



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PRESENCIA DE INDICADORES EMOCIONALES EN EL DIBUJO LIBRE DEL
PACIENTE PEDIÁTRICO CON CÁNCER TERMINAL DURANTE EL
ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**Maya García Erika Magali
Reyes Medina Guisela Alejandra**

DIRECTORA DE TESIS: **Mtra. María Susana Eguía Malo**

REVISORA DE TESIS: **Mtra. Guadalupe B. Santaella Hidalgo**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

AGOSTO, 2016





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos y dedicatorias

Guisela Reyes

AGRADECIMIENTOS

El terminar este proyecto en mi vida ha sido uno de las experiencias más gratificantes y enriquecedoras...

Agradezco primeramente al creador y a la vida por llevarme poco a poco por este camino, por esta oportunidad de poder trabajar en cercanía con la vida y lo que esta conlleva...

Agradezco de corazón a mis padres, quienes me han enseñado de una u otra forma el valor del esfuerzo y el trabajo, por darme la libertad y la confianza en todo lo que hago...

Agradezco a mi hermosa Universidad, por la oportunidad de cursar por sus aulas, por el conocimiento humano y profesional que emana de ella, por haberme formado no solo como psicóloga sino como ser humano sensible, apasionado y creativo... gracias

Agradezco a mis guías de profesión, mis queridas maestras que me apoyaron en este proyecto tan importante para mí:

Maestra Susana, gracias por su paciencia, confianza, dedicación y sensibilidad, por la oportunidad de juntas construir este trabajo...

Maestra Adriana Scherer, gracias por mostrarme el valor de ser psicólogo clínico, por las enseñanzas, las experiencias, mucha de la pasión por mi profesión proviene de ti, de corazón agradezco a la vida haber tenido la oportunidad de haber contribuido con este trabajo ...

A mis maestras María José Adame y Guadalupe Santaella, gracias por sus asesorías, su tiempo, dedicación e interés en este proyecto...

A mis sinodales las profesoras Martina Jurado, Damariz García y Cristina Pérez, gracias por su visión, su objetividad y contribuciones...

A mis queridas amigas:

Vero Peralta, amiga querida, gracias por estar en mi vida, por tu apoyo incondicional, por tu empeño y por todo lo que nos une...

Alin Gómez, amiga desde dentro, gracias por todo tu apoyo, por todos estos años de camino recorrido, nos falta vida por disfrutar y danzas que bailar...

Gabi Quiroz, amiga de profesión, compañera de vida, gracias por todo lo que he aprendido de ti, por todo lo que falta por construir...

A todas mis amigas de Facultad, a todos los que me apoyaron en este proyecto, Isaac, muchas gracias por todo el apoyo, por tu comprensión y entender que dentro de toda esta vida de lucha y entrega estas tú también...

A todas las personas que actualmente me han apoyado:

Blanca León, gracias por tu confianza, profesionalismo y entrega...

Moni Peimbert, gracias por la oportunidad de trabajar a lado de ustedes, en esta bella y gran institución, CDLA, gracias...

A mis guías de camino:

Ale Álvarez, linda Ale, gracias por todo lo que me has apoyado, siempre digo que la vida te hace toparte con gente que te hace crecer y cambiar de perspectiva, gracias por todos estos años de apoyo...

Moni Peralta, querida Moni, gracias por ser una guía más en este camino de vida, por entretejer en mí el amor a la carrera y a lo que soy...

Gracias a todos los niños, niñas, jóvenes y jovencitas que he tenido la oportunidad de conocer, de acompañar, de aprender de ellos... infinitamente gracias

DEDICATORIAS

“Todo lo que te rodea, lo que te hace humano, lo que hace que cada parte de tu interior vibre y se apasione... ¿Por qué será que lo más importante no logra verse y tampoco se sabe cuánto dure? Y sin embargo es el motivo para cada día, para cada paso, cada despertar...”
G.R.M

Dedico este trabajo a todos los que están y a los que se han ido, fue un honor de vida haber podido acompañarlos a través del juego, de permitirme conocerlos, de las sonrisas y los llantos...

En especial lo dedico a la niña de la sonrisa discreta, jamás olvidaré tu risa pequeña pero sonora...

A mi querida niña de la tía verde, jamás te quedes en la oscuridad...

A la niña de la alegría de roble, al mirarte siempre tenías una sonrisa que regalar...

A mi querido guerrero de Guerrero, el amor incondicional fue una fortaleza tuya...

Pudiera mencionar todas las cualidades de las bellas personas a quien dedico este trabajo, pero sería interminable, como interminable e infinito será su proceder, sé que somos más que lo que vemos y la vida se engloba en un continuo que la muerte no rompe, nos cruzamos en un momento, no sé si en otro lo volveremos a hacer ...

GRACIAS

Dedicatorias y agradecimientos

Erika Maya

DEDICATORIAS:

***“Aunque pase yo por grandes angustias, tú me darás vida;
contra el furor de mis enemigos extenderás la mano y tu
mano derecha me pondrá a salvo”***

(Salmo 138,7).

Principalmente a mi creador, por permitirme llegar a cumplir esta meta, por estar a mi lado en cada momento, llenarme de su amor infinito, guiar mis pasos y proteger mi camino, gracias padre por rodearme de seres maravillosos que han estado conmigo en cada momento.

Con todo mi cariño y admiración este trabajo está totalmente dedicado a todos mis niños del hospital Federico Gómez por permitirme ser parte de su vida, por marcar la mía en todo sentido y enseñarme que la vida se disfruta al máximo en cada momento.

Y finalmente a mis maestras Adriana Scherer y María José Adame, por enseñarme el papel tan fundamental que tenemos los psicólogos, a trabajar día tras día para mejorar como profesional y principalmente como ser humano y enseñarme lo más valioso que tiene esta profesión que es el poder marcar una diferencia en la vida de estos niños.

Gracias por permitirme ser parte de este maravilloso equipo, por confiar en mis capacidades, y más que mis guías en este camino, muchas gracias por ser mis amigas y apoyarme siempre.

AGRADECIMIENTOS:

“Es, pues, la fe la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve”

Hebreos 11:1

A mi familia en primer lugar, gracias por apoyarme siempre, estar conmigo en cada paso que di para llegar a este momento,

A mis padres por darme la vida, cuidarme, amarme y enseñarme que más que conseguir un título debo buscar mi felicidad, crecimiento personal y espiritual, gracias por ayudarme a cumplir una meta más en mi vida.

A mis hermanos Meli y Luis por no dejarme nunca, gracias por caminar conmigo en todo momento, ser mis cómplices y compañeros de vida. Este logro es nuestro ya que cada vez que intenté desertar sus palabras me animaban a seguir adelante.

A mis tíos Alejandro, Moisés y Lalo, gracias por su paciencia y por no dejar de creer en mí, este logro es suyo también ya que sin ustedes me habría sido imposible llegar a cumplir esta meta.

Con un gran amor gracias a mi abuela, ya que sin su educación, amor, paciencia y valores inculcados, yo no sería la misma persona.

A mi madrina Ruth, por ser un pilar fundamental en mi vida, ya que llegué a ella en el momento más complicado y desde entonces ha sido mi gran ángel protector, gracias por estar a mi lado siempre y seguir creyendo en mí.

A mis queridas amigas: Aurora, Ale, Rosa, Diana, Vero, Beti, Jessi, Kari, Mabe, y Ulises, gracias por todas las risas y maravillosos momentos vividos.

A mi maravilloso equipo de psicología del hospital Federico Gómez: Gabi, Aarón, Jaqui, Lisa, Are, Are V. y Jessi, gracias por compartir todo su conocimiento conmigo, por acompañarme en la grandiosa experiencia vivida en el hospital, y crecer profesionalmente junto a mí.

A mi profesora Susana Eguía, gracias por aceptar dirigir este trabajo, por su paciencia y dedicación a lo largo de este proceso. A la profesora Guadalupe Santaella, gracias a su apoyo y ayuda para sacar adelante este proyecto. Y a mi jurado, gracias por su tiempo y dedicación.

A mi querida compañera de tesis Guisela, por aceptar caminar a mi lado aun cuando el camino era incierto y áspero, gracias por tu paciencia, por las risas, por las horas de pláticas infinitas y por todas tus valiosas enseñanzas y consejos.

Finalmente a ti Gus porque estuviste conmigo durante todo este proceso, por la paciencia que demostraste y por tu apoyo incondicional por más de 2 años, por tus palabras de aliento que me impulsaron a seguir adelante en los momentos de mayor desesperación, porque a pesar de todo jamás dejaste de creer en mí.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO I. EL CÁNCER INFANTIL EN MÉXICO	1
1.1 Epidemiología a en México	2
1.1.1 Incidencia y prevalencia	3
1.1.2 Mortalidad	4
1.2 El cáncer	5
1.2.1 Causas, factores de riesgo y prevención	7
1.3 Cuidados paliativos	10
CAPÍTULO II. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR	17
2.1 El niño en edad escolar	17
2.1.1 Desarrollo físico	18
2.1.2 Desarrollo cognitivo	21
2.1.3 Desarrollo social	22
2.1.4 Desarrollo emocional	24
2.2 Impacto emocional del niño pediátrico con cáncer	26
2.3 Concepto de muerte en el niño	30
2.4 Acompañamiento emocional con niños y adolescentes	32
CAPÍTULO III. EXPRESIÓN EMOCIONAL A TRAVÉS DE TÉCNICAS PROYECTIVAS	
3.1 Técnicas proyectivas.....	36
3.2 Dibujo libre	40
3.3 Dibujo de la figura humana de Koppitz	41
3.3.1 Indicadores emocionales de la figura humana de Koppitz	42

3.4 Expresión gráfica a través del dibujo	48
3.4.1 Expresión emocional del niño a través del dibujo.....	51
CAPÍTULO IV. MÉTODO	54
4.1 Planteamiento del problema	54
4.2 Justificación	56
4.3 Pregunta de investigación	58
4.4 Tipo de estudio	58
4.5 Objetivo general.....	59
4.6 Objetivos específicos.....	59
4.7 Participantes.....	59
4.7.1 Criterios de inclusión.....	60
4.8 Instrumentos o técnicas.....	61
4.9 Contexto y escenario.....	61
4.10 Procedimiento.....	62
CAPÍTULO V. RESULTADOS	66
5.1 Indicadores emocionales presentes en el total de dibujos de la muestra....	67
5.2 Acompañamiento emocional.....	90
5.3 Análisis clínico del contenido de los dibujos	96
DISCUSIÓN.....	116
CONCLUSIÓN.....	123
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	127
BIBLIOGRAFÍA.....	128
ANEXOS.....	133

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los indicadores emocionales presentes en dibujos de niños con cáncer terminal del Hospital Infantil de México Federico Gómez, de acuerdo con Elizabeth Koppitz (1989), con la finalidad de conocer las características emocionales y las diferencias en la expresión proyectiva expuestas en los dibujos de niños que recibieron y no recibieron acompañamiento emocional durante esta etapa de terminalidad.

La muestra quedó constituida por un total de 86 dibujos, (donde se encontró presente al menos una figura humana) realizados por niños y niñas en un rango de edad de 6 a 11 años, de cuya muestra 62 representaron a los participantes que recibieron acompañamiento emocional, y 24 aquellos que no. Se realizó un estudio de tipo descriptivo (Danhke, 1989 en Hernández, 2003) para observar los indicadores emocionales, tomando en cuenta grupos de edad y el haber recibido o no acompañamiento emocional.

Los resultados obtenidos señalaron que las características proyectivas identificadas en la muestra general de los dibujos denotan signos emocionales de timidez, retracción social, preocupación y angustia por el cuerpo, así como sentimientos de inadecuación e incapacidad para actuar, lo que se relacionó con dificultades para afrontar su situación de vida. Los dibujos de los niños que recibieron acompañamiento emocional mostraron un mayor número de indicadores emocionales en comparación con los que no recibieron, se asume que posiblemente esto se relacionó con mayores recursos de expresión emocional observados a través del dibujo. Finalmente los dibujos de los niños que no recibieron acompañamiento muestran signos de inseguridad, confusión, evasión e inadecuación ante su realidad. Por lo anterior, se considera que el dibujo fue una herramienta proyectiva que permitió expresar a los niños estados de angustia o ansiedad (Anderson & Anderson, 1993; Vives, 2005) presentes durante su proceso de terminalidad.

Palabras clave: cáncer, indicadores emocionales, acompañamiento emocional, cuidados paliativos, técnicas proyectivas.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer infantil representa el 5% de todas las neoplasias malignas de los mexicanos. La Organización Mundial de la Salud señala que a nivel mundial se reportan alrededor de 10 millones de casos nuevos por año, motivo por el cual se considera a los menores que padecen esta enfermedad, como una población vulnerable que presenta efectos sociales y psicológicos desde el inicio hasta el término del tratamiento.

El cáncer en la edad pediátrica ocupa la segunda causa de mortalidad en los países industrializados. Los niños y adolescentes con cáncer se ven enfrentados a situaciones médicas y emocionales durante todo el proceso de la enfermedad que pueden alterar su grado de adaptación psicológica global tanto en la infancia y adolescencia, como en edad adulta. Por lo que se considera de total importancia el acompañamiento psicológico a los pacientes durante este proceso, para lograr una adaptación adecuada a estas difíciles situaciones (Die, 2003).

Los avances en el campo de la psicología cognitiva y evolutiva nos han permitido definir el proceso de adquisición de los conceptos de enfermedad y muerte en los niños, así como la conciencia que tienen los enfermos pediátricos de la gravedad de su condición médica. (Die, 2003).

La muerte de un niño o un adolescente confronta a todos aquellos que lo rodean generando sentimientos de impotencia y angustia. Cuando un niño o adolescente se encuentra en esta etapa causa profundo impacto e incluso se vive como algo siniestro, esta situación se afrontará dependiendo de cómo responda su entorno ante los cambios y las pérdidas pasadas, presentes o futuras. El niño que va a morir desea consciente o

inconscientemente que se le acompañe en esta etapa final. Si se logra establecer una relación segura entre padres y el paciente, el tiempo que se comparte adquiere calidad, una dimensión y espacio que es valioso (Bild y Gómez, 2008 en Faberman, 2010). De tal manera que el psicólogo puede ejercer una influencia beneficiosa en tres frentes: en los integrantes del equipo médico, en los padres y en el niño, propiciando en éste una comunicación abierta, honesta y comprensiva acerca de sus dudas y temores. La finalidad del acompañamiento en la etapa terminal es ayudarlos a expresarse con libertad y confianza, escucharlos sin interrumpir el diálogo, incluso ante la ansiedad que el contenido pudiera llegar a despertar en nosotros.

Es importante para el niño que se le brinde disposición para ser escuchado con respeto, atención y sin angustia en lo que lo inquieta o preocupa. Lo primero que se debe realizar durante el acompañamiento terapéutico es garantizar un espacio de empatía en el cual el niño o joven perciba que, a diferencia de lo que puede suceder con otros familiares, sus preocupaciones no desencadenarán angustia ni enojo. A partir de los contenidos que el paciente presenta como importantes se deben ofrecer palabras que tengan efecto benéfico, de igual manera se pueden utilizar técnicas que proporcionen al niño un espacio de seguridad y proyección, siendo las técnicas proyectivas las más adecuadas para brindar dichos elementos.

La técnica proyectiva es un procedimiento para descubrir estilos, características del comportamiento de una persona a través de la observación de una conducta en respuesta a una situación que no presupone o exige una determinada respuesta. La entrevista, la sesión de juego o el dibujo pueden considerarse técnicas proyectivas. (English, 1958 en Vives 2005).

Meili (1979) considera que las pruebas proyectivas pretenden descubrir la estructura fundamental de la personalidad y los motivos del individuo para que elabore ante

estímulos de una forma no predeterminada y sin ninguna referencia a un sistema preestablecido de respuestas exactas o cerradas. Por otro lado Sami Ali (1982) señala que los procedimientos proyectivos habituales tienen la particularidad de confrontar al sujeto con un material amorfo que debe ser estructurado activa y espontáneamente (Vives, 2005).

Desde la aparición de las pruebas proyectivas como técnicas de evaluación de la personalidad han surgido un sin fin de instrumentos gráficos entre los que destacan las aportaciones en el dibujo de la figura humana de Koppitz. El test es una prueba de maduración y proyección y define los signos evolutivos y emocionales. Para definir los indicadores emocionales, partió de los criterios de K. Machover validados estadísticamente, los cuales reflejan ansiedades, preocupaciones y actitudes del niño, (Koppitz, 1989 en Vives 2005)

CAPÍTULO I

EL CÁNCER INFANTIL EN MÉXICO

De acuerdo con el último censo poblacional en nuestro país, el monto de población menor de 18 años, ascendió a 40.2 millones de personas: 19.7 millones de niñas y 20.5 millones de niños (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>). Dicha población se caracteriza por un desarrollo cognitivo, social y físico enfocado en la adquisición de habilidades que le brinda el entorno, ya sea familiar, académico y social. Por lo tanto se espera que esta población tenga un desarrollo óptimo; sin embargo, en ocasiones este se ve afectado por condiciones de salud y socio económicas que no permiten alcanzar una adecuada calidad de vida.

En particular se abordará el tema de salud en la población infantil y de manera específica los padecimientos de cáncer, los cuales en el país son uno de los problemas más importantes de salud pública. En la actualidad, el cáncer infantil es la principal causa de muerte por enfermedad en mexicanos entre 5 y 14 años de edad, conforme a las cifras preliminares 2013 reportadas en el Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) (Secretaría de Salud, abril 2016, recuperado de <http://www.gob.mx/salud/articulos/cancer-infantil-en-mexico>). Aunque en términos generales esta patología es similar en muchos aspectos a las que se presentan en otros países, existen diversas condiciones sociales y de atención médica que impactan en este problema y que lo convierten en una situación que va más allá del tratamiento médico. Otro problema importante a destacar es que debido a la incidencia y la tasa de mortalidad que ha incrementado significativamente en los últimos años, los recursos financieros para la atención del niño con cáncer son en la actualidad más altos (Rivera, 2007).

Debido a tales demandas económicas, el abordaje terapéutico se focaliza en gran medida en la formación de especialistas médicos y se le da poca importancia al impacto familiar

y emocional de dicho padecimiento; esto debido a que la mayoría de los recursos se dirige a la atención médica, dejando a un lado la atención e intervención psicológica.

Para fines de este estudio específicamente se retoma a la población en edad escolar que padece o padeció de cáncer en un Hospital de tercer nivel en la Ciudad de México; pacientes que provenían de diversas partes de la República y que su condición social y económica es diversa y la evolución de la enfermedad, al momento de acudir a la intervención; se encuentra en la etapa más avanzada.

A continuación se presentan las características del cáncer y cómo es su evolución, etiología e intervención en la población pediátrica, así como datos epidemiológicos y sociales que ponen en un lugar importante el abordaje del cáncer infantil en México y cómo es de suma importancia considerar la intervención y acompañamiento psicológicos.

1.1 Epidemiología en México

La población de México está compuesta por 112,336,538 millones de habitantes de acuerdo al censo del INEGI del año 2010; de esta población el 33.3% tiene menos de 18 años de edad. Por lo tanto estas cifras obligan al sector salud al planteamiento del cáncer infantil como un problema nacional de salud, por lo que podemos considerar que la incidencia del cáncer infantil en México es relevante (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, marzo 2014, recuperado de, <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx#H>). En México se estima que existen anualmente entre 5,000 y 6,000 casos nuevos de cáncer en menores de 18 años. Destacan principalmente las leucemias, que representan el 52% del total de los casos; linfomas el 10% y los tumores del sistema nervioso central el 10%.

En busca de una explicación al gran incremento en la incidencia del cáncer en la población infantil, los sistemas de salud pública, junto con los diferentes gobiernos, han

considerado los esfuerzos federales en desarrollar campañas efectivas de inmunización a nivel nacional, como herramienta temprana en las principales enfermedades infantiles, permitiendo con esto que la población infantil por debajo de los cuatro años de edad alcance a vivir sanamente durante sus primeros años. Pese a estas acciones, actualmente el cáncer en la población infantil origina una alta tasa de mortalidad; México tiene un promedio anual de 2,150 muertes por cáncer infantil en la última década (Secretaría de Salud abril, 2016, recuperado de <http://www.gob.mx/salud/articulos/cancer-infantil-en-mexico>).

1.1.1 Incidencia y prevalencia

La incidencia de un padecimiento se refiere a la relación causal que expresa los nuevos casos, los que aparecen como consecuencia del supuesto factor de riesgo o los que dejan de producirse por la acción terapéutica o preventiva. Así, la incidencia del cáncer en menores de 15 años tiene un rango muy amplio; en México, la incidencia es de 122 millones de casos por año (Rivera, 2007). La razón de incidencia de casos de cáncer es de 9 casos por 100 mil menores de 18 años, para población no derechohabiente en la República Mexicana, con un índice de supervivencia del 56%. (Centro Nacional para la Salud; abril 2016, recuperado de <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancerinfantil.html>).

Por otro lado, la prevalencia es un índice importante que se debe aplicar para determinar las necesidades médicas y sociales. Se define como el número total de casos de la enfermedad (cáncer) en una población en el momento en que se efectúa la investigación. Con estos conceptos expuestos se sabe que en México al igual que en el resto del mundo, es el grupo de padecimientos malignos más común en pediatría.

La República Mexicana cuenta con 2000,000 kilómetros cuadrados y su producto interno bruto (PIB) es de 4% del cual solo 0.29% se dedica a la investigación en salud,

incluyendo el tema de cáncer. De acuerdo con el Banco Mundial, México tiene un ingreso per cápita de 4,400.00 dólares americanos por año y cuenta solamente con 120 médicos y 190 enfermeras por cada 100,000 habitantes. Por otro lado hay menos de 95 oncólogos pediatras y menos de 50 hematólogos pediatras en toda la República Mexicana, por lo tanto, no hay una distribución geográfica y estratégicamente distribuida del personal médico especializado (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, abril 2016, recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx#H>).

El desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica es indispensable para la toma de decisiones en el campo del sector salud. El conocimiento de este sistema es indispensable para entender la importancia en la prevención, pero sobre todo en el cáncer infantil y en el control de este grupo de enfermedades. Pero la prevención y detección temprana son limitadas, indiscutiblemente esta situación se debe a la restricción de recursos financieros, técnicas y poco conocimiento epidemiológico. De igual manera se requiere de especialistas en la materia, quienes a su vez deben participar estrechamente con los servicios de salud, locales y federales, de manera que el clínico general se familiarice con ese problema de salud cada día más frecuente.

1.1.2 Mortalidad

El cáncer en edad pediátrica ocupa el segundo lugar como causa de defunciones en los países industrializados. En la República Mexicana en el año de 1977, ocupaba el cuarto lugar entre los 5 y 14 años de edad; no fue sino hasta 1996 que se informó un aumento en la mortalidad. En la actualidad es la segunda causa de muerte entre los 5 y 14 años de edad, únicamente antecedida por accidentes. Tanto en la Unión Americana como en la República Mexicana, la mortalidad por cáncer es de 5% en pacientes entre los 15 y 19 años de edad.

Dentro de los aspectos importantes se debe señalar, en relación a la mortalidad por cáncer infantil, es que en México este índice se puede deber a que los niños con cáncer y sin protección social del sistema de salud –IMSS, ISSSTE- son referidos tardíamente a centros hospitalarios especializados. Estos también se deben a una falta de infraestructura técnica y humana, así como de instituciones especializadas en diferentes partes del país. Actualmente tan solo se cuenta con 54 Unidades Médicas Acreditadas (UMA) para la atención de pacientes menores de 18 años con cáncer, que generalmente se localizan en las principales ciudades con mayores recursos financieros, ocasionando que sean inaccesibles a gran parte de la población (Secretaría de Salud, abril 2016, recuperado de <http://www.gob.mx/salud/articulos/cancer-infantil-en-mexico>).

1.2 El cáncer

Nuestro organismo está compuesto por células las cuales componen y forman parte del funcionamiento de todos nuestros sistemas orgánicos (circulatorio, digestivo, nervioso, etc.). Todas las células tienen un diferente grado de especialización y se interrelacionan unas con otras; presentan una capacidad de división y multiplicación, la cual suele ser muy diversa entre los distintos tipos celulares (Argiles, López –Soriano, 1998).

Cuando los procesos de división celular se alteran, una determinada célula pierde el control de multiplicación y empieza a dividirse de manera incontrolada y muy rápida. Esta célula transmitirá a su progenie la misma capacidad incontrolada de división; estas células adquieren características físicas y funcionales diferentes a las de las células del tejido de procedencia, además adquieren una gran tendencia a desplazarse fuera del tejido original (Argiles, López –Soriano, 1998), a grandes rasgos, este proceso celular incontrolado es lo que origina lo que comúnmente se conoce como cáncer. En síntesis, el cáncer se puede definir como un proceso genético caracterizado por la aparición de un clon celular que se caracteriza por tener autonomía de crecimiento, capacidad invasora local y capacidad de invadir nuevos tejidos (metástasis), escapando completamente del

control fisiológico de crecimiento y diferenciación celular (Acha, 2007 citado en Muñoz, Del Moral y Uberos, 2007).

En el lenguaje médico se le conoce como tumor a las neoplasias malignas, es decir, aquellas que pueden surgir desde cualquier tejido del organismo y tienen un crecimiento rápido, invaden y destruyen tejidos, se diseminan a distancia (metástasis) y si no son tratados pueden provocar la muerte (Rootion, 2007).

La mayoría de los padecimientos cancerígenos tienen un periodo asintomático (por años en ocasiones), hasta posteriormente producir una mayor velocidad de crecimiento y la sintomatología clínica del padecimiento cancerígeno. Contrario a lo anterior, en niños, el cáncer tiene características únicas que las diferencian del cáncer en adultos; clínicamente tienen periodos de latencia muy cortos, con un rápido crecimiento y una gran invasividad. Por otro lado, los tumores típicos de la infancia son los embrionarios; debido a esto, su localización se da fundamentalmente en órganos no superficiales. Las leucemias, que son el cáncer más frecuente en la edad pediátrica, representan menos del 5% del cáncer en adultos (Acha, 2007 citado en Muñoz, Del Moral y Uberos 2007).

Específicamente las características de proliferación celular del cáncer en niños se origina en células indiferenciadas o blásticas (como las leucemias particularmente), o como ya se mencionó son de origen embrionario (neuroblastoma, rhabdomyosarcoma, meduloblastoma, entre otros). Por tener origen en células tan primitivas son poco conocidos los agentes externos que pueden dar origen al cáncer infantil y los mecanismos que conducen a estas alteraciones son muchas veces hereditarias (Rootion, 2007).

En cuanto a aspectos clínicos y detección del cáncer infantil, la mayoría de los síntomas y signos producidos por los tumores infantiles se debe al efecto de una masa sobre las estructuras circundantes o la secreción por el tumor que altere una función orgánica. Los principales signos y síntomas que podrían indicar la presencia de cáncer son: palidez o elementos purpúricos, secreción ótica crónica, hemorragia vaginal, fiebre recurrente, dolor óseo, cefalea matinal y vómitos, signos y síntomas relacionados con problemas en

el sistema nervioso central, dolor óseo persistente, cojera prolongada, decaimiento, pérdida de peso entre otros (Acha, 2007 citado en Muñoz, et. al., 2007).

1.2.1 Causas, factores de riesgo y prevención

Las enfermedades multifactoriales como el cáncer no presentan específicamente un agente etiológico o causal, sino deben considerarse diversos factores de riesgo, (Saracci, 1997; Weed, 1995; citado en Sierrasesúmaga, Antillán, Bernaola, Patiño, San Julián, 2006).

El cáncer además de ser multifactorial, se origina tras varios periodos de latencia. En todas las edades el cáncer es el resultado final de la interacción de dos determinantes: el genético (endógeno) y el ambiental (exógeno), los cuales en su mayoría son desconocidos (Saracci, 1997 citado en Sierrasesúmaga et. al , 2006).

En el contexto de la carcinogénesis (causas del cáncer) es necesario señalar que los factores desencadenantes se desconocen, especialmente en la población pediátrica; sin embargo los factores exógenos conocidos por ocasionar cáncer en el ser humano, principalmente en el adulto son: 1) ambientales, 2) estilos de vida, 3) ocupacionales, 4) ingesta de productos farmacéuticos, 5) biológicos y 6) genético/ familiares.

En la infancia, la herencia juega un papel importante, pero el dato es limitado a causa del número reducido de las causas en las cuales se puede identificar este factor en la producción del cáncer infantil. Por otro lado, se ha mencionado que el estado nutricional de los niños con cáncer tampoco se relaciona como factor predisponente, pero se correlaciona principalmente como factor de poca tolerancia a la quimioterapia.

En cuanto a las causas en general, los factores ambientales están asociados al 98- 99% de todos los cánceres y al 85- 96% de los desarrollados en la época pediátrica (Narod, Stiller y Lenoir, 1991 citados en Sierrasesúmaga, et. al, 2006). En cuanto al determinante genético en familias con antecedentes importantes de cáncer en el 10 % a 15% de los casos, sí existe una fuerte asociación familiar o el niño puede presentar además otras

enfermedades congénitas que se asocian a determinados tipos de tumores (Acha, 2007 citado en Muñoz, et. al, 2007).

Los agentes capaces de inducir la lesión genética que determina el cáncer se denominan carcinógenos y su naturaleza puede ser física, química o biológica. Entre los físicos se encuentran las radiaciones, principalmente aquéllas que pueden traspasar la piel como los rayos x y gamma, los cuales pueden provocar cambios importantes en la estructura del DNA y consecuentemente inducir el crecimiento celular tumoral.

Entre los agentes químicos se encuentra el consumo de tabaco y alcohol así como la dieta diaria. Esta última es el principal factor responsable de la aparición del cáncer en humanos. El alcohol, aunque no es directamente un compuesto carcinogénico puede contener contaminantes que sí poseen esta característica como compuestos nitrosos (en algunas cervezas), micotoxinas y taninos (en algunos vinos) o uretano (en algunos brandies). Asimismo es posible encontrar pesticidas, colorantes o conservadores que pueden influir en el proceso carcinogénico. Finalmente los metabolitos del alcohol como el acetaldehído, la capacidad propia del alcohol de actuar como disolvente y la influencia que puede tener en el ciclo hormonal humano se consideran agentes y factores de riesgo

.El tabaco es otro carcinógeno químico debido a que contiene numerosos compuestos como el benzopireno, níquel, cadmio, polonio radiactivo, óxidos de nitrógeno entre otros, que actúan como importantes carcinogénicos (Argiles, López –Soriano, 1998).

Entre los principales agentes biológicos se encuentran las infecciones virílicas. Hoy día se considera que alrededor del 15% de los cánceres puede tener una etiología viral. Algunos de ellos se atribuyen a bacterias como helicobácter pylori e infecciones parasitarias. Virus como el de la inmunodeficiencia humana tipo I y II están involucrados de manera indirecta en el desarrollo de cáncer humano (Godoy, 2008).

Como factores de riesgo, también la exposición materna durante el embarazo al tabaquismo, alcohol, neurofármacos, infecciones virílicas, radiaciones electromagnéticas, café, malos hábitos dietéticos, tintes, herbicidas y pesticidas pueden ser factores determinantes de cáncer infantil.

La aparición de los cánceres pediátricos, además de las interacciones entre los factores de riesgo está condicionada por los periodos evolutivos de desarrollo: preconcepcional (antes del nacimiento o antes de que la madre se embarace), concepcional (durante el nacimiento), transplacentario y postnatal (después del nacimiento).

En el periodo preconcepcional, los agentes químicos que pudieran dar origen al cáncer, penetran en el organismo a través de la piel, mucosa respiratoria y digestiva. Estos impregnan y afectan a todas las células, incluidas las germinales. En ellas pueden producir alteraciones genéticas que actuarán como factores predisponentes, favoreciendo la aparición de cáncer en sus descendientes.

En el periodo concepcional el embrión es resistente al cáncer en la primera fase de gestación, pero al finalizar la formación de los órganos, se incrementa la posibilidad de desarrollar cáncer. La exposición fetal a radiación ionizante se asocia a un mayor riesgo de desarrollarlo. La placenta constituye una barrera eficaz contra el paso de células cancerígenas.

Por otro lado, después del nacimiento, la inmadurez fisiológica y endócrino- hormonal del menor, implican factores de riesgo de desarrollar cáncer para los infantes. (Narod, Stiller y Lenoir, 1991; citados en Sierrasesúmaga, et. al , 2006).

En cuanto a aspectos de la prevención de cáncer infantil existen datos que sugieren que la lactancia materna es un factor de protección tanto materna como infantil. En las mujeres lactantes disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario y en los infantes previene la aparición principalmente de leucemias (Villalpando, Harnost, 1998; citado en Sierrasesúmaga, et. al , 2006). La dieta es otro agente de prevención; se considera que el consumo elevado de productos animales, grasas y azúcar ha correlacionado con la presencia de diversos tipos de cáncer como de colon, estómago, endometrio, próstata y pulmón. Por otro lado, una alta ingesta de verduras y vegetales se asocia con la reducción de riesgo de cáncer de la cavidad oral, laringe y esófago. Sin embargo, la relación general de dieta y cáncer no ha podido encontrar apoyo consistente en los

resultados de estudio de dietas en individuos, sólo en variaciones globales internacionales (Godoy, 2008).

