donde se encontraban tres de los cuatro pacientes referidos, el niño desarrolla iniciativa al intentar nuevas actividades y esto hace que no se vea abrumado por la culpa, por el contrario, si tienen la oportunidad, los niños desarrollan una sensación de iniciativa y se sienten seguros de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones, pero, con el diagnóstico del cáncer estas nuevas actividades como por ejemplo, el inicio de la escuela y con ello la creación de nuevas relaciones sociales, se ven truncadas y crea un retraso en estos aspectos importantes de la vida del niño en etapa pre-escolar. Además, en la cuarta etapa planteada, la cual comprende de los 6 años a la pubertad, edad en la que se encontraba Carmen (caso No. 1), el niño aprende habilidades culturales, desarrolla una sensación de orgullo en sus logros, por lo que es importante que se les permita terminar los proyectos que inician, como la escuela. En el caso de Carmen, esto no ha sido posible y en todo momento manifestó una conducta tímida, evasiva, retraída y falta de seguridad en sí misma, lo cual está impidiendo el adecuado desarrollo del yo.

---

<sup>20</sup> Papalia, Diane E. Et.al. “Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia”. México: 2005. 25-35 pp.

Con respecto a las habilidades cognoscitivas de los niños, Jean Piage (Precursor de la actual “revolución cognitiva”. Estudió el desarrollo cognoscitivo de los niños<sup>21</sup>) lo describe como una serie de etapas cualitativamente distintas, que representan patrones universales de desarrollo e indica en su segunda etapa, llamada pre-operacional, que comprende de los 2 a los 7 años, que el niño desarrolla un sistema de representaciones y utiliza símbolos para representar personas, lugares y sucesos, adquiere el lenguaje y pensamiento simbólico, aunque su pensamiento aún no es lógico. Mientras que en la siguiente etapa, llamada de las operaciones concretas, la cual comprende de los 7 a los 11 años, es en donde el niño desarrolla un nuevo conjunto de reglas y llega a adquirir diferentes conceptos que son necesarios para comprender y aprender cálculos matemáticos y resolver problemas de manera lógica. Por lo que un estancamiento en estas etapas repercutiría en el desarrollo y logros cognoscitivos del niño y por ende, en su futuro como adulto.

Vemos que la enfermedad tiene importantes repercusiones en un nivel cognitivo dado que los niños y sus familias enfocan su atención en la recuperación de la salud y se delega a un segundo plano el desarrollo cognoscitivo y las relaciones sociales, principalmente en el caso de Cármen, que dado la edad en la que se encuentra, se le dificulta más la adquisición del pensamiento lógico y se ha quedado estancada en el nivel anterior (pre-operacional).

Desde una perspectiva psicoanalítica se considera que el desarrollo está moldeado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana. Los primeros estudios psicológicos sobre la experiencia infantil de la enfermedad se hacen desde la perspectiva psicoanalítica, centrándose en la idea del niño y en la percepción de la enfermedad y su tratamiento como un castigo. Esto se ve muy frecuentemente en los padres, principalmente al inicio de la enfermedad, ya que tratan de comprender por qué le está pasando esto a su hijo o qué han hecho ellos para merecer tal situación.

Un acontecimiento amenazante para el ser humano y especialmente durante la infancia asociada con el estado de salud, es la hospitalización, dado que los

---

<sup>21</sup> Papalia, Diane E. Et.al. “Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia”. México: 2005. 25-35 pp.

niños perciben que se trata de un castigo y que por ello son alejados de sus seres queridos y de las actividades cotidianas de su vida.

Entre las reacciones comunes a experiencias estresantes en el hospital, encontradas indistintamente en los pacientes atendidos, podemos mencionar:

- Problemas de alimentación como rechazo o hiperfagia.
- Alteraciones del sueño, como insomnio, pesadillas o fobias a la oscuridad.
- Enuresis o encopresis diurna o nocturna.
- Regresión a niveles de comportamiento más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente o del aprendizaje o conducta social.
- Depresión, inquietud y ansiedad.
- Terror a los hospitales, personal médico, agujas, procedimientos diagnósticos como los rayos X y a la ingestión de fármacos.
- Mutismo, regresión a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.

