

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEP´s-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“TERAPIA DE JUEGO Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN NIÑOS
CON CÁNCER DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD:
ESTUDIO REALIZADO EN UNOP”**

**ILEANA PAOLA CASTRO VIVAR
KAREN ELISA COXAJ ROJAS**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEP´s-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“TERAPIA DE JUEGO Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN NIÑOS
CON CÁNCER DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD: ESTUDIO REALIZADO EN UNOP”**

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

POR

**ILEANA PAOLA CASTRO VIVAR
KAREN ELISA COXAJ ROJAS**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

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

**Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR**

**M. A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA**

**Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

**María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Córdon Osorio
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS**



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

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 347-2010
DIR. 1992-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

17 de octubre de 2012

Estudiantes
Karen Elisa Coxaj Rojas
Ileana Paola Castro Vivar
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DOCE (1981-2012)**, que literalmente dice:

"UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UNO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"TERAPIA DE JUEGO Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN NIÑOS CON CÁNCER DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD: ESTUDIO REALIZADO EN UNOP"**, de la carrera de: **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

Karen Elisa Coxaj Rojas
Ileana Paola Castro Vivar

CARNÉ No. 2004-18636
CARNÉ No. 2006-11832

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Nidia Noemí Ramírez Orellana y revisado por Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva. 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 Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



/Gaby



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

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recopilación e Información
CUM-QUAC



FIRMA: [Signature] HORA: 14:30 Registro: 347-10

CIEPs 1767-2012
REG: 347-2010
REG: 088-2012

INFORME FINAL

Guatemala, 10 de octubre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN titulado:

“TERAPIA DE JUEGO Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EN NIÑOS CON CÁNCER DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD: ESTUDIO REALIZADO EN UNOP.”

ESTUDIANTE:
Karen Elisa Coxaj Rojas
Ileana Paola Castro Vivar

CARNÉ No.
2004-18636
2006-11832

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 01 de octubre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 09 de octubre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enriquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



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

CIEPs. 1768-2012
REG: 347-2010
REG: 088-2012

Guatemala, 10 de octubre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

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

**"TERAPIA DE JUEGO Y MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO
EN NIÑOS CON CÁNCER DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD: ESTUDIO
REALIZADO EN UNOP."**

ESTUDIANTE:
Karen Elisa Coxaj Rojas
Ileana Paola Castro Vivar

CARNÉ No.
2004-18636
2006-11832

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 17 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Ninfa Jeaneth Cruz Oliva
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, 10 de Septiembre de 2012.

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”
CUM

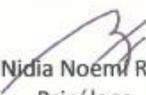
Estimado Licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado **“Terapia de Juego y Mecanismos de Afrontamiento en niños con cáncer de 5 a 12 años de edad: Estudio realizado en UNOP”**. Realizado por los estudiantes ILEANA PAOLA CASTRO VIVAR, CARNÉ 200611832 Y KAREN ELISA COXAJ ROJAS, CARNÉ 200418636.

El trabajo fue realizado a partir del 28 de enero de 2011 hasta el 03 de julio de 2012. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


Licenciada Nidia Noemí Ramírez Orellana
Psicóloga
ASESORA
Colegiado No. 1097

Guatemala, 10 de Agosto del 2012

Licenciado

Marco Antonio García Enriquez

Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs- "Mayra Gutierrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas.

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Licenciado García:

Reciba un cordial saludo del Departamento de Psicología de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP). De manera atenta me dirijo a usted para informarle que las alumnas:

Ileana Paola Castro Vivar

Carné: 200611832

Karen Elisa Coxaj Rojas

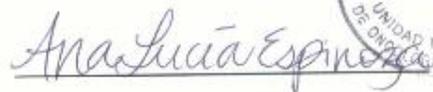
Carné: 200418636

Ambas, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizaron su trabajo de campo en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP). Ellas trabajaron con un grupo de pacientes a través de la Terapia de Juego y las diferentes técnicas e instrumentos diseñados para la obtención de datos que sustentan el trabajo titulado: "**Terapia de Juego y Mecanismos de Afrontamiento en niños con cáncer de 5 a 12 años. Estudio realizado en la UNOP**". El trabajo de campo fue realizado los días 19, 20, 21 y 27 de Diciembre de 2011 dentro de las instalaciones de UNOP.

Así mismo, solicito su apoyo para obtener una copia final de la investigación realizada para conocer los resultados y considerar las recomendaciones pertinentes para el mejoramiento de la atención a los pacientes de UNOP.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,



Ana Lucía Espinoza



Licda. Ana Lucía Espinoza
Departamento Psicología UNOP

PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR: ILEANA PAOLA CASTRO VIVAR

VIRGINIA SOFIA MALTEZ HURTADO

Licenciada en Economía

Colegiado No. 16,317

MARCO MANUEL AZMITIA

Ingeniero en Sistemas

Colegiado No. 6,557

POR: KAREN ELISA COXAJ ROJAS

WENDY YOHANA COXAJ ROJAS

Medico y Cirujano

Colegiado No. 16,520

DEDICATORIA

- A DIOS:** A mi creador por permitirme llegar al final de la meta, darme la sabiduría y confianza en cada una de mis decisiones
- A MIS PADRES:** A Carlos Castro un excelente ejemplo de humildad, a Margarita Vivar la mujer que me ha enseñado el gran significado de esa palabra, gracias por apoyar cada una de mis decisiones, por estar ahí siempre, por **NUNCA** decirme que no, esto también es su **LOGRO**
- A MIS HERMANOS:** Carlos, Eymi, Mynor, Efrain, Carlitos y Ale, para que nunca se rindan y siempre persigan sus sueños, no importando cuán lejos estén
- A DOS PERSONAS IMPORTANTES:** Julio García Motta y Marynela Micheo, sin su apoyo y colaboración este día habría sido imposible, les estoy infinitamente agradecida
- A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO:** Evelyn y Julio César por su colaboración y apoyo en mis incansables días de práctica
- A MI COMPAÑERA DE INVESTIGACIÓN:** Karen muchas gracias por compartir este día tan especial conmigo y por ser una gran amiga
- A MIS AMIGOS:** Evelyn, Heidi, Yeni, Sabrina, Josue, Wendy, Yessica, muchas gracias por ser parte de mi desarrollo profesional y por hacer más ameno y divertido mis días de estudio
- A MIS PADRINOS:** Sofía Máltez y Marco Azmitia, muchas gracias por ser parte de esto, especialmente a Sofí por su apoyo y por todas las vueltas para poder ser mi madrina, muchas gracias.

Por: Ileana Paola Castro Vivar

DEDICATORIA

A DIOS: Por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más. Me escogiste desde mucho antes de nacer y me recuerdas cada día que tus planes son grandes y perfectos para mí

A MIS PADRES: Por darme la vida y apoyarme hasta este momento tan importante

A MIS HERMANOS: Henry, Wendy y Aylín Porque siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido

A MIS PASTORES: Enrique Díaz Natareno Q.P.D y Cecilia de Caballeros, por instruirme siempre en el camino de Dios y enseñarme del infinito amor que Él tiene por mí

A MIS MAESTROS: Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional

A MIS AMIGOS: Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento seguimos siendo amigos: Evelyn Dionisio, Betzabé Jiménez, Yeni Alburez, Paola Castro, Shaira Rivas, Erick Cáceres, Sabrina De León, Francia García.

Por: Karen Elisa Coxaj Rojas

AGRADECIMIENTOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Docentes de la Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciada Ninfa Cruz, revisora

POR LA INFORMACION Y COLABORACIÓN A:

Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP)
Biblioteca Central (USAC)
Biblioteca de la Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciada Noemi Ramirez, Asesora

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	
Prólogo	
I. CAPÍTULO	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico.....	5
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	5
1.1.2 Marco teórico.....	6
1.1.2.1Cáncer.....	6
1.1.2.2 Porcentaje de la población afectada.....	13
1.1.2.3 Psicología del desarrollo.....	14
1.1.2.4 Teoría Psicoanalítica.....	17
1.1.2.5 Mecanismos de defensa.....	28
1.1.2.6 Terapia de Juego.....	33
1.1.2.7 Conflictos emocionales.....	35
1.1.3 Hipótesis de Trabajo.....	38
1.1.4 Delimitación.....	38
II. CAPÍTULO	
2.1 Técnicas.....	39
2.2 Instrumentos.....	40
III. CAPÍTULO	
3.1 Características del Lugar y de la Población.....	42
3.1.1 Características del Lugar.....	42
3.1.2 Características de la Población.....	42
3.2 Análisis Cualitativo.....	43
3.3 Análisis Cuantitativo.....	46
IV. CAPÍTULO	
4.1 Conclusiones.....	53
4.2 Recomendaciones.....	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS.....	57

RESUMEN

“Terapia de juego y mecanismos de afrontamiento en niños con cáncer 5 a 12 años de edad: Estudio realizado en UNOP”

Por: Ileana Paola Castro Vivar 200611832
Karen Elisa Coxaj Rojas 200418636

El objetivo principal del estudio fue identificar los diferentes mecanismos de defensa que utilizan los niños que padecen de cáncer, asimismo conocer los indicadores emocionales que estos presentan. Ante un diagnóstico negativo como lo es el cáncer, surgen muchos factores que determinan o influyen en las reacciones de las personas, especialmente en los niños, ya que deben de afrontar una nueva situación que cambia radicalmente su vida. Algunos de estos niños utilizan diferentes formas para afrontar la realidad y una de éstas son, los mecanismos de afrontamiento

El cáncer es una enfermedad, que se ha hecho más común con el paso de los años, cada vez se conocen más casos. Es un alto porcentaje el de los niños que son diagnosticados con cáncer, tomando en cuenta que los más comunes en Guatemala son: 1. Leucemias, 2. Linfomas, 3. Retinoblastoma, 4. Tumor del Sistema Nervioso Central (T.S.N.C.), 5. Tumor de Hueso, 5. Tumor de Riñón, 7. Sarcomas y 8. Tumores Geminales. Los niños tienden a tener tipos de cáncer que se originan de células muy primitivas, relativamente simples e indiferenciadas (embrionarias) estas células pueden originar cáncer en niños debido a que pueden sufrir mutaciones (transformaciones) espontáneas, o sea que estas alteraciones no son el resultado de interacciones con el medio ambiente, sino que son resultado de un accidente genético. La población se encuentra constituida, por niños, niñas y adolescentes que han sido diagnosticados con alguno de los tipos de cáncer mencionados anteriormente. Esta población tiene características especiales, una de ellas es que, en algunas ocasiones, sino en su mayoría, proceden de familias de escasos recursos y del interior del país.

Muchos de estos niños dejan sus estudios debido a los tratamientos de quimioterapia, radioterapia, etc., son muy seguidos y requieren mucho tiempo. Los niños diagnosticados con cáncer utilizan en algún momento los mismos mecanismos de afrontamiento. Esto se logró a través del diseño de la prueba que estuvo dirigida a niños que han sido diagnosticados en el último año, basándonos en observaciones, entrevistas a los padres, personal médico integral a cargo de ellos y charlas con los niños.

PRÓLOGO

La siguiente investigación se realizó en la “Unidad Nacional de Oncología Pediátrica” (UNOP), con niños diagnosticados con cáncer entre las edades de 5 a 12 años, conformando un universo de 30 niños del cual se tomo 15 que se encontraran en los rangos establecidos (de 5 a 12 años, diagnosticados en el último año). El principal objetivo fue identificar los diferentes mecanismos de defensa que utilizan los niños que padecen de cáncer, asimismo, conocer los indicadores emocionales que estos presentan.

El cáncer es una enfermedad, que se ha hecho más común con el paso de los años, cada vez se conocen más casos que dañan, no solo físicamente a la persona, sino también emocionalmente. Con esta información se trato de dar un enfoque desde el lente del Psicoanálisis a través de la Terapia de Juego que indica que a través de ella el inconsciente del niño se proyecta, de manera que durante el proceso se pueda observar las cogniciones de éste, su conducta, sistema familiar y compañeros o sistema social.

A lo largo de la investigación hemos encontrado que se abordan todos los aspectos importantes de la vida del niño, sin embargo por la prontitud de la intervención emocional y los constantes ingresos al área de intensivos, no se profundiza en el estudio de los mecanismos de afrontamiento. El mismo conflicto emocional que presenta los padres complica el cuadro del niño, debido en que algunas ocasiones no apoyan para no sentirse responsables de las reacciones que tengas sus hijos a ciertos estímulos propios de la enfermedad.

En la actualidad se estima que solo el 44% de niños con cáncer están siendo atendidos. En los últimos años se ha logrado reducir de un 2% de los niños que abandonan los tratamientos y el 70% de los niños se pueden salvar si se realizar el diagnóstico en tiempo y reciben el tratamiento. El 90% de la población proviene de familias sumamente de escasos recursos y en su mayoría del interior

del país. Se atienden casi a 4,000 niños con este diagnóstico. ¹ Estas estadísticas solamente son de los casos reportados a esta institución.