1.3 Cuidados paliativos

En el ámbito de las enfermedades oncológicas, se ha registrado un aumento significativo de la supervivencia y la calidad de vida; pero hay enfermos que a pesar de tratamientos innovadores y nuevos fármacos no conseguirán sanar y se enfrentarán igualmente a la posibilidad de morir. Bayés (1998) refiere que un enfermo en etapa terminal es aquel que padece una enfermedad avanzada e incurable, con un pronóstico de vida breve (esperanza de vida inferior a seis meses), en donde ya no existe una respuesta favorable a los tratamientos médicos. Esta etapa se caracteriza por la presencia de síntomas múltiples e inestables que impactan en la condición física y emocional del paciente, por lo que se requiere de una atención multidisciplinaria, dinámica y flexible para el enfermo y sus familiares.

Debido a la necesidad de intervenir ante dichos procesos de terminalidad, las instituciones de salud en el mundo han establecido procedimientos específicos conocidos como cuidados paliativos, los cuales se han definido como el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. En estos se da una importancia primordial al control del dolor así como a los problemas psicológicos, sociales y espirituales que surgen en esta etapa. En general, el objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes y sus allegados (Organización Mundial de la Salud, citado en Arranz, Barbero, Barreto y Bayés 2003).

El modelo integral de los cuidados paliativos pretende obtener el bienestar y la atenuación del sufrimiento de todas las personas que están involucradas en el proceso. Uno de los objetivos que se plantean en los cuidados paliativos es el acompañar al paciente en el proceso de adaptación psicológica así como dotarlo de recursos para disminuir su vulnerabilidad y conducirlo al mayor bienestar posible (Arranz, et.al., 2003).

En síntesis los cuidados paliativos se definen como el cuidado activo e integral de las personas con enfermedades en fase terminal y sus familiares para la obtención de una mejora de la calidad de vida (Benítez y Asensio, 2002). La OMS (1990) describe cuatro principios básicos de los cuidados paliativos:

- Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal dentro de aquella; los cuidados paliativos ni adelantan ni posponen la muerte.
- Los cuidados paliativos proporcionan alivio de los síntomas e integran los aspectos psicológicos y espirituales de los pacientes, intentando realizar todos los cuidados en el entorno natural del paciente.
- Los cuidados paliativos ofrecen un soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, considerando la enfermedad en función del sufrimiento que provoca.
- Los cuidados paliativos ofertan un sistema de ayuda a la familia durante la enfermedad y durante el duelo.

Por lo anterior se evidencia que los cuidados paliativos se definen no sólo a partir de un tipo determinado de enfermedad, sino que se aplican a pacientes de todas las enfermedades terminales, basados en una evaluación específica de su diagnóstico y necesidades, de esta forma exigen una atención especial en la práctica cuya base se determina a partir de una comunicación abierta y sensible con los pacientes, familiares y cuidadores (Benítez y Asensio, 2002).

Ya se ha hablado del papel que juegan los diferentes especialistas en el cuidado de pacientes terminales. Se considera que de la misma manera el papel del psicólogo llega a ser de suma importancia para apoyar a la familia y al niño durante esta etapa, ya que el niño sufre cambios físicos y emocionales que pueden ocasionar cambios a nivel personal pero además de su dinámica familiar (Petrillo & Sanger, 1975).

El apoyo que se otorga al paciente, desde el punto de vista psicológico, se centra en la evaluación y apoyo en la percepción de bienestar, el dolor y sufrimiento como consecuencia de la situación en la que se encuentra, además de identificar e intervenir en síntomas psicopatológicos como ansiedad, miedo ante la muerte, depresión, o pérdida de control de la situación.

La intervención psicológica con el paciente debe llevarse a cabo de manera continua y flexible, debido a los cambios rápidos en la evolución de la enfermedad. En relación con los familiares, el apoyo debe centrarse en la sobrecarga de trabajo e impacto emocional que se produce como consecuencia de la cercanía de la enfermedad y sus posibles consecuencias. Uno de los principales objetivos psicológicos es disminuir los problemas psicosociales que la etapa de terminalidad del paciente provoca en el funcionamiento familiar, así como ayudar a la familia y a la persona en la anticipación del duelo (Barreto y Bayés, 1990).

Barreto (1994), describe a la enfermedad terminal como un proceso dinámico en el que se deben de fijar objetivos de intervención psicológica flexibles los cuales dependerán de la evolución de la enfermedad. Dichos objetivos son:

- Favorecer un adecuado control de síntomas físicos y psíquicos, donde uno de los más importantes síntomas a tratar es el dolor. Ante esto es de suma importancia el atender el grado de sensación de amenaza y dolor el cual es particular para cada persona.
- Afrontamiento al tema de la muerte próxima. La muerte cercana produce un fuerte impacto emocional en el paciente, sus familiares y equipo terapéutico. El hacerle frente de manera natural y tomando en cuenta ya no la cura sino los cuidados y apoyo imprescindible, apoyará en el proceso de aceptación del paciente y sus familiares.
- Dar soporte familiar. Es importante ayudar a la familia a comunicarse con el enfermo, tomando en cuenta de manera prioritaria el respeto a la dignidad del paciente y su autonomía personal. En cuidados paliativos se trabaja mientras dure la vida pero no

manteniendo las constantes vitales innecesariamente, sino manteniendo una vida digna donde el máximo confort de la misma sea una meta alcanzable.

Otros autores como Arranz y colaboradores (2003) proponen un modelo de intervención en cuidados paliativos donde resaltan los siguientes puntos:

1. Identificar aquellos síntomas somáticos y psicológicos desde un punto de vista del paciente y no del nuestro. Es importante mantenerse al tanto del origen de dichas alteraciones psicológicas las cuales pueden tener su origen en problemáticas cognitivas, emocionales y/o espirituales, de estas últimas se debe prestar una atención prioritaria.
2. Compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas a través de intervenir en la intensidad de amenaza tanto física como psíquica que representa para el paciente.
3. Detectar y potenciar los propios recursos del paciente con la finalidad de aumentar su percepción de control de la situación y los síntomas.
4. Combatir los síntomas de sufrimiento mediante estrategias como la información, distracción, relajación o hipnosis, entre otras, las cuales permitan alejar la sensación de amenaza.

Otro aspecto relevante a considerar durante el proceso de terminalidad es lo relacionado al respeto del paciente y de observarlo no sólo como entidad biológica, sino que será importante resaltar algunos principios éticos en los cuidados paliativos.

Pessini, Bertachini (2006) proponen los siguientes:

- Se debe respetar la autonomía de los pacientes al aceptar sus prioridades y objetivos, así como hablar de las opciones del tratamiento. Formular en común el plan de cuidados, nunca ocultar la información que el paciente desea recibir, proveer sus necesidades de información sobre cualquier tratamiento y, también, respetar la opción de abandonarlo.

- Es importante evaluar las ventajas y riesgos del tratamiento y entender que el paciente tiene derecho al más alto estándar de cuidado en el contexto de los recursos disponibles.
- Los derechos fundamentales de los pacientes que están en el final de la vida son: recibir la asistencia médica necesaria, ser respetado en su dignidad y ser apoyado y cuidado en sus necesidades. Además, tienen derecho al alivio del dolor y del sufrimiento, a ser informados, a la autodeterminación y a la suspensión de tratamientos.
- Los pacientes tienen el derecho de participar en las decisiones relacionadas con sus cuidados de salud.
- El paciente tiene el derecho de recibir información detallada respecto de su estado de salud, sobre cualquiera evaluación médica, examen y oferta de intervenciones en lo que respecta considerar las ventajas, los riesgos y las operaciones potenciales, así como la decisión sobre tales exámenes e intervenciones.

En lo descrito anteriormente, hemos retomado el tema de los cuidados paliativos, sus principales características y algunos procedimientos psicológicos para su abordaje, sin embargo es importante resaltar y hacer hincapié en hablar de los cuidados paliativos en el paciente pediátrico, que si bien, siguen los mismos lineamientos que la atención en adultos, es necesario considerar algunas características propias de la intervención en esta etapa del desarrollo.

En nuestra sociedad actual, los cuidados paliativos pediátricos suelen ser un reto por las implicaciones físicas, emocionales y sociales presentes en los niños y sus familias (Méndez, 2002). Existen diversos obstáculos para que se pueda llevar a cabo de manera oportuna los cuidados paliativos en niños por lo siguiente (Salas, 2004):

- Existe poco conocimiento y entrenamiento por parte del equipo de salud para intervenir en el cuidado del niño con enfermedad terminal.

- Las familias y la sociedad en general creen que la medicina puede curar todas las enfermedades, dando prioridad a los tratamientos curativos más que a los paliativos.
- Es difícil estimar el momento de muerte de los niños, representando un proceso incierto tanto para las familias como el equipo de salud y por lo tanto, obstaculiza el trabajo de sensibilización y acompañamiento de éstos.
- Las expectativas médicas y sociales fuerzan a los niños a pasar por tratamientos que prolonguen su vida, pese a las condiciones físicas y emocionales que conllevan.

A lo anterior se suma el hecho de que en nuestra cultura se suele exaltar la juventud y a disociar la muerte de la vida, olvidando que ambas forman parte del mismo ciclo vital, por lo que la idea de que un niño o un adolescente pueda morir genera un profundo impacto y puede llegar a vivirse como una catástrofe (Faberman, 2010).

Los cuidados paliativos pediátricos son los mismos que se definen por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sin embargo existen ciertas diferencias en el abordaje y en la forma en la cual los niños y sus familias lo experimentan.

La terminalidad para los niños y adolescentes es un hecho que depende de su etapa evolutiva y nivel cognitivo, sin embargo aunque la muerte no sea un tema que preocupe de manera recurrente, al menos, la pérdida progresiva de la salud puede generarle sensaciones de impotencia y falta de control, obligándolo a elaborar duelos de manera continua (Faberman, 2010). Quesada (2003), también hace referencia al impacto que tiene para el niño el cambio en su apariencia física, lo que pudiera provocar en el niño frustración y aislamiento social. Por otro lado, es importante resaltar la necesidad del manejo de dolor, el cual, se considera una variable permanente y entendible para todos sin importar la edad.

Otro evento a considerar en los cuidados paliativos pediátricos es la preocupación de informar al menor sobre la situación. Los padres juegan un papel crucial, ya que a pesar de aceptar y entender que ya no hay cura para la enfermedad, suelen evitar hablar al respecto. Sin embargo, la mayoría de las veces los niños y adolescentes al observar las reacciones de sus padres, el contexto médico y sus propias reacciones físicas, comprenden que la muerte es una posibilidad no remota, si la información no se abre explícitamente, entienden que esto no puede hablarse con sus seres queridos, llevándolos a aislarse, pero manteniendo presente sus propios temores y preocupación a morir. En la intervención en los cuidados paliativos pediátricos es importante sensibilizar a los padres sobre la importancia de dialogar sobre el tema, de esta forma el menor se verá habilitado para compartir lo que piensa y siente al respecto (Faberman, 2010). En cuanto a las intervenciones y características psicológicas del niño en etapa terminal se hablará en el último apartado del siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS PSICOLOGICAS DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

Los niños se enfrentarán a la muerte de manera diferente de acuerdo a su edad. Por ejemplo, los niños menores de tres años sentirán temor a verse separados de los adultos que los protegen y consuelan. Mientras que a los 10 años, el niño puede comprender la permanencia de la muerte y su universalidad (Petrillo y Sanger, 1975).

Por lo anterior, se consideró importante describir el desarrollo integral del niño, haciendo énfasis en el desarrollo emocional en edad escolar, que corresponde a la muestra de nuestro trabajo.

2.1 El niño en edad escolar

La edad escolar comprende de los 6 a los 12 años, etapa de la escuela primaria. Los niños tienden a definirse a sí mismos basándose en características y comparaciones sociales (Harter, 1999 citado en Santrock, 2006). Es decir, se concentran en probarse a sí mismos intentando superar sus propios retos, así como los que le impone su contexto, por lo que los niños de esta edad piensan acerca de qué pueden hacer en comparación con otros.

Durante la edad escolar, los niños no sólo reconocen diferencias entre estados internos y externos, Erikson lo define como un periodo de laboriosidad (Craig, Baucum; 2009). Además se observa un aumento de las características psicológicas en el auto-definición, lo que genera un incremento de los aspectos sociales del yo (Santrock, 2006).

2.1. 1. Desarrollo físico

El concepto de desarrollo físico se refiere a los cambios corporales que experimenta el ser humano, especialmente en peso y altura y en los que están implicados el desarrollo cerebral, el desarrollo óseo y muscular.

El crecimiento es continuo a lo largo de la infancia y adolescencia, pero no se realiza uniformemente. El ritmo de crecimiento es rápido en el primer año de vida, a partir del segundo año muestra un patrón más lineal y estable, enlenteciéndose gradualmente hasta la pubertad. En la adolescencia se acelera de nuevo y se detiene al finalizar ésta. Las diferentes partes del cuerpo, así como los órganos del mismo, varían también en el ritmo de maduración, (Maganto, 2008).

Durante la edad escolar el desarrollo motor de un niño es mucho más gradual y coordinado que durante la niñez temprana o preescolar. Así, por ejemplo, solo uno de cada mil niños de 3 años es capaz de golpear una pelota de tenis y lanzarla por encima de una red, mientras que a la edad de 10 u 11 años, la mayoría de los niños puede aprender a jugar este deporte, correr, escalar, nadar y andar en bicicleta (Craig y Baucum, 2009). A medida que pasan los años de la educación primaria aumenta el control que los niños ejercen sobre su cuerpo y ya pueden permanecer sentados y atender durante periodos de tiempo cada vez más largos. Sin embargo se encuentran lejos de alcanzar la madurez física, por lo que necesitan llevar una vida activa que les favorezca incrementar sus destrezas para fortalecer habilidades tanto físicas como cognitivas.

Los niños pertenecientes a este rango de edad experimentan un crecimiento corporal lento y estable. Esta etapa supone un periodo de calma antes del rápido y repentino crecimiento de la adolescencia, por lo que durante estos años los niños crecen de 5 a 7 centímetros al año, así que a la edad de 11 años, la estatura media de las niñas es de 1,50 metros aproximadamente, mientras que el de los niños asciende a 1,45 metros. En cuanto al peso los niños ganan de 2 a 3 kilos por año, lo que se debe al incremento del tamaño tanto de los sistemas muscular y óseo como de algunos órganos internos. Dichos

cambios pueden incidir en la imagen corporal y en el autoconcepto, de manera que son otra forma en que interactúan los aspectos de desarrollo físico, social y cognitivo. La descoordinación de los movimientos y las rodillas curvas hacia el interior típicas de la edad preescolar dejan ahora paso aún mejor tono muscular, además también se dobla la fuerza, sobre todo en los niños, quienes normalmente son más fuertes que las niñas por el mayor número de células musculares que poseen. (Santrock, 2006). En ambos sexos aumentan la longitud, el grosor y el ancho de los músculos. El desarrollo del cerebro es similar ya que entre los seis y ocho años el cerebro pasa por un crecimiento rápido temporal; a los ocho años 90 por ciento de su tamaño adulto, los lóbulos frontales de la corteza, aumentan un poco debido a la constante ramificación de las neuronas, además la lateralización de los hemisferios es más notoria en esta etapa. (Craig y Baucum, 2009).

Sin embargo, los cambios físicos más pronunciados que tienen lugar en esta etapa son los relacionados con las proporciones corporales. El diámetro craneal y de la cintura, así como la longitud de las piernas, disminuyen con relación a la altura total del cuerpo (Hockenberry, 2005 citado en Santrock, 2006). La longitud de los huesos aumenta a medida que el cuerpo se alarga y se ensancha. Los episodios de rigidez y dolor ocasionados por el crecimiento del esqueleto son muy comunes por las noches y se trata de una reacción normal del crecimiento.

En cuanto a los cambios motores, el niño en edad escolar adquiere mayor dominio sobre los movimientos controlados y propositivos. Las habilidades físicas recién aprendidas se reflejan en el interés por las actividades físicas, antes de la pubertad las diferencias de género en las habilidades motoras dependen más de la oportunidad y de las expectativas culturales que de las variantes físicas (Craig y Baucum, 2009).

Las habilidades motoras finas, también se desarrollan rápidamente en esta edad, por lo que las habilidades necesarias para la escritura, se adquieren de los seis a los siete años de edad. En resumen, los niños en esta etapa dominan su cuerpo y empiezan a tener sentimientos de competencia y autoestima esenciales para su salud mental

Los atributos físicos en esta edad, tienen a tener efectos indirectos sobre el desarrollo psicológico de los niños por las reacciones que pueden provocar estas diferencias entre los demás (Strommen, et. al, 1982). En la tabla 1 se muestran dichas diferencias.

De 5 a los 6 años
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento estable en estatura y peso • Aumento estable de la fuerza en ambos sexos • Creciente conciencia de lugar y de las acciones de grandes partes del cuerpo • Mayor uso de todas las partes del cuerpo • Mejoramiento en las habilidades motoras gruesas • Realización individual de las habilidades motoras
De los 7 a los 8 años
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento constante de estatura y peso • Aumento constante de la fuerza en ambos sexos • Mayor uso de todas las partes del cuerpo • Perfeccionismo de las habilidades motoras gruesas • Mejoramiento de las habilidades motoras finas • Mayor variabilidad en el desempeño de las habilidades motoras, pero todavía se realizan individualmente
De los 9 a los 10 años
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del estirón del crecimiento en las niñas • Aumento de fuerza en las niñas, acompañado de pérdida de flexibilidad • Conciencia y desarrollo de todas las partes y los sistemas del cuerpo • Capacidad de combinar las habilidades motoras con mayor fluidez • Mejoramiento del equilibrio
11 años
<ul style="list-style-type: none"> • Las niñas suelen ser más altas y pesadas que los varones • Inicio del estirón y crecimiento en los varones • Juicio exacto al interceptar los objetos en movimiento • Combinación continua de las habilidades motoras más fluidas • Mejoramiento continuo de las habilidades motoras finas • Aumento constante de la variabilidad en la ejecución de las habilidades motoras.

Tabla 1. Desarrollo físico durante la niñez media (Craig y Baucum, 2009).

2.1.2. Desarrollo cognitivo

Durante la etapa comprendida entre los 6 y 11 años de edad el niño comienza a tener un razonamiento lógico en el cual se descentraliza. Dentro de esta etapa se desarrollan capacidades como:

Lenguaje: La edad comprendida entre los 6-12 años abarca el desarrollo del lenguaje donde se adquiere el lenguaje escrito en todas sus bases fundamentales y hasta el logro de un pensamiento formal. En esta etapa se desarrollan las posibilidades de generalización, se establecen categorías y se llega a las abstracciones superiores. (Santrock, 2006).

De acuerdo a la teoría cognitiva de Piaget (1952), durante la etapa de la educación infantil, el pensamiento de un niño es pre operacional, un tipo de pensamiento que consiste en la formación de conceptos estables, el surgimiento del razonamiento mental, la permanencia del egocentrismo y la formación de un sistema de creencias mágicas. Posteriormente a lo largo del intervalo entre los 6 y 11 años el niño es capaz de trascender la percepción subjetiva de la realidad y emplear un razonamiento de tipo lógico, entonces, el niño se ubicará en la etapa de las operaciones concretas (Santrock, 2006).

La capacidad de abstracción creciente estará representada por :

- Identificación de símbolos y signos, captación de códigos convencionales y fluidez en su uso.
- Desarrollo de la capacidad de análisis que le permite captar y disociar cualidades distintivas de los objetos como peso, volumen, longitud, tamaño, cantidad, distancia (véase tabla 2).

Etapa	Edad	El pensamiento del niño es
Preoperacional	De 2 a 5-7 años de edad	Rígido y estático, irreversible, limitado al aquí y al ahora, centrado en una dimensión, egocéntrico centrado en la evidencia perceptual e intuitivo
Operacional concreto	De 5-7 a 12 años de edad	Flexible, reversible, no limitado al aquí y al ahora, multidimensional, menos egocéntrico, caracterizado por el uso de inferencias lógicas y caracterizado por la búsqueda de reacciones causales

Tabla 2. Comparación del pensamiento preoperacional con el pensamiento operacional concreto (Craig y Baucum, 2009).

En conclusión, la teoría de Piaget abarca el aprendizaje como un componente más del desarrollo cognitivo. El niño aprende de manera activa y elabora sus teorías personales acerca de cómo funciona el mundo, además de tener la motivación para modificarlas cuando la información no encaja en ellas (Bruner, 1973 citado en Craig y Baucum, 2009).

2.1.3. Desarrollo social

La cognición social se convierte en un factor cada vez más importante de la conducta durante esta etapa del desarrollo. Los niños comienzan a observar su mundo social y poco a poco van comprendiendo los principios y las reglas que lo rigen. El conocimiento que tienen del mundo no se desarrolla de manera fragmentaria; por el contrario, tratan de interpretar sus experiencias como un todo organizado.

Gradualmente van mostrando un interés menos egocéntrico que toma en cuenta lo que piensan y siente los otros (Craig y Baucum, 2009).

A partir de la edad escolar, los padres comienzan a pasar mucho menos tiempo con sus hijos. Este descenso en la interacción padres-hijos se acentúa en familias en las que ambos padres trabajan. A pesar de que pasan menos tiempo con sus hijos, durante esta etapa los padres siguen desempeñando un papel muy importante como agentes socializadores en la vida de los niños (Santrock, 2006). La interacción entre padres e hijos se centra en aspectos como los buenos modales, hábitos, peleas entre hermanos e iguales y la búsqueda de atención. Estos niños necesitan que su conducta sea vigilada más sutilmente que antes, pero sigue siendo muy importante la supervisión de sus padres, lo que significa saber dónde está y qué está haciendo, y si lo que hace es correcto tanto socialmente como en relación con las tareas escolares y otras obligaciones (Craig y Baucum, 2009).

Los aspectos relacionados con la educación escolar resultan especialmente importantes para las familias, así como las dificultades en la escuela son la principal razón por la que los niños tienden a recibir atención especializada durante la edad escolar.

Existen muchas situaciones que producen necesariamente estrés al niño y a su familia: la pobreza, el divorcio, mudarse a una nueva ciudad, sufrir una enfermedad o lesión seria pero ¿Qué determina la capacidad del niño para afrontar de manera constructiva estas situaciones de estrés? Un factor es el número de situaciones estresantes en su vida, ya que puede sentirse abrumado al estar expuesto a varias situaciones estresantes al mismo tiempo. Un segundo factor es la percepción o comprensión que el niño tenga del suceso. Desde otro punto de vista, el temperamento y las primeras características de la personalidad influyen en la capacidad del niño para afrontar dichas situaciones; sin embargo también son importantes los sistemas de apoyo social, como los vecinos, parientes, redes de amigos o grupos de autoayuda (Craig y Baucum, 2009).

En cuanto a la interacción social en la etapa de desarrollo de niños de 6 a 12 años, es importante mencionar que además del conjunto de capacidades cognitivas ya descritas, se observa que a esta edad el niño ya ha internalizado las pautas de conductas familiares por lo que otros modelos de identificación extrafamiliares se vuelven relevantes (Vargas, 2008). Los niños deben aprender a relacionarse fuera del contexto familiar de forma habitual con adultos que interactúan con el niño de forma diferente a la de los padres. La cognición social de los niños sobre sus compañeros adquiere cada vez más importancia al entender las relaciones entre compañeros durante esta etapa del desarrollo infantil.

Esta etapa es considerada como decisiva en el logro de la socialización ya que supone la realización de tareas y la posibilidad de compartir sus cosas y experiencias con los demás, predominando el juego reglado y social (Griffa y Moreno, 1999).

De acuerdo a Parker y Asher (1987), durante este período las relaciones con los compañeros cobran más importancia y ejercen mayor influencia en el desarrollo, pues al aprender a llevarse bien con los compañeros, los niños también aprenden a adaptarse a la vida. También se comienzan a adquirir experiencias tempranas enriquecedoras, que les permitirán a los niños, desarrollar habilidades de compatibilidad, empatía, cooperación así como estar motivados al éxito y ser capaces de trabajar con otros (Zamora, Vega y Poncelis, 2011).

2.1.4 Desarrollo emocional

En el proceso del desarrollo emocional del niño en edad escolar y el medio ambiente social en el cual participa el niño, (familia, colegio, comunidad, y cultura), son factores muy significativos, pero es en la familia principalmente (relaciones entre padre e hijo, la situación familiar y la interacción entre hermanos y demás familiares), donde se producen ciertas transiciones que le proporcionan un mejor ajuste a este período de cambios. En

la familia comienzan sus primeros aprendizajes y experiencias socio-emocionales que le proveerán de bases sólidas para el mejor desarrollo de su futura personalidad. Las relaciones familiares favorables, permitirán al niño desarrollar una buena adaptación personal, social y saludable y un concepto de sí mismo positivo (autoestima) (Santrock, 2006). Cada tipo de ambiente ayuda al niño a descubrir los diferentes aspectos de la vida que él asimila inconscientemente. El ambiente familiar le ofrece seguridad y confianza, el entorno escolar le descubre otros niños y le desafía en la conquista de habilidades que le satisfacen, el ambiente de la calle le permite también encontrar muchas experiencias que recoge y poco a poco integra. Hay otros tipos de ambientes que denominamos artificiales, basados en la imagen, que ayudan a formar la mente o los sentimientos (Gallardo, 2007).

En cuanto a las etapas de desarrollo psicosocial señaladas por Erikson (1950), el niño en edad escolar se encuentra en la fase que corresponde a de destreza versus inferioridad (de los 6 años a la pubertad). En esta etapa el niño debe aprender destrezas de la cultura. Erikson, también, ve la infancia intermedia como un tiempo de relativa calma emocional, en la que los niños pueden asistir al colegio y aprender las habilidades que su medio cultural exigen. En esta etapa disminuyen los intereses por la sexualidad personal y social, acentuándose los intereses por el grupo del mismo sexo.

La crisis característica de este período es la de laboriosidad versus inferioridad, el punto por resolver es la capacidad del niño para el trabajo productivo. En esta etapa el niño desarrolla el sentido de la industria, para el aprendizaje cognitivo, la productividad y la creatividad (Erikson, 1950 citado en Engler 1996).

Estos esfuerzos por lograr habilidad pueden ayudar a los niños a formarse un concepto positivo de sí mismos, de esta forma, al comparar los niños sus propias habilidades con las de sus compañeros se forman un juicio de quiénes son.

Al llegar el niño a la edad escolar, ya trae de su ambiente familiar y preescolar ciertos conocimientos sobre algunas formas de comportarse de acuerdo a lo que los demás aceptan como bueno o malo. La moral tiene un código y reglas establecidos por la sociedad, y tener una conducta moral significa actuar conforme a las reglas del grupo y

obtener su aprobación. .Una conducta amoral, que aunque no se ajuste a las normas y puede ser negativa para el grupo, puede ser perdonada porque se ignora lo que la sociedad aprueba. Gran parte del comportamiento infantil es amoral, más que inmoral, porque el niño no siempre sabe lo que debe hacer.

Es de enorme importancia para el niño aprender lo que los demás aprueban y eso se logra participando en grupos, también debe tener conciencia sobre el deseo de hacer lo que está bien, evitando lo que pueda estar mal (actuar en función del bien común); esto se puede obtener reforzando agradablemente las buenas actuaciones y desaprobando con desagrado los malos comportamientos. Es valioso que el niño reciba la aceptación del grupo y así se le asegura su voluntad de actuar socialmente como debe ser.

De acuerdo con Piaget “toda moral consiste en un sistema de reglas y la esencia de cualquier moral hay que buscarla en el respeto que el individuo adquiere hacia esas otras reglas”. Freud, en su teoría psicoanalítica señala el súper Yo o súper ego, como el depositario de la moral que mantiene controlado cualquier motivación socialmente no aceptable que tenga la persona. Si el individuo comete una falta, él se auto-castiga, admite su culpabilidad con el objetivo de seguir manteniendo la aprobación de los adultos (Santrock, 2006).

2.2 Impacto emocional del paciente pediátrico con cáncer

Para poder hablar del impacto que tiene el cáncer en estos niños, se debe tomar en cuenta que la niñez media puede ser uno de los periodos más sanos de la vida. Por consecuencia cuando un niño el diagnosticado con una enfermedad crónica puede generar enojo, frustración y culpa en los miembros de la familia. En el caso del cáncer se sabe que esta enfermedad es una de las más agresivas que un individuo puede sufrir,

además de lo que implica el tratamiento. Una enfermedad no es simplemente un problema físico, sino un dilema que compromete las emociones y la conducta en general, por lo que los diferentes estados emocionales juegan un papel determinante en el proceso de la enfermedad (Rivera, 2007).

El cáncer, a diferencia de muchas otras enfermedades, permite preparar al paciente para un buen manejo paliativo y prepararse ante la muerte. Cuando un niño se encuentra en fase terminal, el niño sabe que se está muriendo, ante lo cual no lo podemos proteger, siendo una meta irreal. A pesar de lo anterior, a veces tratamos de cuidarlo tanto, que le negamos al niño la ayuda que él requiere, como por ejemplo, cuando no queremos hablar con él de las cosas que quiere hablar: su enfermedad y su muerte. Es importante recordar que los niños están conscientes de su realidad y responderán mejor si se les habla con la verdad, si el adulto les niega la realidad, lo único que logrará es aumentar el dolor ante la muerte (Méndez y cols, 2004).

Un claro ejemplo es un niño o adolescente diagnosticado con cáncer; los padres y demás familiares tendrán que sobrellevar y afrontar muchos desafíos. Este diagnóstico es un golpe para los padres, hermanos y demás seres queridos. El cáncer genera una crisis en la vida de cada uno de los familiares. La vida cotidiana cambia y los padres deben ausentarse de su trabajo. Puede que sea necesario que algún pariente o vecino cuide a los demás hijos. El hijo enfermo se convierte en el enfoque principal de la atención y tiempo familiar. Para poder afrontar esta situación de máximo estrés, la familia deberá recurrir a sus propios recursos personales aprendidos a través de las experiencias de la vida, a las redes de apoyo social que posea con anterioridad y que adquiera en este momento y a los soportes que le brinda el equipo asistencial. Estos tres elementos tendrán un peso distinto según las características de la familia, su situación psicosocial y la evolución favorable o desfavorable de la enfermedad de su hijo.

Por lo que respecta al niño enfermo es importante tener en cuenta que la situación de enfermedad conlleva una disminución en la capacidad de solución de problemas, debido a la pérdida de funcionalidad y del control del propio cuerpo, además de la aparición de los efectos adversos del tratamiento. Se genera por tanto una situación conflictiva para el niño. A todo esto se le añade un elemento estresor adicional: la hospitalización. El ingreso en un hospital supone la adaptación a un nuevo entorno que suele ser amenazante para el niño, a consecuencia de ello pueden producirse algunas alteraciones, sobre todo a nivel de su estado de ánimo.

En el proceso del crecimiento y desarrollo, el egocentrismo inicial del niño se altera continuamente en la dirección de la sociabilidad. Al mismo tiempo, hay una disminución de ideas mágicas a medida que habilidades adquiridas se convierten en la base de un sentido de la importancia real. En el caso de los niños con cáncer esta autoestima se ve fracturada debido al impacto generado por los largos periodos de hospitalización y los procedimientos médicos a los cuales son sometidos durante el curso de esta enfermedad.

La enfermedad y la hospitalización constituyen una de las mayores tensiones que pueden presentarse en la infancia. Éstas producen un cambio profundo en su estilo de vida; se enfrenta a la separación de sus padres y pierde la seguridad de las rutinas familiares. Se encuentra también a la merced de un ambiente hostil; un mundo extraño en su aspecto, sonidos y olores, poblado por gente desconocida que además le inflige dolores (Petrillo, 2006).

Las tensiones aumentan en esta atmósfera que pretende curarlo pero que, por otro lado, es provocadora de angustia, especialmente cuando no existen recursos para mantener la actividad normal del niño. El juego devuelve, en parte, aspectos normales de la vida y previene mayores perturbaciones.

Se puede ayudar a los niños a reconocer los sentimientos que están expresando cuando se les lleva la corriente y se repiten sus propias palabras, el juego ocupa un papel importante en el diagnóstico. Siendo un instrumento fundamental, nos permite aumentar nuestro conocimiento de la vida mental del niño, de sus reacciones más profundas. En el ambiente del hospital, el juego refleja lo que para el niño significa estar fuera de su hogar y los efectos que tienen sobre él las rutinas médicas y el trato con el personal (Petrillo, 2006).

Los programas de juego terapéutico o ludoterapia están a cargo de profesionales, cuyas cualidades básicas son una extensa preparación acerca del desarrollo del niño, así como experiencia tanto con niños sanos como con niños enfermos. Dichos profesionales deben hacer continuas apreciaciones sobre la capacidad de los pequeños para sobrellevar la tensión, por lo que requieren diversas técnicas y habilidades para evaluar y manejar los problemas de comportamiento en un ambiente hospitalario.