Por medio del ciclo de experiencia, planteado por la corriente Gestalt, el niño diagnosticado con cáncer logrará, con el establecimiento del contacto con su entorno y consigo mismo, que su organismo se regule y regrese al estado de reposo en el que se encontraba originalmente, antes de los primeros síntomas de la enfermedad. Esto pudo ser comprobado por medio de distintas actividades lúdicas llevadas a cabo, como la dramatización de la vida en el hospital, en la cual se exteriorizaban sentimientos que no pueden ser manifestados normalmente. Además, con el intercambio de roles que se realizó con la ayuda de títeres, los niños podían tomar cualquier papel que deseaban (de médicos, enfermeras e incluso, de padres) y con ello expresarse como adultos pequeños, colocando al niño en el “aquí y ahora” y logrando que recobre la confianza. También por medio de algunas técnicas de terapia de juego, se logró en los niños el “darse cuenta”, aumentando la conciencia de su propio cuerpo, de sus sensaciones, sentimientos y de toda la realidad que está viviendo, facilitando su estadía en el hospital y el afrontamiento de la situación.

### **3.1.7 Principales observaciones:**

1. La enfermedad crónica requiere una buena adaptación emocional tanto en el niño como en la familia. El constante acompañamiento de uno de los padres facilita la atención al niño enfermo y beneficia su estado de ánimo, además de mantener los lazos afectivos. Esto es relevante ya que el ciclo de experiencia en la enfermedad oncológica es un proceso que no puede ser afrontado por el niño únicamente.
2. En los casos tratados, se manifiesta una desestimación del “yo”, pudiendo evidenciar una identificación o préstamo del yo de la madre o padre cuidador. Esto es evidente en los cuatro niños referidos, ya que esperaban la aprobación de los padres al realizar algunas actividades, incluso tan sencillas como dibujar y contestar a preguntas que se le formulaban.
3. También pudimos observar en los pacientes oncológicos el síndrome regresivo de Lanski y Gender, el cual inicialmente fue denominado conducta regresiva simbiótica. Este síndrome suele instaurarse progresivamente y venir acompañado de una serie de conductas regresivas tales como: vuelta a la alimentación con biberón, regresión grave en las adquisiciones del lenguaje oral, mímico-gestual, presentación de posturas motrices fetales, graves episodios de ansiedad por separación. Como indica Freud: “la regresión es el opuesto a la sublimación, generalmente significa volver a formas menos duras de conducta al ser sometido a tensión”.
4. Con respecto a los familiares, ellos pueden volverse híper protectores, demasiado indulgentes o demasiado exigentes y restrictivos. La enfermedad y la hospitalización se consideran como una crisis en la familia, de modo que estas situaciones trastornan su equilibrio normal.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1 Conclusiones:

- I. El estudio permite aceptar la hipótesis planteada de que “los niños con Cáncer de 4 a 10 años de edad, atendidos en la UNOP, atraviesan por diferentes etapas que enfocadas en la Teoría Gestalt manifestando un ciclo de experiencia.
- II. La Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) atiende a personas provenientes de todos los sectores del área metropolitana y del interior del país, ofreciendo atención integral en ámbitos nutricionales, oncológicos, psicológicos, etc. lo cual facilita la incorporación al proceso de tratamiento, el cual puede durar algunos años.
- III. El desarrollo psicosocial y cognoscitivo de los niños se ve truncado ante la experiencia del cáncer, debido al abandono total o parcial, de actividades sociales, escolares, familiares entre otros.
- IV. Uno de los problemas que debe afrontar el escolar enfermo, son las limitaciones que el cáncer determina sobre sus actividades, interrumpiendo el desarrollo académico y la relación con sus pares.
- V. La corriente Gestalt facilita al niño diagnosticado con cáncer, distintas herramientas para ampliar su potencial. Estas herramientas como el darse cuenta, es una dinámica vivencial, exige contactar y atender la necesidad dominante con un apoyo total sensorio-motor, emocional y cognitivo, al tratarse del evento que sucede aquí y ahora. Las respuestas necesariamente le arrojan a reconocer su implicación en los problemas que le quejan y lo empujan al autoayuda.

VI. Los obstáculos para la implementación del programa elaborado y la atención planificada, se debió en gran medida, al malestar físico de los pacientes, ya que en varias sesiones no se obtuvo el adecuado nivel de atención y colaboración. Además, esta situación impidió el uso de algunos test proyectivos los cuales teníamos la intención de utilizar.

## 4.2 Recomendaciones:

### I. A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC:

- a) Integrar, dentro de la formación académica, un programa específico dirigido al estudio y atención integral al paciente oncológico y su familia.
- b) A los departamentos de Docencia, Investigación y Práctica se les recomienda incluir dentro de sus planes de trabajo, los contenidos teóricos, programas de investigación y centros de práctica destinados al abordamiento de niños, jóvenes y adultos diagnosticados con cáncer, ya que este es un campo al cual no se le ha dado la importancia que merece.