Dentro de los indicadores emocionales se manifestaron problemas de inestabilidad emocional, enojo, agresividad manifiesta, ansiedad, frustración, desesperación e ira. Los niños más afectados y que presentan mayor utilización de los mecanismos de afrontamiento, son aquellos que han sido diagnosticados recientemente y se ven internados por tiempo indefinido en el hospital, además de estar constantemente sometidos a los tratamientos de quimioterapia. Sin embargo, también se encontró que los niños con un diagnóstico más antiguo, también utilizan estos mecanismos debido al encierro que presentan y la imposibilidad de regresar a sus casas en un tiempo más corto.

Para el análisis cualitativo, se indica que los mecanismos de afrontamiento más utilizados por los niños son: Negación seguido de la Introyección, confluencia y Aislamiento. Todos estos hallazgos y resultados afirman que los niños y niñas que padecen de cáncer poseen similitudes en las conductas y utilizan los mecanismos de afrontamiento para poder sobre llevar su realidad.

¹ Memoria de labores, 2011. Fundación Ayudame a Vivir, página. 3.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad, que se ha hecho más común con el paso de los años, cada vez se conocen más casos. Es un alto porcentaje el de los niños que son diagnosticados con cáncer, tomando en cuenta que los más comunes en Guatemala son: 1. Leucemias, 2. Linfomas, 3. Retinoblastoma, 4. Tumor del Sistema Nervioso Central (T.S.N.C.), 5. Tumor de Hueso, 5. Tumor de Riñón, 7. Sarcomas y 8. Tumores Geminales. El cáncer en niños no es una enfermedad previsible, es por ello que el diagnóstico es más impactante. Los niños tienden a tener tipos de cáncer que se originan de células muy primitivas, relativamente simples e indiferenciadas (embrionarias) estas células pueden originar cáncer en niños debido a que pueden sufrir mutaciones (transformaciones) espontáneas, o sea que estas alteraciones no son el resultado de interacciones con el medio ambiente, sino que son resultado de un accidente genético. El cáncer en niños es una enfermedad tratable y sus tasas de curación han mejorado desde un 30% en 2000, al 70% en el año 2011.

En la presente investigación se expone un valioso material para contribuir al conocimiento del cáncer, que se puede encontrar en el capítulo 1, exponiendo los tipos de cáncer más comunes o que son diagnosticados en la infancia, así como las diferentes teorías del desarrollo en los niños. También se pueden ver los mecanismos de afrontamiento que utilizan los niños. En el capítulo 2 se detallan las técnicas e instrumentos que se utilizaron para poder identificar los mecanismos de afrontamiento más frecuentes o recurrentes que utilizan los niños (as) que han sido diagnosticados con cáncer en el último año, tomando en cuenta que esto perturbará la tranquilidad del niño y cambiará radicalmente su realidad, de forma que también será objetivo de manifestar diferentes emociones asociadas al problema.

Las características de la población con la que se trabajó se encuentran en el capítulo 3, realizando una integración de todos los instrumentos para poder dar el análisis cualitativo y cuantitativo, en el análisis cuantitativo se caracterizó la muestra con relación a edades, sexo y procedencia lo que indicó que la muestra no posee los recursos necesarios para sobrevivir con el tratamiento de esta enfermedad, provienen de familias numerosas, padres con poca educación y en algunas ocasiones desintegración familiar. Dentro de los indicadores emocionales se manifestaron problemas de inestabilidad emocional, enojo, agresividad manifiesta, ansiedad, frustración, desesperación e ira.

Para el análisis cualitativo, se indica que los mecanismos de afrontamiento más utilizados por los niños son: Negación seguido de la Introyección, Confluencia y Aislamiento. Todos estos hallazgos y resultados afirman que los niños y niñas que padecen de cáncer poseen similitudes en las conductas y utilizan los mecanismos de afrontamiento para poder sobre llevar su realidad.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEORICO

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico a tiempo de cáncer actualmente ha contribuido a prevenir desenlaces fatales en los niños. Sin embargo el porcentaje de niños con esta enfermedad ha sido relativamente el mismo en años anteriores; afortunadamente con el desarrollo de la ciencia el diagnóstico a tiempo y el diagnóstico real, ayudan a una recuperación exitosa de parte del paciente. El cáncer no mide edades, igual pueden desarrollarla adultos, jóvenes y niños.

El cáncer es una enfermedad que según el tipo, desarrollo y evolución, puede ser mortal, afectando todos los aspectos de la vida de los niños, no solamente al organismo, sino a la mente y su espíritu. Ante todos estos cambios, puede experimentar muchas reacciones emocionales. Todas las personas son vulnerables ante un diagnóstico de cáncer, pero especialmente los niños. Esta vulnerabilidad hace referencia a que la realidad del niño ha cambiado drásticamente, debido a que provoca algunas reacciones emocionales que resultaran ser incómodas o confusas y también se sienten agobiados por sentimientos conflictivos. Ante un diagnóstico de este tipo, se siente asustado, triste y preocupado, entre otras.

El cáncer más común en los niños es la leucemia, también seguido de los linfomas, que son a nivel de ganglios, esto causa grandes depresiones en los niños, al mismo tiempo en los padres, siendo una vía de escape de esta realidad, los mecanismos de afrontamiento, afortunadamente el ser humano por naturaleza tiene ciertas formas de sobrellevar determinadas realidades y estos mecanismos le ayudan al niño a llevar de una mejor forma su problema, sin embargo el problema existe, generando frustración, culpa, ansiedad, miedo y tristeza.

Los padres son un pilar fundamental en la vida de los niños, sin embargo ellos también afrontar diferentes emociones ante dicho diagnóstico, no saben

cómo aceptar y comprender la enfermedad de sus hijos y se encuentran sumergidos en problemas emocionales y económicos al mismo tiempo.

El entorno de los niños se vuelve un poco más complejo, no solo por los cuidados que los padres han tenido que brindarles a sus hijos, sino que estos niños, tienen que asimilar en muchas ocasiones la burlas de sus demás amigos o bien las miradas de las demás personas, por los efectos que produce el tratamiento en sus cuerpos. Al mismo tiempo los padres han tenido que aprender a manejar la situación y no sobreproteger demasiado a los niños, a tal punto que los hagan sentir inútiles o incapacitados para desarrollarse dentro de la sociedad.

La reacción que experimentan los padres ante tal diagnóstica es totalmente catastrófica, debido a que lo sienten un castigo de Dios, sienten que todo a su alrededor se desmorona y que sus hijos no vivirán. Sienten mucho miedo, preocupación, angustia y desesperación por no poder ver una pronta respuesta al tratamiento en algunas ocasiones. Al mismo tiempo aparecen en su entorno el problema económico que representará la enfermedad, la mayoría se traslada desde el interior de la republica, dejando al resto de sus hijos al cuidado del mayor o solos.

1.1.2 MARCO TEORICO

1.1.2.1 EL CÁNCER

El cáncer es un crecimiento producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.

Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos. Los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.

Los carcinomas proceden de tejidos, como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas.

En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. El cáncer no es una enfermedad contagiosa.

1.1.2.1.1 LEUCEMIA

La leucemia es una afección caracterizada por la excesiva producción de glóbulos blancos, y de sus precursores en los tejidos. La leucemia parece ser el resultado de una falla en la médula ósea para funcionar adecuadamente. El bazo y el hígado son infiltrados y dañados por el exceso de leucocitos. El sistema linfático y nervioso también se ve afectado.

Sintomatología de la leucemia

Incremento en el conteo de células blancas de la sangre (leucocitos) con una disminución o ausencia de la producción de células rojas (eritrocitos) Cansancio extremo y anemia, palidez, moratones que se forman con gran facilidad ante lesiones mínimas, dolor de huesos, delgadez y pérdida de peso, infecciones recurrentes, especialmente en los infantes; mal funcionamiento del bazo, síntomas similares a la anemia perniciosa.

1.1.2.1.2 TUMOR CEREBRAL Y DE OTROS SISTEMAS NERVIOSOS, NEUROBLASTOMA

Un neuroblastoma es una forma de cáncer infantil que se forma en el tejido nervioso y que por lo general suele comenzar con mayor frecuencia en las glándulas suprarrenales que se ubican en la parte superior de los riñones.²

También puede comenzar en el cuello, el pecho o la médula espinal. Aunque puede aparecer antes del nacimiento, es más frecuente que se diagnostique en el primer año de vida hasta los 3 años de edad. Son tumores agresivos con una alta mortalidad y gran afectación del estado general del lactante. En casi todos los casos, para cuando se detecta un neuroblastoma, ya se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Estos tumores casi siempre se diagnostican de manera incidental durante la evaluación de un traumatismo, una infección o por síntomas respiratorios.

1.1.2.1.3 CÁNCER DE NÓDULO LINFÁTICO

El linfoma es un cáncer de una parte del sistema inmunológico llamado sistema linfático. Existen muchos tipos de linfoma. Un tipo se denomina enfermedad de Hodgkin. El resto se conoce como linfoma no Hodgkin.

Los linfomas no Hodgkin comienzan cuando un tipo de glóbulos blancos, llamado células T o células B, se hacen anormales. Las células se dividen una y otra vez aumentando el número de células anormales. Las células anormales pueden diseminarse a casi todas las demás partes del cuerpo. La mayor parte del tiempo, los médicos no pueden determinar por qué una persona desarrolla un linfoma no Hodgkin. Este tipo de linfoma puede causar muchos síntomas, tales como

- *Ganglios linfáticos inflamados, sin dolor, en el cuello, las axilas o la ingle*
- *Pérdida de peso inexplicable*

² Instituto Nacional del Cáncer, www.cancer.gov/español

- *Fiebre*
- *Sudoración nocturna profusa*
- *Tos, dificultad para respirar o dolor torácico*
- *Debilidad y cansancio que no desaparece*
- *Dolor, inflamación o sensación de hinchazón abdominal*

1.1.2.1.4 HUESOS (OSTEOSARCOMA)

El osteosarcoma es el tipo más común de cáncer de hueso, y el sexto tipo de cáncer más común durante la infancia. Aunque existen otros tipos de cáncer que con el tiempo se pueden extender a partes del esqueleto, el osteosarcoma es uno de los pocos que de hecho comienzan en los huesos y a veces se extienden (o metastatizan) a otras partes, por lo general los pulmones u otros huesos.

Dado que el osteosarcoma por lo general se desarrolla a partir de los osteoblastos, con más frecuencia afecta a los adolescentes que están experimentando un crecimiento rápido en altura. Hay una mayor incidencia de osteosarcoma entre los niños que entre las niñas, y la mayoría de los casos de osteosarcoma afectan los huesos la rodilla. La mayoría de los osteosarcomas surgen de errores aleatorios e impredecibles en el ADN de las células que forman el tejido óseo durante períodos de intenso crecimiento óseo.

Factores de riesgo para sufrir osteosarcoma infantil

Los niños que han heredado uno de los síndromes de cáncer raros también tienen un mayor riesgo de sufrir osteosarcoma. Estos síndromes incluyen el retinoblastoma y el síndrome de Li-Fraumeni (una clase de mutación genética hereditaria).

1.1.2.1.5 SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS: RABDOMIOSARCOMA

El rhabdomiosarcoma es un tipo de sarcoma. El rhabdomiosarcoma comienza en los músculos que se insertan en los huesos y que ayudan a mover el cuerpo. El rhabdomiosarcoma es el tipo más común de sarcoma que se presenta en los tejidos blandos de los niños.

Hay tres tipos principales de rhabdomiosarcoma

- *Embrionario. Este tipo se presenta con más frecuencia en el área de la cabeza y el cuello, o en los órganos genitales y urinarios. Es el tipo mejor pronosticado o con mayores posibilidades curativas.*
- *Alveolar. Este tipo se presenta con más frecuencia en los brazos o piernas, pecho, abdomen o en el área genital o anal. Por lo general, se presenta en la adolescencia y es más agresivo*
- *Anaplásico. Este tipo se presenta con poca frecuencia en los niños.*

Los factores de riesgo de contraer rhabdomiosarcoma incluyen las siguientes enfermedades hereditarias:

- *Síndrome de Li-Fraumeni.*
- *Neurofibromatosis tipo 1.*
- *Síndrome de Beckwith-Wiedemann.*
- *Síndrome de Costello.*
- *Síndrome de Noonan.*

Sobrepeso al nacer y tamaño más grande de lo esperado al nacer se relacionan con un riesgo mayor de rhabdomiosarcoma embrionario. En la mayoría de los casos se desconoce la causa del rhabdomiosarcoma.