Los pacientes pediátricos pueden sobreponerse mejor a los traumatismos de la hospitalización si cuentan con un área de juegos diseñada especialmente para este fin. El salón de juegos de aspecto neutral, familiar y distinto a las otras secciones del hospital, ayuda a la adaptación del niño. Si se le da la oportunidad, los niños buscarán salidas apropiadas para el miedo y la ira, generados por las experiencias desagradables (Petrillo, 2006).

La hospitalización no solo genera cambios emocionales en el niño, ya que los padres sufren el impacto de ésta de la misma manera y aunque mucho se ha escrito acerca de la manera de tratar a los niños y a la familia, la necesidad de intimidad, de compartir la pena y de sentir la simpatía del personal, se vuelven muy importante para ellos.

Generalmente los sentimientos de culpa de los padres y su ira contenida aumentan cuando la enfermedad mortal del niño se prolonga mucho o cuando suceden episodios repetidos de un final inminente. En otras palabras, los ciclos de optimismo y fracaso, o la vista de un proceso sin esperanza ni alivio, expone a los padres a un dolor psíquico extremo (Petrillo, 2006).

2.3 Concepto de muerte en el niño

Para poder hablar del concepto de muerte en el niño, es importante hablar simultáneamente de cómo los niños en esta etapa de desarrollo, interiorizan el concepto de enfermedad. En particular los niños con alguna enfermedad grave, como el cáncer, a menudo adquieren conciencia de sus síntomas y por lo tanto, los conceptos de enfermedad y muerte suelen entenderse y elaborarse en edades más tempranas que en niños sanos (Die, 1996).

Durante las primeras etapas de desarrollo (dieciocho meses -4 años de edad), donde el desarrollo es principalmente sensorio- motriz y después lingüístico y social, los niños enfermos suelen reaccionar con expresiones de dolor al malestar físico y emocional provocado por el tratamiento y los síntomas de la enfermedad. Quesada (2003), señala que los niños entre los dos y cinco años se encuentran en una etapa de adaptación a su medio donde descubren por si mismos diversas experiencias. A esta edad el concepto de muerte aun no es comprendido. Los niños entre tres y cuatro años usan un pensamiento mágico para igualar el dormir con la muerte, donde cree que la muerte es inevitable, pero no puede aceptar la idea de una separación final de los seres queridos o de su propio fin inesperado, no creyendo la idea de su propia muerte. Entre los tres y cinco años los niños no conciben la permanencia de la muerte y la ven como no necesariamente final sino que reversible. El concepto de muerte comienza a verse con algo malo pero accidental además se utilizan recursos mágicos para traer los muertos de nuevo a la vida (Faberman, 2010).

Para los niños menores de cinco años la muerte es un estado temporal, no será hasta los seis y siete años cuando los niños entienden que la muerte es irreversible y universal.

De los 5 a los 8 años, los niños en condiciones de enfermedad, suelen preocuparse por su integridad corporal y tener regresiones en cuanto a la dependencia de sus padres, en esta etapa la muerte comienza a ser parte de la vida, la comienzan a materializar en forma de esqueletos y monstruos (Jackson, 1987). A partir de los siete a los ocho años los niños entienden que la muerte es definitiva y final, sin embargo no logran entender claramente el proceso biológico de la muerte. La muerte se puede también personificar a través de sombras, fantasmas o el diablo. A esta edad, al percibir su propia muerte, se generan sentimientos de culpa así como temor a la separación a los padres (Quesada, 2003).

A los diez años el niño comienza a ver a la muerte como final e inevitable (Faberman, 2010). El niño tiene ya alguna comprensión sobre el proceso que implica morir (entierros, funerales).

Para los niños entre 8 y 12 años las creencias religiosas que posee la familia son de gran influencia ante la idea de la muerte de alguien o su propia muerte. Ya hay una conceptualización sobre la muerte, logrando elaborar la relación entre su enfermedad y el tratamiento negativo de los tratamientos. A esta edad el niño requiere saber a su propio ritmo la verdad sobre su situación, además de considerar importante fomentar la cercanía con sus grupos de referencia (amigos, familiares, compañeros de escuela) (Quesada, 2003).

2.4 Acompañamiento emocional con niños y adolescentes

El acompañamiento terapéutico con niños y adolescentes ha ayudado a responder a situaciones familiares excepcionales, mediante intervenciones y dispositivos que se han ido sistematizando en su especificidad de manera paulatina.

En esta población, el acompañamiento terapéutico ofrece una intervención personalizada que se desarrolla en el medio familiar, social o educativo. De igual manera posibilita un seguimiento y una asistencia cotidiana en los ámbitos donde el niño requiere de ayuda de un “otro”, o el sostén de un adulto extra-familiar en determinado momento de su desarrollo, frente a obstáculos que no llegan a superarse.

Lo habitual es que en estos acompañamientos se atiendan niños con perturbaciones psíquicas severas. Sin embargo, en los últimos años se ha hecho frecuente la consulta en situaciones donde no hay en primer plano un trastorno psicopatológico severo en el niño, sino que la demanda se asocia a problemáticas físicas, que tienen la particularidad de dificultar la organización de la familia, observándose fenómenos que afectan fuertemente la trama vincular entre sus miembros (Rossi, 2007, citado en Méndez, 2004).

Existen esquemáticamente tres ámbitos principales del acompañamiento terapéutico con niños y adolescentes:

- Solicitado desde un marco institucional asistencial: las instituciones pueden estar orientadas hacia objetivos educativos, o tener objetivos educativos, o tener un objetivo principalmente terapéutico o recreativo. En este ámbito el acompañamiento terapéutico se integra a un plantel profesional para realizar actividades grupales o individuales.

- Sin un ámbito institucional: al no ser solicitado desde aquel marco institucional, puede requerirse acompañamiento terapéutico para distintas instancias de trabajo, donde se contacta directamente con la familia, a instancias de un terapeuta o equipo privado.
- En el ámbito educativo: se participa en la integración escolar, en escuela común o especial, concurren en los horarios de clases, varios días a la semana.

En la presentación de casos de acompañamiento terapéutico con niños, suele pasar que no se expliciten las diferencias entre el lugar de acompañante y del terapeuta. En primer lugar, la posición del terapeuta será estar al frente del diagnóstico y posibles consecuencias de éste para la clínica.

Así mismo, al acompañamiento terapéutico no le compete directamente la elaboración de un diagnóstico clínico en el sentido clásico; en la medida en que sí incluya en el caso, por indicación de un terapeuta que dé su opinión al respecto, podrá plantearse un diagnóstico situacional (Rossi, 2007, citado en Méndez y cols, 2004).

Otra diferencia entre el acompañante terapéutico y el terapeuta está en el lugar dado al trabajo con la familia y la relación con la demanda de ésta. El AT no opera prioritariamente con su tarea a nivel simbólico sobre la estructura familiar; por lo tanto el acompañante pondrá en juego su palabra, su presencia, sus intervenciones, mediante la inserción de su tarea en el contexto familiar.

Por otro lado el niño al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer, se enfrenta a un amplio espectro de emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad. Su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad (Méndez, y cols, 2004). Se debe considerar que con frecuencia, los niños enfermos perciben que van a morir por las

reacciones que observan en sus padres, por lo que es conveniente dejar que expresen sus sentimientos y no eludir sus preguntas. Es prioritario atender sus deseos y preocupaciones. El temor a separarse de sus padres, la tristeza y la ansiedad son reacciones normales en el niño que se encuentra cerca de la muerte. Para aliviar su temor, el enfermo debe tener la sensación de estar acompañado hasta el final. (Méndez, y cols, 2004). La literatura especializada muestra que la respuesta psicológica del enfermo a la situación de enfermedad terminal puede entenderse desde dos perspectivas complementarias: el proceso de adaptación a la situación y los signos y síntomas del impacto emocional (Die, 2003).

Kübler Ross (1969) citada en estructura el proceso de adaptación a la enfermedad terminal en cinco fases (Kübler, 1969 citada en Die, 2003):

- Negación: la autora define esta reacción, como un mecanismo de defensa que impide al paciente tomar contacto con su realidad, dándole cierto tiempo hasta que esté psicológicamente preparado.
- Ira: en esta fase, el enfermo culpa de su situación a algo o a alguien, tiende a rebelarse contra su situación, mostrarse irritable y sentir injusticia por ser el afectado.
- Pacto: en esta fase, el paciente negocia con todo su entorno e incluso con Dios, para conseguir retrasar el curso de la enfermedad o no sufrir.
- Depresión: la doctora Kübler Ross distingue dos tipos de depresión: la depresión reactiva que implicaría algún tipo de sufrimiento psicológico, y la depresión preparatoria que sería la que antecede a una aceptación plena de la realidad de muerte.
- Aceptación: el individuo es plenamente consciente de la irreversibilidad de su situación y de su próxima muerte, siente que su vida ha valido la pena y es capaz de vivir el presente, con cierto grado de paz interior.

La doctora Kübler Ross señala que estas fases no tienen por qué ser consecutivas en el tiempo, ni todos los enfermos tienen que pasar por todas ellas.

Por otro lado cuando el cáncer llega a una fase terminal, tanto el paciente como la familia se ven expuestos a una situación difícil, cambiante y que amenaza todas las esferas de la vida (física, social, familiar, espiritual y emocional) (Die, 2003). Con la familia se pretende apoyarles antes y después de la muerte del niño, facilitar el duelo tras la pérdida y hacer más llevadera su pena. Al personal sanitario se les proporciona apoyo y se procura promover su habilidad para asistir a las familias en duelo. También a la comunidad se la debe educar sobre las experiencias del niño en el dolor y la pena. La labor del acompañante es fundamental para ayudar a la familia ante estas situaciones, ya que es muy común que tanto los niños como los padres presenten sentimientos de culpa, (Méndez y cols, 2004). Mencionan que el no atender dichas preocupaciones puede producir una conspiración de silencio por parte de los familiares del niño, que evitan hablar de su muerte.

CAPITULO III

EXPRESIÓN EMOCIONAL A TRAVÉS DE TÉCNICAS PROYECTIVAS

3.1 Técnicas proyectivas

El título de técnicas proyectivas deriva del término proyección que tiene una variedad de significados. El primero que utilizó el término en sentido psicológico fue Freud quien lo explicó de la siguiente manera (Freud, 1896 citado en Anderson y Anderson, 1993):

:

“La proyección de las percepciones interiores al exterior, es un mecanismo primitivo que influye así mismo sobre nuestras percepciones sensoriales, de tal modo que desempeña el principal papel en la configuración de nuestro mundo interior. Las percepciones interiores de los procesos, ideaciones y emocionales son proyectadas al exterior como percepciones sensoriales y son usadas para determinar el mundo exterior, aunque ellas pertenecen en rigor al mundo interior” (Freud, 1896).

Warren describe a la proyección como la tendencia a adscribir al mundo exterior procesos psíquicos reprimidos a los que no se reconoce como de origen personal, su contenido es experimentado como una percepción exterior (Anderson y Anderson, 1993).

Los elementos más comunes de la proyección son:

- a) Es un proceso inconsciente que sirve como defensa y permite atribuir a otros los impulsos, sentimientos, ideas y actitudes con lo cual logra reducir la tensión personal.
- b) Es un proceso de interpretación del mundo externo, en función de las características personales, ideas, deseos, etc.

- c) El sujeto percibe el exterior en función de su estructura de personalidad y de las características de su mundo interno (fantasías, mecanismos de defensa, relaciones de objeto).

Sin embargo, otros autores sugieren que la mayoría de los recursos proyectivos no implican necesariamente solo procesos inconscientes sino que abarcan la oportunidad para la expresión de la fantasía, experiencias y percepciones personales (Anderson y Anderson, 1993).

Las pruebas proyectivas permiten captar las características psicológicas del sujeto que se derivan de una estructura estable de la personalidad. Este supuesto da a lugar a que los métodos proyectivos se vinculen con aquellas teorías de la personalidad que contemplan la noción de estructura y que se tienda a una interpretación global de dichas características a través del método de la proyección. Lo anterior se puede sustentar a partir de que, si un sujeto elabora un material ambiguo, como lo puede ser una prueba proyectiva, este puede revelar la configuración de la personalidad de ese sujeto. Las pruebas proyectivas son tomadas como una micro situación que el sujeto resuelve y que permite inferir que tenderá a resolver de igual manera a otras situaciones (Aguirre, 1989).

Las diferencias en la estructura de la personalidad dan lugar a formas de reacción características ante las emociones, deseos, temores y ansiedades, dichas emociones influyen en la percepción y el juicio generando formas particulares de percibir y apreciar el contexto. Al aplicar una técnica proyectiva, la falta de adecuación a la tarea, al contenido del estímulo o cualquier otro tipo de respuesta atípica, reflejan la actuación y proyección de presiones derivadas de esas emociones y necesidades.

En síntesis, podemos aproximarnos a la personalidad e inducir al individuo a revelar su forma de organización de la experiencia mediante el hecho de ofrecerle un campo

(objetos, materiales, experiencias), con una relativamente escasa estructuración y modelación cultural para que la personalidad pueda proyectar su forma de ver la vida, su propio sentido, significaciones estructuraciones y sobre todo sus sentimientos. De este modo, se logra obtener una proyección de la personalidad del individuo, de su mundo privado, ya que debe organizar el campo, interpretar el material y reaccionar afectivamente ante él (Aguirre, 1989).

A partir del concepto de proyección, es importante definir qué se entiende por una técnica proyectiva. English y English (1958), definen una técnica proyectiva como el procedimiento para descubrir estilos característicos del comportamiento de una persona por medio de la observación de un comportamiento, en respuesta a una situación que no presupone o exige una determinada respuesta. Linsey (1961) propone que una técnica proyectiva es un instrumento que permite o da pie a una amplia gama de respuestas del sujeto, es altamente multidimensional, y evoca datos de respuesta extraordinariamente ricos o abundantes en un sujeto que tiene muy poca conciencia de los verdaderos propósitos del test.

Tradicionalmente las técnicas proyectivas han sido utilizadas como forma de observación, sin que haya parecido imprescindible contar con un estudio normativo suficiente para ser consideradas pruebas que permitan comparar la ejecución de un sujeto con un grupo de referencia adecuada. Sin embargo, la necesidad de fructificación que aumentaría la validez de la observación, ha sido una preocupación constante para una amplia gama de clínicos e investigadores, de ahí que hoy en día se cuente con algunas técnicas proyectivas con un adecuado estudio normativo, donde las características de sus materiales, la forma de aplicación e interpretación cumplen los requisitos de tipificación que cumplen con criterios de validez (Aguirre, 1989).

En síntesis y conjuntando las anteriores definiciones, se puede determinar que las técnicas proyectivas son un conjunto de pruebas, claramente diferenciadas, que se caracterizan por poseer una metodología propia que consiste básicamente en presentarle a un sujeto de una forma determinada, un material ambiguo, aunque fijo y estandarizado; el sujeto a partir de ese material, debe organizar libremente su respuesta. La organización de la respuesta dependerá tanto de las características intrínsecas del estímulo como de las condiciones internas del sujeto (Anderson y Anderson, 1993).

Los elementos que poseen las técnicas proyectivas son:

1 .Las características metodológicas:

- a) Material estandarizado
- b) Forma de presentación y consigna tipificada
- c) Libertad de respuesta

2. Se presentan dos supuestos básicos sobre la determinación de la respuesta:

- a) Las características del estímulo influyen pero no determinan la respuesta.
- b) Las condiciones internas del sujeto son los auténticos organizadores de la respuesta

De forma general se habla de métodos proyectivos cuando se enfatiza su uso como forma de estudio de la personalidad derivado de la personalidad y se halla unida a dos consideraciones básicas:

- a) Como forma de observación controlada de un fenómeno psicológico denominado proyección.
- b) Como pantalla en la que se refleja algo concreto llamado personalidad.

Se considera que un test proyectivo mantiene una observación controlada ya que se realiza por medio de la aplicación de una prueba psicológica, que reúne las características de tipificación necesarias para hacer posible la comparación entre los

datos obtenidos en la respuesta de un sujeto y los datos normativos, derivados de las respuestas de un grupo de referencia (Aguirre, 1989).

3.2 Dibujo libre

En un dibujo libre el individuo expresa su mundo interno, su espontaneidad, rigidez, creatividad y destreza; esto es como se percibe a sí mismo en relación con el ambiente (Esquivel y cols, 2007). El dibujo libre se ha utilizado como técnica proyectiva infantil al inicio del proceso diagnóstico, en psicoterapia, procesos educativos, juego libre, etc. La consigna de la realización del dibujo induce a efectuar una regresión y se le insta al individuo a conectar con su mundo interno (fantasías, esquemas, relación con el objeto, sensaciones, etc), (Vives 2005).

Esta técnica no tiene una consigna referente a realizar. La técnica del dibujo libre se suele atribuir a Wolff (1947) y está principalmente indicado para aplicarse al principio de una batería gráfica o al final de una entrevista. En cuanto a los componentes de contenido y expresivos, estos se suelen interpretar bajo los mismos criterios de otros tests gráficos. En el análisis expresivo se debe tomar en cuenta el emplazamiento, simetría, sombreado, tamaño, borrados, etc. Mientras que el análisis de contenido se refiere a la interpretación de todo elemento simbólico que el sujeto ha producido en el dibujo. El dibujo libre no es un test gráfico totalmente independiente y con indicadores interpretativos propios; es decir, que si el paciente en su dibujo libre no representa una persona, un árbol o una casa nos debemos de basar en el análisis concreto y contrastando, en la mayor parte de las ocasiones, los índices señalados por dichos autores (Santiago de Herrero, Fernández y Guerra, 1999).

3.3 Dibujo de la figura humana de Koppitz

El dibujo de la figura humana es un tipo de test proyectivo gráfico. De manera general, a los tests proyectivos gráficos se les ha otorgado un gran valor tanto para el diagnóstico como en la indagación, planificación y evaluación del proceso terapéutico (Pérez, 2000; Barbosa 1998; Vives, 1991; Pérez & Plumed, 1998, citado en Vives, 2005).

Los tests proyectivos gráficos se destacan por permitir a los niños y adultos proyectar el proceso de elaboración del dibujo, sus respuestas y contenidos gráficos, sentimientos, afectos dolorosos, tensiones internas y rastros de experiencias pasadas y actuales que son movilizadas por la consigna (Vives, 2005).

El Dibujo de la Figura Humana (DFH) es uno de los test gráficos más conocidos y aplicados; Koppitz (1989) señala que existen dos corrientes de interpretación fundamentales para los DFH, la primera que concibe y analiza los DFH como una técnica proyectiva (Machover, 1949, 1960; Levy 2004 citado en Vives 2005) y la segunda el cual considera al DFH como test evolutivo y de maduración mental (Harris, 1963; Koppitz 1989, citado en Vives 2005).

Koppitz (1989) logra interpretar el DFH desde una perspectiva evolutiva y defensiva; es decir, lo considera como una prueba de maduración y proyección logrando definir los signos evolutivos y emocionales presentes en los dibujos. A nivel evolutivo Koppitz (1989) define los indicadores como un conjunto de signos relacionados con la edad y el nivel de maduración. A nivel defensivo o de proyección se destaca la presencia de indicadores emocionales relacionados con actitudes y preocupaciones en el momento de realizar el dibujo (Vives, 2005).

Koppitz (1967,1989) define que un indicador emocional debe cumplir tres requisitos (Vives, 2005):

- a) Tener validez clínica, es decir, se deben poder diferenciar los DFH de los niños con déficits emocionales de aquéllos que no lo tienen.
- b) Ser inusual e infrecuente; es decir, el indicador emocional figura raramente en el DFH en los niños no pacientes, en menos del 16% de determinado nivel de edad.
- c) No correlacionar ni con la edad ni con la maduración; es decir, no debe incrementarse con ninguna variable.

3.3.1 Indicadores emocionales de la figura humana de Koppitz

Los Indicadores Emocionales (IE), estos se consideran signos clínicos que reflejan actitudes y características subyacentes del sujeto en el momento en que realiza un DFH. Los IE no son mutuamente excluyentes; varios IE revelan sentimientos y preocupaciones iguales o similares, y una misma actitud puede ser expresada por diversos IE.

Koppitz (1989) verificó la presencia de 30 indicadores en diferentes poblaciones infantiles de edades diversas que se distribuyeron del siguiente modo:

- Pobre integración de las partes de la figura, propio de niños pequeños e inmaduros (significativo después de los 6 años en niñas y de los 7 años en niños).
- Presencia de sombreado en diferentes partes del cuerpo.
- Asimetría de las extremidades (se presenta en niños agresivos, con disfunciones neurológicas o deficiencias en la coordinación viso manual).
- Tamaño de las figuras: las figuras pequeñas se observan en niños agresivos o retraídos; las figuras grandes se detectan en niños agresivos con antecedentes de robo, inseguros o expansivos.

- Inclinación de la figura en más de 15° después de los 8 años.
- Manos grandes: indicador de conductas agresivas; se detecta en sujetos que buscan llamar la atención.
- Brazos cortos: se observa en niños tímidos o deficientes.
- Brazos largos: se observan en niños agresivos.
- Transparencias y detalles especiales (presencia de monstruos o figuras grotescas, lluvia, nubes, presencia de genitales o su representación), se presentan en gráficos como un indicador de psicosis.
- Omisión de los ojos, no de la pupila: indica aislamiento social.
- Omisión de la nariz: se observa en niños tímidos, limitados, con dolencias psicósomáticas y sentimientos de culpa.
- Omisión de la boca: se asocia con inseguridad, angustia o rechazo de la relación interpersonal.
- Omisión del cuerpo: constituye un indicador de patología severa.
- Omisión de cuello: es significativa después de los 9 años.

Los IE carecen de consistencia interna. Algunos son más patológicos que otros, y varios de ellos son manifestaciones diferentes de la misma actitud o de actitudes semejantes.

No es posible identificar o diagnosticar problemas emocionales en solo un niño a partir de los IE que aparecen en sus DFH. Los IE simplemente sugieren tendencias y posibles dificultades que pueden requerir mayor o menor investigación, dependiendo del DFH como un todo, de la conducta del joven y de los resultados de otras pruebas (Koppitz, 1991).

Koppitz integró los indicadores emocionales en cinco categorías (Koppitz, 1991):

1. Impulsividad
2. Inseguridad, sentimientos de inadecuación

3. Ansiedad
4. Apocamiento y timidez
5. Ira, agresividad

A continuación se presentan las definiciones de las cinco categorías en que se incluyen los IE:

1. Impulsividad

La impulsividad se define como la tendencia a actuar espontáneamente casi sin premeditación o planeación; a mostrar baja tolerancia a la frustración, control interno débil, inconsistencia, expansividad y búsqueda de gratificación inmediata. La impulsividad se relaciona por lo común, con el temperamento de los jóvenes, con inmadurez (o con ambos) o con afección neurológica. Se incluyen:

- Deficiente integración de las partes. Una o más partes de la figura no están unidas al resto del cuerpo; algunas partes están conectadas únicamente por una sola línea o apenas tocan otras partes.
- Gran asimetría entre las extremidades. La forma de un brazo o una pierna difiere notablemente de la del otro brazo o la otra pierna. Este reactivo no se registra si la forma de los brazos o de las piernas es similar pero estos solo son un poco desiguales en tamaño.
- Transparencias. Las transparencias son evidentes y comprenden partes importantes del cuerpo o de las extremidades; este reactivo no se registra si líneas simples de los brazos cruzan el cuerpo.
- Figura Grande. La figura tiene 23 o más centímetros de altura.
- Omisión del cuello. No existe conexión entre la cabeza y el cuerpo; la cabeza apenas toca el cuerpo; la cabeza está unida directamente al cuerpo sin ningún

indicio de cuello. Este reactivo no se registra si se muestra la línea clara del cuello de una camisa o de un suéter, aun cuando el cuello no sea visible.

2. Inseguridad, sentimientos de inadecuación

Esta categoría implica un autoconcepto bajo, falta de inseguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental, sentimientos de impotencia y una posición insegura. El niño se considera como un extraño, no lo suficientemente humano, o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás. Los siguientes siete IE se incluyen en esta categoría:

- Figura inclinada. El eje vertical de la figura tiene una inclinación de más de 12° a partir de la perpendicular.
- Cabeza pequeña. El tamaño de la cabeza es menor que un octavo del tamaño de toda la figura.
- Manos amputadas. Los brazos están dibujados sin manos ni dedos. Este reactivo no se registra si las manos están ocultas detrás de la figura o están en los bolsillos.
- Figura monstruosa o grotesca. La figura grotesca debe ser hecha deliberadamente por el joven y no como resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo. La figura puede representar monstruos, una criatura del espacio exterior, un extraño como sería un extranjero o el miembro de un grupo minoritario dibujado por un alumno que no pertenece a ese grupo, una persona ridícula, como un payaso o un vagabundo, o un animal.
- Omisión de los brazos. No se dibujan brazos ni manos; las manos aparecen solas sin brazos.
- Omisión de las piernas. No se dibujan piernas ni pies; los pies aparecen solos, sin piernas.

- Omisión de los pies. Solo se dibujan las piernas; los pies u y las piernas están cortadas por el borde del papel.

3. Ansiedad

La ansiedad se define como tensión e inquietud de la mente con respecto al cuerpo (ansiedad corporal), a las acciones o al futuro; o como preocupación, inestabilidad o aflicción; como un estado prolongado de aprehensión. Los siguientes seis IE están incluidos en esta categoría:

- Sombreado de la cara. El dibujo presenta sombreado deliberado de la cara o parte de ella, pecas, “sarampión” o anteojos oscuros. Este reactivo no se registra si la cara está sombreada uniformemente para representar el color de la piel.
- Sombreado del cuerpo, de las extremidades, o de ambos. La parte sombreada indica la zona de preocupación específica. El énfasis especial en el área genital a través del sombreado, de línea raspada con fuerza o del delineamiento meticuloso de la bragueta o cremallera de los pantalones, refleja ansiedad sexual.
- Sombreado de las manos, del cuello o de ambos. Ver la sección anterior.
- Piernas juntas. Las piernas se juntan sin dejar espacio entre ellas. En los dibujos de perfil solo se muestran una pierna.
- Omisión de los ojos. Hay ausencia completa de los ojos. Este reactivo no se registra si los ojos se dibujan cerrados o como círculos vacíos, o si están cubiertos por anteojos oscuros.
- Nubes, lluvia, pájaros volando. Cualquier representación de nubes, lluvia, nieve o bandadas de pájaros volando indica ansiedad.

4. Apocamiento, timidez

El apocamiento y la timidez se definen como una conducta retraída, cautelosa y reservada, como falta de seguridad en sí mismo; como las tendencias a avergonzarse o

atemorizarse fácilmente y apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas. Los siguientes cinco IE están incluidos en esta categoría:

- Figura pequeña. La figura mide 5 centímetros o menos.
- Brazos cortos. En vez de brazos se dibujan dos pequeños picos; los brazos son tan cortos que no alcanzan a llegar a la cintura de la figura.
- Brazos pegados al cuerpo. No hay espacio entre el cuerpo y los brazos.
- Omisión de la nariz. No aparece ningún esbozo de la nariz ni de las fosas nasales.
- Omisión de la boca. La figura carece de boca. Este reactivo no se registra cuando la boca está cubierta por un objeto, por ejemplo, un casco de futbolista.

5. Ira, agresividad

La ira y la agresividad se definen como disgusto, resentimiento, exasperación o indignación; actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravios; ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración. La ira puede estar dirigida a los demás, a uno mismo, o a objetos. Los siguientes cinco IE están incluidos aquí:

- Ojos bizcos. Ambos ojos están vueltos hacia afuera o hacia dentro. Este reactivo no se registra si los ojos están viendo a un lado.
- Dientes. Cualquier representación de uno a o más dientes.
- Brazos largos. Los brazos son excesivamente largos, lo suficiente como para llegar debajo de la rodilla o del lugar donde esta debería de estar.
- Manos grandes. Las manos son tanto o más grandes que la cara de la figura.
- Figura desnuda, genitales. Se dibuja una figura desnuda; aparecen dibujos realistas de los genitales o representaciones simbólicas inequívocas de estos; se muestran características sexuales secundarias como los pechos.

3.4 Expresión gráfica a través del dibujo

Como antecedentes históricos, los tests gráficos están acompañados durante su corta historia del planteamiento, postulados y conceptos de la psicoterapia psicoanalítica y el psicodiagnóstico dinámico. Esto se debe fundamentalmente a que los conceptos, interpretaciones y autores de diversos tests gráficos participaban de dichos planteamientos. Paradójicamente, el autor que utilizaba dibujos con un fin psicodiagnóstico fue Goodenough (1926), la paradoja reside en que no lo hizo desde un enfoque dinámico si no desde un enfoque evolutivo. Dicha autora apreciaba a partir de los dibujo, el nivel de maduración mental de los sujetos.

Aunque Goodenough fuera la pionera en dar una importancia diagnóstica a los dibujos, los antecedentes de esta técnica provienen del psicoanálisis ortodoxo. Fue Freud, quien en 1900 y 1913 ya hace mención de la posibilidad que las graffías tienen de interpretarse. La importancia de análisis de dibujos cobró relevancia debido al nacimiento y posterior desarrollo y consolidación Psicoanálisis de niños. La primera incursión de esta nueva técnica se remonta a 1920 y su precursora fue H. Von Hug-Hellmuth y aunque no escribiera en su breve legado sobre la importancia del dibujo, sí lo hizo sobre el juego; quien resalta la relevancia del dibujo es M. Klein (1932) la cual lo introduce en el trabajo analítico (Santiago & Fernández, 1999).

Entre el trabajo Goodenough (1926, enfoque evolutivo) y del de M. Klein (1932, enfoque del psicoanálisis infantil), SophieMorgensten (1928) introduce al enfoque clínico y es la primera en valerse de dibujos espontáneos del niño para psicoanalizarlo. Morgensten y Nolan realizaron en 1928 un estudio psicopatológico acerca de lo que denominaron “una extensión de la proyección”; en dicho estudio se trataba tanto de describir la dinámica interna de sus pacientes como el acelerar el proceso de psicoterapia con base en la discusión de las producciones gráficas de los sujetos.

Otro autor importante dentro del psicoanálisis es D. W. Winnicott, quien concede especial importancia al juego y al dibujo dentro de sus planteamientos de psicoterapia, En una de sus obras más dedicadas a estos temas “Realidad y juego” (1971), el autor explica cómo en la relación psicoterapéutica se crea un espacio transicional, el cual aparece como una reedición del espacio potencial creado entre el lactante y su madre. Dicho espacio tiene como principal función el ser una zona intermedia de la fantasía y la realidad (Santiago & Fernández, 1999).

En cuanto a la reactividad psicológica de los tests gráficos al igual que la creación artística, sirven de estímulo para la imaginación del sujeto por lo que se supone que, en principio, la persona revelará algo de sí mismo. Es decir, el sujeto ante la presentación de frases, consignas, etc., estructurará las mismas proyectando con su imaginación, su estado de ánimo, sus conflictos inter e intrapsíquicos y el tipo de mecanismos de defensa ya sean estos exitosos o no, que censuran tales contenidos inconscientes. Al darle la consigna al niño, le estamos pidiendo que ponga en funcionamiento sus capacidades cognitivas (percepción, memoria, atención....) para conformar la respuesta, En términos dinámicos lo que se hace es llamar o invocar a las formaciones yoicas del sujeto. El análisis de este factor formativo activo da información de las capacidades yoicas de la persona; es decir, de los mecanismos de percepción y adaptación a la realidad que posee el sujeto, y al mismo tiempo en la producción gráfica, implícita en el color, el tamaño, la fuerza del trazo, etc.

A continuación se señalan las fases de la gráfica para saber en qué nivel de desarrollo gráfico están los niños cuando se les administran tests gráficos proyectivos, ya que la edad del infante es crucial para saber cuál es la calidad de sus dibujos.

Las investigaciones realizadas por Luquet (1927) mencionan diferentes fases donde se debe tener en cuenta las edades expuestas para cada nivel de desarrollo, tomándolas como orientativas, ya que probablemente fluctuarán dependiendo de la particularidad del dibujo y por los factores madurativos. Las fases son (Santiago & Fernández, 1999):

1ª FASE. Fase del garabato.

Aproximadamente es la comprendida entre los seis meses a los dos años, es caracterizada porque se da una descarga motora la cual supone que el niño hace demasiada fuerza contra el papel produciendo líneas continuas.

2ª FASE. Fase del garabato redondeado.

Dicha fase se produce aproximadamente entre los dos y tres años. Está caracterizada porque empieza a haber inicios de expresión, pero el objeto representado no se mantiene constante; esto es si el niño dibuja cualquier garabato puede verbalizar que es un gato y al momento decir que es "papa".

3ª FASE. Fase preesquemática.

Aproximadamente entre los tres y siete años, ya se presenta el dibujo apropiadamente dicho. Lo característico de este periodo es que ya hay ciertos aspectos de intención figurativa, esto es, el niño va logrando cada vez niveles superiores de realismo debido fundamentalmente a que empieza a diferenciar el espacio correspondiente a la realidad externa con el correspondiente a la realidad interna.

4ª FASE. Fase del realismo intelectual.