### II. A la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP):

- a) Continuar brindando el servicio y la atención integral de calidad que proveen a los niños diagnosticados con cáncer y sus familiares.
- b) Promover un área de atención académica en donde los niños puedan continuar con sus estudios a pesar del tratamiento, esto ayudará a reducir la vulnerabilidad del niño y los padres al estrés y hospitalización, además que facilitará la autorrealización y autoestima de los niños.
- c) Promover un programa cuyo objetivo sea favorecer la adaptación del niño a la experiencia hospitalaria. Este programa de preparación psicológica debería consistir en la planificación de un conjunto de actividades que incluyan la utilización de instrumentos y técnicas, antes, durante y después del período de hospitalización, para incrementar el sentimiento de bienestar en el niño y reducir la ansiedad a la introducción de esta experiencia.

III. A los familiares de los niños tratados en UNOP:

- a) Procurar una permanente y adecuada comunicación del niño con sus compañeros de estudios, profesores y amigos para garantizar un mejor nivel adaptativo a la situación.
  
- b) Promover en los niños distintas técnicas para afrontar las situaciones que se presenten, esto les facilitará el autocuidado y repercutirá en el incremento de de la confianza en sí mismos y la iniciativa.

## Bibliografía

- Barahona Clemente, T, **“Calidad de vida y supervivencia”**. Editorial Entretodos, 1999, 370 páginas.
- Castañedo Secadas, Celedonio, **“Terapia Gestalt: enfoque del aquí y el ahora”**. Editorial Texto, 1983. 359 páginas.
- Couselo Sánchez, J.M., **“Efectos secundarios del cáncer y su tratamiento, en III Jornadas Internacionales de atención integral al niño con cáncer (libro ponencias y comunicaciones)”**. Sevilla,: 1999. 282 páginas.
- Díaz Asper, H, **“El cáncer infantil: un corte radical en la vida familiar. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer”**. Editorial Aspanion, Valencia: 1993. 415 páginas.
- Díaz Asper, H, **“Intervención psicológica: prevención y terapia en Actas III Jornadas Internacionales de atención integral al niño con cáncer (libro ponencias y comunicaciones)”**. Sevilla: 1999. 510 páginas.
- Die-Trill, María, **“Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer”**. Editorial Aspanion, Valencia: 1993. 450 páginas.
- Fritz Perls, **“Terapia Gestalt, Teoría y Práctica”**. Editorial Conceptos, S.A., 3ra reimpresión, México D.F., 1987. 20 185 páginas.
- Grau Rubio, Claudia, **“Impacto Psicosocial del Cáncer Infantil en la familia: Educación, Desarrollo y Diversidad”**. 2002. 550 páginas.
- Grau Rubio, Claudia, **“La integración escolar del niño con neoplasias”**. Barcelona España: Editorial CEAC, 1993. 196 páginas.

- Instituto de Terapia Gestalt de Valencia, “**Publicado en Hojas Informativas de las Psicólogas de Las Palmas, No. 79-80 época II**”. septiembre-octubre 2005.
- Kocher and O'Malley, “**The Damocles Syndrome, Psychosocial Consequences of Surviving Cancer**”. Editorial McGraw Hill, 1981. 219 páginas.
- Lizasoáin Rumeu, Olga, “**Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria**”. Ediciones Eunate, 2000. 173 páginas.
- Méndez Xavier, et.al., “**Atención Psicológica en el Cáncer Infantil**”. Psicooncología volumen 1, Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, 2004. 139-154 páginas.
- Pagina UNOP Internet:  
[http://www.ayuvi.org.gt/modulos.php?modulo=contenido&operacion=lectura&id\\_con=12&identificador=1&cont\\_ti=Qui%EF%BF%BDnes%20Somos?](http://www.ayuvi.org.gt/modulos.php?modulo=contenido&operacion=lectura&id_con=12&identificador=1&cont_ti=Qui%EF%BF%BDnes%20Somos?),  
 2008
- Papalia, Diane E. Et.al. “**Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia**”. Mc Graw Hill, 9ª. Edición. México: 2005. 525 páginas.
- Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer, “**Directrices sobre Política y Gestión**”. Organización Mundial de la Salud, 1995. 134 páginas.
- Suárez Soto, Claudia Maribel, “**Administración de Recursos Humanos, Técnicos y económicos en la Unidad Nacional de Cáncer Infantil Hospital Roosevelt**”. Universidad Francisco Marroquín, Guatemala 1999. 128 páginas.
- Sinay, Sergio Blasberg Pablo, “**Gestalt para principiantes**”. 1995.