1.1.2.1.6 RIÑÓN TUMOR DE WILMS

El tumor de Wilms es un tipo de cáncer renal poco frecuente que afecta a los niños. Produce un tumor en uno o ambos riñones. La presencia de ciertos padecimientos genéticos o defectos de nacimiento pueden aumentar el riesgo de desarrollar un tumor de Wilms. Los niños que corren este riesgo deben evaluarse cada tres meses hasta que cumplan ocho años.

Los posibles signos de un tumor renal incluyen un bulto en el abdomen y presencia de sangre en la orina. El tumor suele diagnosticarse y eliminarse con cirugía. Otros tratamientos incluyen la quimioterapia, radioterapia, terapia biológica o una combinación de todas. La terapia biológica o inmunoterapia estimula la capacidad de su propio cuerpo para combatir el cáncer. La mayoría de los niños con tumor de Wilms pueden curarse.

1.1.2.1.7 OJOS: RETINOBLASTOMA

El retinoblastoma es un cáncer de la retina. Es causado por una mutación en la proteína Rb, codificada por un gen supresor tumoral denominado RB1.¹ Este tumor se presenta en mayor parte en niños pequeños y representa el 3% de los cánceres padecidos por menores de quince años. Constituye la primera causa de malignidad intra-ocular primaria en los niños.

El mal puede ser hereditario o no serlo. La forma heredada puede presentarse en uno o ambos ojos y, generalmente, afecta a los niños más pequeños. El retinoblastoma presente sólo en un ojo es no hereditario y afecta prevalentemente a niños mayores. Cuando la enfermedad se presenta en ambos ojos, es siempre hereditaria. Debido al factor hereditario, los pacientes y sus hermanos deben someterse a examen periódicamente, incluyendo terapia genética, para determinar el riesgo que tienen de desarrollar el cáncer.

El retinoblastoma tiende a extenderse hacia el cerebro y la médula ósea, y más raramente se disemina por los pulmones. Estos son factores de pronóstico adverso, así como la invasión coroidal y a través del nervio óptico.³

1.1.2.1.8 GLÁNDULA SUPRARRENAL (CARCINOMA ADRENOCORTICAL)

Un carcinoma corticosuprarrenal es más común en niños menores de 5 años de edad y en adultos entre los 30 y los 40 años.

El carcinoma corticosuprarrenal puede estar asociado con un síndrome de cáncer que se transmite de padres a hijos (hereditario). Este carcinoma puede producir las hormonas cortisol, estrógeno y aldosterona. En las mujeres, el tumor con frecuencia libera hormonas, las cuales pueden llevar a que se presenten características masculinas. La causa se desconoce y aproximadamente 2 personas por cada millón desarrollan este tipo de tumor.

Síntomas

Los síntomas que sugieren un aumento en la producción de cortisol son:

- *Joroba redondeada de grasa en la parte superior de la espalda, justo debajo de la nuca (joroba de búfalo)*
- *Cara redonda y enrojecida con mejillas prominentes (cara de luna llena)*
- *Obesidad*
- *Crecimiento atrófico en estatura (estatura baja)*
- *Virilización: apariencia de características masculinas, incluyendo aumento del vello corporal especialmente en la cara, vello púbico, acné, engrosamiento de la voz y aumento del tamaño del clítoris (en las niñas)*

³ Op. Cit, p.13

Los síntomas que sugieren el aumento de la producción de aldosterona son iguales a los síntomas de disminución del potasio y abarcan debilidad, calambres musculares, aumento de la sed y de la micción.

1.1.2.2 PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN AFECTADA

A continuación se detalla la distribución de los tipos de cáncer pediátrico en Guatemala. En los primeros tres diagnósticos se encuentra el 69% de los casos.

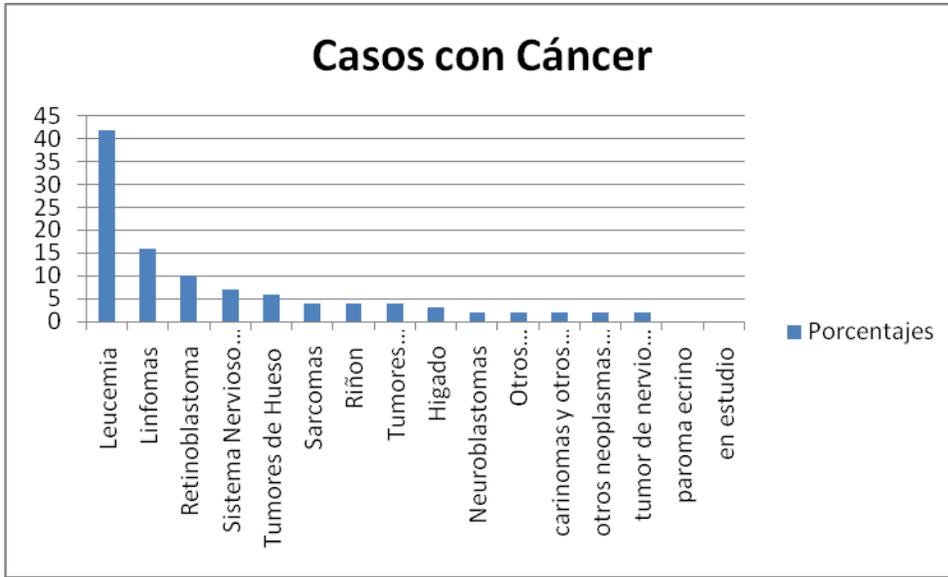
Diagnóstico y tratamientos de cáncer pediátrico

Año	Pacientes/año	Pacientes/mes
2001	221	18.4
2002	209	17.4
2003	231	19.3
2004	305	25.4
2005	315	26.0

Fuente: Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, Guatemala Centroamérica

La UNOP ha detectado más de 2 mil casos de cáncer y calcula que otra cantidad similar de niños en Guatemala podrían no estar diagnosticados.

Tipo de Cáncer más recurrente en los niños



Fuente: Unidad Nacional de Oncología Pediátrica, Guatemala Centroamérica

En las gráficas se puede observar como se ha ido incrementando el número de pacientes tratados de cáncer en los últimos años, al mismo tiempo el porcentaje que se atiende mes con mes. Se puede observar cuales son los tres tipos de cáncer con mayor predominancia en los diagnósticos en niños.

Cuando se da este tipo de noticia al núcleo familiar, se puede inferir que afectará la vida de los niños, de igual manera a la de los padres; el cáncer es una gran problemática a nivel social, cada vez aparecen más casos, a pesar que ahora es mejor diagnosticada, cada vez se observan más pacientes con este tipo de enfermedad. Esto provoca a su vez efectos emocionales dentro de la familia, se asume que la persona que puede ser la más afectada es el niño.

1.1.2.3 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

A continuación se desarrolla un resumen de los principales exponentes de la teoría del desarrollo, de tal manera que se pueda considerar todos los aspectos relevantes en la vida del niño, integrando de esta manera las principales

características del desarrollo, la sociabilidad y la aceptación que deben presentar los niños.

1.1.2.3.1 JEAN PIAGET

*Piaget divide el desarrollo psíquico de las personas desde su nacimiento hasta la vida adulta. Postula que el niño nace con la necesidad y con la capacidad de adaptarse al medio. La adaptación consta en dos subprocesos: asimilación y acomodación. La mayor parte del tiempo los niños asimilan información adecuada a su desarrollo mental y la clasifican de acuerdo con lo que ya saben. A veces se enfrentan a problemas que no pueden resolver y deben hacer acomodados, crear nuevas estrategias o modificarlas para enfrentar la nueva situación. El niño tiene conocimientos previos y al recibir la nueva información modifica sus esquemas de conocimiento.*⁴

Como plantea Piaget en su teoría, el ser humano tiene la capacidad por naturaleza de asimilarse y acomodarse a las diferentes circunstancias buenas o malas que se desarrollan en su entorno. Es por ello que los niños con cáncer, deberán crear nuevas estrategias para sobrellevar su problema, y es aquí donde aparecerán los mecanismos de afrontamiento, sin embargo, a pesar de esas formas de enfrentar la realidad existen diferentes expresiones que sin duda afectarán la vida anímica del niño, éstas pueden ser la frustración, culpa, ansiedad, miedo y tristeza.

1.1.2.3.2 ERICK ERIKSON

Al igual que Piaget, Erik Erikson sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. En vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, sin

⁴ Papalia Diane E., et. al. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Novena Edición. 2005. P.p. 31-32

*embargo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal.*⁵

Erikson afirma que el desarrollo social de los niños (escuela, casa, amigos del barrio, etc.), forma parte esencial de su desarrollo. Los niños que son objetos de la presente investigación, se ven privados de este desarrollo integral, debido a que por los diferentes tratamientos y reacciones a los mismos, no pueden asistir a escuela o realizar las diferentes actividades que incluyen en el ámbito social, de esta manera se ve afectado su sentido de identidad personal, seguramente aparecerán los mecanismos de afrontamiento para ayudarlo a sobrellevar este conflicto e impedir que el niño caiga en frustración debido a sus circunstancias.

Asimismo expone el papel fundamental que juegan los padres debido a que ellos proporcionaran al niño seguridad y confianza, sin embargo los padres de estos niños se encuentran en conflicto emocional debido a la situación, viéndose imposibilitados de brindarles estos aspectos, a pesar de que ellos lo intentan, también le transfieren sus miedos, inseguridades e inclusive su frustración ante la problemática.

1.1.2.3.3 LEV VYGOTSKY

Vygotsky fue un importante promotor de la perspectiva contextual, particularmente su aplicación al desarrollo cognoscitivo del niño. Vygotsky se centra en el complejo social, cultural e histórico del que el niño forma parte. Para comprender el desarrollo cognoscitivo, afirmó, uno debe observar los procesos sociales de los que deriva el pensamiento del niño.

La teoría sociocultural de Vygotsky, al igual que la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo, enfatiza la relación activa del niño con su ambiente. Pero, mientras Piaget describió a la mente tomando e interpretando la información sobre el mundo por misma, Vygotsky considera el crecimiento cognoscitivo como un

⁵ Papalia Diane E., et. al. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Novena Edición. 2005. P.p. 28-29

*proceso colaborativo. Los niños, dijo Vygotsky aprenden a través de la interacción social. Adquieren habilidades consngnoscitivas como parte de su inducción en una forma de vida. Las actividades compartidas ayudan a los niños a internalizar las formas de pensar y conductas de su sociedad y a que se apropien de dichas formas. Según Vigotsky, los adultos deben ayudar de forma directa y organizar el aprendizaje del niño antes de que éste pueda manejarlo e internalízalo.*⁶

Los niños aprenden y se desarrollan a través de la interacción con la sociedad, pero los niños que se encuentran hospitalizados no pueden interactuar con parte de esta sociedad y su proceso no es colaborativo; debido a que son excluidos del sistema de aprendizaje (escuela) por las constantes faltas a la misma, que se derivan de su enfermedad. Al mismo tiempo los niños los discriminan o marginan, por las consecuencias visibles en ellos del tratamiento al que son sometidos.

Tampoco los padres pueden ayudar en su proceso de adaptación a la sociedad, porque ellos también se encuentran en un estado emocional conflictivo, aunque si bien es cierto, muchos intentan ayudarlos, solo son capaces de poder transferirle a ellos miedo e inseguridad que ellos mismos siente. Además los padres no pueden llegar a suplir la relación con sus pares.

1.1.2.4 TEORIA PSICOANALITICA

Las técnicas del psicoanálisis y gran parte de la teoría psicoanalítica basada en su aplicación fueron desarrolladas por el neurólogo austriaco Sigmund Freud. Sus trabajos sobre la estructura y el funcionamiento de la mente humana tuvieron un gran alcance, tanto en el ámbito científico como en el de la práctica clínica.

- ***El inconsciente***

La primera de las aportaciones de Freud fue el descubrimiento de la existencia de procesos psíquicos inconscientes ordenados según leyes propias,

⁶ Papalia Diane E., et. al. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Novena Edición. 2005. P.p. 36-37

distintas a las que gobiernan la experiencia consciente. En el ámbito inconsciente, pensamientos y sentimientos que se daban unidos se dividen o desplazan fuera de su contexto original; dos imágenes o ideas dispares pueden ser reunidas (condensadas) en una sola; los pensamientos pueden ser dramatizados formando imágenes, en vez de expresarse como conceptos abstractos, y ciertos objetos pueden ser sustituidos y representados simbólicamente por imágenes de otros, aun cuando el parecido entre el símbolo y lo simbolizado sea vago, o explicarse sólo por su coexistencia en momentos alejados del presente. Las leyes de la lógica, básicas en el pensamiento consciente, dejan de ejercer su dominio en el inconsciente.