En esta etapa puede haber solapación con aspectos de la anterior, debido a que se produce aproximadamente entre los seis y siete años. Lo que ocurre es que el niño dibuja sin discernir sobre el dibujo en sí, ya que dibuja cualquier objeto, representará distintos objetos que a la vez se contendrán en el original. A modo de ejemplo se puede señalar el dibujo de una nevera a la que se le ven los alimentos que tienen por dentro (son representados como si se tratara de una transparencia). Es también típico de esta fase el que se den asimetrías en la perspectiva y mala composición en el tamaño de las figuras

y objetos. Estas coyunturas poco a poco se irán disipando, a medida que el niño vaya llegando a la siguiente fase del desarrollo gráfico.

5ª FASE. Fase del realismo visual.

El niño entra en la última etapa aproximadamente a los nueve años, los niños van abandonando los problemas anteriormente citados para comenzar a tener una capacidad pictórica más sofisticada y menos espontánea. Se observan perspectivas más simétricas llegando a poder exponer la dimensionalidad y tridimensionalidad de los dibujos. Este proceso se extiende hasta los doce años, momento en el que se produce una edad de dibujo adulto donde las adquisiciones se dan con base en detalles más perfeccionistas. Así, el hecho de conocer estas fases por las que pasa el dibujo del niño puede ser de gran utilidad para determinar el periodo evolutivo gráfico del niño así como para la detección de problemáticas emocionales.

3.4.1 Expresión emocional del niño a través del dibujo

Los dibujos del niño son fácilmente reconocibles. El niño por sí mismo no busca, de ninguna manera, imitar las producciones artísticas de los adultos cuya intención está enfocada a manifestar las experiencias las cuales ha vivido hasta ese momento. Desde una perspectiva psicológica, el niño desde su nacimiento se desarrolla en el seno de una cultura que le marca profundamente. La influencia de las imágenes que le rodean, del lenguaje que dispone no puede ser menospreciada. Lo que se concibe como el término de dibujo del niño es tanto un producto de nuestra civilización moderna como un testimonio del alma infantil. Así, el niño teniendo en cuenta sus medios busca siempre representar lo real. Su afán de observación, su gusto por el detalle, sus comentarios, todo muestra una tendencia de interpretar el mundo a través del dibujo (Widlocher, 1988).

Las cosas que representan en los dibujos están en función no de lo que ve de las cosas, sino de lo que sabe de ellas, donde el niño aspira de manera consciente a reproducir del objeto representado, no sólo que puede ver de él sino lo que “hay en él” y dar a cada uno de sus elementos su forma ejemplar (Widlocher, 1988).

Los dibujos de los niños, en cuanto a expresión artística formal, manifiestan tener pocos elementos, siendo un elemento con un débil valor formativo, pero con un alto valor de comunicación personal. En este caso, el niño no solo revela a través del dibujo expresiones prácticas (habilidad manual, cualidades perceptivas, buena orientación en el espacio), sino sobre todo, rasgos de su personalidad. Estos rasgos expresan ante todo sus reacciones emocionales del momento y sus actitudes afectivas en situaciones determinadas. Somos los adultos quienes generalizamos estas observaciones y nos hacemos cierta idea de sus características emocionales partiendo del dibujo.

Es necesario distinguir diferentes planos en la expresión emocional de los niños a través del dibujo:

El gesto gráfico. La manera con que el niño trata la superficie blanca, la elección de las formas y de los colores expresa ciertos elementos de su estado emocional, esto se le conoce como el valor expresivo del dibujo.

Al manifestar los productos de su imaginación, revela también sus centros de interés, sus preocupaciones, sus gustos, etc. Lo anterior representa el valor narrativo del dibujo en el niño.

Estas modalidades de expresión logran revelar sentimientos y pensamientos que se escapan del conocimiento del niño, no solo por su naturaleza sino porque el niño de forma general no es consciente de ello o incluso lo que manifiesta en el dibujo tiene que ver con

algo que de manera consciente evade, repele, niega o representa una zona de conflicto. Dichos procesos defensivos los cuales destacan tales asociaciones de pensamiento en ellos, permiten de manera indirecta deducir la existencia y la naturaleza de temas inconscientes (Widlocher, 1988).

El estilo general de la figura revela ciertas disposiciones fundamentales de la visión del mundo del niño y constituye por lo tanto, su valor proyectivo. Por lo tanto, podemos dar cuenta que el dibujo lleva la marca del estado emocional del niño. Si se considera ahora el dibujo en su conjunto, éste refleja hábitos y estilos motrices, imitaciones, nivel de madurez, pero también logra expresar una visión bastante fundamental de su ser. De acuerdo con Françoise Minowska (1949), la representación que nos hacemos de las cosas no proviene solamente de los datos intelectuales, sino de disposiciones más globales de la personalidad, tanto de la afectividad como de la inteligencia (Widlocher, 1988), por lo que será importante considerar a la hora de tratar de entender el dibujo de un niño.

CAPÍTULO IV.

MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

Durante la estadía en el Hospital Infantil de México Federico Gómez se tuvo la oportunidad de trabajar con niños y adolescentes con cáncer en etapa terminal, por lo que se observó la necesidad de intervenir en el proceso de adaptación y aceptación ante la enfermedad y la terminalidad. Una de las problemáticas identificadas es la necesidad de trabajar conjuntamente con el equipo médico en las diferentes etapas de la enfermedad (recién diagnóstico, tratamiento, procedimientos médicos); esto es indispensable ya que brinda al niño y sus padres información, orientación y recursos para la toma de decisiones, favorecer una mayor percepción de control de la situación, así como observarse en un espacio de escucha, acompañamiento y contención emocional. Al intervenir ante dichas necesidades, se busca un mayor grado de adaptabilidad y aceptación de la enfermedad del niño enfermo y sus padres.

Sin embargo, es común que el escenario real sea diferente, debido a que, pese a que con el tiempo se ha propiciado una mayor participación de los psicólogos en conjunto con el equipo médico, en ocasiones la labor global del psicólogo queda minimizada o categorizada en ciertas intervenciones (psicoeducación (proceso en el cual se proporciona información específica acerca de la enfermedad el cual favorece la adherencia al tratamiento), informar malas noticias, acompañar a través del juego, entre otras). Debido a la carga de trabajo de los médicos y en general la prioridad que aún se le da a la salud física, se observa que en ocasiones ciertas situaciones donde el psicólogo pudiera intervenir no es informado en el momento indicado, o se prioriza la intervención médica. Cabe destacar también que debido al gran número de pacientes

que se atiende en este Hospital de tercer nivel, es difícil tener alcances y lograr el objetivo de atención y seguimiento psicológico a toda la población.

En el caso particular de los pacientes en etapa terminal, es importante mencionar que, aunque ya es más notorio el tomar en cuenta el estado emocional del paciente en esta etapa; de nuevo la dificultad se enfoca en que el equipo de salud (médicos, enfermeras, etc.) le dan importancia poco prioritaria a la labor profesional del psicólogo ante una situación donde el intervenir y dar recursos que favorezcan la calidad de vida del paciente y sus familias es indispensable, si pensamos un término de salud integral.

Para poder identificar la importancia de la labor profesional del psicólogo, surgió la idea de poder conocer cuáles eran las necesidades y características emocionales de los niños en esta etapa y así tener un panorama más claro de lo que pasa con el niño, cómo intervenir y que el equipo de salud pueda tener las bases teóricas y considerar que el otorgar un apoyo psicológico en este es indispensable para afrontar de una manera más adaptativa este proceso de terminalidad.

A partir de esto, se planteó utilizar pruebas proyectivas que nos ayudaran a conocer las características emocionales de los niños ante la etapa terminal de la enfermedad. Para ello se retomaron parte de los dibujos ya existentes de un estudio coordinado por las psicólogas del área de oncología de dicha institución, Adriana Scherer y María José Adame (el cual se mantiene en proceso de publicación). Este estudio consistió en identificar las expresiones emocionales en niños con cáncer terminal, tomando en cuenta las etapas del duelo que pudieran manifestarse a través del dibujo libre.

La necesidad de intervención e investigación surge, aparte de lo ya mencionado, debido a que a pesar de los múltiples estudios que demuestran que la intervención psicológica

en niños oncológicos en las diversas etapas de la enfermedad tiene resultados favorables, se observa poca participación para trabajar multidisciplinariamente y así poder obtener una mejor adaptación del infante al nuevo contexto al cual se ve sometido abruptamente. En el caso de niños en etapa terminal se observan síntomas ansiosos y depresivos que contribuyen a una desadaptación de su medio, además de ser un proceso que los niños suelen vivir afectivamente solos y aislados, creando fantasías y especulaciones acerca de la muerte teme, así como también sus padres, quienes pueden tener especulaciones en cuanto a la muerte de su hijo, decidiendo no hablar de manera clara y abierta con ellos al respecto. De ahí el considerar importante tener en cuenta las necesidades emocionales que los niños pudieran presentar en esta etapa de terminalidad y conocer si existe algún impacto positivo, de elaboración y adaptación en dicha etapa a partir del acompañamiento emocional.

4.2 Justificación

En México la segunda causa de muerte en infantes es el cáncer, siendo esta enfermedad un desorganizador cognitivo y emocional en los niños (Rivera, 2007). El enfermo oncológico siente los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, como son los vómitos, náuseas, pérdida de peso o fatiga, pero también se ve afectado por sus repercusiones psicológicas, ya que se ha demostrado que la separación constante de la familia, la exposición a un entorno extraño y desconocido, así como la falta de información médica apropiada a cada etapa evolutiva, pueden producir tensión y fantasías perturbadoras en el niño enfermo (Palmo, 1995).

Al conocer el diagnóstico, los niños suelen preguntarse si van a morir, por lo que tienden a enfrentar un amplio espectro de emociones como: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad, lo que genera profundo temor e inseguridad. (Méndez y cols, 2004).

Hablando específicamente de lo que significa el proceso de terminalidad de la vida, para los niños y adolescentes se trata de un hecho, que según su etapa evolutiva y nivel cognitivo, podrán asimilar (Méndez y cols, 2004). Aun cuando la muerte no sea un tema de reflexión que preocupe al niño, la pérdida progresiva de funcionalidad debida al deterioro orgánico puede generarle sensaciones de impotencia y falta de control, obligándolo a elaborar duelos en forma continua y con periodos escasos de tiempo escaso (Faberman, 2010). Para los padres, el fin de la vida de un hijo, además de implicar el truncamiento en el proyecto de vida del infante, compromete la ruptura del vínculo afectivo entre ellos. En esta situación y contexto, la presencia del psicólogo ejerce una influencia benéfica de diferentes formas: ayudando a establecer la despedida del niño y sus padres y promoviendo un saludable proceso de duelo posterior; en el niño, brindando la oportunidad de tener una comunicación más abierta, honesta y comprensiva sobre sus dudas y temores alrededor de esta etapa terminal, que habitualmente no manifiesta abiertamente con sus seres queridos, lo que genera en los niños aislamiento afectivo, confusión y ansiedad en este proceso. Mediante el acompañamiento terapéutico se ha observado una mejor comprensión de la etapa terminal en niños y adolescentes con cáncer (Faberman, 2010).

Finalmente se considera importante la intervención psicológica en el ámbito de la oncología infantil, no solo como apoyo en la expresión del estado emocional de los niños en etapa terminal, como es el caso del presente trabajo, sino además para favorecer la recuperación emocional del paciente pediátrico y sus familias.

4.3 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características proyectivas identificadas en el dibujo libre del paciente en edad escolar con cáncer terminal, determinadas a partir de los indicadores emocionales propuestos por Elizabeth Koppitz?

¿Existen diferencias proyectivas, determinadas por los indicadores emocionales propuestos por Koppitz (1989), en la expresión emocional a través del dibujo de pacientes pediátricos con cáncer terminal, comparando aquellos que recibieron acompañamiento emocional con los que no?

4.4 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y ex post facto (Danhke, 1989 en Hernández, 2003), con la finalidad de observar los indicadores emocionales descritos por Elizabeth Koppitz (1989) presentes en los dibujos de niños en edad escolar con cáncer en etapa terminal. Con base en los indicadores emocionales encontrados, se realizó un análisis descriptivo de la muestra de dibujos general. Posterior a esto, se realizó un análisis con base en estadística descriptiva, del número de indicadores presentes en los dibujos de los pacientes oncológicos que sí recibieron acompañamiento, a diferencia de los que no.

4.5 Objetivo general

Identificar los indicadores emocionales presentes en la muestra de los dibujos de niños en edad escolar con cáncer en etapa terminal. Realizar un análisis descriptivo de los indicadores emocionales presentes con mayor frecuencia, de la muestra general y por grupos de edad, con la finalidad de conocer a través de las características proyectivas del dibujo, lo que pudieran representar a nivel emocional; esto con el objetivo de identificar las características y necesidades emocionales de los niños durante este proceso.

4.6 Objetivos específicos

Una vez identificados los indicadores emocionales de la muestra general de dibujos, comparar las diferencias que se encuentran presentes en los dibujos de los niños que sí recibieron acompañamiento psicológico de los que no, tomando en cuenta:

- La frecuencia de los indicadores emocionales por grupo de edad.
- Lo que representan o significan a nivel emocional, en aquellos indicadores de mayor frecuencia.
- Analizar el contenido de los dibujos por grupo de edad.

4.7 Participantes

Las psicólogas Adriana Scherer y María José Adame, adscritas al área de oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, comenzaron una investigación con dibujos

de niños en etapa terminal del hospital para determinar si en éstos era posible localizar las etapas de duelo propuestas por Kubler-Ross (1969). La muestra original de dicho estudio fue de 195 dibujos de pacientes oncológicos en etapa terminal en edades entre los 3 y 13 años. Para fines del presente estudio, sólo se tomó una muestra de dibujos de niños entre 6 y 11 años de edad. A todos los padres de los participantes se les ofreció la posibilidad de que sus hijos recibieran acompañamiento emocional, dando como resultado dos grupos por cada edad: los que decidieron que sus hijos recibieran acompañamiento emocional y los que sus padres decidieron no recibirlo.

Para la muestra que se utilizó en este estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión.

4.7.1 Criterios de inclusión

- Niños y niñas del Hospital Infantil de México Federico Gómez en edad escolar (de 6 a 11 años de edad) con cáncer en etapa terminal.
- Niños y niñas que sus padres hayan aceptado o rechazado el acompañamiento emocional, a los cuales se les pidió realizar un dibujo.
- Dibujos de dichos niños que contaran con la presencia de al menos una figura humana, con la finalidad de que fuesen evaluados a partir de los indicadores emocionales propuestos por Elizabeth Koppitz (1989).

A partir de los criterios de inclusión, la muestra quedó constituida por 86 dibujos de pacientes oncológicos en etapa terminal, con edades entre 6 y 11 años. De dichos participantes 55 fueron hombres y 31 mujeres, de los cuales 62 niños y niñas recibieron acompañamiento emocional y 24 niños y niñas no lo recibieron.

4.8 Materiales e instrumentos

- Hojas de papel bond blanco y lápices
- Indicadores emocionales de la figura humana elaborados por Elizabeth Koppitz (1989).

4.9 Contexto y escenario

Este estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” con la población pediátrica atendida en el servicio de oncología. La realización de los dibujos y el acompañamiento que se brindó a los niños se llevó a cabo en un espacio abierto (área de hospitalización), donde se encontraban varias camas alrededor con otros niños y papás; se propició un ambiente de escucha atenta y confidencialidad con cada niño. Sin embargo una variable constante es que se realizó en presencia de muchas personas, aunque los niños y los padres están habituados a este tipo de acercamiento. Cabe señalar que las psicólogas del área son las encargadas de brindar atención psicológica a los niños y padres de familia en las diferentes etapas de la enfermedad. En el área de oncología se trata de promover la comunicación entre médicos y psicólogos para brindar información a los pacientes, psicoeducación (proceso en el cual se proporciona información específica acerca de la enfermedad el cual favorece la adherencia al tratamiento) y acompañamiento en momentos críticos como en situaciones de crisis, en etapas de recién diagnóstico o como fue este caso, dar y acompañar en la noticia de terminalidad y proceso de cuidados paliativos.

4.10 PROCEDIMIENTO

1. Determinación del estudio

Al ingresar al departamento de psicooncología del Hospital infantil de México Federico Gómez para realizar el periodo de servicio social, se nos informó de una investigación que se estaba llevando a cabo basada en la importancia de la intervención psicológica en los niños en la etapa final de la enfermedad, de donde se recopilaron una serie de dibujos de niños desde los tres hasta los 13 años de edad. La psicóloga Adriana Scherer nos comparte que surge esta necesidad a partir de observar de manera empírica las características emocionales de los niños que se encontraban en etapa terminal. Observó diferencias significativas en cuanto a comportamiento, recursos de aceptación, afrontamiento y validación emocional en aquellos niños que en su proceso de tratamiento y etapa terminal recibieron y no acompañamiento emocional. Debido a esto, considera la aplicación de los dibujos para la elaboración de un artículo de investigación donde se identificaron las etapas de duelo en niños a partir de dichos dibujos (Scherer y Adame, s.f).

Con la finalidad de seguir esta línea de estudio las profesoras Scherer y Adame nos autorizaron y proporcionaron dibujos de niños pertenecientes a la edad escolar (de 6 a 11 años). El trabajo se retomó a partir de una muestra constituida por 195 dibujos de niños con cáncer en fase terminal, pero para fines de este estudio, solo se utilizaron aquellos dibujos que contaran por lo menos con una figura humana, quedando la muestra constituida por 86 dibujos.

Para el análisis proyectivo de los dibujos realizados de manera libre, se determinó poder utilizar los indicadores emocionales del dibujo de la figura humana de Koppitz (1989) como medio de análisis cualitativo, esto es posible realizar ya que, teóricamente la técnica del dibujo libre no es un test gráfico totalmente independiente y con indicadores interpretativos propios. De igual forma, los componentes de contenido y expresivos presentes en el dibujo libre, se suelen interpretar bajo los mismos criterios que otros test

gráficos, por lo que consideramos apropiado poder utilizar el método de los indicadores de Koppitz (1989) para poder analizar los dibujos de los niños (Santiago de Herrero y cols, 1999).

2. Acompañamiento emocional

El equipo médico nos indicaba si algún niño era enviado a la fase de cuidados paliativos; en este momento el equipo de psicooncología al cual pertenecíamos, se ponía en contacto con los padres a los que se les ofrecía el servicio psicológico de acompañamiento emocional a las familias de los pacientes. Los niños cuyos padres aceptaron, recibieron una serie de 3 sesiones mínimo, la duración de esta sesión fue de cuarenta minutos a una hora aproximadamente y se llevaba a cabo en promedio una vez a la semana, dependiendo del tiempo de hospitalización del niño.

Una vez aceptado el acompañamiento de parte de los padres, nos dirigíamos a la cama del niño, donde se les proporcionaban materiales de juego como hojas, colores, pinturas, juegos de mesa, etc. las cuales fueron herramientas útiles para establecer el rapport con el niño, se definía desde el inicio del acompañamiento si iba acudir una o dos de las psicólogas.

Posteriormente se indagaban acerca de en algunos aspectos generales a través del juego, como presencia de signos de ansiedad, miedo y frustración ante la situación de vida que enfrentaban. En general las sesiones consistieron en brindar de inicio un ambiente tranquilo y empático para que el niño/a pudiera sentirse escuchado, donde sus expresiones verbales y no verbales no despertaran preocupaciones o desencadenara cualquier tipo de angustia o enojo; sino por el contrario, se situara en un espacio de autoconfianza a través de actividades lúdicas y artísticas, las cuales eran complemento de la escucha activa y la retroalimentación y reflejo emocional. De igual forma se les brindó la posibilidad de externar sus temores y percepciones sobre la muerte, para así apoyarlos en la comprensión del proceso. Al finalizar las sesiones se retroalimentaba al niño de lo hablado, se validaba emocionalmente y se abría la oportunidad de poder manifestar sus sentimientos y expectativas con sus seres queridos, por ejemplo, pedirles

a sus papás les hablaran del cielo, que se les permitiera realizar algo que deseaban en ese momento como ver a algún familiar, entre otras cosas. Finalmente al concluir el ciclo de sesiones se le pedía al niño que por ultimo nos realizaran un dibujo que lo que ellos quisieran, proporcionándole hojas blancas y lápiz.

En el caso de los niños que sus padres no aceptaron recibir el acompañamiento, simplemente se les dio la misma consigna: “te pido por favor realices que un dibujo de lo que tú quieras”. Para esto se les proporcionó de igual manera hojas de papel y un lápiz. El tiempo para realizar el dibujo no fue determinado. Durante la realización de éste, nosotras solo tomamos el papel de observadoras.

En síntesis, el proceso de acompañamiento tomó en cuenta lo siguiente:

- Brindar atención personalizada y una escucha activa por parte del acompañante: al llegar con los niños observábamos su condición física y su actitud, dependiendo de esto se definía llevar algún juguete o juego para generar un ambiente de confianza en el que los niños se permitieran jugar y hablar, nos dirigíamos hacia ellos por su nombre y se les preguntaba si en ese momento se sentían cómodos para realizar actividades con nosotros.
- Permitir una libre expresión respetando los tiempos, actitudes y estados emocionales del niño(a): el niño era el encargado en elegir entre un par de opciones, el material con el cual se trabajaba, por lo regular llevábamos hojas, colores, juguetes, juegos de mesa, plastilina; y el niño tenía que elegir que actividad quería hacer con nosotros. Se respetaba el ritmo del niño, como para realizar alguna actividad, así como para trabajar en algún tema; nunca se forzó al niño a hablar sobre algún tema en específico. Se le daba tiempo para hablar sobre el juego o sobre algo que estuviera viviendo en ese momento, o simplemente para acompañarlo en el juego sin hablar al respecto.
- Brindar un ambiente de honestidad y empatía donde se logró responder y aclarar dudas referentes a la temática establecida y en otras áreas de interés del niño:

cuando el niño presentaba dudas, se platicaba con los padres de familia y se les exponía la importancia de hablar con él sobre su situación médica, en ocasiones se acompañaba a los padres para comunicar situaciones relacionadas con su tratamiento. Con el niño también no solo se hablaba de su tratamiento sino también de gustos y experiencias, que escuchábamos y platicábamos con él de manera atenta y respetuosa. A los padres también se les daba a conocer la importancia de hablar y convivir con ellos no solo alrededor del tema de la enfermedad, sino de sus intereses más profundos.

- Fungir como figura de contención y escucha la cual permita tener una mayor expresión y validación emocional, como recurso para disminuir la angustia, para orientar y dar a conocer información nueva, como recurso que cubra las necesidades de control que el niño presenta ante la incertidumbre de este suceso de vida: cuando el niño estaba enterado de su situación médica permitíamos un espacio donde expresara como se sentía al respecto. En ocasiones se generaban silencios los cuales eran respetados y se acompañaba al niño con la actividad o el discurso que él necesitaba en ese momento. La mayoría de las veces, el tema no lo tocaba el niño de manera directa, lo platicaba a través del juego, de comentarios aislados o a través de conductas no verbales. Las acompañantes no realizábamos juicios, quejas, o actitudes de asombro o desconcierto, por el contrario, tratábamos de acoplarnos al ritmo y respuesta de cada niño.
- Al finalizar la sesión se retroalimentaba al niño de lo hablado: se validaba emocionalmente y se abría la oportunidad de poder manifestar sus sentimientos y expectativas con sus seres queridos. A manera de cierre se realizaba una sesión en privado con los padres de familia, donde se cuidaba la confidencialidad de lo hablado con el niño. No hablábamos con ellos lo que el niño nos compartía, sino les indicábamos a partir de lo observado de manera general la importancia del acercamiento y la comunicación afectiva con sus hijos. Finalmente se le compartía al niño la posibilidad de seguir jugando si el así lo decidían.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

El análisis de resultados se dividió en tres secciones. En la primera parte se muestran los indicadores emocionales presentes en el total de los dibujos de los niños de la muestra. A partir de un análisis descriptivo, se presenta la frecuencia de los indicadores emocionales, los cinco más frecuentes del total de la muestra así como la distribución por rango de edad.

De igual forma, se presenta el total de la muestra de los dibujos, dividida entre los que sí y no recibieron acompañamiento emocional. De esta muestra se realizará la descripción de los cinco indicadores emocionales presentes con mayor frecuencia, por grupo de edad.

Por último, se realiza un análisis de contenido clínico de los dibujos, tratando de identificar si estos elementos se relacionan con la situación de vida por la cual cursaban los niños de la muestra.

5.1 Indicadores emocionales presentes en el total de dibujos de la muestra

Del total de dibujos de la muestra, 55 fueron realizadas por niñas correspondiendo al 63.95%. Los niños realizaron un total de 31 dibujos correspondiendo al 36.04%. En cuanto a la descripción de la población por edad, fueron más los niños de seis años, es decir, un 26.74%. Se observa un decremento en el porcentaje conforme se avanza la edad llegando hasta un 6.97% en niños de 11 años, por lo tanto los dibujos de niños de 10 y 11 años son los de menor frecuencia. A continuación se presenta la Tabla 3, donde se distribuyen los niños de la muestra por rango de edad.

Edad	Niñas	Niños	Total por edad	
			Frec.	Porcentaje
6 años	13	10	23	19.76%
7 años	12	5	17	19.76%
8 años	9	6	15	17.44%
9 años	10	5	15	17.44%
10 años	7	3	10	11.62 %
11 años	4	2	6	6.97 %
Total por género	55	31	86	
Porcentaje	63.95 %	36.04 %		100%

Tabla 3. Número de niños y niñas por edad

De los treinta indicadores emocionales (IE) de Koppitz (1989), a continuación se describe la frecuencia de la aparición de mayor a menor en los 86 dibujos como se muestra en la Tabla 4:

Indicadores emocionales más frecuentes en la muestra total de dibujos	FRECUENCIA Total= 86
Omisión de la nariz (varones 6 años, niñas 5 años)	57
Manos omitidas, brazos sin manos ni dedos	51
Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	47
Omisión del cuello varones 10 niñas 9	38
Omisión de los pies (varones 9 , niñas 7)	35
Brazos cortos, no llegan a la altura de la cintura	31
Figura pequeña de 5cm o menos de altura	22
Cabeza pequeña un décimo de la altura total de la figura	22
Brazos largos, que podrían llegar hasta debajo de la línea de las rodillas	21
Figura grande de 23 cm o más de altura	17
Piernas juntas	17
Pronunciada asimetría de las extremidades	15
Integración pobre de la partes	15
Manos grandes, del tamaño de la cara	15
Nubes, lluvia, nieve	11
Omisión de los brazos (varones 6 años, niñas 5 años)	10
Sombreado de la cara o parte de la misma	9
Brazos pegados, adheridos a los costados del cuerpo	9
Inclinación de la figura 15° o mas	9
Sombreado del cuerpo y/o extremidades	7
Sombreado de las manos y/o cuello	6
Omisión de la boca	6
Omisión de las piernas	6
Transparencias	5
Omisión de los ojos	5
Ojos bizcos, ambos ojos vueltos hacia adentro	2
Manos ocultas detrás de la espalda o en los bolsillos	1
Dientes	0
Genitales	0
Figura monstruosa o grotesca	0

Tabla 4. Indicadores emocionales presentes en el total de los dibujos de niños y niñas.

La tabla 5 muestra los indicadores emocionales más frecuentes en la muestra total de los dibujos.

Esta tabla se muestra a continuación:

Número de indicador marcado por Koppitz (1989)	Indicador emocional	Frecuencia Total= 86	Porcentaje
32	Omisión de la nariz (varones 6 años, niñas 5 años)	57	66.27%
21	Manos omitidas, brazos sin manos ni dedos	51	59.30%
26	Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	47	54.65%
38	Omisión del cuello (varones 10 niñas 9)	38	44.18%
37	Omisión de los pies (varones 9 , niñas 7)	35	40.69%
17	Brazos cortos, no llegan a la altura de la cintura	31	36.04%

Tabla 5. Indicadores emocionales más frecuentes en los dibujos de niños y niñas

De acuerdo a lo anterior, el IE más frecuente del total de la muestra es el 32 (omisión de nariz) correspondiendo a un 66.27%. El 21 (manos omitidas), corresponde a un 59.30% y el 26 (dibujo espontáneo de tres o más figuras) a un 54.65%. El indicador 30 (omisión de cuello) se presenta en un 44.18% y el 31 (omisión de los pies) en un 40.69%. Finalmente el 17 (brazos cortos), se destaca por que se presentó en 31 dibujos, correspondiente al 36.01%.

Tomando como base los indicadores emocionales presentes en los dibujos con mayor frecuencia, a continuación se describe lo que representa cada uno de éstos de acuerdo por Koppitz (1989) :

1. Omisión de nariz denota aspectos de conducta tímida y retraída, ausencia de agresividad manifiesta y escaso interés social; la autora destaca que este indicador se relaciona también con dificultades psicósomáticas características por sentimientos de

inmovilidad e indefensión, angustia por el cuerpo, así como de manera general se relaciona con una incapacidad de avanzar con aplomo. Este es un indicador significativo en varones a partir de los seis años y en niñas a partir de cinco años, por lo que los dibujos de la muestra entran en esta categoría.

2. Manos omitidas, denotan características propias de sentimientos de inadecuación e incapacidad para actuar, se describe como un indicador que denota preocupación, inadecuación y ansiedad en general.

3. Dibujo espontáneo de tres o más figuras se relaciona en general con poca percepción de independencia, sentimiento propio de identidad e individuación.

4. Omisión de cuello se relaciona con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres, por su cuenta la omisión de pies destaca como signo de inseguridad de base.

5. Brazos cortos suele coincidir con dificultades del niño para conectarse con el mundo y las personas, es decir coincide de nuevo con rasgos de timidez y retraimiento social.

Cabe resaltar que los indicadores analizados corresponden a la muestra total, es decir, sin tomar en cuenta que si los niños recibieron o no acompañamiento. Estos indicadores emocionales, forma general se relacionan con aislamiento emocional, angustia e introversión, aunada a una importante inadecuación física, indefensión y preocupación a nivel psicosomático. Esto coincide con el momento y situación de vida de los niños y niñas de la población reportada.

A continuación se muestran los indicadores emocionales encontrados por **grupo de edad**, lo cual permite visualizar las expresiones emocionales en los diferentes rangos de edad.

Edad	IE presentes por grupo de edad	Frecuencia
6 años	Manos omitidas *	20
	Omisión de la nariz *	20
	Dibujo espontaneo de 3 o más figuras *	13
	Brazos cortos	13
	Figura pequeña	5
7 años	Omisión de la nariz *	13
	Manos omitidas *	11
	Nubes, lluvia, nieve	6
	Omisión de los pies *	4
8 años	Omisión de la nariz *	14
	Manos omitidas *	10
	Omisión del cuello *	7
	Figura pequeña	6
	Brazos largos	1
	Inclinación de la figura	1
9 años	Piernas juntas	6
	Brazos pegados al cuerpo	5
	Omisión de cuello *	7
	Dibujo espontaneo de 3 o más figuras *	3
	Manos omitidas *	2
10 años	Dibujo espontaneo de 3 o más figuras *	7
	Brazos largos	4
	Figura grande	2
	Inclinación de la figura	3
	Piernas juntas	3
	Omisión del cuello *	3
	Sombreado del cuerpo	2
11 años	Dibujo espontaneo de 3 o más figuras *	4
	Omisión de cuello *	4
	Omisión de nariz *	3
	Sombreado del cuerpo	1
	Sombreado de las manos	1
	Figura grande	1
	Piernas juntas	1

Tabla 6. Principales indicadores emocionales presentes por grupo de edad (El * señala el indicador que suele repetirse en los demás grupos de edad y que se presenta de manera frecuente).

En la a tabla 6 se observa que los niños de 6 años presentaron mayor frecuencia en los indicadores emocionales debido en parte, a que es el rango de edad que presenta más dibujos de la muestra. Sin embargo, conforme mayor es el rango de edad, los niños dibujan con mayor variedad de indicadores emocionales. De esta manera los niños de 9, 10 y 11 años expresan en sus dibujos una mayor cantidad de indicadores emocionales.

Así mismo, Koppitz (1991), agrupa los indicadores emocionales en cinco categorías para su interpretación:

- Impulsividad: Incluye los IE que señalan, deficiente integración de las partes, gran asimetría entre las extremidades, transparencias, figura grande y omisión del cuello.
- Inseguridad, sentimientos de inadecuación: incluye los IE de figura inclinada, cabeza pequeña, manos amputadas, figura monstruosa o grotesca, omisión de los brazos, omisión de las piernas y omisión de los pies.
- Ansiedad: incluye los IE de sombreado de la cara, sombreado del cuerpo, sombreado de las manos, del cuello o de ambos, piernas juntas, omisión de los ojos, nubes, lluvia, pájaros volando.
- Apocamiento, timidez: incluye figura pequeña, brazos cortos, brazos pegados al cuerpo, omisión de la nariz, omisión de la boca.
- Ira, agresividad: incluye lo IE de ojos bizcos, dientes, brazos largos, manos grandes, figura desnuda, genitales.

A continuación se describe lo que podría representar cada indicador por grupo de edad.