## **Anexos**

### **Entrevista No. 1 (personal que labora en la UNOP)**

1. Qué tipos de cáncer son atendidos en UNOP?
- 2.Cuál es el tipo de cáncer más común que atienden?.
3. Cuáles son los principales tratamientos que ofrecen?.
4. Cuáles son los efectos físicos de la quimioterapia?
5. Cuáles son los efectos físicos de la radioterapia?
6. Cuáles son los efectos emocionales o psicológicos de la quimioterapia?
7. Cuáles son los efectos emocionales o psicológicos de la radioterapia?
8. Cuánto tiempo puede llegar a durar el tratamiento?
9. Cuántos niños aproximadamente son atendidos anualmente en UNOP?
10. Qué porcentaje de niños atendidos, considera usted, que tienen posibilidad de curarse?



## Protocolo de Observación Niños

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Indicadores	Escala		
	1 Muy Satisfactorio	2 Satisfactorio	3 Insatisfactorio
Integración en relación con sus pares			
Relación con los adultos (visitantes)			
Relación con personal médico			
Participación			
Niveles de autonomía			
Atención			
Tolerancia a la frustración			
Comunicación			
Autoconfianza			
Autoconcepto			

Fecha \_\_\_\_\_

Observaciones:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Protocolo de Observación  
Niños**

Indicadores	Escala		
	1 Muy Satisfactorio	2 Satisfactorio	3 Insatisfactorio
Integración en relación con sus pares	Actitud positiva: solidaridad, cooperación, liderazgo positivo	Inclusión grupal. Compañerismo. Respeto de normas y límites.	Aislamiento. Exclusión. Conductas desadaptadas. Liderazgo negativo.
Relación con los adultos (ajenos a los padres)	comprensión de las normas y límites. Capacidad de análisis.	Respeto de normas y límites. Capacidad para establecer vínculos de confianza.	No respeto de normas y límites.
Relación con personal médico	Cooperación con el equipo de enfermeras y médicos. Atención y seguimiento de instrucciones.	No muestra resistencia pero tampoco interés por la atención del personal médico.	Dificultad en establecer un vínculo de confianza con el centro y su personal.
Participación	Actitud positiva. Sugiere y participa en todo.	Integración en las actividades propuestas.	Autoexclusión/exclusión.
Niveles de autonomía	Resuelve situaciones sin necesidad de un referente adulto.	Por momentos necesita ayuda.	Dependencia permanente con otro.
Atención	Se concentra con facilidad.	Mantiene la concentración en forma sostenida.	Se dispersa.
Tolerancia a la frustración	Acepta las dificultades y busca estrategias de superación.	En ocasiones logra manejar la frustración.	Conductas de desborde sin mediar "la palabra".
Comunicación	Logra expresarse y escuchar activamente.	Logra expresarse y escuchar.	Le cuesta tanto expresarse como escuchar.
Autoconfianza	Muestra un adecuado nivel de autoconfianza	En ocasiones muestra confianza en sí mismo.	No parece tener confianza en sí mismo. Se le percibe inseguro.
Autoconcepto	Comprende adecuadamente su relación y papel en las distintas relaciones sociales y afectivas.	Algunas veces comprende su relación y papel en las distintas relaciones sociales y afectivas.	No presenta un adecuado autoconcepto.

Fecha

Observaciones:

Firma: \_\_\_\_\_

## Protocolo de Observación Adultos

Nombre del observado: \_\_\_\_\_

Indicadores	Escala		
	1 Muy Satisfactorio	2 Satisfactorio	3 Insatisfactorio
Integración en relación con otros adultos en similar situación			
Relación con los niños			
Relación con personal médico			
Niveles de participación			
Atención			
Comunicación			
Capacidad de empatía			
Apoyo al niño enfermo			
Actitud frente a la supervisión médica			
Actitud hacia el futuro			

Fecha \_\_\_\_\_

Observaciones:

Firma: \_\_\_\_\_

**Protocolo de Observación  
Adultos**

Indicadores	Escala		
	1 Muy Satisfactorio	2 Satisfactorio	3 Insatisfactorio
Integración en relación con otros adultos en similar situación	Actitud positiva: solidaridad, cooperación, liderazgo positivo.	Inclusión grupal. Compañerismo. Respeto de normas y límites.	Aislamiento. Exclusión. Conductas desadaptadas. Liderazgo negativo.
Relación con los niños	Constituirse un referente válido para el niño.	Capacidad de establecer vínculos de confianza y límites adecuados.	Dificultad de establecer vínculos de confianza y/o límites adecuados.
Relación con personal médico	Comprensión de las normas y límites. Capacidad de análisis y colaboración.	La mayoría de veces respeta las normas y límites. Adecuado desempeño de su rol.	No atiende a normas y límites. Definición débil de su rol.
Niveles de participación	Actitud proactiva.	Integración en las actividades propuestas.	Autoexclusión. Discriminación.
Atención	Se concentra con facilidad.	Mantiene la concentración la mayoría de veces.	No se concentra.
Comunicación	Logra expresarse y escuchar activamente.	Logra expresarse y escuchar.	Le cuesta tanto expresarse como escuchar.
Capacidad de empatía	Puede ponerse en el "lugar de otro", comprender y mantener una "distancia óptima".	Puede ponerse en el "lugar de otro" y comprender.	No puede ponerse en el "lugar de otro". No puede mantener "distancia óptima".
Apoyo al niño enfermo	Muestra en todo momento apoyo y atención hacia el niño. Siempre se interesa por su bienestar.	Apoya la mayor parte del tiempo al niño. Muestra paciencia.	Se frustra con facilidad, no muestra paciencia ni apoyo hacia el niño. No muestra interés.
Actitud frente a la supervisión médica	Acepta las orientaciones y modifica su práctica.	Acepta las orientaciones y muestra voluntad de cambio.	No tolera indicaciones u observaciones.
Actitud hacia el futuro	Es positivo ante la enfermedad del niño. Tiene planes a futuro.	Es optimista la mayor parte del tiempo.	No es optimista y prefiere no planificar el futuro.

Fecha

Observaciones:

Firma: \_\_\_\_\_

## **Protocolo Básico de aplicación Test Figura Humana**

En los dibujos, los niños están expresándose a si mismos, ya que es una manifestación humana que refleja tanto la madurez mental infantil como las actitudes emocionales, así como también su contenido clínico. Un dibujo puede estar expresando contento o agresividad, temor o ansiedad, curiosidad o necesidad, fantasías o experiencias vividas y puede tener muchos significados más. Lo importante es interpretar qué es lo que nos quieren decir los niños por medio de sus dibujos.

Este test se ha constituido como uno de los mejores instrumentos para la evaluación de la personalidad total. Cabe señalar que el interés por esta prueba gráfica ha sido referido por diversas corrientes teóricas, entre las cuales puede mencionarse la Grafología, el Psicoanálisis, la Teoría de la Gestalt, y otras.

Entre las ventajas de su utilización, puede mencionarse además lo sencillo, económico y factible de su aplicación. Lo que facilita el diagnóstico de sujetos con bajo nivel de escolaridad o con dificultades para expresarse oralmente. Por esta razón, se instaure como una técnica de gran utilidad para niños pequeños.

### **Aplicación:**

Los materiales con que debe contar el examinador son: papel blanco sin rayas, lápiz grafito y goma de borrar.

Previamente, se le piden datos al examinado (nombre, edad, etc.). En hoja aparte se anotan los comentarios, junto con las observaciones, el tiempo aproximado, la secuencia de las partes dibujadas y cuál es el sexo que dibujó primero.

La premisa utilizada para la aplicación de este test es: "Dibuje una persona"; luego, si dibujó un hombre, se le dice que dibuje ahora a una mujer, y viceversa.

### **Consideraciones sobre el desarrollo:**

1. La edad cronológica no altera la expresión gráfica, pero debe verse si los rasgos están de acuerdo con la edad.

2. Los niños muy pequeños (3 o 4 años) dibujan personas que casi parecen arañas. El tronco aparece más tarde que la cabeza y que las extremidades. Si un adulto dibujara como un niño de 3 o 4 años, sería índice de una regresión o de un retraso mental evidente.
3. El error de perspectiva y la transparencia inadecuada son normales en un niño, pero en un adulto indicarían un juicio y discernimiento pobres.
4. El sombreado en los niños es más bien un rasgo de inseguridad general frente al mundo de los adultos, pero en éstos es índice de una patología más específica.

**Interpretación:**

Se plantea en el análisis general del dibujo, observar los siguientes aspectos:

- Figura
- Tamaño de la figura
- Simetría del dibujo
- Posición de la figura
- Tema del dibujo

En los niños de 6 a 12 años

- Características masculinas
- Características femeninas