Comprender cómo funcionan los procesos mentales inconscientes hizo posible la comprensión de fenómenos psíquicos previamente incomprensibles, como los sueños. A través del análisis de los procesos inconscientes, Freud vio que este estado servía para proteger el sueño (el reposo) del individuo contra los elementos perturbadores procedentes de deseos reprimidos, relacionados con las primeras experiencias del desarrollo que afloran en ese momento a la conciencia. Así, los deseos y pensamientos moralmente inaceptables, es decir, el 'contenido latente' del sueño, se transforman en una experiencia consciente, aunque no inmediatamente comprensible, a veces absurda, denominada 'contenido manifiesto'. El conocimiento de estos mecanismos inconscientes permite al analista invertir el proceso de elaboración onírica, por el que el contenido latente se transforma en el contenido manifiesto, accediendo a través de la interpretación de los sueños a su significado subyacente.

*Freud no inventó exactamente el concepto de mente consciente versus mente inconsciente, pero desde luego lo hizo popular. **La mente consciente** es todo aquello de lo que nos damos cuenta en un momento particular: las percepciones presentes, memorias, pensamientos, fantasías y sentimientos. Cuando trabajamos muy centrados en estos apartados es lo que Freud llamó **pre consciente**, algo que hoy llamaríamos "memoria disponible": se refiere a todo aquello que somos capaces de recordar; aquellos recuerdos que no están*

*disponibles en el momento, pero que somos capaces de traer a la consciencia.*⁷ Actualmente, nadie tiene problemas con estas dos capas de la mente, aunque Freud sugirió que las mismas constituían solo pequeñas partes de la misma.

La parte más grande estaba formada por el inconsciente e incluía todas aquellas cosas que no son accesibles a nuestra consciencia, incluyendo muchas que se habían originado allí, tales como nuestros impulsos o instintos, así como otras que no podíamos tolerar en nuestra mente consciente, tales como las emociones asociadas a los traumas. De acuerdo con Freud, el inconsciente es la fuente de nuestras motivaciones, ya sean simples deseos de comida o sexo, compulsiones neuróticas o los motivos de un artista o científico. Además, tenemos una tendencia a negar o resistir estas motivaciones de su percepción consciente, de manera que solo son observables de forma disfrazada.

Esta teoría es fundamental para la investigación, debido a que expone las emociones asociadas a los traumas se encuentra en la parte inconsciente de nuestra mente, donde no se es accesible a la consciencia. Sin embargo, hay momentos en que estos problemas salen a la luz, pero de forma disfrazada; los disfraces más comunes son los mecanismos de afrontamientos.

Estos mecanismos permiten que a los niños les sea más tolerable los conflictos emocionales por los cuales están atravesando; como verse incapacitados para desenvolverse en una sociedad, sentirse diferente ante los demás niños, no poder realizar las mismas actividades que el resto de los niños y estar en muchas ocasiones encerrados en cuartos y remitidos a una cama, por espacio a veces de más de un mes.

- **Pulsiones**

Una suposición esencial de la teoría freudiana es que los conflictos inconscientes involucran deseos y pulsiones (instintos), originadas en las primeras

⁷ Numberg Herman. Principios del psicoanálisis, Única edición. P.p. 175-183.

etapas del desarrollo. Al serle desvelados al paciente los conflictos inconscientes mediante el psicoanálisis, su mente adulta puede encontrar soluciones inaccesibles a la mente inmadura del niño que fue. Esta descripción de la función que cumplen las pulsiones básicas en la vida humana es otra de las aportaciones cruciales de la teoría freudiana.

Según su teoría sobre la sexualidad infantil, la sexualidad adulta es el resultado de un complejo proceso de desarrollo que comienza en la infancia, pasa por una serie de etapas ligadas a diferentes funciones y áreas corporales (oral, anal y genital), y se corresponde con distintas fases en la relación del niño con los adultos, especialmente con sus padres. En este desarrollo es esencial el periodo edípico, momento en el que el niño por primera vez es capaz de establecer un vínculo afectivo con su progenitor del sexo opuesto, semejante a la relación de un adulto con su pareja, con lo que el progenitor del mismo sexo es considerado un rival. La inmadurez psíquica del niño condena al fracaso los deseos infantiles y malogra su primer paso hacia lo adulto. Además, la inmadurez intelectual del niño complica aún más la situación porque le hace temer sus propias fantasías. El grado en el que el niño supere este trauma y en el que estos vínculos, miedos y fantasías pervivan de modo inconsciente será decisivo en su vida posterior, especialmente en sus relaciones afectivas.

Los conflictos que ocurren en las etapas iniciales del desarrollo no son menos significativos como influencia formativa, porque representan los prototipos iniciales de situaciones sociales tan básicas como la dependencia de otros o la relación con la autoridad. Por ello, en estas primeras etapas de su desarrollo, también será básico en la formación de la personalidad del niño el comportamiento de los padres. Sin embargo, el hecho de que el niño reaccione no sólo ante la realidad objetiva, sino también ante la distorsión fantástica de la realidad, complica significativamente incluso los esfuerzos educativos mejor intencionados.

Los padres juegan un papel fundamental en todo el desarrollo del niño, así mismo también en la resolución de conflictos emocionales, brindándoles las

herramientas y medios para salir de ellos de forma exitosa, sin embargo estas pulsiones se forman, debido a la forma en que los padres han actuado para lograr un desarrollo óptimo en las etapas psicosexuales. De modo que los niños pueden generar dependencia, como en el caso de los que padecen de enfermedades serias, complicando de esta manera los cuidados y atenciones que deben de recibir, ya que exigen más o bien no pueden desarrollarse de una forma un poco más natural. Estos conflictos también son parte del comportamiento de los padres en las etapas del desarrollo, de modo que ellos serán un factor esencial en la formación de los mecanismos con que afrontaran su realidad.

- ***El ello, el yo y el superyó***

El esfuerzo por clarificar el desconcertante número de observaciones interrelacionadas puestas a la luz por la exploración psicoanalítica, condujo al desarrollo de un modelo de estructura del sistema psíquico. Tres sistemas funcionales, o instancias, se distinguen en este modelo: el ello, el yo y el superyó.

La primera instancia se refiere a las tendencias impulsivas (entre ellas, las sexuales y las agresivas) que parten del cuerpo y tienen que ver con el deseo en un sentido primario, contrarias a los frutos de la educación y la cultura. Freud llamó a estas tendencias triebe, que literalmente significa 'pulsión' pero que a menudo se traduce con impropiedad como 'instinto'. Estas pulsiones exigen su inmediata satisfacción, y son experimentadas de forma placentera por el individuo, pero desconocen el principio de realidad y se atienen sólo al principio del placer (egoísta, acrítico e irracional).

Cómo conseguir en el mundo real las condiciones de satisfacción de esas pulsiones básicas es tarea de la segunda instancia, el yo, que domina funciones como la percepción, el pensamiento y el control motor, para adaptarse a las condiciones exteriores reales del mundo social y objetivo. Para desempeñar esta función adaptativa, de conservación del individuo, el yo debe ser capaz de posponer la satisfacción de las pulsiones del ello que presionan para su inmediata satisfacción, con lo que se origina la primera tensión. Para defenderse de las

pulsiones inaceptables del ello, el yo desarrolla mecanismos psíquicos específicos llamados mecanismos de defensa. Los principales son: la represión — exclusión de las pulsiones de la consciencia, para arrojarlas a lo inconsciente—, la proyección —proceso de adscribir a otros los deseos que no se quieren reconocer en uno mismo— y la formación reactiva —establecimiento de un patrón o pauta de conducta contraria a una fuerte necesidad inconsciente. Tales mecanismos de defensa se disparan en cuanto la ansiedad señala el peligro de que las pulsiones inaceptables originales puedan reaparecer en la conciencia.

Una pulsión del ello llega a hacerse inadmisibles, no sólo como resultado de una necesidad temporal de posponer su satisfacción hasta que las condiciones de la realidad sean más favorables, sino, sobre todo, debido a la prohibición que los otros (originalmente los padres) imponen al individuo. El conjunto de estas demandas y prohibiciones constituye el contenido principal de la tercera instancia, el superyó, cuya función es controlar al yo según las pautas morales impuestas por los padres. Si las demandas del superyó no son atendidas, la persona se sentirá culpable, culpabilidad que también se manifiesta como ansiedad y/o vergüenza.

El superyó, que según la teoría freudiana se origina en el esfuerzo de superar el complejo de Edipo, es parcialmente inconsciente, debido a que tiene una fuerza semejante (aunque de signo opuesto) a la de las pulsiones, y puede dar lugar a sentimientos de culpa que no dependan de ninguna transgresión consciente. El yo, instancia mediadora entre las demandas del ello, las exigencias del superyó y el mundo exterior, puede no tener el poder suficiente para reconciliar estas fuerzas en conflicto. Es más, el yo puede coartarse en su desarrollo al ser atrapado en sus primeros conflictos, denominados fijaciones o complejos, pudiendo volverse hacia modos de funcionamiento primarios en el desarrollo psíquico y hacia modos de satisfacción infantiles. Este proceso se conoce como regresión. Incapaz de funcionar normalmente, el yo sólo puede mantener su control limitado y su integridad desarrollando síntomas neuróticos, a través de los cuales se expresa la tensión del aparato psíquico.

De estas tres instancias de la personalidad, el yo juega un papel muy importante, debido que es en esta instancia donde se desarrollan los mecanismos de afrontamiento, es por ello que los niños al encontrarse en una situación emocional muy fuerte y no puedan sentirse satisfechos, aparecen estos mecanismos que le permitirán adaptarse a sus condiciones exteriores, enfrentarse ante el diagnóstico y la ansiedad de los padres, y del mundo social, verse excluidos por tiempo indefinido de todas las actividades sociales para ellos.

Freud llamó psicosexuales a sus etapas de desarrollo debido a que les asigna un papel preponderante a los instintos sexuales en la formación y desarrollo de la sexualidad, para él el mejor camino para entender el significado de la sexualidad, particularmente en la infancia y en la niñez, es compararla con cualquier placer sensual.

El desarrollo de la personalidad consiste en el desenvolvimiento o despliegue de los instintos sexuales. Al principio esos instintos están desplegados pero gradualmente se integran y centran en el acto sexual maduro, con base en las zonas del cuerpo que se vuelven focos de placer sexual definiendo las etapas del desarrollo de la siguiente manera: oral, anal, fálica y genital.

ETAPA ORAL

Durante el primer año de vida posnatal, el origen principal de la búsqueda de placer y al mismo tiempo, de conflicto y frustración es la boca. La diversión que obtiene el niño de chupar, morder, mascar y vocalizar se ve restringida muy pronto por los que lo cuidan, la madre está pendiente cada vez de que el niño se chupa el dedo o mordisquea juguetes. Es criticado y castigado, si no se somete y es recompensado por hacerlo. Durante esta etapa el niño no es motivado por placeres de otras regiones del cuerpo. No le interesan en lo absoluto las funciones excretorias, ni los genitales despiertan su interés, solo le presta atención a las actividades orales. En el período oral, el niño encuentra por primera vez el poder de la autoridad en su vida, una autoridad que es limitada en la

búsqueda de placer. Como habíamos mencionado, creía que la manera como se satisfacían determina la formación de rasgos que moldean su personalidad posteriormente que son engendrados por la interacción de la práctica de crianza de los niños y la estructura constitucional del niño. Los tipos de carácter oral experimentan trastornos en el recibir y el tomar. El recibir fallido puede tomar la forma de dependencia pasiva, mientras que el tomar fallido resulta en manipulatividad, envidia y avaricia.

En esta etapa Freud nos afirma que el niño buscara satisfacer su placer a través de la boca, es por ello que el bebé se lleva todo lo que toma con sus manos hacia su centro de placer, la boca. También lo maneja como un centro de frustración, debido a que las personas mayores reprimen o restringen las actividades que él realiza, provocando de esta manera rasgos que formaran su personalidad.

ETAPA ANAL

Freud designó la segunda fase importante del desarrollo de la personalidad, quizá el nombre se encuentre curioso pero su propósito es destacar en forma espectacular la fuente principal de inquietud y actividad para el niño. Aunque las necesidades orales continúan activas son menos prominentes ahora las sustituyen las preocupaciones anales. La etapa anal se extiende desde los 18 meses de edad hasta los tres y medio años, correspondiendo más o menos a la edad de aprendizaje de control de esfínteres.