Edad	Indicador emocional	Frecuencia	Descripción
6 Años	Manos omitidas	20	Puede estar relacionado con timidez, sentimientos de inadecuación o culpa, así como preocupación constante por el cuerpo o el actuar correctamente.
	Omisión de nariz	20	Timidez, preocupación por el cuerpo
	Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	13	Se relaciona con poca percepción de independencia, sentimiento propio de identidad e individuación; bajo rendimiento escolar, capacidad limitada.
	Brazos cortos	13	Puede reflejar la dificultad del niño para conectarse con el mundo exterior y con los que lo rodean, así como con la inhibición de impulsos.
	Figura pequeña	5	Puede reflejar timidez, de igual manera suele estar relacionado con inseguridad emocional.

Tabla 7. Descripción de cada uno de los indicadores emocionales en los dibujos de los niños y niñas de 6 años (Koppitz, 1989).

La mayoría de los indicadores emocionales presentes en los dibujos de los niños de seis años se encuentran en la categoría de APOCAMIENTO O TIMIDEZ, es decir, que la conducta en estos niños tiende a ser retraída, cautelosa y pudieran llegar a sentirse inseguros de sí mismos ante la enfermedad.

En las figuras 1 y 2 podemos observar ejemplos de los indicadores emocionales; manos omitidas, brazos cortos, omisión de nariz y figura pequeña.

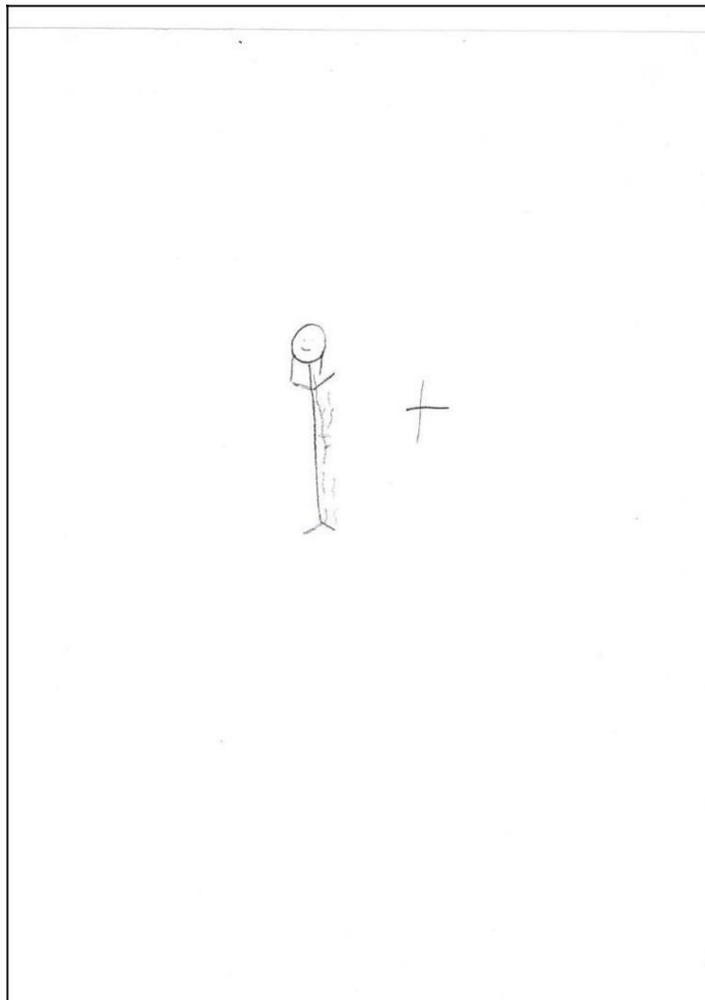


Figura 1. Dibujo de niña 6 años (no recibió acompañamiento)

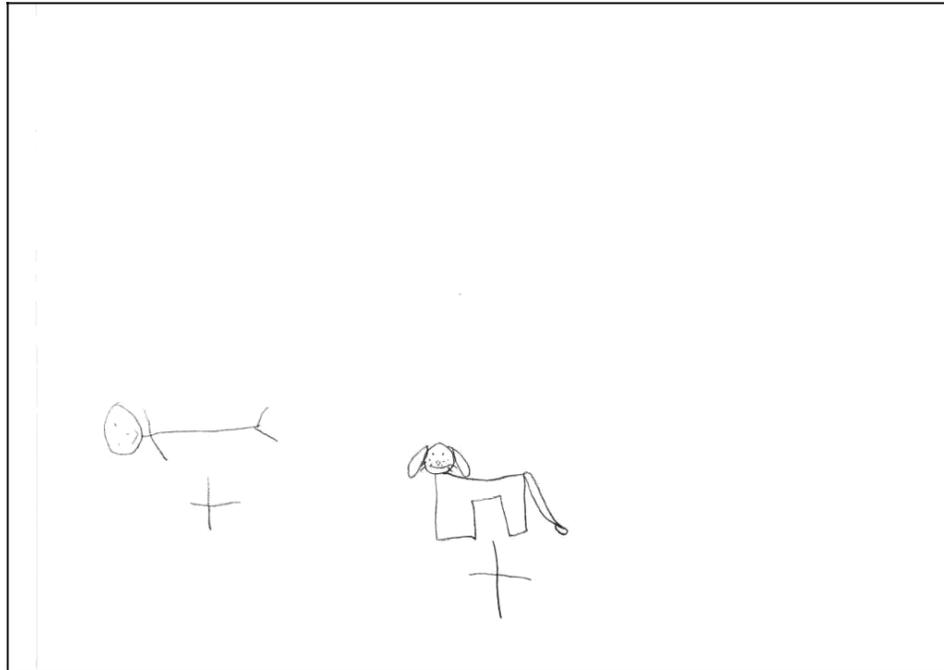


Figura 2. Dibujo de niño 6 años (recibió acompañamiento)

Edad	Indicador emocional	Frecuencia	Descripción
7 Años	Omisión de la nariz	13	Puede representar timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta, de igual manera puede relacionarse con un escaso interés social y preocupación por el cuerpo.
	Manos omitidas	11	Podría estar relacionado con timidez, sentimientos de inadecuación o culpa así como preocupación constante por el cuerpo o el actuar correctamente.
	Nubes, lluvia, nieve	6	Se relaciona con ansiedad, así como sentimientos de presión social, generalmente presentes en niños con trastornos psicossomáticos.
	Omisión de los pies	4	Puede indicar sentimientos de inseguridad, timidez y desvalimiento.

Tabla 8. Descripción de cada uno de los indicadores emocionales en los dibujos de los niños y niñas de 7 años (Koppitz, 1989).

Los dibujos de los niños de siete años, se ubican en las categorías de INSEGURIDAD, SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN y ANSIEDAD. Estos niños tienden a reflejar una conducta insegura y constante preocupación por la situación que pasan, lo que genera un auto concepto bajo, sintiéndose impotentes ante lo que están enfrentando, lo que puede generarles dificultades para establecer contacto con los demás.

En las figuras 3 y 4 nos muestran la presencia de los indicadores emocionales presentes en los niños de 7 años como son; omisión de pies, nariz y nubes.

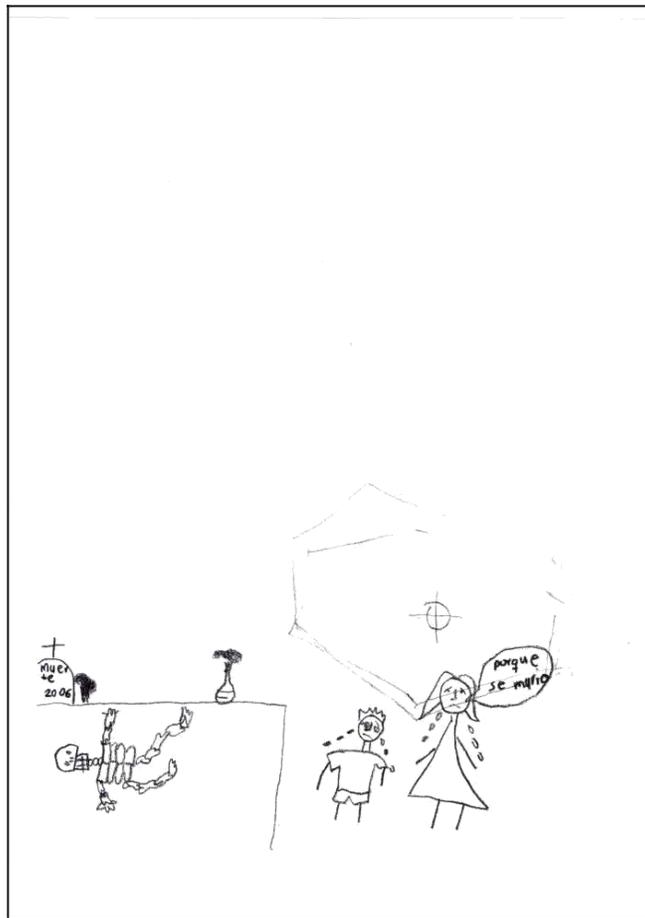


Figura 3. Dibujo de niño 7 años (recibió acompañamiento)

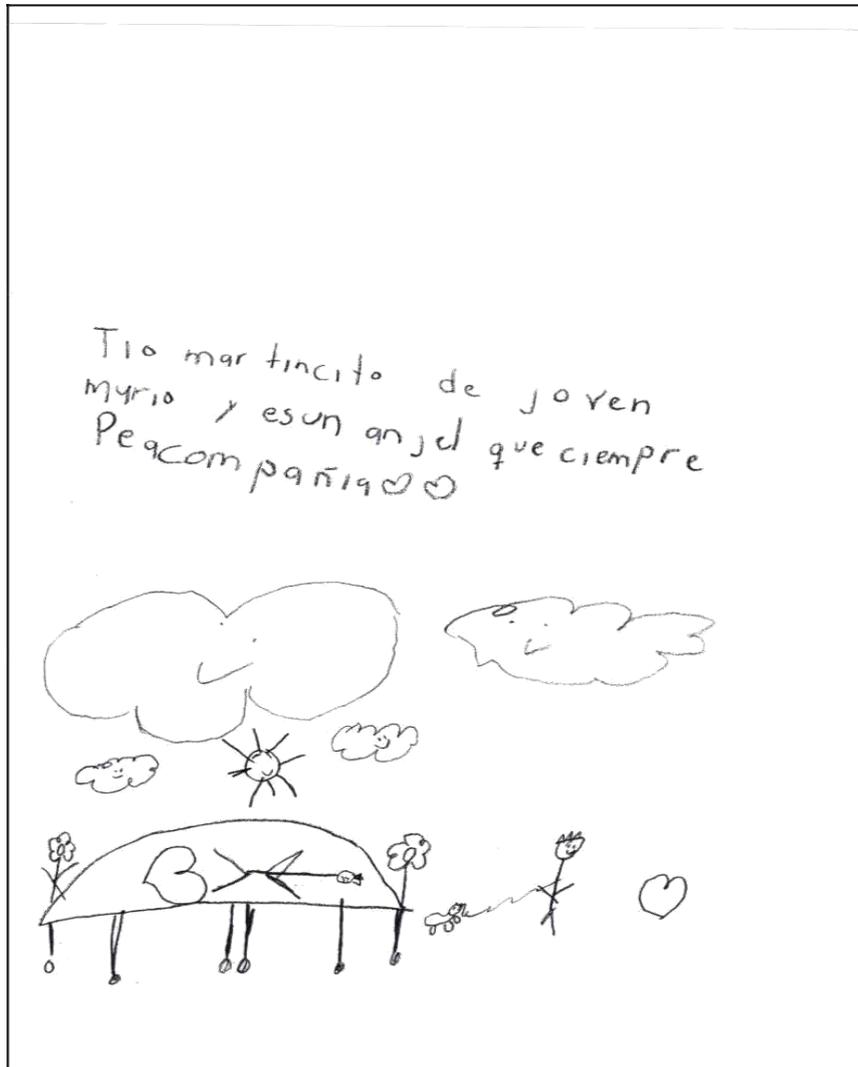


Figura 4. Dibujo de niña 7 años (recibió acompañamiento)

Edad	Indicador emocional	Frecuencia	Descripción
8 Años	Omisión de la nariz	14	Puede representar timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta, de igual manera puede relacionarse con un escaso interés social y preocupación por el cuerpo.
	Manos omitidas	10	Podría estar relacionado con timidez, sentimientos de inadecuación o culpa así como preocupación constante por el cuerpo o el actuar correctamente.
	Omisión del cuello	7	Posiblemente podría representar inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
	Figura pequeña	6	Frecuentemente representa timidez y puede estar asociada con inseguridad, retraimiento o depresión.
	Brazos largos	1	Podrían sugerir actitud agresiva ante el ambiente, de igual manera se cree que podría relacionarse con búsqueda de afecto.
	Inclinación de la figura	1	Está relacionada con inestabilidad y falta de equilibrio, sugiere que al niño le falta una base firme que le brinde seguridad

Tabla 9. Descripción de cada uno de los indicadores emocionales en los dibujos de los niños y niñas de 8 años (Koppitz, 1989).

Edad	Indicador emocional	Frecuencia	Descripción
9 Años	Piernas juntas	6	Implican rigidez, dificultad en el control de impulsos.
	Brazos pegados al cuerpo	5	Pueden sugerir un control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás.
	Omisión de cuello	7	Posiblemente podría representar inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
	Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	3	Se relaciona con poca percepción de independencia, sentimiento propio de identidad e individuación. También se relaciona con inmadurez y capacidad intelectual y cultural limitada.
	Manos omitidas	2	Podría estar relacionado con timidez, sentimientos de inadecuación o culpa así como preocupación constante por el cuerpo o el actuar correctamente.

Tabla 10. Descripción de cada uno de los indicadores emocionales en los dibujos de los niños y niñas de 9 años (Koppitz, 1989).

Los dibujos de los niños de ocho y nueve años se ubican en las categorías APOCAMIENTO TIMIDEZ, INSEGURIDAD, SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN, ANSIEDAD e IMPULSIVIDAD. Estos niños tienden a reflejar una conducta insegura y constante preocupación por la situación que pasan, lo que genera un autoconcepto bajo, sintiéndose impotentes ante lo que están enfrentando lo que puede generarles dificultades para establecer contacto con los demás, se describe poca tolerancia a la frustración y como resultado de ésta, a ser retraídos en sus relaciones, sin embargo pueden llegar a mostrar un control débil de impulsos llegando a reaccionar de manera poco tolerante, mostrándose enojados la mayoría del tiempo.

Las figuras 5 y 6 muestra dibujos realizados por niñas de 8 años, las cuales recibieron acompañamiento, podemos observar los indicadores; omisión de cuello, brazos cortos y piernas juntas, mientras que las figuras 7 y 8 pertenecen a niños de 9 años donde observamos los indicadores emocionales como omisión de nariz y manos omitidas

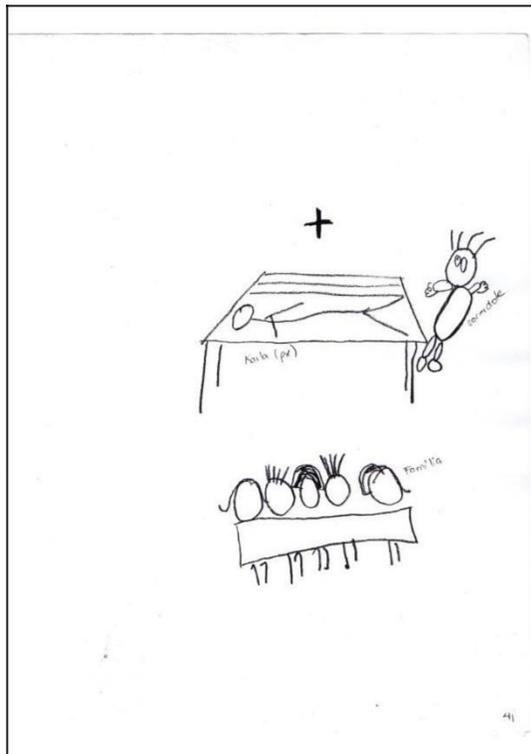


Figura 5. Dibujo de niña 8 años (recibió acompañamiento)

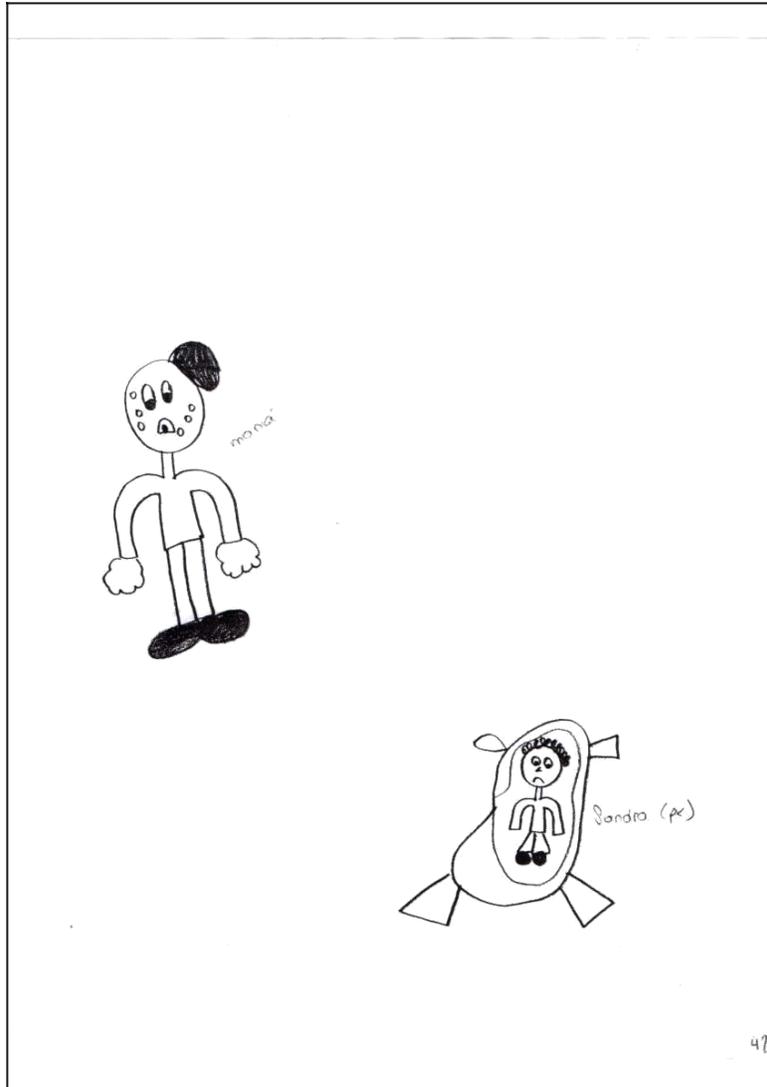


Figura 6. Dibujo de niña 8 años (recibió acompañamiento)

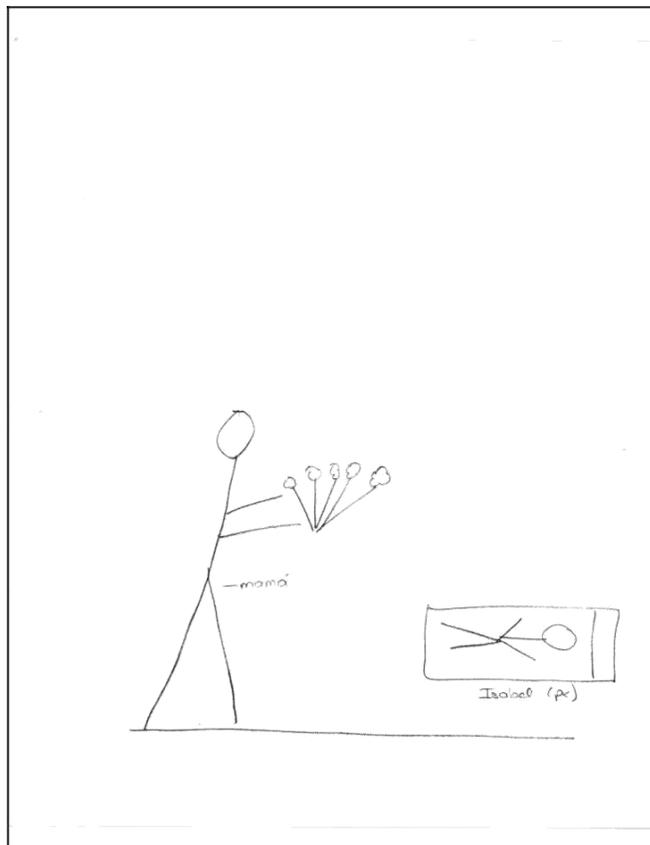


Figura 7. Dibujo de niña 9 años (recibió acompañamiento)

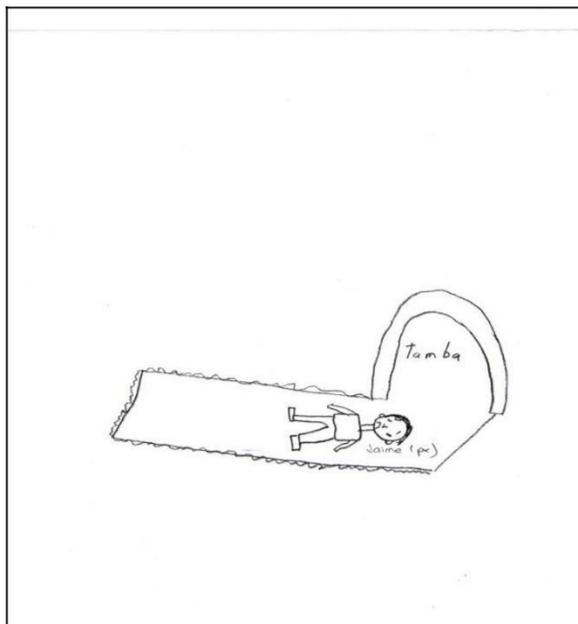


Figura 8. Dibujo niño 9 años (si recibió acompañamiento)

Edad	Indicador emocional	Frecuencia	Descripción
10 Años	Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	7	Se relaciona con poca percepción de independencia, sentimiento propio de identidad e individuación. Generalmente se relaciona con inmadurez y capacidad intelectual y cultural limitada.
	Brazos largos	4	Podrían sugerir actitud agresiva ante el ambiente, de igual manera se cree que se relaciona con búsqueda de afecto.
	Figura grande 2 llamar la atención,		Parece asociarse con falta de límites, necesidad de inmadurez y controles internos deficientes.
	Inclinación de la figura	3	Podría estar relacionada con inestabilidad y falta de equilibrio, sugiere que al niño le falta una base firme que le brinde seguridad.
	Piernas juntas	3	Implican rigidez, dificultad en el control de impulsos
	Omisión del cuello	3	Posiblemente representa inmadurez, impulsividad y controles internos pobres
	Sombreado del cuerpo	2	Puede estar asociado con ansiedad, así como sentimientos de devaluación. Puede reflejar preocupación por el cuerpo.

Tabla 11. Descripción de cada uno de los indicadores emocionales en los dibujos de los niños y niñas de 10 años (Koppitz, 1989).

Los dibujos de los niños de diez años se encuentran en las categorías APOCAMIENTO, TIMIDEZ, INSEGURIDAD, SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN, ANSIEDAD, IMPULSIVIDAD y AGRESIVIDAD. Tienden a reflejar una conducta retraída e insegura, ya que se perciben impotentes ante la situación que enfrentan con la enfermedad,

mostrando disgusto e indignación como recursos para defenderse ya que prefieren estar solos que establecer contacto con el medio y las personas con las que conviven.

La figuras 9 y 10 nos muestran los indicadores pertenecientes a este grupo de edad, claramente podemos observar la omisión de manos, figura grande, figura inclinada, omisión de nariz y cuello.



Figura 9. Dibujo niña 10 años (no recibió acompañamiento)

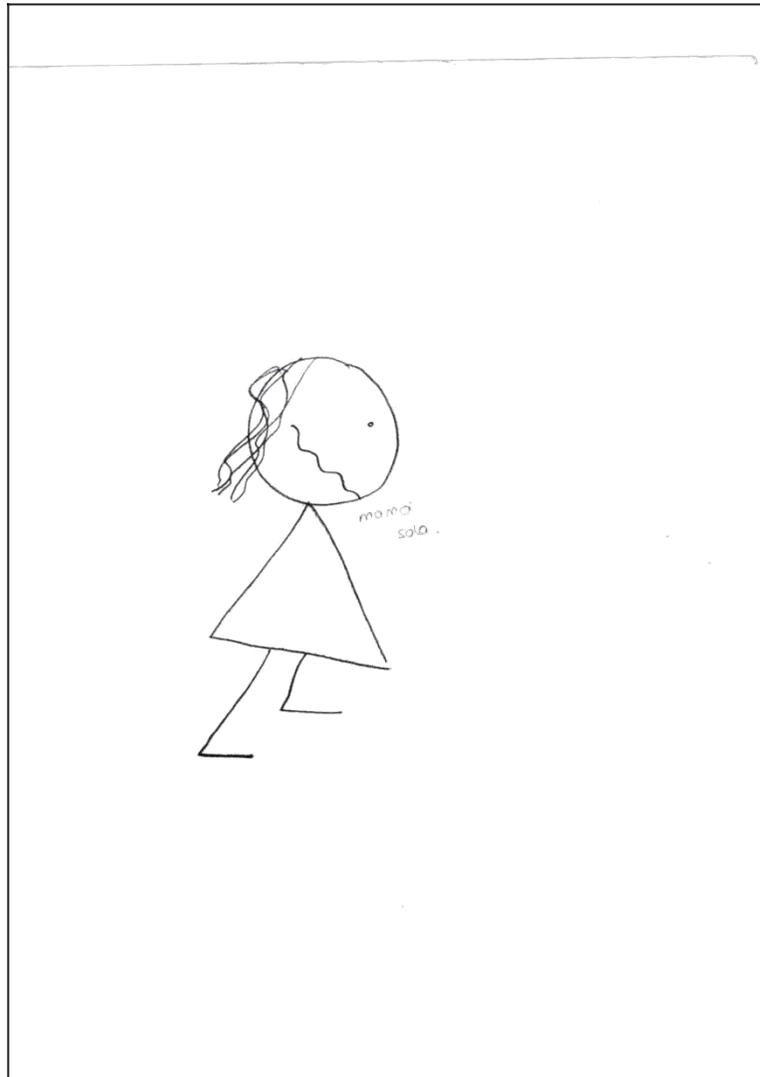


Figura 10. Dibujo niña 10 años (no recibió acompañamiento)

Edad	Indicador emocional	Frecuencia	Descripción
11 Años	Dibujo espontáneo de 3 o más figuras	4	Se relaciona con poca percepción de independencia, sentimiento propio de identidad e individuación. Generalmente se relaciona con inmadurez y capacidad intelectual y cultural limitada.
	Omisión de cuello	4	Representa inmadurez, impulsividad y controles internos pobres
	Omisión de nariz	3	Puede representar timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta, de igual manera puede relacionarse con un escaso interés social y preocupación por el cuerpo.
	Sombreado del cuerpo	1	Puede estar asociado con ansiedad, así como sentimientos de devaluación. Puede reflejar preocupación por el cuerpo.
	Sombreado de las manos	1	Esta asociado con ansiedad, así como sentimientos de devaluación. Puede reflejar preocupación por el cuerpo.
	Figura grande	1	Parece asociarse con falta de límites, necesidad de llamar la atención, inmadurez y controles internos deficientes.
	Piernas juntas	1	Implican rigidez, dificultad en el control de impulsos

Tabla 12. Descripción de cada uno de los indicadores emocionales en los dibujos de los niños y niñas de 11 años (Koppitz, 1989).

Los niños de once años se ubican en las categorías APOCAMIENTO TIMIDEZ, ANSIEDAD e IMPULSIVIDAD. Estos niños tienden a reflejar una conducta más preocupada y temerosa a la situación que están enfrentado con su enfermedad; suelen presentar ansiedad ante lo que puede ocurrirles físicamente por lo que generalmente se muestran distantes e inseguros de su capacidad para afrontar dicha situación. Presentan mayor variedad de indicadores emocionales y es evidente que se percatan de una manera más clara de la situación, vivenciándola con angustia a partir de hechos reales y concretos.

Los indicadores emocionales presentes en la edad de 11 años los podemos ver representados en las figuras 11 y 12.

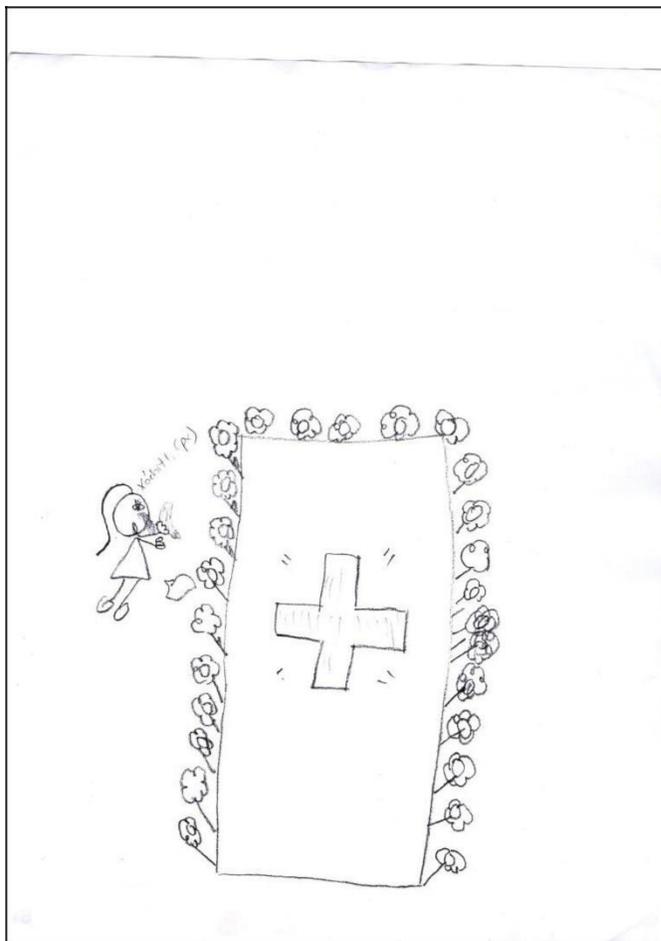


Figura 11. Dibujo de niña 11 años (si recibió acompañamiento)

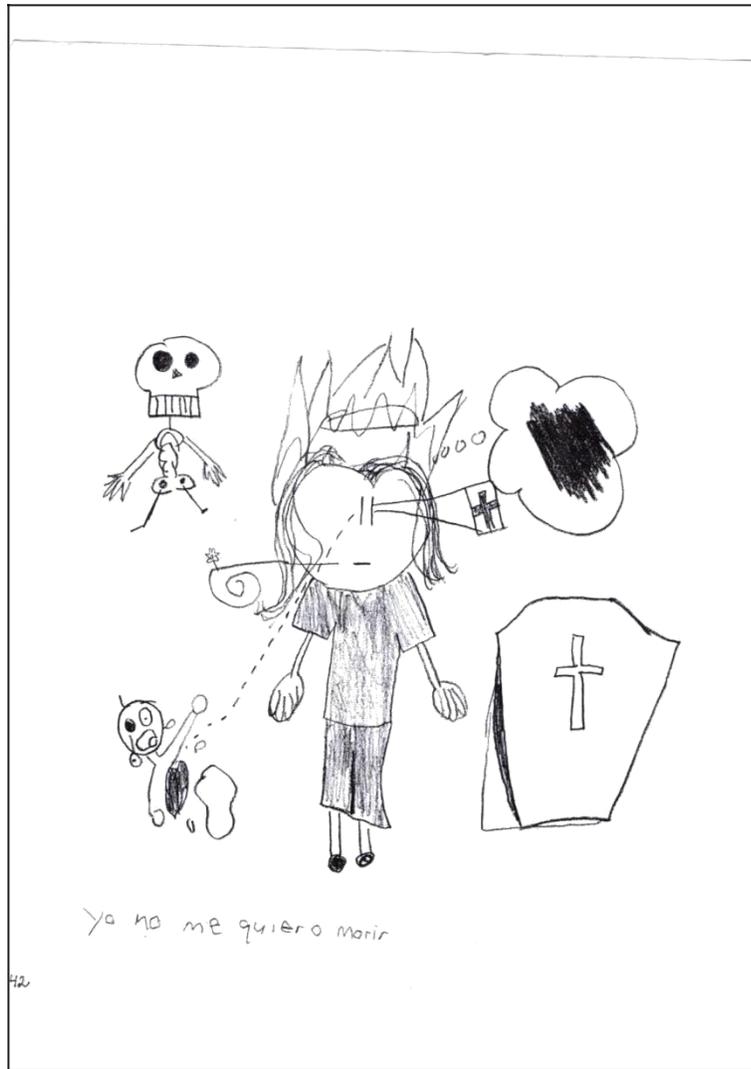


Figura 12. Dibujo de niño 11 años (no recibió acompañamiento)

5.2 Acompañamiento emocional

A continuación se describe el número de niños y niñas que recibieron y no acompañamiento emocional. De los 86 dibujos de la muestra, 55 fueron niñas y 31 fueron de niños. El 72.09% recibió acompañamiento emocional y el 27.90% no lo recibió. Véase tabla 13 y 15

Edad	Niñas	Niños	Total	
			Frecuencia	Porcentaje
	Sí recibió acompañamiento	Sí recibió acompañamiento		
6 años	9	5	14	16.27%
7 años	9	3	12	13.95%
8 años	8	5	13	15.11%
9 años	8	4	12	13.95%
10 años	4	2	6	6.97%
11 años	3	2	5	5.81%
Total			62	72.09%

Tabla 13. Porcentaje de niños y niñas que recibieron acompañamiento emocional por rango de edad.

Edad	Niñas	Niños	Total	
			Frecuencia	Porcentaje
	No recibió acompañamiento	No recibió acompañamiento		
6 años	4	5	9	10.46%
7 años	3	2	5	5.81%
8 años	1	1	2	2.32%
9 años	2	1	3	3.48 %
10 años	3	1	4	4.65 %
11 años	1	0	1	1.16 %
Total			24	27.90 %

Tabla 14. Porcentaje de niños y niñas que no recibieron acompañamiento emocional por rango de edad

Se compararon los indicadores emocionales presentes en los dibujos de los niños y niñas que recibieron acompañamiento emocional, con aquellos que no recibieron. Los resultados obtenidos se pueden observar en la siguiente tabla:

Indicadores más frecuentes					
Recibieron acompañamiento emocional	Frecuencia N= 62	%	No recibieron acompañamiento emocional	Frecuencia N=24	%
manos omitidas	28	45.16%	manos omitidas	15	62.5%
omisión de la nariz	24	38.7%	omisión de la nariz	13	54.16%
			brazos cortos	6	25%
dibujo espontáneo de 3 o más fig.	19	30.64%	dibujo espontáneo de 3 o más fig.	8	33.33%
			omisión de los pies	4	16.66%
omisión del cuello	16	25.80%	omisión del cuello	5	20.83%
			inclinación de la figura	3	12.5%
brazos cortos	12	19.35%	piernas juntas	3	12.5%
			figura pequeña	11	17.74%
nubes, lluvia, nieve	6	9.67%	sombreado del cuerpo	3	12.5%
piernas juntas	6	9.67%			
brazos pegados	5	8.06%			

Tabla 15. Indicadores emocionales más frecuentes en niños y niñas que recibieron y no acompañamiento emocional.

La tabla muestra los indicadores emocionales con mayor índice de frecuencia en los dibujos, tanto en los niños que recibieron acompañamiento como en los niños que sus papás decidieron que no lo recibieran. En indicador con mayor índice de frecuencia para ambos casos fue “manos omitidas” seguido por “omisión de nariz”, en orden descendente también encontramos “dibujo espontáneo de 3 o mas figuras, omisión de cuello, “brazos cortos”, “piernas juntas”. En el caso exclusivo de los niños que recibieron acompañamiento encontramos, “figura pequeña”, “nubes, lluvia, nieve” y “brazos pegados al cuerpo” y finalmente en los niños que no recibieron acompañamiento se encontraron los indicadores “omisión de pies”, “inclinación de la figura” y “sombreado de cuerpo”.

Con base en esto se pueden agrupar a los niños que recibieron acompañamiento en las categorías de APOCAMIENTO, TIMIDEZ, y ANSIEDAD, lo que refiere que pueden manifestar conductas de inseguridad en su capacidad para el manejo de su realidad , tienden a mostrarse retraídos o temerosos ante la situación de su enfermedad, muestran constante preocupación por lo que les va a pasar y aunque en ocasiones pueden mostrarse disgustados, o indispuestos a hablar de ello, se puede observar que cuentan con mayores recursos emocionales para proyectar todo lo que la fase terminal de su enfermedad les está causando .

Por otro lado los niños que sus padres decidieron que no recibieran el acompañamiento emocional, se pueden agrupar en las categorías INSEGURIDAD, SENTIMIENTOS DE INADECUACIÓN e IMPULSIVIDAD. Con base en esto podemos observar que estos niños se muestran de una manera más ansiosa ante la situación, tienden a sentirse impotentes ante la enfermedad y todo lo que conlleva, haciéndolos sentir aún más inseguros. Esto les genera un gran conflicto para relacionarse con los demás, suelen reflejar esta inseguridad y temor mostrando un control interno débil haciéndolos poco tolerantes, ya que buscan una solución inmediata a todas la situaciones que enfrentan.

La siguiente tabla nos muestra los indicadores emocionales más frecuentes en los dibujos por edad de los que sí y no recibieron acompañamiento emocional.

Edad	Indicadores emocionales más frecuentes			
	Recibió acompañamiento	Frecuencia N= 62	No recibió acompañamiento	Frecuencia N= 24
6 Años	manos omitidas	12	manos omitidas	8
	omisión de la nariz	12	omisión de la nariz	8
	dibujo espontaneo de 3 o más figuras	8	brazos cortos	6
	brazos cortos	7	dibujo espontaneo de 3 o más figuras	5
	figura pequeña	5		
7 Años	omisión de la nariz	10	manos omitidas	4
	manos omitidas	7	omisión de los pies	4
	nubes, lluvia, nieve	6	omisión de la nariz	3
8 Años	omisión de la nariz	11	omisión de la nariz	3
	manos omitidas	9	integración pobre de la partes	1
	omisión del cuello	7	inclinación de la figura	1
	figura pequeña	6	brazos largos	1
	brazos cortos	5	manos omitida	1
9 Años	piernas juntas	6	dibujo espontaneo de 3 o más figuras	3
	brazos pegados	5	manos omitidas	3
	omisión del cuello	5	omisión del cuello	3
10 Años	dibujo espontaneo de 3 o más figuras	7	inclinación de la figura	3
	brazos largos	4	piernas juntas	3
	figura grande	2	omisión del cuello	3
			sombreado del cuerpo	2
11 Años	dibujo espontaneo de 3 o más figuras	4	sombreado del cuerpo	1
	omisión del cuello	4	sombreado de las manos	1
	omisión de la nariz	3	figura grande	1

Tabla 15. Indicadores emocionales más frecuentes en los dibujos de los niños y niñas que sí recibieron acompañamiento emocional y los que no.

Podemos observar en general que los niños que recibieron acompañamiento emocional, presentan un mayor número de indicadores en sus dibujos en comparación con los que no lo recibieron. Sin embargo los resultados muestran que la cantidad de indicadores presentes no tiene que ver con la edad, ya que de los 30 indicadores emocionales propuestos por Elizabeth Koppitz (1989) , los niños de 9 años representaron el mayor número con 28, seguidos por los niños de 8 años con 27 indicadores presentes, posteriormente están los niños de 6 años con 26 y los de 7 con 22, siendo los de 10 y 11 años los que representan menor cantidad de indicadores en sus dibujos con 18 y 21 indicadores respectivamente.

Esto mismo sucede con los niños que no recibieron el acompañamiento emocional, siendo los de 10 años los que presentan un mayor número de indicadores en sus dibujos (17), seguidos por los niños de 6 y 7 años, los cuales muestran 15 indicadores, siendo los niños de 8 y 11 años los que menor número de indicadores presentan, con 5 y 7 respectivamente.

Para interpretar los indicadores presentes en los dibujos, se tomaron en cuenta los más frecuentes en los niños que recibieron acompañamiento emocional comparándolos con los que no, para posteriormente poder agruparlos en las categorías anteriormente explicadas. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Número de indicadores emocionales presentes		
Edad	Recibió acompañamiento N= 30	No recibió acompañamiento N= 30
6 años	26	15
7 años	22	15
8 años	27	5
9 años	28	10
10 años	18	17
11 años	21	7

Tabla 16. Número total de indicadores emocionales presentes en los dibujos de los niños y niñas que recibieron acompañamiento emocional y los que no.

Los resultados obtenidos en el análisis de los indicadores emocionales propuestos por Elizabeth Koppitz (1989) permitieron observar que aquellos niños que recibieron acompañamiento emocional, contaban con mayores recursos emocionales para poder afrontar a través del dibujo la situación por la que estaban pasando.

Por lo que se decidió corroborar dicha información realizando un análisis de contenido de dichos dibujos, ya que a simple vista mostraban una gran diferencia entre los que recibieron acompañamiento de los que no. Lo que se encontró en dicho análisis es que los niños que recibieron acompañamiento emocional tienden a plasmar en su dibujo la muerte de una manera más consiente, dibujándose junto a sus familias, en muchas ocasiones dibujándose como ángeles o en tumbas pero siempre mostrándose presentes en el dibujo. Lo que nos permite observar que dichos niños cuentan con mayores recursos emocionales para plasmar de una manera menos angustiante la situación que estaban afrontando. Sin embargo aquellos niños que no aceptaron recibir el acompañamiento psicológico tienden a plasmar en sus dibujos un ambiente más angustiante casi siempre representado por calaveras, fantasmas, en los dibujos donde aparecen siempre lo hacen tristes y llorando, o simplemente dibujan a sus padres solos y sufriendo o a animales muertos, mostrando la dificultad para poder proyectar la situación por la que pasan.

5.3 ANÁLISIS DEL CONTENIDO CLÍNICO DE LOS DIBUJOS

Al observar que los dibujos tendían a mostrar situaciones relacionadas con la muerte, se realizó un análisis descriptivo del contenido, comparando los elementos relacionados con la muerte, encontrados en los dibujos de los niños que recibieron acompañamiento emocional, de aquellos que sus papás decidieron que no lo recibieran. Se muestra una tabla descriptiva para cada grupo de edad, así como dos de los dibujos más representativos para dichas descripciones:

Análisis del contenido clínico de los indicadores relacionados con el duelo y la muerte en niñas y niños de 6 años	
Recibieron acompañamiento emocional	No recibieron acompañamiento emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Rostros tristes • Representación de la muerte (tumbas y contenido de ellas, con elementos que describen y plasman de manera clara el espacio y circunstancia del sepelio. • Familias acompañándolos en el sepelio. • Pasto, caras felices • Rostros llorando 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumbas pero sin visualizar a la familia, confusión, elementos que denotan angustia. <ul style="list-style-type: none"> • Figuras humanas carentes de elementos estructurales. • Caras sin rostro. • Tumbas con solo ellos adentro, se ven solos, encerrados. • Calaveras, rostros hostiles, animales. • No representan nada referente a la muerte pero sus dibujos presentan múltiples elementos de interpretación gráfica.

Tabla 17. Características observadas en el dibujo de niños y niñas de 6 años que recibieron y no recibieron acompañamiento en etapa terminal.



Figura 13. Dibujo de niña de 6 años que recibió acompañamiento emocional

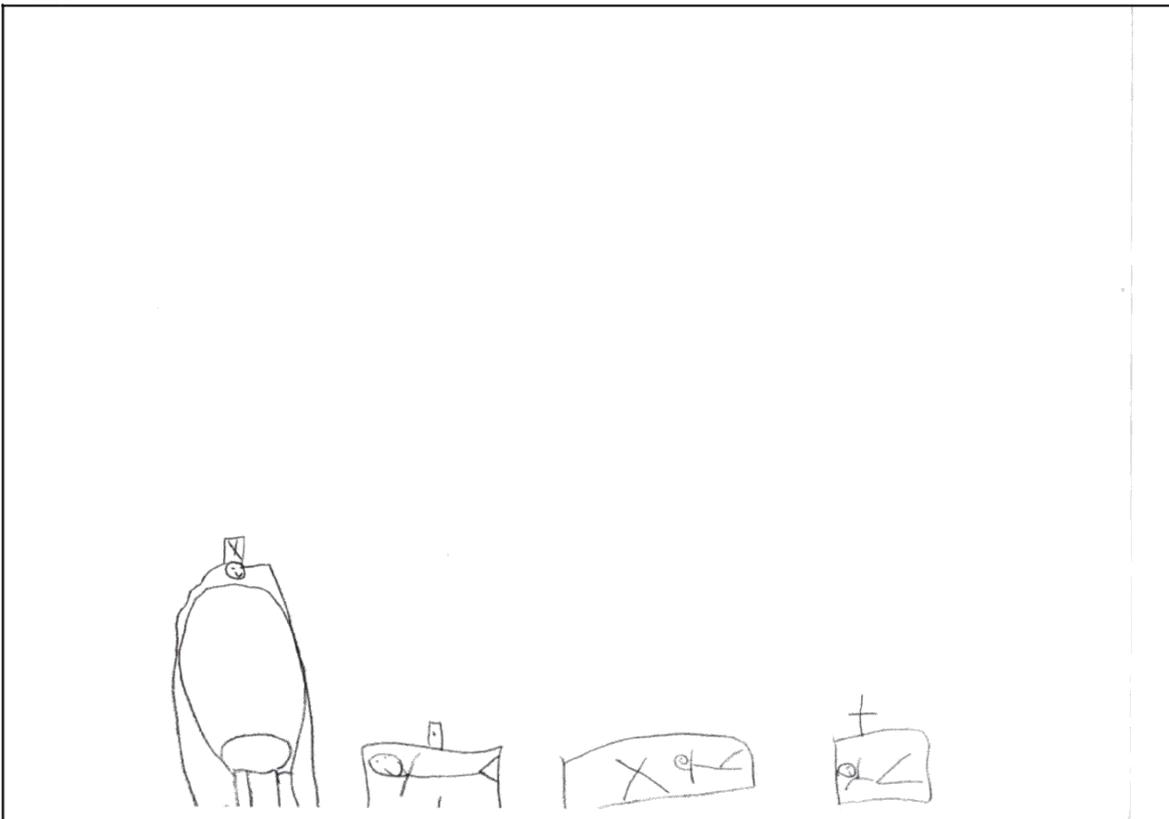
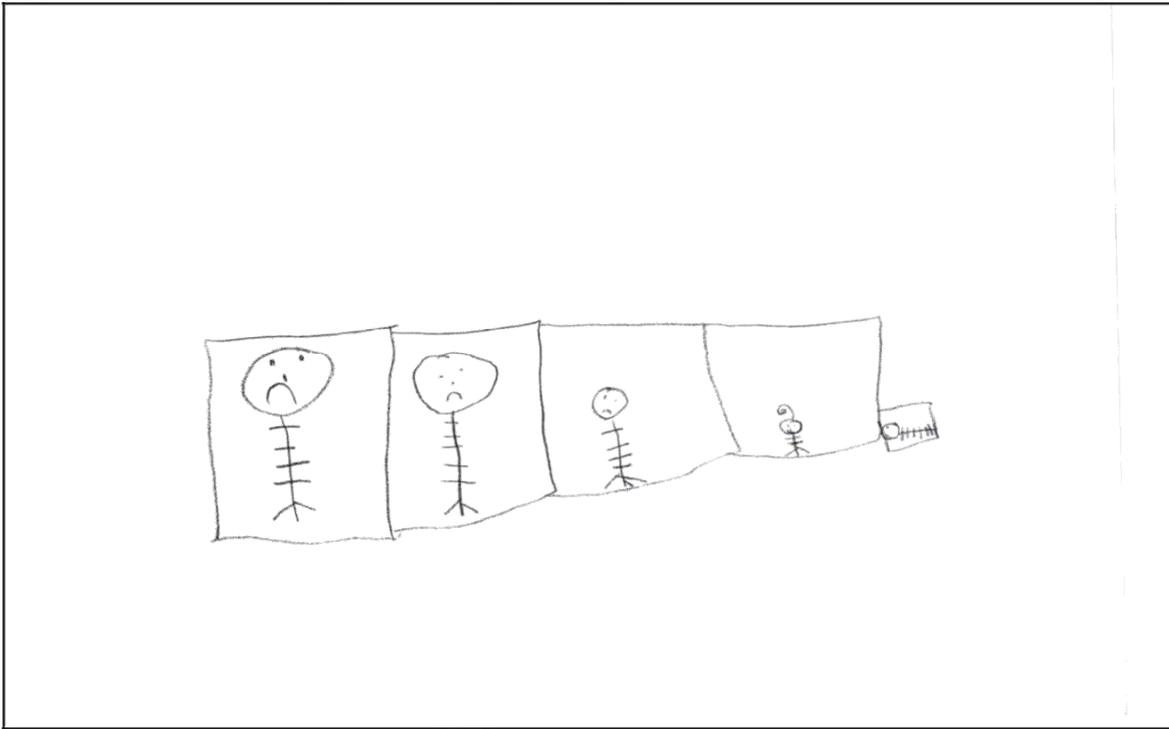


Figura 14 y 15. Dibujos de niños de 6 años que no recibieron acompañamiento emocional

Análisis del contenido clínico de los indicadores relacionados con el duelo y la muerte niñas y niños de 7 años	
Recibieron acompañamiento emocional	No recibieron acompañamiento emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Sol y nubes • Familiares acompañándolos en el sepelio • Flores • Rostros contentos y/o tristes • Elementos religiosos espirituales • Gente llorando (dibujo de su cuerpo en la tumba pero contentos o quietos). 	<ul style="list-style-type: none"> • No dibujan cara • La familia no los acompaña • Elementos aislados • Muerte representada con calaveras, huesos y fantasmas. • Se dibujan solos en las tumbas, caras tristes. • Figuras humanas o dibujos que no representan a la muerte pero que muestran expresión de angustia

Tabla 18. Características observadas en el dibujo de niños y niñas de 7 años que recibieron y no recibieron acompañamiento en etapa terminal.

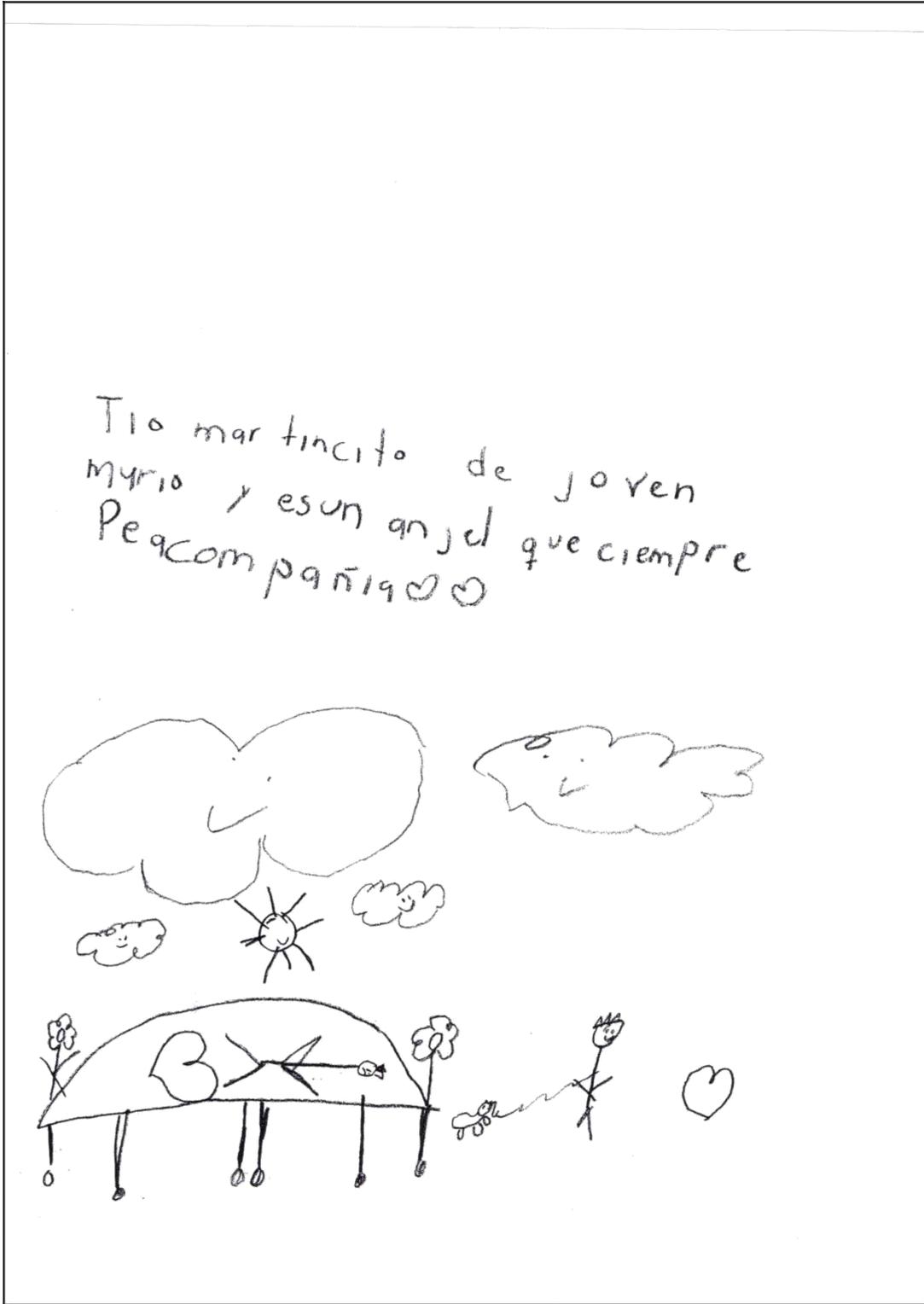


Figura 16. Dibujo de niña de 7 años que recibió acompañamiento emocional

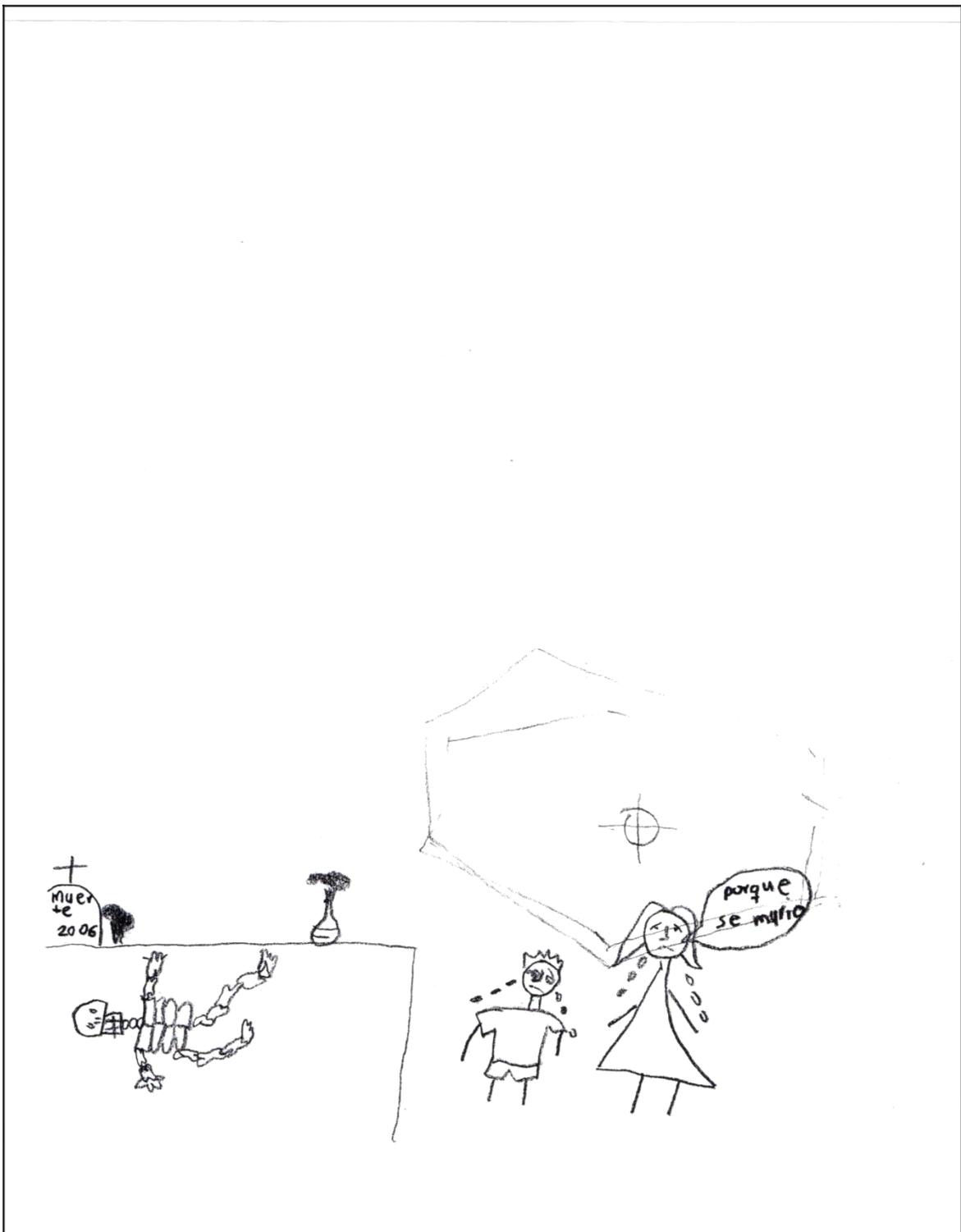


Figura 17. Dibujo de niño de 7 años que recibió acompañamiento emocional

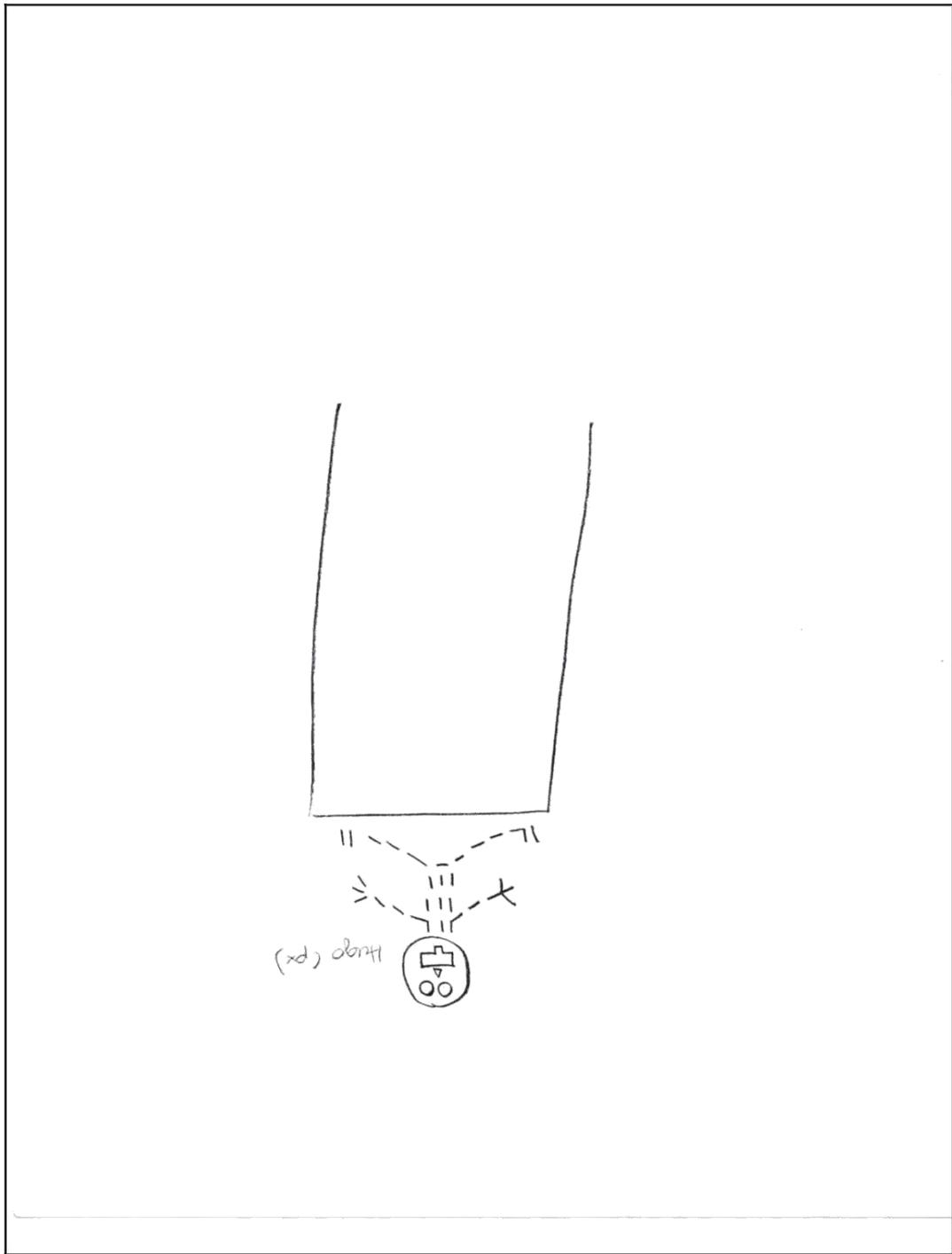


Figura 18. Dibujo de niño de 7 años que no recibió acompañamiento emocional

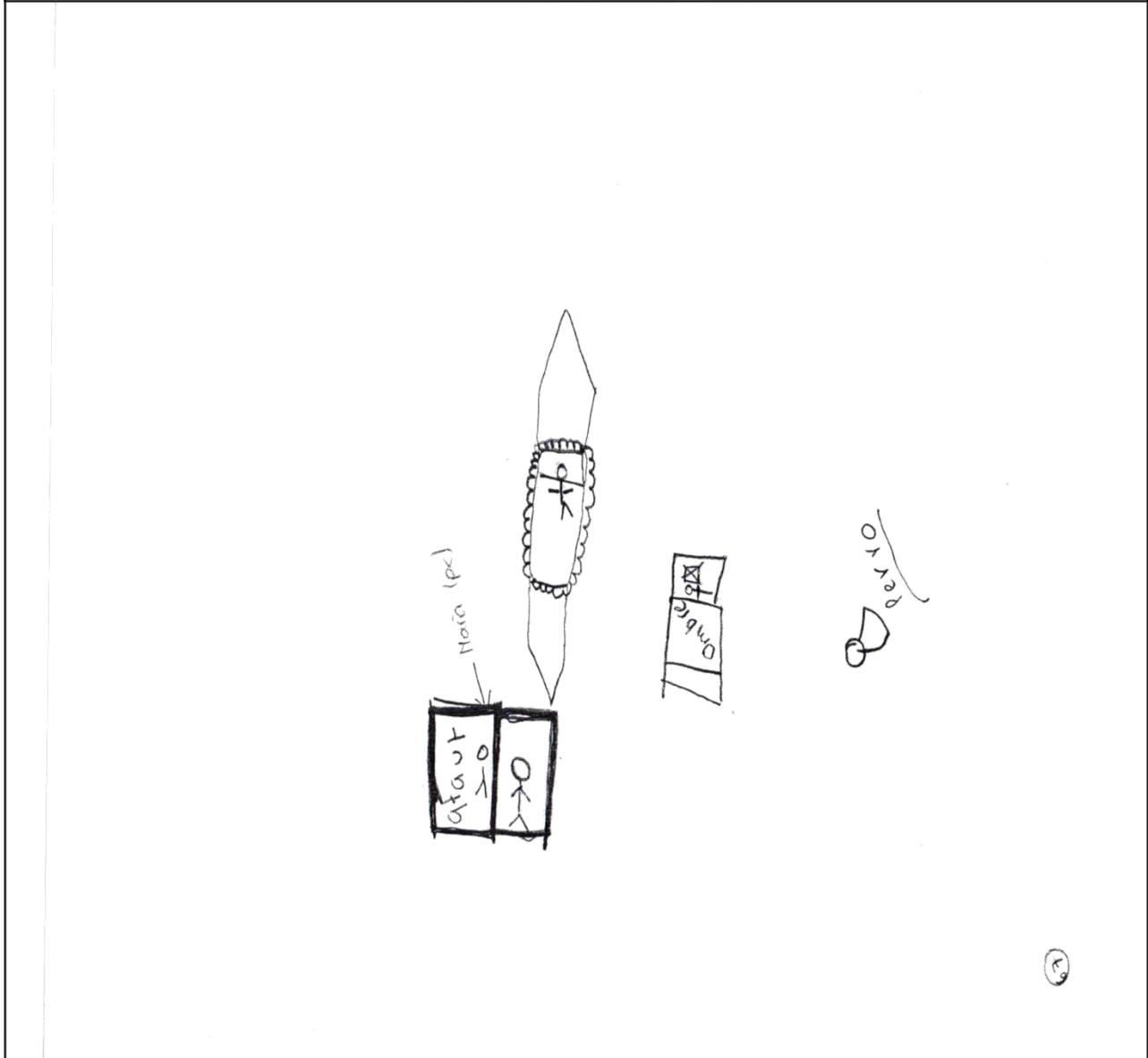


Figura 19. Dibujo de niña de 7 años que no recibió acompañamiento emocional

Análisis del contenido clínico de los indicadores relacionados con el duelo y la muerte niñas y niños de 8 años

Recibieron acompañamiento emocional	No recibieron acompañamiento emocional
<ul style="list-style-type: none">• Dibujan a su familia• Rostros tristes (boca representando tristeza)• Tumbas, suelen representarse muertos y a su familia la representan sufriendo por su muerte	<ul style="list-style-type: none">• Elementos gráficos como caras, animales que no plasman directamente temas de muerte

Tabla 19. Características observadas en el dibujo de niños y niñas de 8 años que recibieron y no recibieron acompañamiento en etapa terminal.