Durante el período anal, el niño aprende ciertas orientaciones básicas para la vida: la posesión de las cosas y el desprendimiento de las mismas; esas orientaciones pueden distorsionarse o exagerarse, según Freud es la sobrevaloración de los productos anales lo que inicialmente engendra el rasgo de personalidad. En el otro extremo una madre puede deleitarse en ponerle trampas o engañar a su hijo, sorprendiéndolo en el momento justo o solo manteniéndolo en su acción hasta que lo complete

.Freud le da un grado de importancia a esta etapa con respecto al desarrollo de la personalidad, trasladando así su fuente de placer a las actividades anales, específicamente a lo relacionado con el control de esfínteres. Según Freud es en esta etapa donde el niño aprenderá o tomara conciencia de la posesión de cosas y personas como el desprendimiento de las mismas. El mal desarrollo de esta etapa se verá reflejado más adelante en su personalidad.

ETAPA FÁLICA

La etapa fálica tiene lugar entre los tres y los cinco-seis años de edad. Los órganos genitales se vuelven una fuente destacada de placer durante este período. La curiosidad respecto al cuerpo puede comenzar mucho antes; el niño encuentra con asombro sus manos y sus pies, incluso puede descubrir los órganos genitales pero no se convierten en inquietudes sólo hasta la etapa fálica, cuando se hacen mucho más intensos las tensiones y placeres de esa zona del cuerpo. El niño comienza en ese momento a darse cuenta y a comentar las diferencias entre los hombres y las mujeres, su inquietud incrementa de manera significativa si se notan las diferencias anatómicas. Dicha curiosidad es bastante difusa debido a que el niño no conoce todavía a menos que ya las haya observado, las diferencias reales de los órganos genitales masculinos y femeninos. En la etapa se presentan dos grandes situaciones psicológicas: el complejo de Edipo y el complejo de Electra.

En esta etapa se desplaza la zona de placer de las funciones anales, hacia el reconocimiento del cuerpo, especialmente de la zona genital, así como de la toma de conciencia de las diferencias que existen entre hombres y mujeres. Es aquí donde se origina dos complejos, el de Edipo para los hombres y el de Electra para las mujeres.

El complejo de Edipo.

Este se acompaña con el temor de la castración, es tomado del mito griego Edipo Rey, quien si saberlo mató a su padre y se casó con su madre, el complejo

se refiere a la atracción sexual que el niño tiende a sentir por su madre durante la etapa fálica. Al mismo tiempo ve a su padre como un rival en el afecto de su madre. Existen actitudes mezcladas o ambivalentes hacia el padre, quien por un lado es temido porque puede remover el órgano ofensor y por otro lado es respetado y venerado como modelo de hombría, superior al niño. Si el desarrollo es normal, el niño renuncia a los deseos amorosos respecto a madre y en cambio se esfuerza por asumir el papel masculino de su padre. Entonces el afecto del hijo hacia la madre pierde su aspecto sexual, al aceptar la masculinidad el superego del niño experimenta su desarrollo final y adopta una ideal del ego positivo. Si ocurre lo contrario el niño puede rechazar el papel masculino o se atrofie su conciencia o puede que sobre valore su habilidad sexual y se vuelva arrogante y egoísta en sus relaciones con mujeres.

El complejo de Edipo ejemplifica la atracción que el niño siente hacia su madre, Freud describe esta atracción de forma sexual, al mismo tiempo afirma que el niño tiene miedo a ser castrado, debido a la enemistad que se con su padre en la lucha por el afecto de la madre. El buen desarrollo de este complejo le permitirá al niño poder definir su orientación sexual en el futuro.

El complejo de Electra:

Durante este período la niña experimenta un proceso semejante al del niño pero con algunas diferencias significativas. Freud creía que la niña pequeña toma a su padre como objeto sexual y ve a su madre como una rival. Debe recordarse que los intereses y sentimientos sexuales de la niña son más rudimentarios, el rasgo patológico principal que surge en esta etapa es "la pérdida del pene", minimizando el papel femenino y sobrevalorando el masculino. Freud creía que los conflictos de la etapa fálica provocaban muchos trastornos en las funciones sexuales femeninas, tales como la frigidez y la dismenorrea. Como sucede con el niño el manejo del adiestramiento durante este período puede provocar tendencias patológicas en la personalidad de la niña en desarrollo.

Si el desarrollo durante este período es normal, es decir hay un equilibrio apropiado entre satisfacción y control, sin que exista mucha frustración ni demasiada indulgencia. En sus relaciones con los demás, una persona no será ni demasiado altanera ni indebidamente modesta es decir alcanzará un equilibrio.

Este complejo es muy parecido al que pasa el niño, sin embargo Freud hace una referencia aquí; y es la pérdida del pene dejando el papel femenino por debajo del masculino. El buen desarrollo de este complejo le permitirá a la niña un mayor equilibrio, permitiendo un control sobre lo que siente y dejando de un lado a la frustración.

PERÍODO DE LATENCIA

El lapso entre los seis y los doce años de edad aproximadamente, durante el que tiene lugar gradualmente la preparación para la etapa siguiente que es sumamente importante, este período implica la consolidación y la elaboración de rasgos y habilidades previamente adquiridos, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo. El niño mantiene un desarrollo bastante rápido pero los patrones de éste siguen las líneas establecidas en las etapas previas, se aguardan los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que ocurren durante la adolescencia, cuando comienza a surgir nuevas fuentes de placer y por tanto nuevos conflictos y frustraciones, de ahí que Freud tenga poco que decir sobre el período de latencia. No representa una etapa psicosexual auténtica.

Debido a que esta etapa forma parte de una consolidación de los rasgos que se traen de las demás etapas, se cree que es esta una etapa de preparación para el descubrimiento de la nueva fuente de placer, que de igual manera puede ser un camino hacia conflictos y frustraciones.

En esta parte del desarrollo, los padres juegan un papel importante. Como bien se sabe los niños que son diagnosticados con cáncer tendrán una relación más estrecha con sus padres. Debido a que en estas etapas los niños desarrollan ciertos aspectos como el poder de autoridad en su vida, posesión de cosas y

descubrimiento, se verán pérdidas por la necesidad de los padres de controlar todo lo que ellos puedan para poder manejar sus propios conflictos.

En estas etapas para los niños la madre es una pieza importante, debido a que es la principal promotora del buen desarrollo del niños, de forma inversa es en el caso de las niñas.

1.1.2.4 MECANISMOS DE DEFENSAS

Los mecanismos de defensa se forman dentro del yo, para reducir la angustia, controlarla y lograr el equilibrio que se ha perdido, además buscan aliviar tensiones internas. Esto se presenta cuando se intenta descargar la tensión pulsional que es provocada por las resistencias del yo, por lo tanto son inconscientes. Todas las personas utilizan los mecanismos de defensa en diferentes proporciones, calidad y cantidad. Muchos de los mecanismos utilizan la realidad para poder expresarse.

REPRESION

La represión es un concepto central del psicoanálisis que designa el mecanismo o proceso psíquico del cual se sirve un sujeto para rechazar representaciones, ideas, pensamientos, recuerdos o deseos y mantenerlos en el inconsciente. De acuerdo con la teoría de Sigmund Freud, los contenidos rechazados, lejos de ser destruidos u olvidados definitivamente por la represión, al hallarse ligados a la pulsión mantienen su efectividad psíquica desde el inconsciente. Lo reprimido constituye para Freud la componente central del inconsciente.

La base principal de este mecanismo, es el de enviar al inconsciente todo aquel pensamiento, sentimiento, idea, recuerdo, deseo, etc. Que no puede ser tolerado por el yo y que al mismo tiempo le causa demasiada frustración y conflicto, sin embargo este mecanismo no anula lo reprimido, al contrario se vuelve efectivo de una forma más psíquica desde el inconsciente.

REGRESION

La regresión en la psicología, es un mecanismo de defensa que consiste en un retroceso mental hasta alguna etapa de menor madurez que implica, a veces, una regresión infantil en que el sujeto empieza a actuar como si fuera un niño.

*Este mecanismo se activa, por lo general, en situaciones de mucha presión, angustia, ansiedad o inseguridad. La etapa que la mente elige como correcta para la regresión, es una en la cual el individuo haya sentido mayor seguridad emocional, de entre todo lo que fue vivido en su infancia.*⁸

Este mecanismo busca que el individuo se defienda de sus conflictos, regresándolo a alguna etapa vivida en la infancia, actuando como si fuera un niño, especialmente en aquella etapa donde el sintió un alto sentimiento de seguridad emocional.

IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

Término introducido por Melanie Klein para designar un mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona, en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo.

Este mecanismo forma parte de los expuestos por Ana Freud, sin embargo Melanie Klein lo describe con la formación de fantasías donde el sujeto se introduce en ellas con el objetivo de dañar a aquel objeto que es la causa de su sufrimiento o frustración.

FORMACIÓN REACTIVA *La formación reactiva es un mecanismo de defensa consistente en la expresión opuesta a la del deseo que el sujeto tiene pero evita, por motivos de*

⁸ Laplanche, J. et. al., Diccionario de Psicoanálisis, 9ª. Edición, p.p. 15-17,

censura. El motivo es que el sujeto anticipa censura moral a causa de la expresión de su deseo.

La formación reactiva es una actitud o hábito psicológico que marcha en sentido opuesto a un deseo proveniente del mundo de lo reprimido. Tal actitud o hábito se han constituido como reacción contra el deseo: así, podemos encontrar un excesivo pudor o autonegación, en personas con tendencias pulsionales exhibicionistas de raigambre inconsciente.⁹

Este mecanismo se refleja como las actitudes, deseos o sentimientos que son lo contrario a lo que el realmente quiere. Esto es a causa de todo aquello que fue reprimido y que pugna por salir al inconsciente.

INTROYECCIÓN

La Introyección es un mecanismo de defensa en el que las amenazas externas se internalizan, pudiendo neutralizarlas o aliviarlas; de manera similar, la introyección de un objeto o sujeto amado, reduce la ansiedad que produce el alejamiento o las tensiones que causa la ambivalencia hacia el objeto. Se considera un mecanismo de defensa inmaduro.

Este mecanismo tiene como finalidad el de anular cualquier amenaza, ya sea un deseo, sentimiento, pensamiento, recuerdo o cualquier objeto, donde la persona siente amenazada. De forma que internaliza todo aquello que le provoca sufrimiento o frustración, reduciendo de esta manera la ansiedad que hasta ese momento había experimentado.

RACIONALIZACIÓN

La racionalización es un mecanismo de defensa que consiste en justificar las acciones (generalmente las del propio sujeto) de tal manera que eviten la

⁹ Freud, Sigmund, *El Yo y el Ello* en: Obras Completas, Vol. XIX, Amorroutu, B.Aires 9ª. Edición 1996, pág 134-143.

censura. Se tiende a dar con ello una "explicación lógica" a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa; de este modo una racionalización o un transformar en pseudorazonable algo que puede facilitar actitudes negativas ya sean para el propio sujeto o para su prójimo.

Es importante hacer notar que, para ser considerada racionalización, el sujeto debe creer en la solidez de su argumento, no empleándolo como simple excusa o engaño consciente.

PROYECCIÓN

Mecanismo de defensa por el que el sujeto atribuye a otras personas los propios motivos, deseos o emociones. Es una forma de ocultación involuntaria e inconsciente de su vida psíquica consecuencia de la presión del superyó que sanciona como incorrecto el contenido psíquico o de los temores y frustraciones del sujeto. Como estrategia para salvaguardar la seguridad de la persona tiene un valor limitado y puede dar lugar a comportamientos poco adaptados que dificultan la convivencia.

AISLAMIENTO

El aislamiento, definido desde el psicoanálisis, es un mecanismo de defensa, frecuente en la neurosis obsesiva, consistente en aislar un pensamiento o comportamiento eliminando sus conexiones con otros pensamientos, y llegando incluso a una ruptura con la existencia del individuo.¹⁰

ESCISIÓN

La escisión es considerada el mecanismo más primitivo existente, puesto que se pone en marcha en los primeros momentos de vida del infante humano. En estos momentos iniciales, el niño necesita separar radicalmente lo gratificante de

¹⁰ Freud, Ana, El yo y los mecanismos de Defensa, México, Editorial Paidós, Segunda Edición. Pág. 27-58.

lo frustrante para ir organizando su mundo psíquico; si no lo hace así, caerá en una situación confusional y no podrá defenderse del peligro puesto que no sabrá de dónde procede. Es una estrategia defensiva básica el ser capaz de situar con exactitud lo bueno y lo malo, lo peligroso y lo inofensivo, lo placentero y lo displacentero.

NEGACIÓN

La negación es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto. Se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás.

ANULACIÓN

Consiste en hacer lo contrario que se hizo anteriormente para anular (o reparar) su significado. La anulación se distingue de la negación y de las formaciones reactivas en que, mientras que en la primera se niega lo que la consciencia no admite y en la segunda se adopta una actitud opuesta a la originaria, en la anulación va mas lejos, se realiza un acto concreto contra algo que se hizo o pensó antes.¹¹

Estos mecanismos ayudan a restablecer el equilibrio perdido ante noticias o situaciones emocionales que generan angustia, frustración, miedo, etc.; y le permite al ser humano controlar de nuevo la situación y aliviar la tensión causada por las mismas. Todas las personas a lo largo de su vida han utilizado estos procesos para poder enfrentarse ante realidades que no desea aceptar, sin embargo no todos utilizan los mismos mecanismo, ni de igual forma y cantidad, esto lo determinará el grado o lo fuerte del conflicto. Darnos cuenta de su utilización, debido a que se expresan por medio de la realidad.

¹¹ Op. Cit. P. 36

1.1.2.5 TERAPIA DE JUEGO

La terapia de juego brinda un enfoque prescriptivo, que aplicable a la terapia con niños. Este enfoque enfatiza la responsabilidad del terapeuta para determinar la técnica terapéutica más apropiada para cada caso. Incluye técnicas que van desde el psicoanálisis tradicional hasta el conductismo estricto, puede también aplicarse en una sola categoría como lo es la terapia de juego. Cuando se utiliza la terapia de juego, significa elegir una estrategia específica para cada paciente niño entre la gran variedad de teorías, técnicas y variaciones incluidas en la actualidad por esta categoría particular de terapia.

La terapia de juego permite que el inconsciente del niño se proyecte, de manera que durante el proceso se puede observar las cogniciones de éste, su conducta, sistema familiar y compañeros o sistema social. Los terapeutas del juego aplicaran virtualmente todo el material disponible, incluyendo juegos de tablero, títeres, materiales para dibujo, música y comida. Maneja siete modalidades que pueden afectar a un paciente:

- *Conducta*
- *Afecto*
- *Sensación*
- *Imaginación*
- *Cognición*
- *Socialización*
- *Aspecto somático o médico*

A través de la terapia se desarrolla una clara comprensión del juego, este desarrollo puede cambiar en el transcurso del mejoramiento del niño, los materiales y técnicas disponibles para tratar problemas de la infancia y las formas en que estos materiales y técnicas pueden modificarse para tratar poblaciones específicas de pacientes. Erikson afirma que el juego es una función del yo, un intento por

sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo. En general se piensa que el juego es la antítesis del trabajo.

Como bien lo explican los autores, el juego es placentero, es intrínsecamente completo; no depende de recompensas externas o de otras personas. El juego tiende a ser persona en vez de objeto, dominado; es decir, no está dirigido para adquirir nueva información de un objeto sino para hacer uso de éste. Además, la motivación intrínseca e independencia tienden a hacer el juego muy variable frente a las situaciones y a los niños. El juego no es instrumental: no tiene metas, ya sea en forma intrapersonal o interpersonal, no tiene propósitos ni orientación de tareas.

*La conducta de juego no ocurre en situaciones nuevas o de temor. Las variaciones en el concepto general de la conducta de juego incluyen simulación, fantasía y juegos con reglas. El juego simulado se caracteriza por ciertos tipos de comunicación.*¹²

La terapia de juego es un instrumento del cual se vale, para poder conocer, indagar y descubrir el problema o conflicto emocional por el cual está atravesando el niño. Lo anterior se debe, a que los niños no verbalizan sus sentimientos, sino que a través del juego exteriorizan el problema. También se puede observar los mecanismos de afrontamiento de los que se está valiendo para poder equilibrar su realidad, debido a que el juego es una función del yo y es aquí mismo donde se forman los mecanismos.

Esta terapia permitirá acercarse al niño y lograr comprender su situación, utilizando el medio de expresión que él conoce, sin sentirse obligado o presionado a que lo haga. Es un medio de comunicación social que utiliza y dependerá totalmente de él lo que desea hacer y no de las personas que están a su alrededor, puede fantasear o expresar realmente lo que siente, sin los marcos y reglas que exigen la realidad.

¹² ¹² Schaefer, Charles E., et. al. Manual de Terapia de Juego. 1983. P.p. 1-8

1.1.2.6 CONFLICTOS EMOCIONALES EN PADRES Y NIÑOS ANTE EL DIAGNÓSTICO

Los conflictos emocionales que comúnmente presentan los padres y los niños ante el diagnóstico de cáncer son los siguientes:

ANSIEDAD

La ansiedad es sobre todo una reacción de miedo. El miedo por sí mismo es muy útil y perfectamente natural, el problema sobreviene cuando no hay una razón racional para sentir esa angustia. La reacción de alarma, hacen que el pulso y la respiración se aceleran, la transpiración se dispara y se produce tensión muscular. Todos estos síntomas, cuando se producen frecuentemente producen las diversas formas de ansiedad.

ANGUSTIA

Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de esta.

Los padres responderán de muchas formas ante un diagnóstico, aparentemente devastador, se sentirán ansiosos ante la idea de no saber qué resultados tendrán las terapias y medicamentos a los que se verán expuestos sus hijos o si bien el resultado al final de todo esto será positivo y alentador o al contrario verse ante la realidad de perder a un ser querido. Si bien estas reacciones son naturalmente aceptables, de forma desproporcionada solo podrán complicar más la situación.

Los niños también se verán angustiados al principio sobre cómo será el tratamiento, si les dolerá o no sentirán nada, si sus padres estarán con ellos todo el tiempo o se tendrán que enfrentar solo. Al mismo tiempo podrán ver estos mismos miedos reflejados en sus padres, lo que les proporcionará más angustia.

DEPRESION

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que afecta física y mentalmente el modo de sentir y de pensar. La depresión puede provocar deseos de alejarnos de la familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causar ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

La depresión es una emoción que se verá reflejada en los padres de los niños, los cuales desearán estar solos de toda actividad social y refugiarse únicamente al cuidado de sus hijos. De no saber si el día de mañana será diferente de forma positiva o negativa e intentarán emplear todas sus fuerzas en que el diagnóstico cambie. Tampoco los niños querrán mayor comunicación, inclusive ni con sus padres, querrán quedarse aislados en su mundo sin que nadie venga a recordarles la situación por la que están atravesando.

TRISTEZA

La tristeza es una de las emociones básicas (no natales) del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la alegría y la sorpresa. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc. La alegría es la emoción contraria.

DESESPERACIÓN

Estado emocional de una persona que ha perdido la esperanza, la calma, la paciencia o el control de sí misma.

IRA

La ira es una emoción que se expresa con rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad. Los efectos físicos de la ira incluyen aumento del ritmo cardiaco, presión sanguínea y niveles de adrenalina y noradrenalina. Algunos ven la ira

*como parte de la respuesta cerebral de atacar o huir a una amenaza o daño percibidos. La ira se vuelve el sentimiento predominante en el comportamiento, cognitivamente, y fisiológicamente cuando una persona hace la decisión consciente de tomar acción para detener inmediatamente el comportamiento amenazante de otra fuerza externa. La ira puede tener muchas consecuencias físicas y mentales.*¹³

La tristeza aparece en los casos poco favorables donde los padres han perdido toda esperanza y moral de que sus hijos mejoren a un mejor estado y les permita de esta forma tener un poco más de esperanza sobre la mejora en el estado de salud de sus hijos. Se verán desesperados ante la situación, de manera que no podrán tener paciencia o estar en calma ni con ellos mismos, ni con las personas que están a su alrededor para brindarles ayuda.

Podrán experimentar una ira contra la vida, su religión, resentimiento y enojo contra el personal médico a cargo de sus hijos, el sentimiento de que ellos no mejoran y que nadie hace algo para que eso cambie. Tendrá rabia contra aquellas personas que tienen hijos sanos y fuertes, que no se ven privados de ninguna actividad, al contrario de ellos que ven a sus hijos postrados en una cama y sin mayor recuperación.

¹³ Harris, W., et. al., Respuestas circulatorias y de ánimo al miedo y la ira,. P.p. 143-161.

1.1.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO

No se realizó la hipótesis por no ser necesaria, los objetivos fueron la base para poder realizar la investigación.

1.1.4 DELIMITACIÓN

El trabajo de campo se realizó con una muestra de 15 niños en un período de 3 a 4 semanas, con niños que fueron diagnosticados con la enfermedad en el último mes y que se encuentran hospitalizados o bien tienen un programa de consulta externa.

Los principales factores que son los mecanismos de defensa, se investigaron a través de una guía de observación que se utilizó durante la entrevista inicial con los niños, los padres de familia, la terapia de juego y la aplicación del test.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

- *Técnica de Muestreo:*

Para la presente investigación se tomaron 15 niños hospitalizados como muestra no aleatoria, población con las siguientes características: niños entre las edades comprendidas de 5 a 12 años de sexo indiferente que se encontraron diagnosticados en el último año.

- *Técnicas de Recolección de datos*

Para obtener la información se utilizaron las siguientes técnicas:

1. Observación:

Se realizó una observación preliminar en la institución, después de ello se procedió a seleccionar a los 15 niños que servirían de muestra con las características antes descritas. Al momento de trabajar con cada uno de ellos se registraron las diferentes conductas que presentaban de acuerdo a la guía de observación.

2. Test Proyectivos “Pata Negra”:

Se aplicó el Test “Pata Negra” a la población muestra, dentro del desarrollo de la Terapia de Juego. A cada uno de los niños se les proporcionó las láminas del test, escogieron las que más le agradaron y se les pidió que contaran una historia en base a las láminas que habían escogido. Se realizó el análisis e interpretación de las diferentes láminas en los respectivos protocolos. Finalmente se analizaron los resultados obtenidos de la observación y los test a para llegar a una conclusión final sobre la hipótesis.

3. Entrevistas a padres de familia:

Después de haber trabajado con los niños se les paso una entrevistas a los padres de familia, en ella expresaron los aspectos más relevantes de las condiciones emocionales que han tenido que manejar durante el proceso del diagnóstico hasta el momento actual.

2.2 INSTRUMENTOS

- *Guía de Observación*

Se utilizó para observar las variables de comportamiento de la población muestra.

No.	ASPECTOS	NUNCA	A VECES	OCASIONALMENTE	SIEMPRE
5	INTROYECCION				
a.	Es agresivo (a)				X
b.	Expresa su enojo				X
c.	Influyen las ideas de otros haciendo a un lado las de ellos.		X		
d.	Se sienten superiores		X		
e.	Sienten deseos de vomitar (algo no asimilado)	X			
8	NEGACION				
a.	No aceptan estar enfermos.		X		
b.	Quieren comer de todo lo que está prohibido.		X		
c.	Quieren llevar una vida normal.				X
9	AISLAMIENTO				
a.	Se muestran serios todo el tiempo.			X	
b.	No responden las preguntas.			X	
c.	Quieren irse a su casa rápido.				X
12	CONFLUENCIA				
a.	Es conformista con los que otros piensan y dicen.		X		
b.	Es Adulador (a)	X			
c.	Es confrontativo				X
d.	Es creativo			X	
e.	Tendencia a aumentar acontecimientos.			X	

- *Test Proyectivo*

El Test “Pata Negra” es una prueba proyectiva que se utilizó como reactivo de estímulos perceptivos, para facilitar la proyección, expresión libre y directa de parte del sujeto, permitiendo explorar la estructura dinámica de la personalidad, especialmente los aspectos de las primeras etapas de la vida y analizar los

mecanismos de defensa del Yo y las tendencias instintivas, utilizando el respectivo protocolo

- *Entrevista*

Las entrevistas permitieron ver cuidadosamente las emociones específicas de los padres y niños objetos de estudio, se analizó el entorno en el que han estado sometidos los niños, los problemas que han tenido que afrontar así como los cambios que se presentaron en su vida, además de poder conocer las reacciones emocionales de los padres y el apoyo que han brindado a sus hijos.

CAPÍTULO III

3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

La unidad Nacional de Oncología Pediátrica se encuentra ubicada en la zona 07 capitalina. Esta Unidad consta de una sala de espera, habitaciones para niños en algo riesgo y habitaciones para los niños que se encuentran en terapia intensiva.

También consta con un ala especial para los niños que llegan periódicamente por sus tratamientos de quimioterapia, la cual se encuentra en el segundo nivel de dicha institución. Consta de varias clínicas para la consulta externa, así como de laboratorios para los diferentes exámenes que se le practican a los niños y un área que comunica directamente con el hospital Roosevelt en caso de cualquier eventualidad. En cada habitación se encuentra dos niños, exceptuando la de los tratamientos por quimioterapia periódica, debido a que allí se pueden encontrar hasta un máximo de 6 niños por habitación.

Como parte del programa integral de UNOP, se encuentran tres clínicas de Psicología, una de ellas especial para infantil, clínicas de: Nutrición, trabajo social, dentista, etc. Además de constar con dos áreas especiales para distracción de los niños. El personal médico es tanto nacional como extranjero, especializados en el tratamiento de cáncer infantil.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población está constituida por niños y niñas desde edades muy tempranas, como un año, hasta edades mayores, como 18. Sin embargo,

prevalecen los niños que se encuentran en las edades de 8 a 10 años. Son niños que en un 90% provienen del interior del país y que en su mayoría de los departamentos más alejados a la capital y especialmente de aldea.