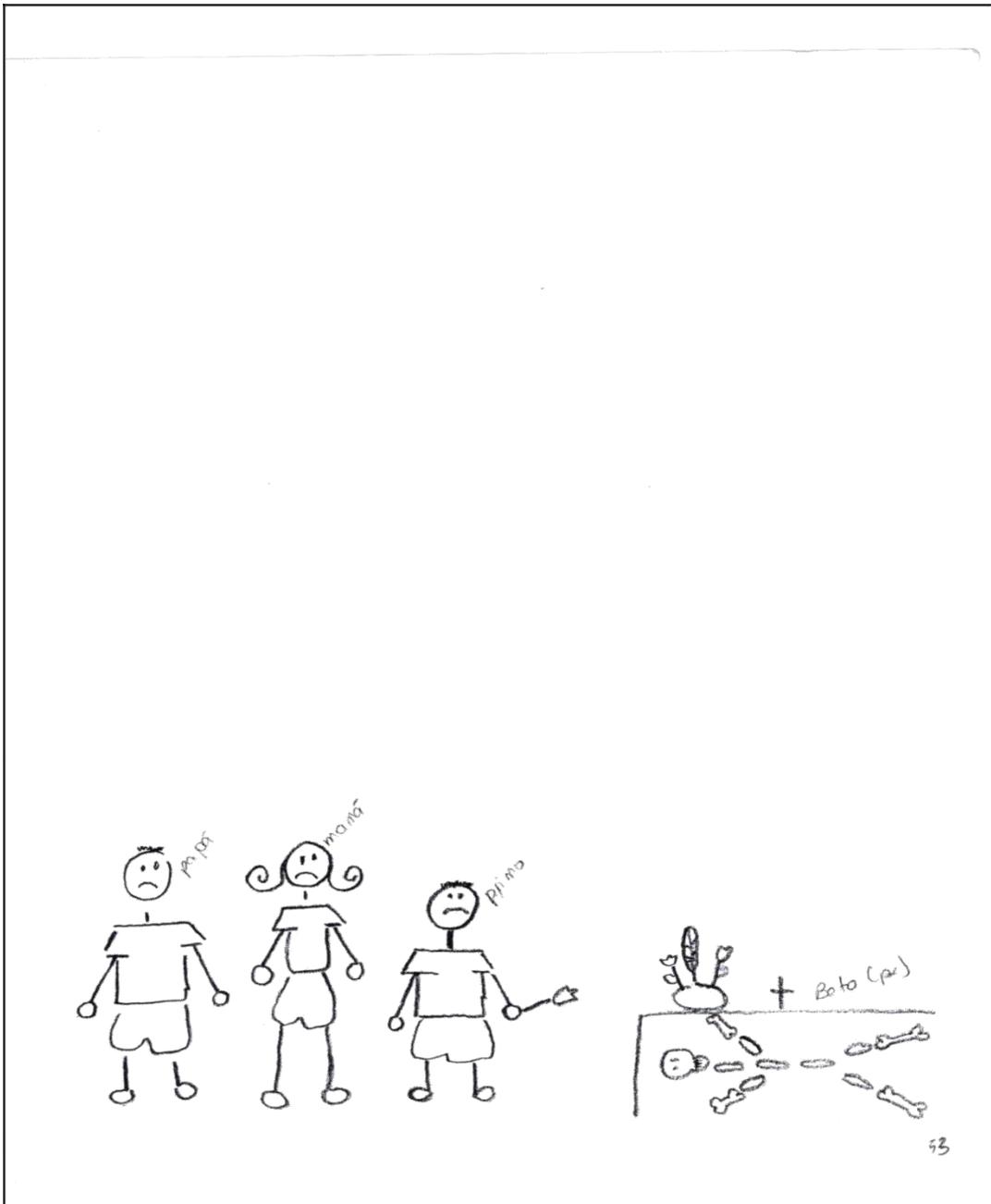


Figura 20. Dibujo de niño de 8 años que recibió acompañamiento emocional

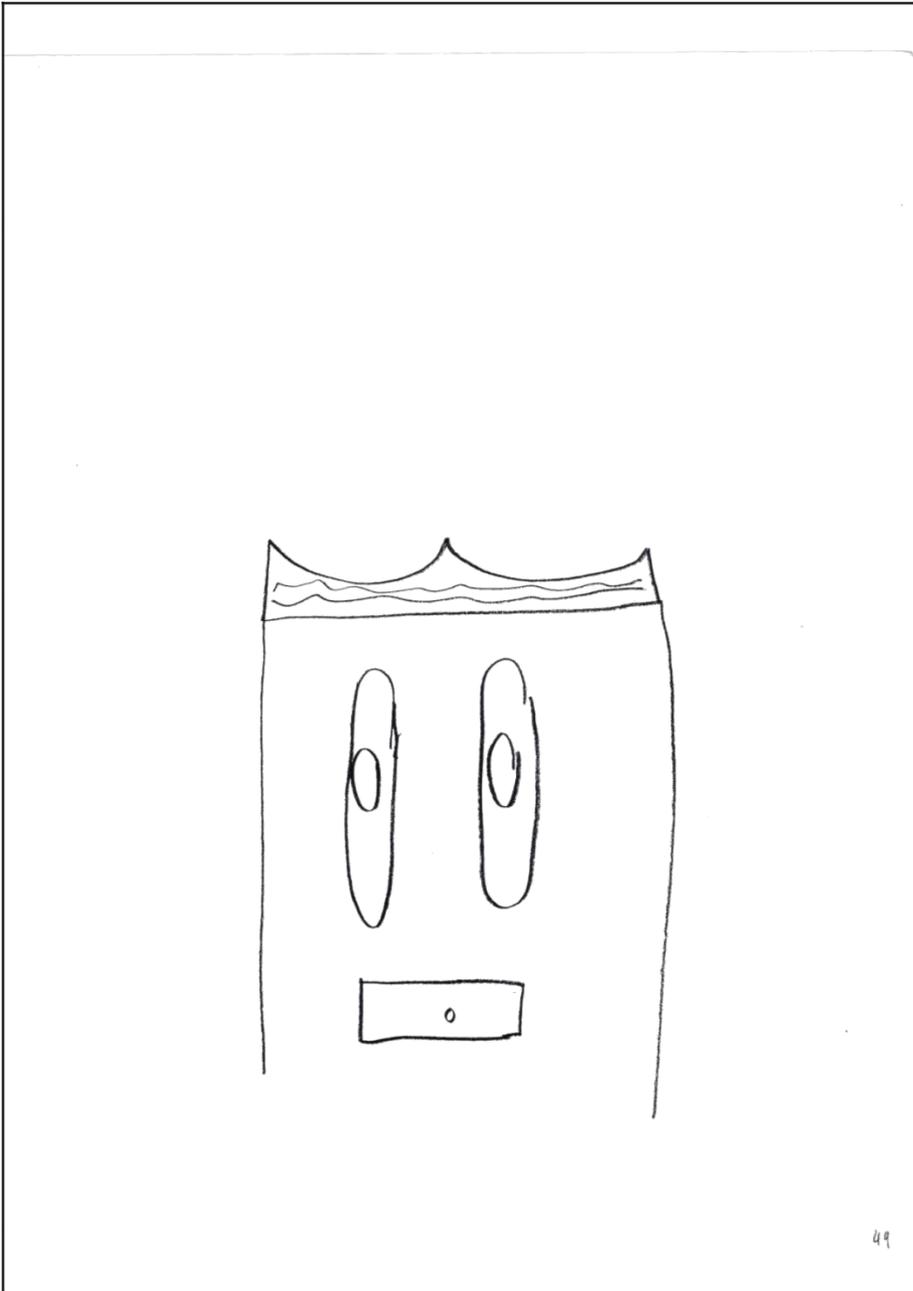


Figura 21. Dibujo de niña de 8 años que no recibió acompañamiento emocional

**Análisis del contenido clínico de los indicadores relacionados con el duelo y la muerte
niñas y niños de 9 años**

Recibieron acompañamiento emocional	No recibieron acompañamiento emocional
<ul style="list-style-type: none">• Dibujan lágrimas• Rostros tristes• Plasman a su familia sufriendo por su muerte• Se dibujan muertos en tumbas o ataúdes	<ul style="list-style-type: none">• Rostros angustiados• Se dibujan muertos o como fantasmas• Dibujos con lágrimas

Tabla 20. Características observadas en el dibujo de niños y niñas de 9 años que recibieron y no recibieron acompañamiento en etapa terminal.

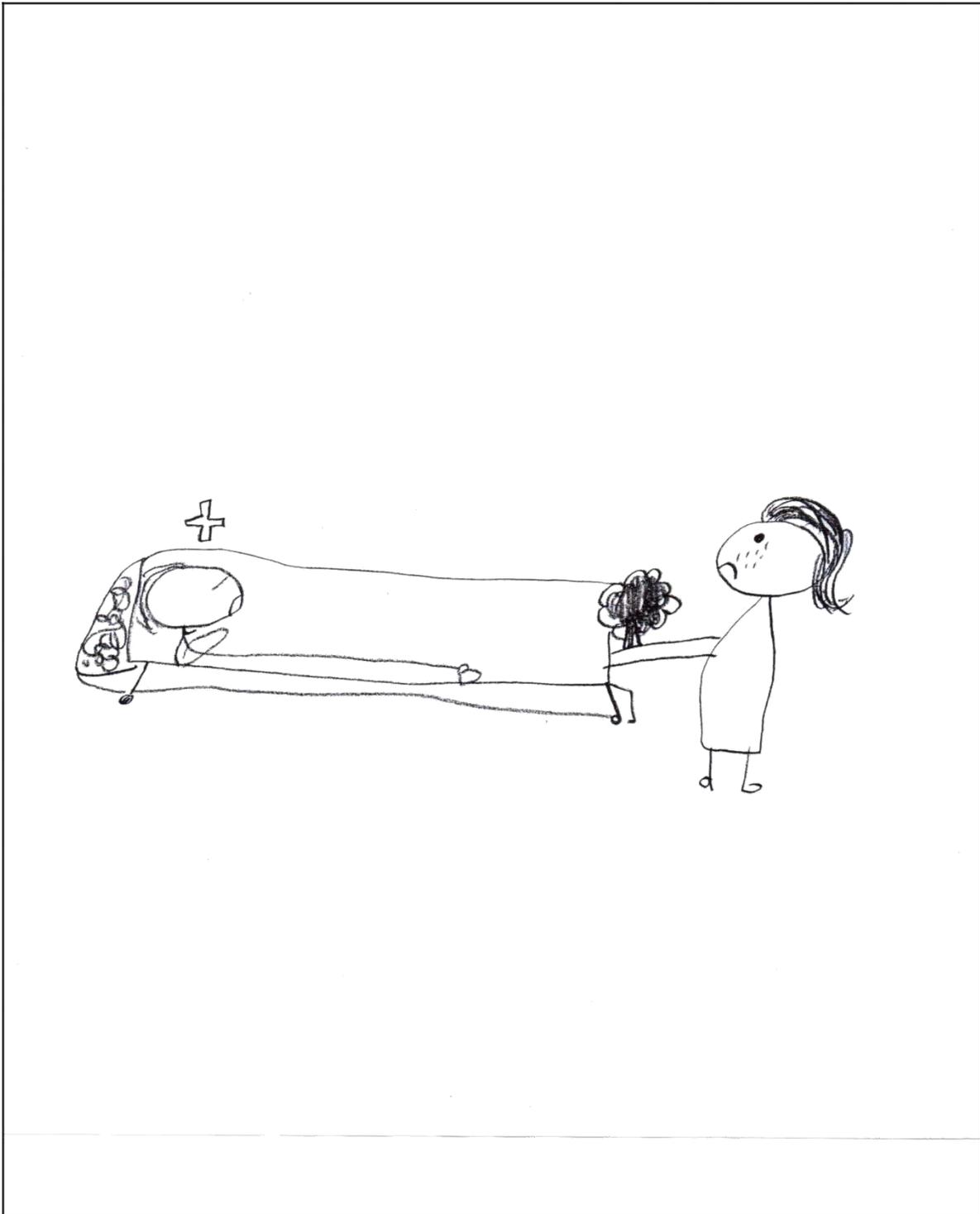


Figura 22. Dibujo de niña de 9 años que recibió acompañamiento emocional



Figura 23. Dibujo de niña de 9 años que no recibió acompañamiento emocional

**Análisis del contenido clínico de los indicadores relacionados con el duelo y la muerte
Niñas y niños de 10 años**

Recibieron acompañamiento emocional	No recibieron acompañamiento emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Aparecen lágrimas • Se representan junto a sus padres <ul style="list-style-type: none"> • Los que se dibujan muertos lo hacen dentro de un ataúd o tumba, representan con elementos gráficos la muerte (panteones, flores, familia, padres) 	<ul style="list-style-type: none"> • Representan lágrimas, bocas de tristeza y caras de enojo • Se dibujan muertos en todos los casos y a sus padres sufriendo por ello • Representan fantasmas, lluvia

Tabla 21. Características observadas en el dibujo de niños y niñas de 10 años que recibieron y no recibieron acompañamiento en etapa terminal.



Figura 24. Dibujo de niña de 10 años que recibió acompañamiento emocional



Figura 25. Dibujo de niño de 10 años que no recibió acompañamiento emocional

Análisis del contenido clínico de los indicadores relacionados con el duelo y la muerte de niñas y niños de 11 años	
Recibieron acompañamiento	No recibieron acompañamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Se dibujan como ángeles • Dibujan en los rostros lágrimas • Dibujan tumbas más elaboradas • Los papas lloran pero en su rostro hay expresiones de alegría en la boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Representan calaveras • Elementos gráficos que denotan inquietud y angustia (muertos, calaveras, sombras, cruces)

Tabla 22. Características observadas en el dibujo de niños y niñas de 11 años que recibieron y no recibieron acompañamiento en etapa terminal.

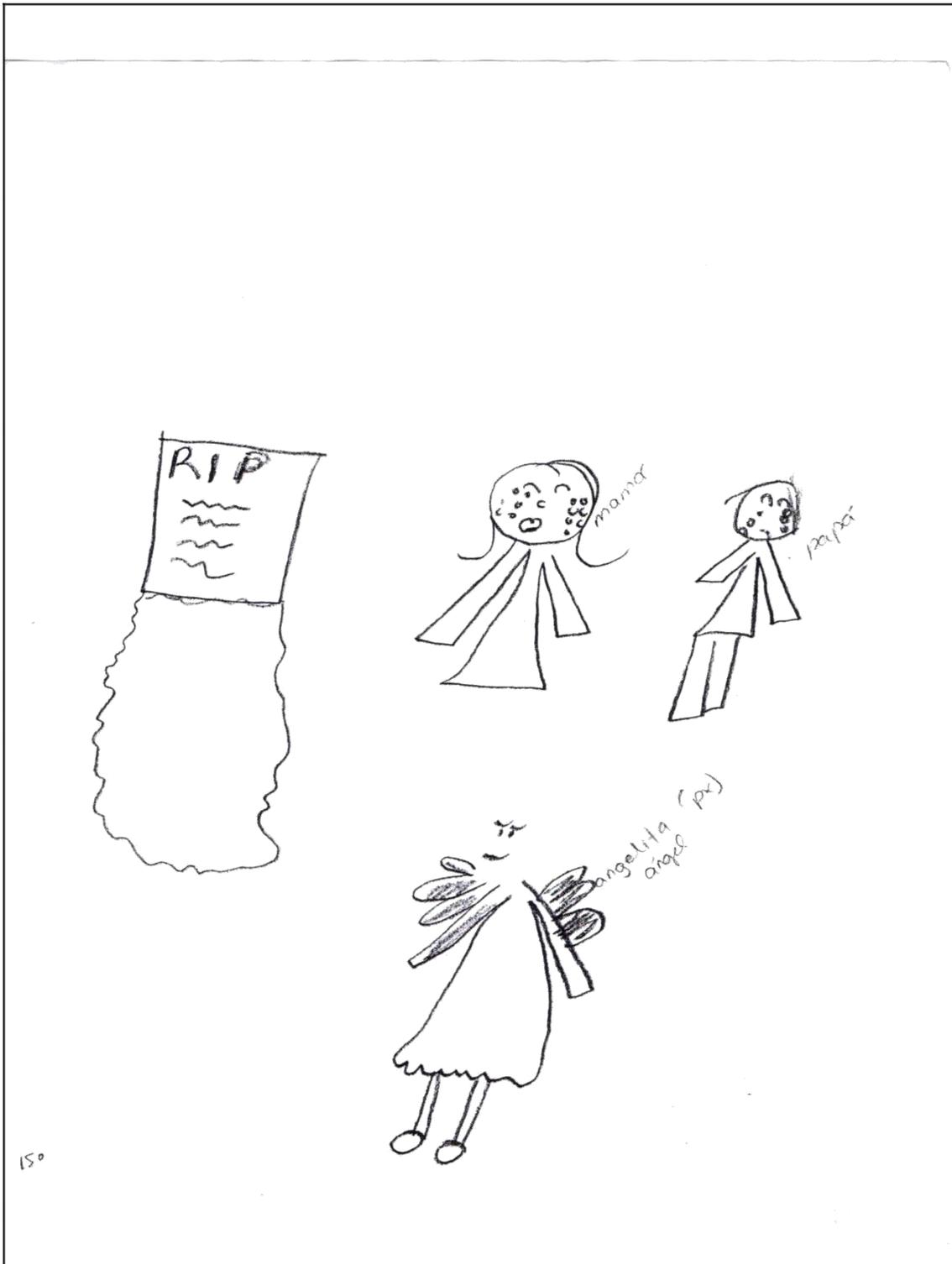


Figura 26. Dibujo de niña de 11 años que recibió acompañamiento emocional

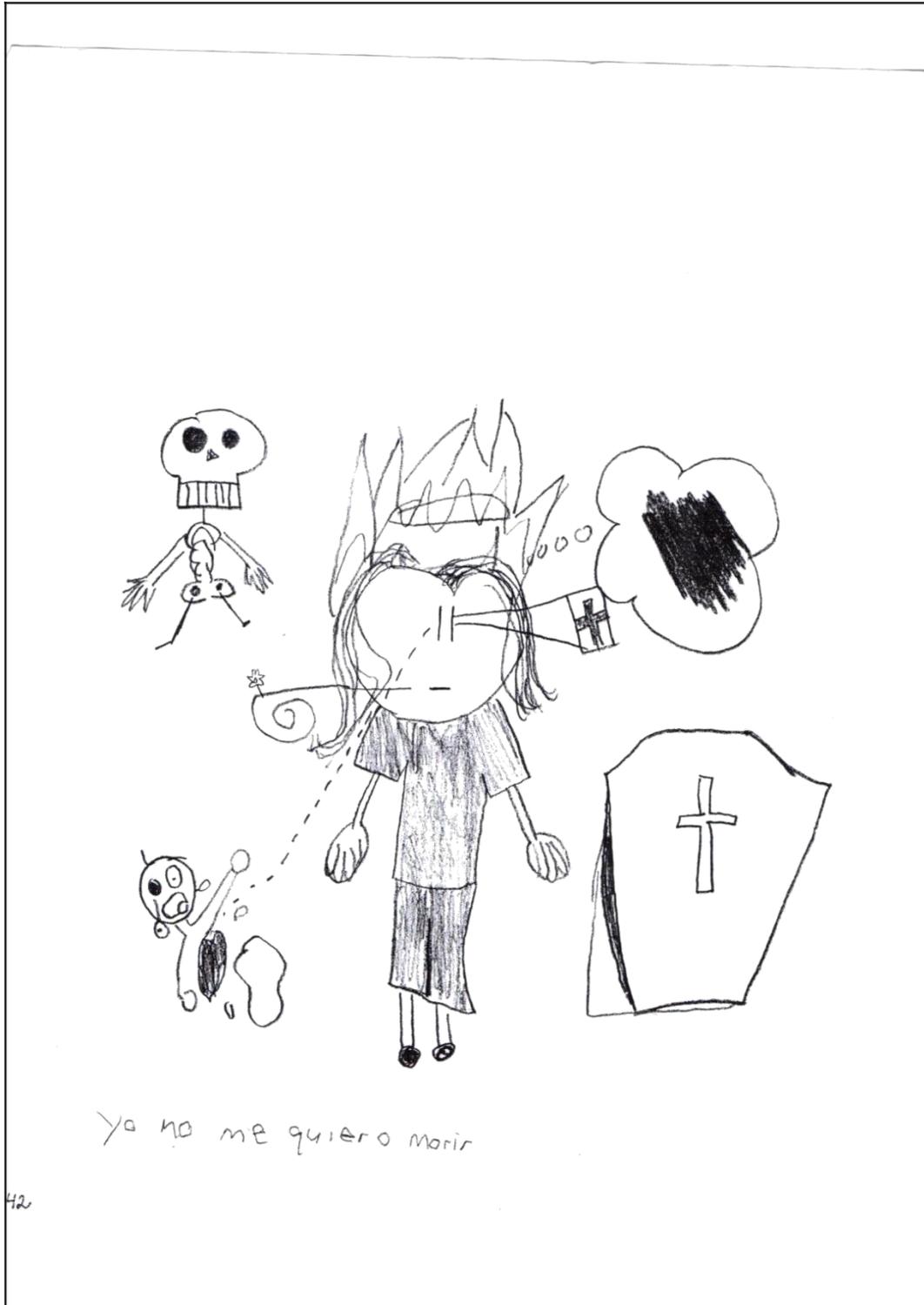


Figura 27. Dibujo de niña de 11 años que no recibió acompañamiento emocional

DISCUSIÓN

Durante la edad escolar el desarrollo motor de un niño es mucho más gradual y coordinado que durante la niñez temprana o preescolar. Esta etapa supone un periodo de calma antes del rápido y repentino crecimiento de la adolescencia, sin embargo cuando un niño es diagnosticado con una enfermedad degenerativa dichas tareas evolutivas se pueden ver retrasadas debido a la influencia de los aspectos fisiológicos de la propia enfermedad, tratamiento, hospitalizaciones, limitaciones y alteraciones en las relaciones familiares en su vida. Las habituales experiencias de dolor, daño orgánico y tratamiento intrusivo provocan cambios y alteraciones en la representación del cuerpo de niños y adolescentes enfermos. Esos cambios corporales y el sufrimiento psíquico pueden generar sentimientos de inferioridad frente a las demás personas, ya que los niños de esta edad están muy enfocados en lo que pueden hacer en comparación de otros (Harter, 1999 citado en Santrock, 2006). Esto trae consigo la necesidad de realizar comparaciones sociales y poner a prueba sus competencias, que además de generar sentimientos de inferioridad, generan dificultades personales en cuanto a desarrollo de la autodefinición y autoconcepto.

Los niños a esta edad no solo logran diferenciar estados internos y externos, sí no que son capaces de construir un autoconcepto. Debido a esta característica del desarrollo, es importante señalar que la comprensión de los niños acerca de la enfermedad y el tratamiento es mayor por lo que se les puede dar una explicación un poco más detallada y disipar sus dudas y preocupaciones sobre cómo les va a afectar el cáncer (Craig. G, Baucum, D., 2009). Por ejemplo, los niños mayores de 12 años logran comprender la complejidad de la enfermedad y los efectos de los tratamientos (Méndez y cols, 2004).

Por las características que la literatura señala en cuanto a desarrollo emocional del niño en edad escolar y en este caso al referirnos a niños con una enfermedad, fue valioso

lograr rescatar que factores emocionales están presentes durante esta etapa de terminalidad en los niños.

A partir de los resultados obtenidos, los indicadores emocionales presentes en la muestra de dibujos de la población general a partir de la literatura de Koppitz (1989), muestran factores que se engloban en signos emocionales de timidez, retracción social e importantes sentimientos de inadecuación e incapacidad para actuar, por otro lado los indicadores dieron pauta a observar que la preocupación y angustia por el cuerpo están presentes en lo arrojado por la muestra general, a grandes rasgos se observa signos de dificultad para concebirse capaces para afrontar la situación de vida que en ese momento se les presentó. Esto podría señalar como los niños de esta edad que cursan por la terminalidad de la enfermedad, tienen problemas importantes relacionados con la forma en la que se perciben en relación a otros, desarrollando dificultades relacionadas con su autoconcepto y su desenvolvimiento social en general.

Por otro lado cabe destacar que en los indicadores presentes por grupo de edad y sus características emocionales, se observa que siguen coincidiendo con lo descrito anteriormente: los indicadores de timidez y dificultades en la interacción social y los sentimientos de inseguridad ante la enfermedad destacan a los seis años, por otro lado, a los siete años se destacan también los mismos factores pero también logran observarse significativos signos de ansiedad, lo que a partir del desarrollo psicológico del niño, hace notar que los niños comienzan a ser más conscientes de lo que pasa en su cuerpo y por lo tanto a manifestar mayor temor y preocupación (Craig y Baucum, 2009).

Es interesante observar como conforme avanza la edad de los niños, su capacidad para concebir la enfermedad y la forma de enfrentarlos comienza a ser más elaborada, por ejemplo, es notorio como de los ocho a los nueve años, pese a que de nuevo los factores

que denotan timidez e introversión social están presentes, destacan también en este rango de edad factores que detonan impulsividad manifiesta a través del enojo por las situaciones que giran alrededor de la enfermedad y por la impotencia y poca tolerancia ante la pérdida y el dolor físico. También se puede destacar que conforme avanza la edad hay mayor variedad en la presencia de los indicadores emocionales y mayor elaboración de suceso de vida el cual enfrentan. Se perciben retraídos e inseguros además disgustados por no percibirse con los recursos de afrontamiento a la enfermedad donde los coloque en una posición de capacidad y adecuación, esto se conjunta con temor y angustia por lo que les pueda ocurrir físicamente.

En cuanto a las diferencias encontradas de los que sí y no recibieron acompañamiento emocional, se destaca que los niños que sí recibieron, tuvieron un mayor número de indicadores emocionales. Esto podría relacionarse con el hecho de que contaron con mayores elementos proyectivos en sus dibujos que podrían estar relacionados con mayores recursos emocionales para expresar lo que la fase terminar provoca en sus expectativas, preocupaciones y temores. Es decir, si bien la angustia por la enfermedad estaba presente, se observa que los niños que sí recibieron acompañamiento utilizaron el recurso del dibujo como medio de expresión emocional, en la cual se permitieron externar los sentimientos y pensamientos alrededor de su posible muerte (Anderson & Anderson, 2005).

Los que no reciben acompañamiento emocional, además de presentar menor número de indicadores emocionales, destacan por presentar mayores signos de inseguridad, de inadecuación e impulsividad, lo que denota que los niños de esta muestra enfrentan de una manera más ansiosa y evasiva la situación, sintiéndose impotentes y solos ante la enfermedad, esto se conjunta con las dificultades de interacción así como un control interno pobre que puede llevarlos a desenvolverse de forma poco tolerante, actuando de manera desorganizada, evitativa y temerosa al no poder externar de manera abierta con sus personas cercanas lo que piensan y sienten acerca de lo que les está pasando y les pasará.

Pese a las diferencias encontradas, en conjunto se puede concluir que ambas poblaciones muestran en general los mismos factores emocionales, sin embargo, los que sí recibieron acompañamiento es significativo observar que presentan mayor número de indicadores gráficos lo que podría llegar a representar mayores recursos de expresión emocional favorecidos a través del acompañamiento. Los niños que no recibieron acompañamiento a través de plasmar en sus dibujos menor número de indicadores emocionales, nos podría señalar que presentan menores habilidades de expresión y validación de sus estados emocionales, donde los signos como la ansiedad, la confusión y evasión se encuentran presentes.

Esto se corrobora en el análisis de contenido en donde a través de los elementos encontrados en el dibujo, los niños que si recibieron acompañamiento emocional presentan elementos donde la muerte suele plasmarse con elementos que nos dan cuenta de vivenciar la posible defunción como un evento donde se les es acompañado y contextualizado, sobre todo por su familia y por dónde logran visualizar que estarán. En los niños que no recibieron acompañamiento es notorio el ambiente de evasión, angustia y aislamiento que logran manifestar a través del dibujo. Estos niños podrían estar relacionando el evento de muerte como una situación aislada de vínculos y comunicación afectiva importantes, percibiéndose solos, temerosos y ansiosos ante dicho proceso.

Quesada (2003), hace un señalamiento importante en cuanto a cómo los niños a esta edad contextualizan y le dan significado a la muerte, en donde el relacionarla con fantasmas, calaveras, cruces, etc; se hace notorio el contenido en los dibujos de los niños. Es interesante observar cómo el mismo autor resalta que una de las situaciones más complejas en los niños que padecen alguna enfermedad y saben que van morir no es sólo el hecho del temor a lo que sigue después de morir, sino el temor, inquietud y angustia que genera el alejarse y dejar a sus padres. Fue relevante observar en el contenido de los dibujos cómo los niños que sí recibieron acompañamiento proyectan a través del dibujo como vivencían la muerte donde, tumbas, funerales, sus familiares,

ángeles y sobre todo sus padres están presentes, esto podría relacionarse como un momento en donde se permitieron externar como poco a poco adquieren recursos para entender, asimilar y aceptar la posibilidad de morir. El hecho de verse acompañados y poder elaborar esta pérdidas con sus padres es algo crucial. En contraste con esto, en el contenido de los dibujos de los niños que no recibieron acompañamiento emocional, la vivencia de este proceso a través de sombras, fantasmas y tumbas encerradas con elementos gráficos confusos o aislados, pudieran ser una señal importante de la necesidad de compartir este proceso tan angustiante.

Finalmente, en cuanto al contenido de los dibujos, como señala Jackson (1986), los elementos espirituales y religiosos se hacen casi imprescindibles conforme avanza la edad para niños que saben que pueden llegar a morir, de esta forma, en este trabajo se evidencia como en los niños mayores de 10 años el entender y tomar como fortaleza la parte espiritual es algo indispensable.

Los padres de familia, doctores y en este caso particular de este trabajo, los psicólogos en el ambiente hospitalario, juegan un papel importante en procesos tales como los cuidados paliativos pediátricos, ya que, fungir como figura constante de acompañamiento es una oportunidad para permitirle a los niños tener un espacio de contención, confianza y escucha activa, la cual les permite a ellos y sus familiares ir aceptando de manera paulatina dicho proceso.

Se observa que los niños a los cuales se les da la oportunidad de expresar sus sentimientos y pensamientos cursan por un proceso de duelo mucho más adaptativo, ya que, al percibirse ante constantes pérdidas, el verse acompañados y poder elaborar estos eventos, les permiten transitar por estos duelos con mayores recursos de aceptación emocional (Kübler-Ross, 1969).

Es importante destacar también el papel que tuvo el juego con los niños dentro del acompañamiento terapéutico, ya que a través de este se logró otorgar un espacio de normalidad y un medio de expresión no invasivo útil no solo para el rapport con la psicóloga, sino como parte de una herramienta terapéutica para el niño (Petrillo, M. 2006).

En cuanto al uso de pruebas proyectivas, para poder observar sus características emocionales, así como el impacto que tuvo la intervención del psicólogo, consideramos de gran utilidad haber utilizado este medio de evaluación ya que, debido a la situación emocional de los niños, consideramos fue una herramienta valiosa al permitirnos no invadir con preguntas directas o medios que sugieran el motivo de nuestro acercamiento a ellos. Las pruebas proyectivas, al caracterizarse por destacar de la persona aspectos del comportamiento sin exigir una respuesta determinada y derivar una estructura estable de la personalidad, fueron sumamente útiles debido a las necesidades y características emocionales que los niños muestran en esta etapa de la enfermedad (Aguirre 1989). Con esto consideramos que es importante destacar el valor de las pruebas proyectivas como técnicas de proyección que nos permitieron acceder a contenidos de experiencias traumáticas vividas por los niños. El método de la proyección cuenta con marcos teóricos de interpretación sólidos y confiables, donde Koppitz (1989) y otros autores respaldan estos métodos y hacen notar la necesidad de ampliar su aplicación como método complementario de exploración clínica.

Por otro lado, es importante señalar que existen limitaciones en el trabajo ya que los indicadores emocionales simplemente sugieren tendencias y posibles dificultades que pueden requerir mayor o menor investigación de datos clínicos, ya sea a través de entrevista con los padres, la observación de la conducta a largo plazo, la exploración de la dinámica familiar del menor así como otras pruebas adicionales que nos ayudarían a determinar si lo arrojado por los dibujos de la figura humana de Koppitz (1989) se complementa con esas pruebas.

Es importante poder hacer una comparación si estos factores emocionales encontrados en esta población pasa con niños que no están en etapa terminal del tratamiento oncológico o si bien se manifiestan en otros padecimientos médicos, esto con el fin de poder tener marcadores emocionales específicos que nos permita realizar pronósticos emocionales previos y conocer el impacto que una intervención psicológica a través de acompañamiento emocional y cómo otras modalidades pudieran tener resultados favorables en la aceptación, adquisición de recursos internos emocionales para afrontar una problemática específica como lo es una enfermedad.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia personal en este trabajo fue gratificante en cuanto a poder colaborar con el objetivo del área de psicooncología en dicho hospital. Cuando nos enteramos que habíamos sido aceptadas para entrar al servicio de psicología en el área de oncología, nos sentimos muy entusiasmadas. Ese escenario nos hizo vivenciar retos y aprendizajes no solo académicos, sino también personales.