Forman parte de familias numerosas, en algunas ocasiones son los hijos más pequeños, algunos de ellos son indígenas. Las familias de estos niños son de escasos recursos, algunos de extrema pobreza, por lo que el costo de la hospitalización y el tratamiento en su mayoría se ve suministrado por la fundación. De igual manera los padres de estos niños, debido en algunas ocasiones por su procedencia, no logran entender por la situación que está pasando sus hijos o bien se alarman demasiado. No son personas estudiadas y en algunos casos no saben leer o escribir, son bastante tímidos, especialmente si no logran entender el idioma español o si se les dificulta expresarse en otro idioma que no sea el que hablan.

A continuación se presenta el análisis por medio de representaciones gráficas de los resultados obtenidos en la información general (sexo, edad, situación económica y procedencia), específicos (tipo de cáncer y tiempo de diagnóstico), instrumentos (test las Aventuras de Pata Negra, lámina 17 del Hada que son los 3 deseos). La observación se presenta realizando un análisis cualitativo de las manifestaciones de los mecanismos de defensa más utilizados por los niños de la población muestra quienes son 10 niñas y 5 niños haciendo un total de 15 personas quienes se encuentran en las edades de 5 a 12 años, que han sido diagnósticas en el último año.

3.1.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

El siguiente análisis se realizó en base a los resultados obtenidos mediante la terapia de juego, guía de observación, Test “Las Aventuras de Pata Negra”, integrando la información final de la población muestra para la presente investigación.

Los datos obtenidos en la observación indican que los niños utilizan más el mecanismo de defensa (Negación) demostrándolo con ideas que reflejan no aceptar su enfermedad, desean poder realizar todo aquello que se le está prohibido por los tratamientos, desean poder seguir teniendo la vida que tenían antes, de esta manera ayudan a minimizar la angustia que se produce dentro del yo e intentar restablecer el equilibrio que está perdido. De esta manera los niños rechazan todos los aspectos relacionados con su enfermedad que consideran desagradables e intentan luchar con esta realidad.

Como segundo mecanismos de defensa más usado está la introyección, los niños colocan dentro de sí mismos, ideas falsas de la gravedad de su enfermedad, que han sido escuchadas mientras los doctores hablan con los padres, los recuerdos y sensaciones que tuvo durante la noticia del diagnóstico, esto actuará como un elemento extraño que se encuentra dentro de la persona, provocando agresividad hacia las personas, sensaciones de enojo constantemente ante las diferentes circunstancias por las cuales tiene que atravesar debido a los tratamientos. De esta manera dando lugar a un conflicto fuerte con la estructura de su personalidad, desatando así una batalla intrapersonal, aceptando las representaciones mentales de los padres respecto a la enfermedad y apropiándola. Los conflictos emocionales que los padres presentan son proyectados hacia los niños y estos los asumen y generan sentimientos de culpa.

Como tercer mecanismo de defensa más usado está la confluencia donde según los niños no diferencia ningún límite entre ellos mismos y el ambiente, en un diagnóstico de cáncer los niños consideran la enfermedad como parte normal del desarrollo y una enfermedad más, sin embargo tiene la sensación de inconformidad pero no son capaces de reconocerlo. Los niños diagnosticados con cáncer vivirá en confluencia con su ambiente (unido a la realidad que representa la enfermedad), la confluencia es una ilusión que los persigue y desean poder limar diferencias a fin de regular la experiencia traumática (diagnóstico de cáncer) que

vino a alterar el funcionamiento normal de los procesos psíquicos de la persona. Los niños no desean expresar lo que les está sucediendo. (Conformismo).

Otro mecanismo utilizado es el Aislamiento es una maniobra para evadir todos los pensamientos relacionados con su realidad y así evitar toda clase de contacto con otras personas en base a ello. Los niños que han sido diagnosticados con cáncer tienden a estar serios todo el tiempo intentando mantener los pensamientos lejos de la realidad, todo pensamiento o sentimiento dirigido hacia ellos que contenga algún significado de su enfermedad no llega a su objetivo pierde fuerza y objetividad. No responden las preguntas con contenido que les cause angustia o que causen la pérdida del equilibrio del yo. Desean evitar todo contacto con su realidad, quieren regresar a su casa lo más rápido posible y llevar la vida antes del diagnóstico, si es posible no volver al hospital y rechazar cualquier acontecimiento o tratamiento que intente traer a su mente aquellos que le generan frustración, miedo y dolor. El conflicto comienza cuando los niños se acostumbran a vivir en el Aislamiento, este mecanismo es limitativo.

Se constató que la Terapia de Juego es una herramienta altamente efectiva para determinar la utilización de los mecanismos de afrontamiento. Como los niños pierden (momentáneamente) el equilibrio del Yo o la homeostasis, también se les dificulta poder asimilar y acomodarse al nuevo entorno, es por ello que dicha terapia mediante las diferentes actividades lúdicas, permiten que el niño pueda expresarse y dar a conocer como se está sintiendo y la forma inconsciente, de cómo lo está sobrellevando.

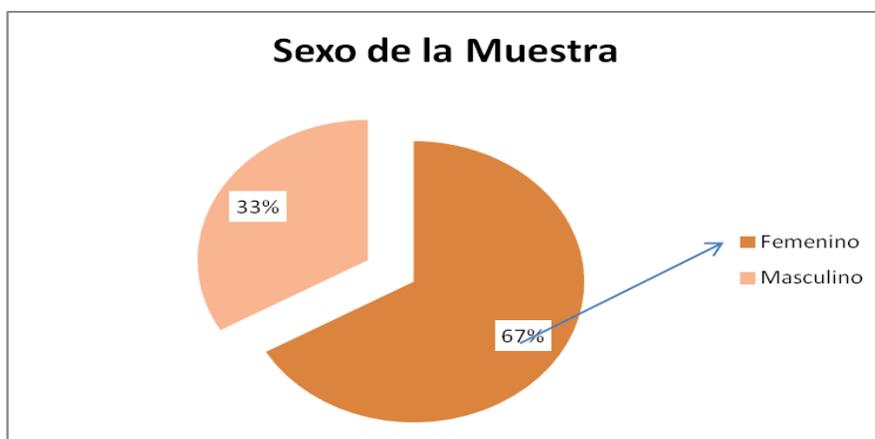
Como también se ven privados de su desarrollo social, la Terapia de Juego es determinante para que el niño se .exprese libremente, debido a que se encuentra en un ambiente que ya es conocido por él y que al mismo tiempo ha formado parte de su desarrollo integral. Mediante las diferentes técnicas los niños se comunican, de manera que no se están viendo obligados a contestar un

interrogatorio sobre preguntas o situaciones que los hacen sentirse incómodos y que los mecanismos de afrontamiento no permiten que se exprese libremente.

Sobre el diagnóstico de cáncer se determinó por el tipo de cáncer que padecen y el tiempo de diagnóstico. En la Gráfica No. 9 se demuestra que el tipo de cáncer que más se diagnostica en los niños es la Leucemia, mientras que en la Gráfica No. 10 indica que la población muestra se encuentra con un 47% de haber sido diagnóstico entre 5 a 8 meses.

3.1.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

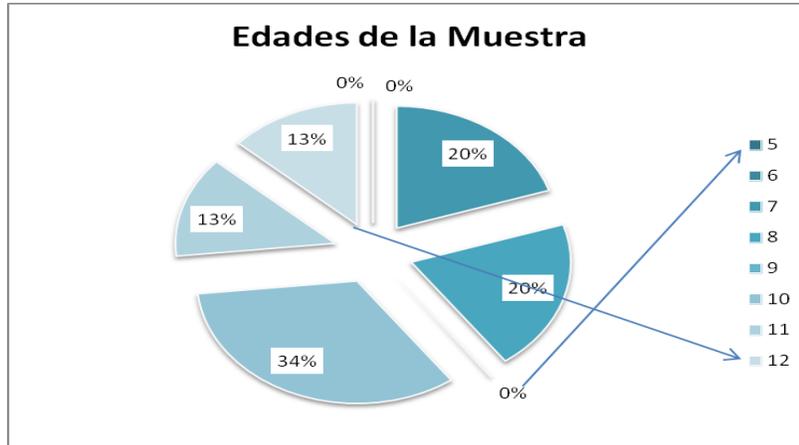
Gráfica No. 1



Fuente: Entrevistas realizadas en UNOP

Al observar la gráfica se muestra que el 67 % de la población es de sexo femenino y el otro 33% masculino, esto significa que el cáncer tiene una mayor proporción y desarrollo en las niñas que en los niños, por lo tanto ellas son más propensas a padecer dicha enfermedad.

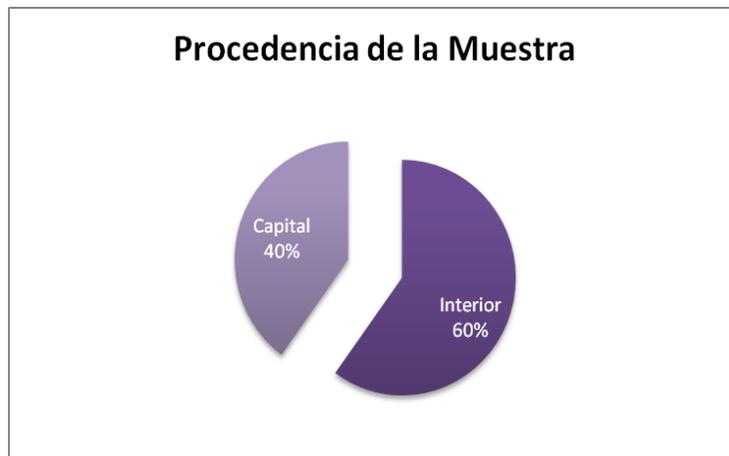
Gráfica No. 2



Fuente: Entrevistas realizadas a los niños UNOP

Esta gráfica indica que el porcentaje del 34% de la población corresponde a los niños que se encuentran en la edad de 10 años, reflejando que las edades de más incidencia para la enfermedad en nuestra muestra se encuentran entre los 7 y 11 años, descartando así el inicio del cáncer en edades muy tempranas y en edades más avanzadas de la adolescencia.

Gráfica No. 3



Fuente: Entrevistas realizadas a los niños UNOP

De los 15 niños de la población muestra el 60% proceden del interior del país de aldeas o municipios apartado de la cabecera departamental, lo cual nos

indica la problemática en la que se encuentran las familias para movilizarse hacia el hospital, al mismo tiempo es una demostración de la situación económica en la que se encuentran.

Gráfica No. 4



Fuente: Entrevistas realizadas a padres de niños con cáncer UNOP

Esta gráfica muestra que de los 15 niños de la población muestra, el 67% de la población se encuentra en una situación económica de pobreza extrema y el otro 33% en una situación económica baja, lo que nos muestra las grandes dificultades que tienen las familias para poder sostener el tratamiento de la enfermedad y los medicamentos para detener el tipo de cáncer que padecen, además de contar con más hijos y suplir los gastos necesarios de la familia.

Se utilizó el test proyectivo "Las Aventuras de Pata Negra" con el objetivo de identificar los mecanismos de defensa en la población muestra; en la lámina 17 de dicho test corresponde a la petición de tres deseos por parte de Pata Negra, a continuación se presentan las respuestas más significativas dadas por los niños:

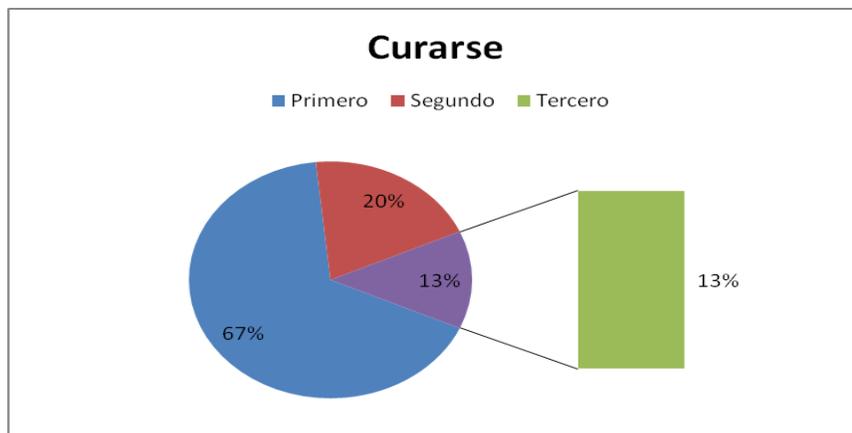
Gráfica No. 5



Fuente: Respuestas de la lámina No 17 del Test Proyectivo Pata Negra

La gráfica muestra el orden del deseo de “ser feliz”, el 20% como primer deseo el 33% como segundo y el 47% como tercero, lo que indica que la mayoría de la población muestra desean ser felices por detrás de otros deseos que son más importantes y significativos para ellos. Esto demuestra que al momento de ser diagnosticados con esta enfermedad dejan de sentirse felices y tranquilos con sus vidas, al mismo tiempo expresan el deseo que su familia también sea feliz, poder volver a realizar todo lo que hacían antes de la noticia. Muestran su apatía por estar internados.

Gráfica No. 6



Fuente: Respuestas de la lámina No. 17 del Test proyectivo Pata Negra

De la población muestra a la que se le pregunto cuales serían sus tres deseos el 67% contesto como primer deseo poder curarse, el 20% como segundo y en menor cantidad dejaron este deseo como tercero y último un 13%. Esto afirma que los niños se niegan a estar enfermos y a escapar de su realidad si estuviera en sus manos. A pesar de que se manifiestan alegres y entusiastas, cuando se les da la noticia que deben permanecer más tiempo en el hospital por los tratamientos, se desesperan, muestran actitudes de rebeldía y desean poder curarse lo más pronto posible y no regresar. Al mismo tiempo desean realizar todo aquello que les esta prohibido debido al tratamiento y a la enfermedad; al negárseles son agresivos y los padres también tienen frustrarse y no mostrarle ningún apoyo.

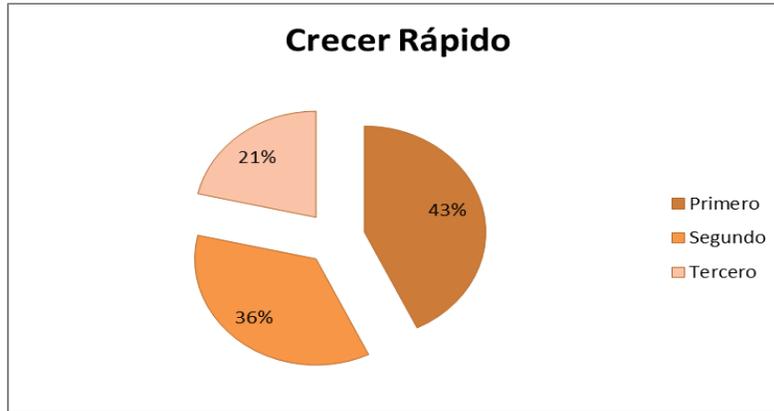
Gráfica No. 7



Fuente: Respuestas de la lámina No. 17 del test proyectivo Pata Negra.

Esta gráfica muestra que el segundo deseo más importante es poder irse a casa, con un 46%, repartiéndose de forma igual como el primero y tercero con el 27% de cada uno. Los niños después de desear poder curarse, lo que más anhelan es poder regresar a su casa y poder volver a tener su vida normal. No desean seguir enfermos y desean poder estar en su entorno, fuera de todo aquello que les recuerde por qué deben de permanecer hospitalizados. Se niegan a su realidad, ya que ellos consideran que estar enfermos solo es eso, lo cuál no significa que deban cambiar su vida y seguir con medicinas.

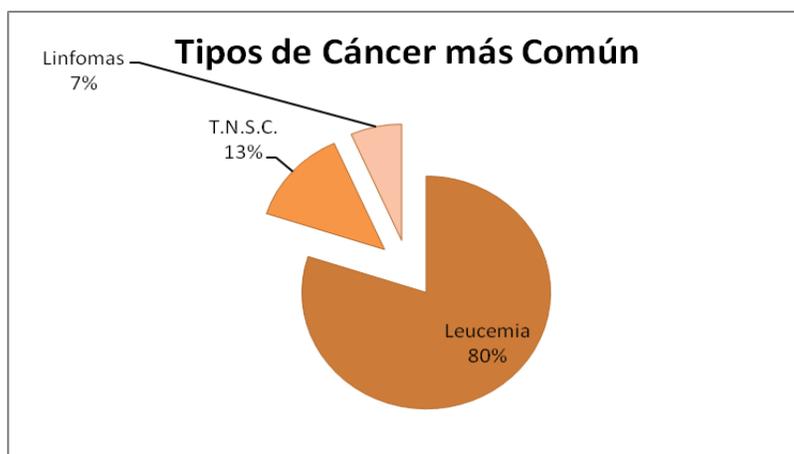
Gráfica No.8



Fuente: Respuestas de la lámina No. 17 del test proyectivo Pata Negra.

Esta gráfica muestra que uno de los deseos de los niños es poder crecer rápido, demostrándolo un 43% de la población muestra, mientras que el 36% lo piensa como segundo deseo después de otros más importantes para ellos y un 21% como tercero, no dándole tanta importancia. Esto nos indica que la muestra ve el crecer rápido como una forma de poder salir de la enfermedad, mientras son niños estarían enfermos, pero al crecer ellos volverán a ser como eran antes. Ellos siguen negándose ante su realidad y esperar que con el paso del tiempo, esto cambie y puedan seguir con sus vidas normales.

Gráfica No. 9



Fuente: Entrevistas realizadas a los padres de niños diagnosticados con cáncer UNOP

Esta gráfica nos muestra que la Leucemia es el tipo de Cáncer más común que presentan los niños diagnosticados con esta enfermedad, siendo el 80% de nuestra población muestra . Mientras que un 7% es por Linformas y un 13% por T.N.S.C.

Gráfica No. 10



Fuente: Entrevista realizadas a padres de niños diagnosticados con cáncer UNOP

El 47% de la población muestra se encuentra entre los 5 y 8 meses de haber sido diagnosticados, mientras que el 20% tiene de un mes a 4 y el 33% de nueve meses a un año.

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.1 CONCLUSIONES

- Al analizar los datos obtenidos de la prueba proyectiva y la observación se afirma que los niños y niñas que han sido diagnosticados con cáncer tienen similitudes en las conductas utilizando la negación como mecanismos más predominante, seguido de la introyección, la confluencia y el Aislamiento para poder mantener el equilibrio de su yo (homeostasis). En la Negación demuestran con ideas que reflejan no aceptar su realidad que son relacionadas con su enfermedad, en la Introyección colocan ideas falsas sobre la gravedad de su enfermedad, en la Confluencia los niños toman la enfermedad como parte del desarrollo. En el Aislamiento los niños se niegan a contestar preguntas relacionadas con su enfermedad, debido a que las bloquean para que no les genere angustia.
- Se concluye que este material contribuirá a mejorar la ayuda psicológica brindada hasta el momento a los niños por medio de la Terapia de Juego, demostrando el uso de Mecanismos de Afrontamiento en niños con cáncer.
- Brindar información al lector para que sepa cómo actuar al encontrarse con casos donde los niños son diagnosticados con cáncer.
- Los niños que han sido diagnosticados con cáncer tienen a aislarse debido a los tratamientos y las constantes hospitalizaciones. Es por ello que su mundo cambia y su desarrollo social se ve menguado por las diferentes características de la enfermedad.

4.1.2 RECOMENDACIONES

- Es importante recomendarle a toda persona que se relaciona con niños y niñas que han sido diagnosticados con cáncer la necesidad de dirigirse con los especialistas (psicólogos) para poder sobrellevar la noticia y poder ayudar a recuperar el equilibrio del Yo de los niños.
- Es necesario que la población guatemalteca, tanto profesionales de las diferentes carreras se involucre en el área preventiva emocionalmente, proporcionando o buscando diferentes técnicas que ayuden a restablecer el equilibrio emocional perdido y el soporte necesario para sobrellevar de mejor manera el diagnóstico tanto de niños como así los padres.
- Es indispensable que las instituciones que se encuentran a cargo de estos niños, tengan todo los requerimientos necesarios para poder brindarles una mejor ayuda integral, los profesionales que sean expertos en el tema y actualizarse constantemente para indagar en nuevas técnicas o guías para ayudar de forma más eficaz a los niños.
- Se recomienda el trabajo integral con los niños, de forma que se pueda abarcar; la institución donde se encuentran, los diferentes especialistas en las áreas que se ven afectadas del niño y a los padres de los mismos, de tal forma que la ayuda siempre este en sintonía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernal Torres, Cesar Augusto
Metodología de la investigación, para la administración, economía, humanidades y ciencias sociales, México, Pearson Educación, Segunda Edición, 304 Páginas
2. Dicaprio, Nicholas S.
Teorías de la Personalidad, México, McGraw-Hill, Segunda edición. 539 Páginas
3. Freud, Ana
El yo y los mecanismos de Defensa, México, Editorial Paidós, Segunda Edición. 175 Páginas.
4. Freud, Sigmund, *El Yo y el Ello* en: Obras Completas, Vol. XIX, Amorrortu, B.Aires 9ª. Edición 1996, pág
5. González Núñez, José de Jesús
Rodríguez Cortés, María del Pilar
Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica, México, Editorial Plaza y Valdés, S.A. Primera Edición. 407 Páginas
6. Instituto Nacional del Cáncer
7. Laplanche, J. y Pontalis, J.B., Diccionario de Psicoanálisis, Paidós, B.Aires 9ª. Edición 2007, pág. 375,
8. Tamayo y Tamayo, Mario,
El Proceso de la Investigación Científica, México, Editorial Limusa, Quinta edición, 444 páginas.
9. Nurnberg, Herman
Principios del psicoanálisis, Buenos Aires, Editorial Amorrortu Editores, S.A. Única edición. 392 Páginas
10. Monedero, Carmelo
Psicopatología General, Madrid, Biblioteca Nueva, Segunda Edición. 852 Páginas
11. Papalia, Diane E.; Olds, Sally Wendkos; Feldman, Ruth Duskin
Psicología del desarrollo de la Infancia a la Adolescencia, México, McGrawHill, Novena Edición. 515 Páginas.

12. Corman, Luis

Test de Pata Negra, Madrid 2009, Publicaciones de Psicología Aplicada TEA Ediciones, S.A., Tercera Edición. 28 Páginas.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO –CUM-



GUIA DE OBSERVACION

INICIALES DEL NOMBRE _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta los ítems que representan ciertas variables de comportamiento de la población muestra, en el momento en que se realiza la observación: Cada uno posee un valor según su frecuencia, escriba su valor de acuerdo con la posibilidad real luego, sumar por columnas el punteo total según los siguientes criterios.

Nunca = 2 puntos

A veces = 4 puntos

Ocasionalmente = 6 puntos

Siempre = 8 puntos

No.	ASPECTOS	NUNCA	A VECES	OCASIONALMENTE	SIEMPRE
1	REPRESION				
a.	No aceptan los tratamientos				
b.	Se niegan a ir a la clínica				
c.	No quieren hacerse los exámenes				
2	REGRESION				
a.	No permiten que nadie se acerque solo la madre				
b.	Hablan de forma infantil				
c.	Presentan enuresis				
3	IDENTIFICACION PROYECTIVA				
a.	Mencionan los logros de otro paciente como los suyos.				
b.	Fijen que quieren ir al doctor.				
4	FORMACION REACTIVA				
a.	Hostilidad a los niños sanos.				
b.	Aseguran sentirse bien cuando están enfermos.				

5	INTROYECCION				
a.	Es agresivo (a)				
b.	Expresa su enojo				
c.	Influyen las ideas de otros haciendo a un lado las de ellos.				
d.	Se sienten superiores				
e.	Sienten deseos de vomitar (algo no asimilado)				
6	RACIONALIZACION				
a.	No aceptan que no quieren las quimioterapias.				
b.	No quieren realizarse los exámenes médicos porque dicen que no son importantes.				
7	PROYECCION				
a.	No quieren administrarse el tratamiento porque los demás no lo hacen.				
b.	Se niegan a realizarse los chequeos porque a los otros pacientes no se los hacen.				
8	NEGACION				
a.	No aceptan estar enfermos.				
b.	Quieren comer de todo lo que está prohibido.				
c.	Quieren llevar una vida normal.				
9	 AISLAMIENTO				
a.	Se muestran serios todo el tiempo.				
b.	No responden las preguntas.				
c.	Quieren irse a su casa rápido.				
10	ESCISION				
a.	Aceptan el tratamiento si el doctor dice que es bueno.				
b.	Piensan que las quimioterapias son malas.				
11	ANULACION				
a.	Desvía la interrelación con los demás				
b.	Evita responsabilidades.				
c.	Habla generalidades abstractas.				
d.	Menciona el pasado en lugar del presente.				
12	CONFLUENCIA				
a.	Es conformista con los que otros piensan y dicen.				
b.	Es Adulador (a)				
c.	Es confrontativo				
d.	Es creativo				
e.	Tendencia a aumentar acontecimientos.				

OTRAS OBSERVACIONES: _____