Durante nuestra estadía y colaboración con el equipo de psicólogas, se nos invitó a ampliar el proyecto de dibujos realizados por niños en etapa terminal. Al leer el contenido del artículo de las psicólogas Scherer y Adame, fue interesante observar cómo lograron identificar las etapas de duelo propuestas por Kübler –Ross. De manera personal la psicóloga Scherer nos compartió que para ella era muy importante seguir trabajando con estos dibujos, ya que observaba que algo pasaba con los niños al morir. Logró darse cuenta que había niños que morían de manera tranquila, donde manifestaban una actitud de aceptación de su partida. Sin embargo, había otros niños que se observaba morían muy angustiados, siendo un momento sumamente difícil no solo para el niño, sino también para sus padres. Nos compartió también, que se daba cuenta que los niños que morían tranquilos, la mayoría tenían padres y familiares que los acompañaban, escuchaban y se esforzaban por darse cuenta de las necesidades de sus hijos; también se dió cuenta, que estas familias se caracterizaban por pedir apoyo en el área de psicología. Aunado a esto, decidió considerar la variante de apoyo emocional para determinar qué pasaba con los niños que eran atendidos en este servicio y si había una diferencia cualitativa en los niños que si recibían y no el apoyo del área de psicología.

Al hacernos partícipes de dicho proyecto, nosotras decidimos observar qué nos podía decir el contenido proyectivo de estos dibujos, logrando tener como resultado este valioso trabajo.

El acompañamiento realizado con los niños fue un momento para poder permitirles ser ellos mismos. Muchos de los niños a los que se les brindaba apoyo, de inicio se mostraban inseguros, pensamos que la bata les hacía pensar que éramos médicos y que íbamos a revisarlos o a suministrarles una inyección. Se le explicaba quiénes éramos, se les compartía que no íbamos a picarlos ni nada por el estilo, simplemente queríamos saber si querían jugar con nosotras; la mayoría cambiaba de actitud, aunque algunos niños seguían mostrando cierta timidez, la cual iba desapareciendo conforme avanzaban las sesiones. Era común que los niños ya nos esperaran a cierta hora, buscándonos para jugar, pintar, reír, platicar, en fin, para volver a ser niños.

Muchos de los niños que vimos no solo se encontraban en etapa terminal, ya que en este estudio solo describe a este grupo. Muchos de los otros niños a los que vimos eran de recién diagnóstico, otros en curso de tratamiento, en recaída, esperando una cirugía, en el área de quimioterapia ambulatoria, etc. A todos ellos se realizaba un primer acercamiento a través del juego, después se brindaba apoyo específico, pero siempre se ponía en primer lugar la adherencia a través de la interacción con el juego o medios didácticos. Fue motivante observar cómo los niños iban conociendo lo que les pasaba de una forma más adaptativa. Es decir, se daban cuenta de lo que les iba a pasar y muchas veces ya lo explicaban con sus propias palabras, incluso algunos ya conocían qué llevar un muñeco, distraerse, y saber que el momento de dolor iba a pasar, les ayudaba a enfrentar de una mejor forma alguna situación médica a la que se vieran sometidos.

El acercamiento con los padres fue vital, ya que al hablar con ellos y permitirles expresar lo que pensaban y sentían al respecto, no solo era un espacio de contención emocional, sino también uno donde se trabajan en conjunto estrategias que pudieran fortalecer el vínculo afectivo con sus hijos, aclarar y establecer nuevas formas de crianza y acuerdos, fomentar la comunicación clara y sincera así como la importancia de escuchar y atender las necesidades emocionales genuinas del niño. Era importante que se dieran cuenta que

era lo más importante en ese momento para su hijo, como lo podría ser el no estar solo, el haber dejado a su familia, el no saber por qué le causan tanto dolor, el no entender por qué estaba ahí y por qué había otros niños en ese lugar, etc. El acompañar a los padres a trabajar con esto, era otro recurso para apoyar a los niños en su proceso de aceptación y adaptación a la enfermedad.

Hablando específicamente de los niños en etapa terminal, es importante para nosotras dar a conocer el proceso por el cual cursaban los niños. La mayoría de ellos aún mostraba un estado de ánimo óptimo para jugar, algunos permanecían recostados en su cama y jugábamos o hacíamos actividades con ellos. Así la respuesta por parte de los niños era positiva la mayoría de las veces, en ocasiones, cuando se encontraban cansados, solo se les pasaba a saludar, haciéndoles ver que estábamos ahí para lo que necesitaran.

Había otros niños los cuales se mostraban más inseguros, desconfiados y observábamos que ellos comúnmente tenían rabieta constantes, dependían excesivamente de sus padres, y estos últimos, en el contacto con las psicólogas, se mostraban evasivos y limitaban el contacto verbal. Nos llamó la atención que esto que se describe, en algunos casos se observó en los niños que por decisión de sus padres no recibieron apoyo del área de psicología. Esto nos hace notar que lo que se plasmó en este estudio es el resultado de una serie de interacciones y factores que anteceden a la respuesta, actitud y expresión emocional del niño, donde no solo fue el no haber recibido acompañamiento emocional, sino qué lleva a los padres a decidir que ellos y sus hijos no reciban apoyo emocional, qué pasa en el modo de afrontamiento de sus cuidadores, sus antecedentes de personalidad, los antecedentes en su dinámica familiar, etc. Podríamos mencionar un sinnúmero de variables, las cuales incluso se podrían retomar en un estudio subsecuente a este.

Enfocándonos en la labor que tuvo el apoyo psicológico brindado a los niños, sabemos que este estudio nos sirve como base y antecedente para que la labor del psicólogo sea tomada en cuenta en los diferentes procesos del desarrollo humano y en este caso de

la enfermedad de un niño en etapa terminal. A partir de esta investigación es importante considerar el proceso de cuidados paliativos y la etapa terminal de un niño, como un ciclo más del proceso de vida, donde se tiene la oportunidad de generar redes de apoyo, consolidar vínculos y en general vivir a lado del paciente experiencias que pongan en primer lugar su calidad de vida. Las aportaciones que se consideran valiosas son al respecto de poder identificar qué pasa a nivel socioemocional con un niño que cursa por etapa terminal, qué importancia hay que darle a los cuidados físicos pero también qué pasa con la estructura y los esquemas a nivel de pensamientos y sentimientos de un niño que va a morir. Consideramos que ante un evento de esta magnitud es tan importante el control de dolor físico, como el contacto, la escucha y acompañamiento que se le pueda dar a un niño que cursa por esta situación.

Fue una gran oportunidad poder trabajar y principalmente acompañar a los niños que en ese momento estaban en el hospital. Agradecemos poder haber contribuido a contactar y expresar lo que sentían en ese momento y así poder haber fungido como un puente que los ayudara a regresar a ellos, a sus necesidades de niños, a percibir sus emociones y su mundo interior.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

El cáncer, es una enfermedad que si bien repercute a la población mundial en general, se observa que en México las cuestiones sociales y de condición médica hacen de este un problema particular y único en nuestro país, donde la persona que padece la enfermedad no solo debe lidiar con las situación médica, sino sopesar y hacer frente a dificultades de otros tipos como puede ser la falta de información y estrategias para enfrentar la situación, los pocos recurso médicos y la alta demanda a nivel de sector salud, el considerar el impacto del problema en la dinámica familiar y el manejo económico del problema, etc. Por tal motivo observamos que éstas son las principales limitantes en el reciente trabajo, además de necesitar más investigaciones y tener un abordaje más profundo y continuo para generar resultados concisos, lo cual es difícil debido a la poca certeza del tiempo y condición médica del paciente en etapa terminal.

Consideramos que es indispensable aumentar los campos de intervención del psicólogo a nivel hospitalario en nuestro país, no solo en el tema de cuidados paliativos, sino además a nivel de promoción de la salud y de detección oportuna, sin embargo sabemos que el único inconveniente es que, como se mencionó en la literatura la etiología del cáncer infantil es aún poco precisa, por lo que hablar de intervención temprana a nivel de población infantil es complicado. Otra situación que complica lo anterior es la gran incidencia y el aumento que habrá según estadísticas no solo del cáncer infantil sino del aumento en la población en general de esta enfermedad (Rivera, 2007).

Es importante resaltar que en esta investigación el trabajo giró en torno en los indicadores de Koppitz (1989), sin embargo, en abordajes posteriores sería recomendable considerar otras variables externas, como el rol que juega el cuidador principal en este proceso, las dificultades que puedan exacerbarse o surgir a partir de la noticia de cuidados paliativos, etc. Otra de las propuestas es continuar este estudio ampliando el rango de edad, donde podamos observar qué características emocionales presentan los adolescentes y jóvenes con cáncer en etapa terminal y poder comparar si sus recursos difieren o coinciden con los de niños de edad escolar.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, G. (1989) Los test proyectivos. España: Ediciones Laertes.

Anderson y Anderson (1963) Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico.

España. Ediciones Rialp S.A

Argiles, J; López- Soriano, F. (1998) El cáncer y su prevención. La importancia de la alimentación. España: Editorial Universidad de Barcelona

Arranz, P; Barbero, J; Barreto, P; Bayes, R. (2003) Intervención emocional en cuidados paliativos. España : Editorial Ariel

Bayés, R. (1998). Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. Medicina clínica, 110, 740-743.

Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. Revista de Psicología general y aplicada, 2(47), 201-208.

Barreto, P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. Anales de Psicología, 2(6), 169-180.

Bell, J. (1992) Técnicas proyectivas, exploración dinámica de la personalidad. México: Editorial Paidós

Benítez, M; Salinas, A., Asensio, A. y Armas, J. (1999). Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. Atención primaria, 4(23), 187-191.

Centro Nacional para la Salud (2016). Recuperado el 12 de abril del 2016 de:

http://censia.salud.gob.mx/contenidos/cancer/cancer_infantil.html

Costa, F. M. (2000) El juego y el juguete en la hospitalización infantil. Valencia AIJU.

Die, M. (2003) Psico-oncología. Madrid: ADES ediciones S.L.

Engler, B. (1996) Introducción a las teorías de personalidad. Cuarta edición. México:

McGraw-Hill

Esquivel, F; Heredia, M, & Lucio, E. (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño.

(3ª edición). México: Manual Moderno, S.A. de .C.V.

Faberman, D. (2010). El psicólogo en el hospital pediátrico. Herramientas de

intervención. Argentina: Editorial Paidós.

Gallardo, P. (2007). El desarrollo emocional en la educación primaria (6-12 años)

Cuestiones pedagógicas. 2006 (18). 143-156.

Godoy, L. (2008) Biología molecular en cáncer. México: Planeación y desarrollo

Editorial

Griffa M, Moreno J. (1999). Claves para una psicología del desarrollo. Ed. Lugar,

Argentina; pág., 245-246.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2013) Metodología de la investigación (4ta.

ed.). México: Mc Graw Hill.

Jackson, E. (1986) Diálogo en el seno de la familia: Sociología de la muerte. Editorial

Sala: Madrid

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2014). Recuperado el 12 de abril

del 2016 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx#H>

Koppitz, E. (1989) El dibujo de la figura humana en los niños. Evaluación

psicológica. Argentina: Editorial Guadalupe

Koppitz, E. (1991) Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana

por alumnos de educación media. México: Manual Moderno

Kübler-Ross, E. (1969) Sobre la muerte y los moribundos. España: Grijalbo Mondadori

Mckinney. P. J., Fitzgerald. E.H. & Strommen.A. E (1982). Psicología del desarrollo:

Edad adolescente (2da edición). México: el manual moderno S.A. de C.V.

Mckinney. P. J., Fitzgerald. E.H. & Strommen.A.E (1982). Psicología del desarrollo:

Edad escolar (2da edición). México: el manual moderno S.A. de C.V.

Méndez, V. (2002) Cuidados paliativos en pediatría. Acta pediátrica de México. Vol. 23,

num 2 marzo- abril

Méndez. X., Orgilés. M. & López R. (2004) Atención psicológica en el cáncer infantil.

Psicooncología, 1(1), 139-145.

Muñoz, A; Del Moral, E; Uberos, J. (2007) Oncología infantil. Volumen III. España:

Editorial Formación Alcalá

Papalia .D.E. (2005). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill Interamericana Parker, J.

G., y Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are

low-accepted children at risk? Psychological Bulletin, 102, 357–389.

- Pessini, L; Bertachini, L (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos.
Acta bioética. 12(2), 231-242.
- Petrillo. M; Sanger, S (1975) Cuidado emocional del niño hospitalizado. México: La
prensa mexicana
- Quesada, L. (2003) Cuidados paliativos en pediatría. Avances en cuidados paliativos.
Tomo I. Cap 27 pp. 487-522 Editorial: Aran, España
- Rivera. L . (2007). El niño con cáncer: los padecimientos más comunes para el
médico no especialista. México: editores de textos mexicanos S.A de C.V.
- Rootion, C. (2007). Tumores en niños. Chile: Editorial Mediterráneo
- Salas, M. (2004) Los cuidados paliativos: un modelo de atención integral al niño
gravemente enfermo y a su familia. Anales de Pediatría (Barcelona) 61 (4) num 4
pp, 330-335
- Santiago de Herrero, F; Fernández, M; Guerra, L. (1999) Psicodiagnóstico
psicodinámico a través de técnicas proyectivas. España: Ediciones Amaru
- Santrock. W.J. (2006). Psicología del desarrollo. El ciclo vital (6ta edición). España:
McGraw-Hill Interamericana de España S.A. de.C.V.
- Secretaria de Salud (2016). Recuperado el 16 de abril del 2016 de:
<http://www.gob.mx/salud/articulos/cancer-infantil-en-mexico>
- Sierrasesúmaga, L; Antillán, F; Bernaola, E; Patiño, A; San Julián, M. (2006). Tratado
de oncología pediátrica. España: Pearson Educación

Vargas B, T. (2008). Propuesta de Taller de entrenamiento en habilidades sociales para niños en edad escolar (Tesina de licenciatura). Universidad Americana de Acapulco.

Vives, M. (2005) Test proyectivos Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínico.

España: Publicaciones y ediciones de la Universidad de Barcelona.

Widlocher, D. (1988) Los dibujos de los niños. Bases para una interpretación

psicológica. España: Editorial Herder

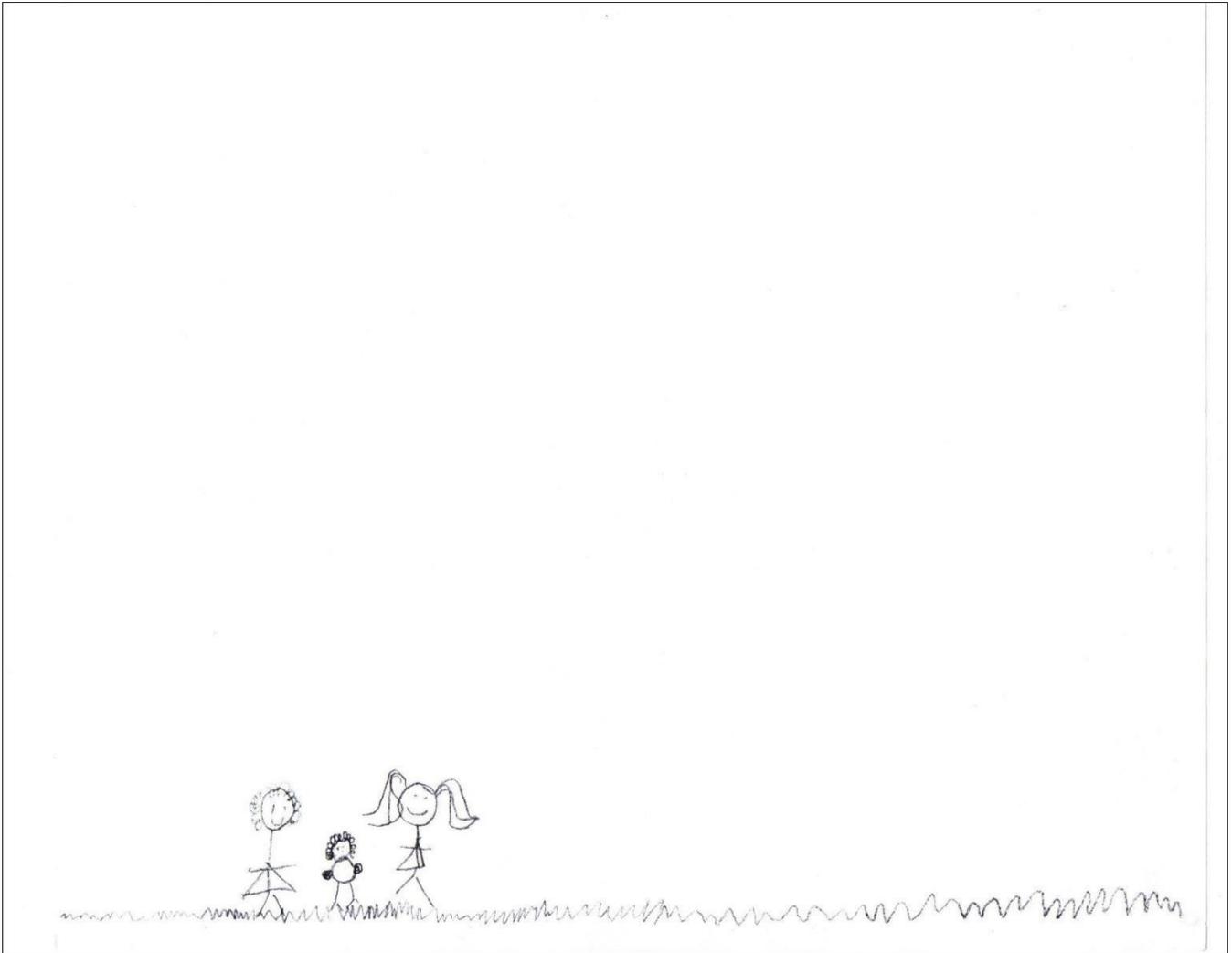
Zamora M, Vega L y Poncelis M (2011).Manual para promover el desarrollo de las

habilidades sociales en niñas y niños preescolares. Puentes para crecer. México

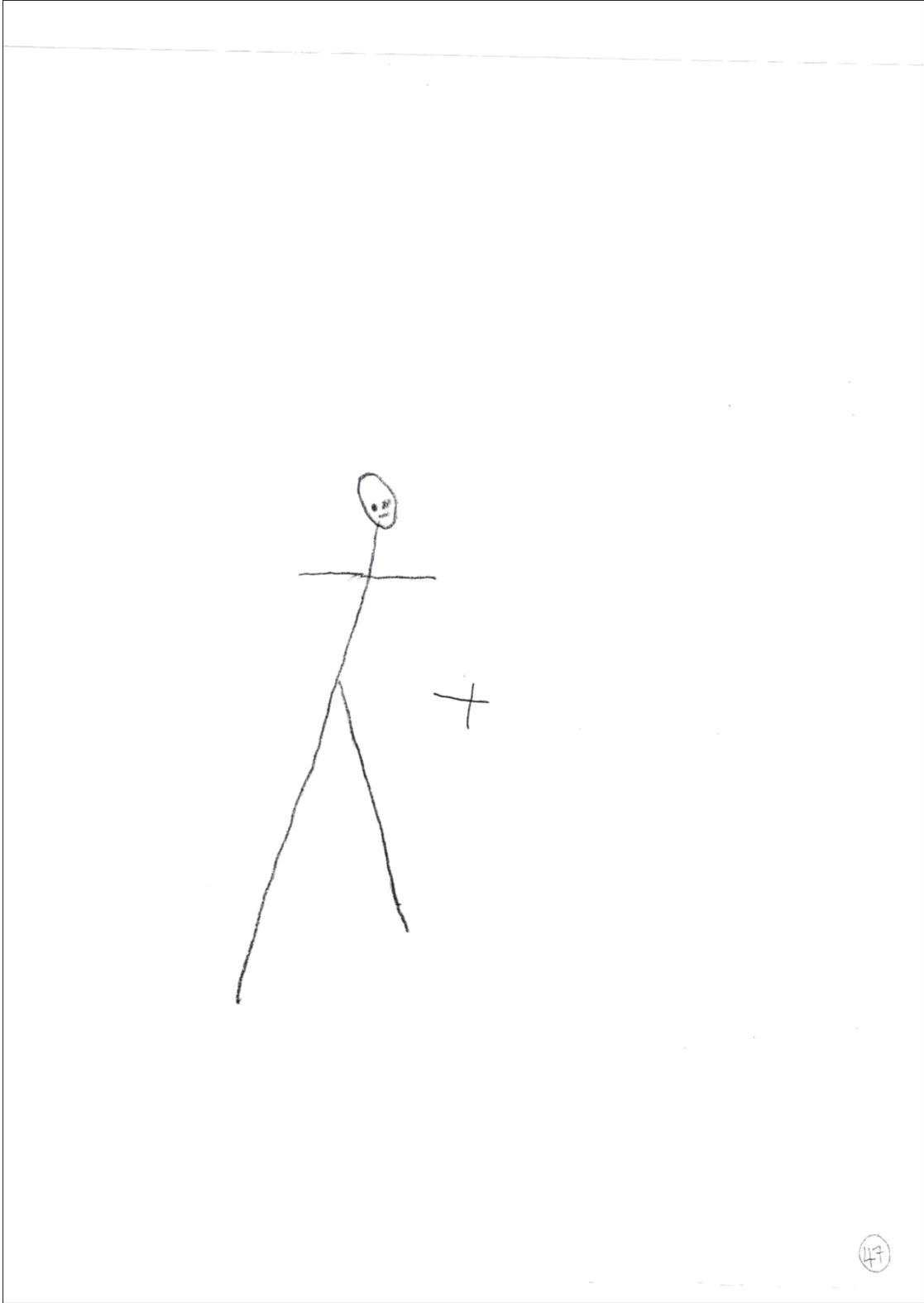
D.F. UNAM pp 44.

Zañartu, C., Krämer, C. &Wietstruck, M. (2008). La muerte y los niños. ChilPediatri. 79

ANEXOS



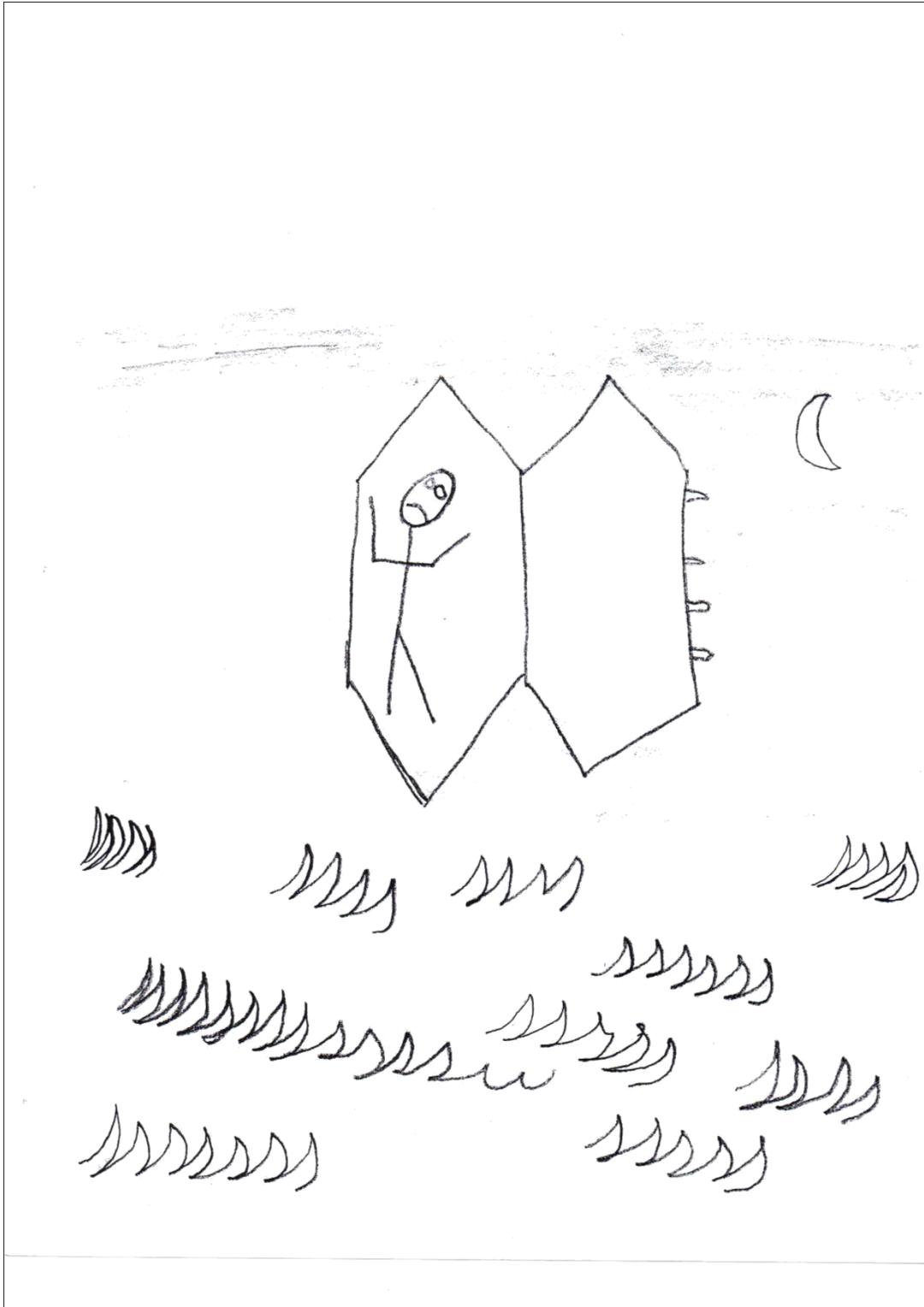
Dibujo de niña de 6 años, SI recibió acompañamiento



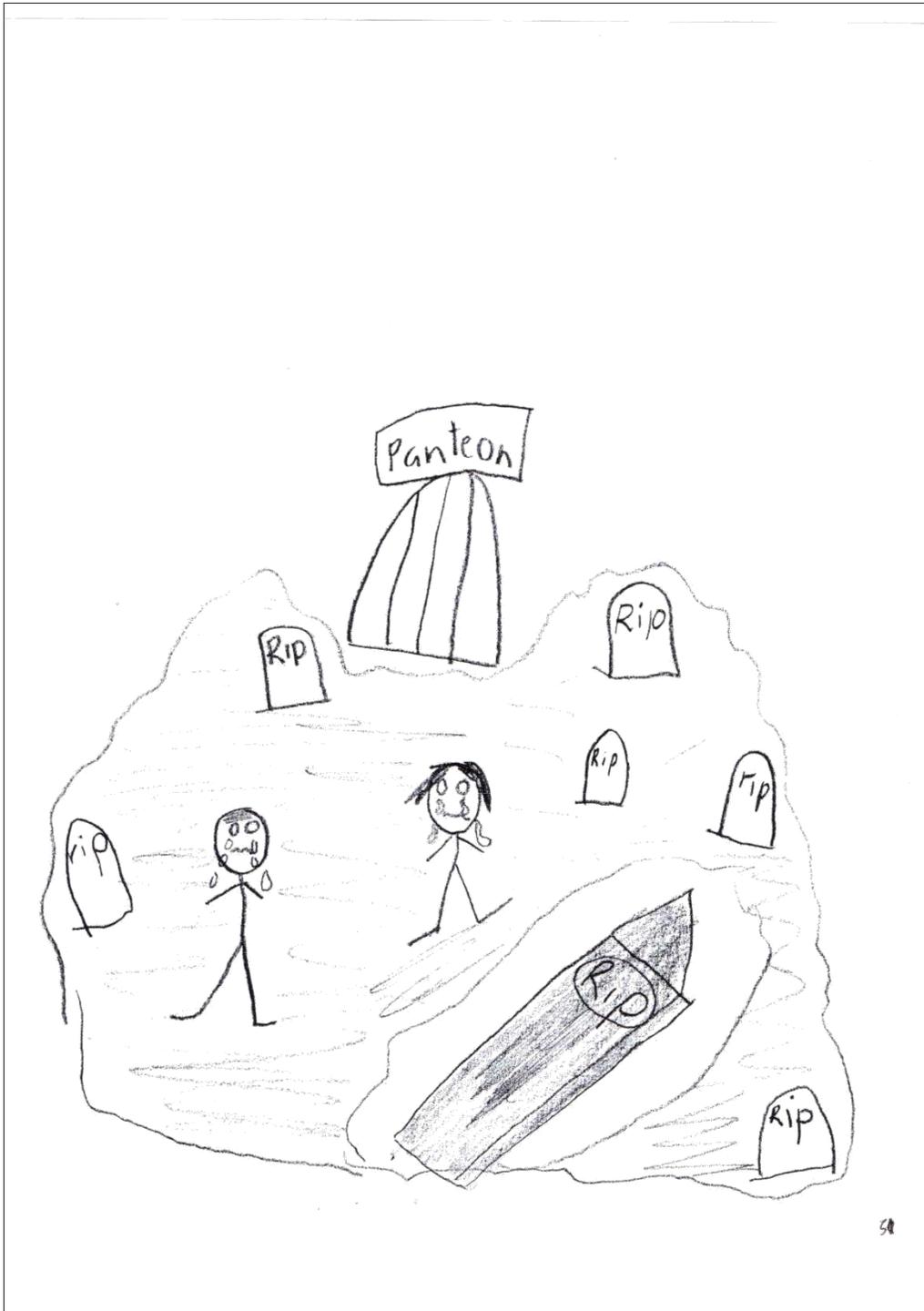
Dibujo de niña de 6 años, NO recibió acompañamiento



Dibujo de niña de 7 años , SI recibió acompañamiento



Dibujo de niña de 7 años, NO recibió acompañamiento



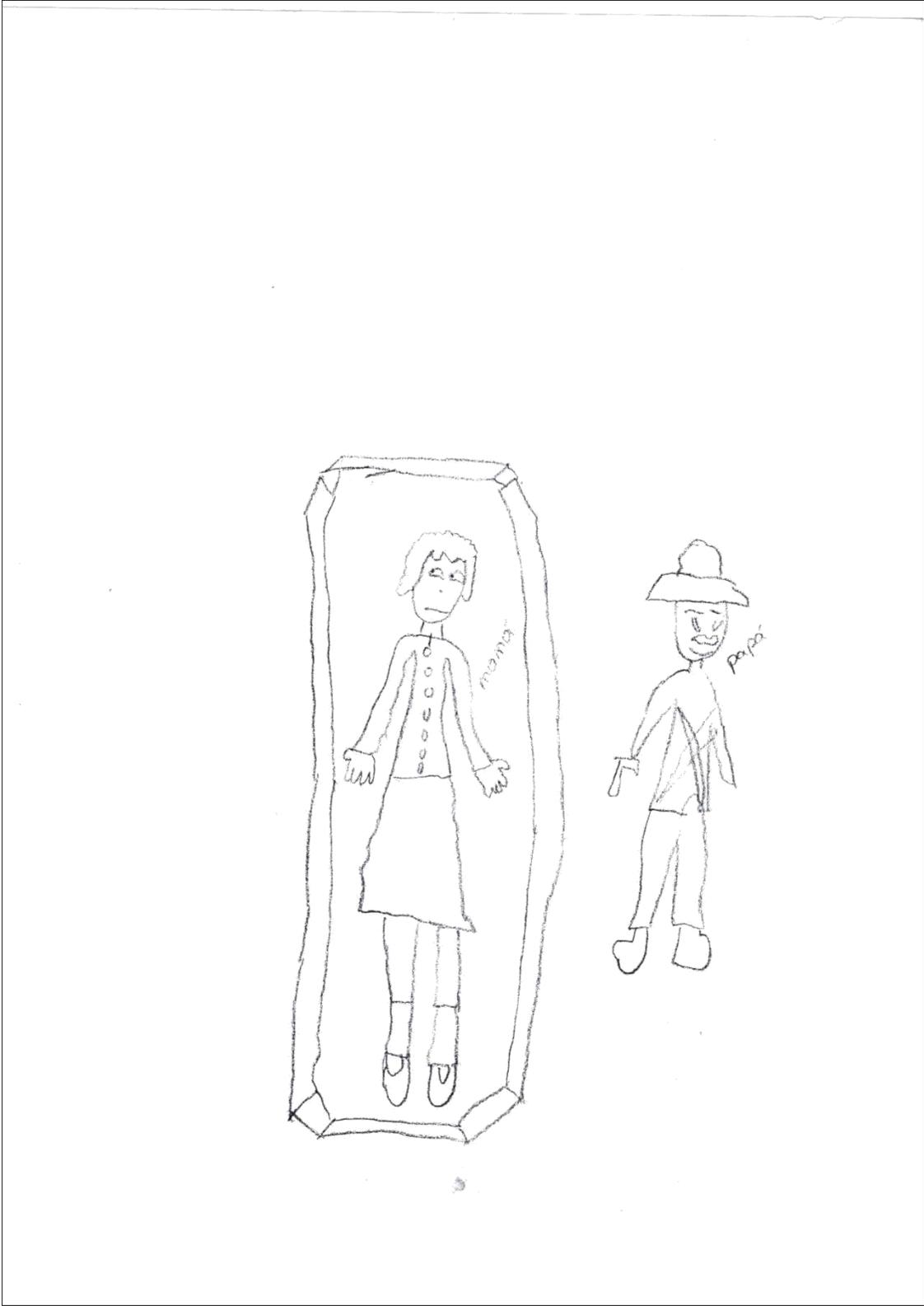
Dibujo de niño de 8 años, SI recibió acompañamiento



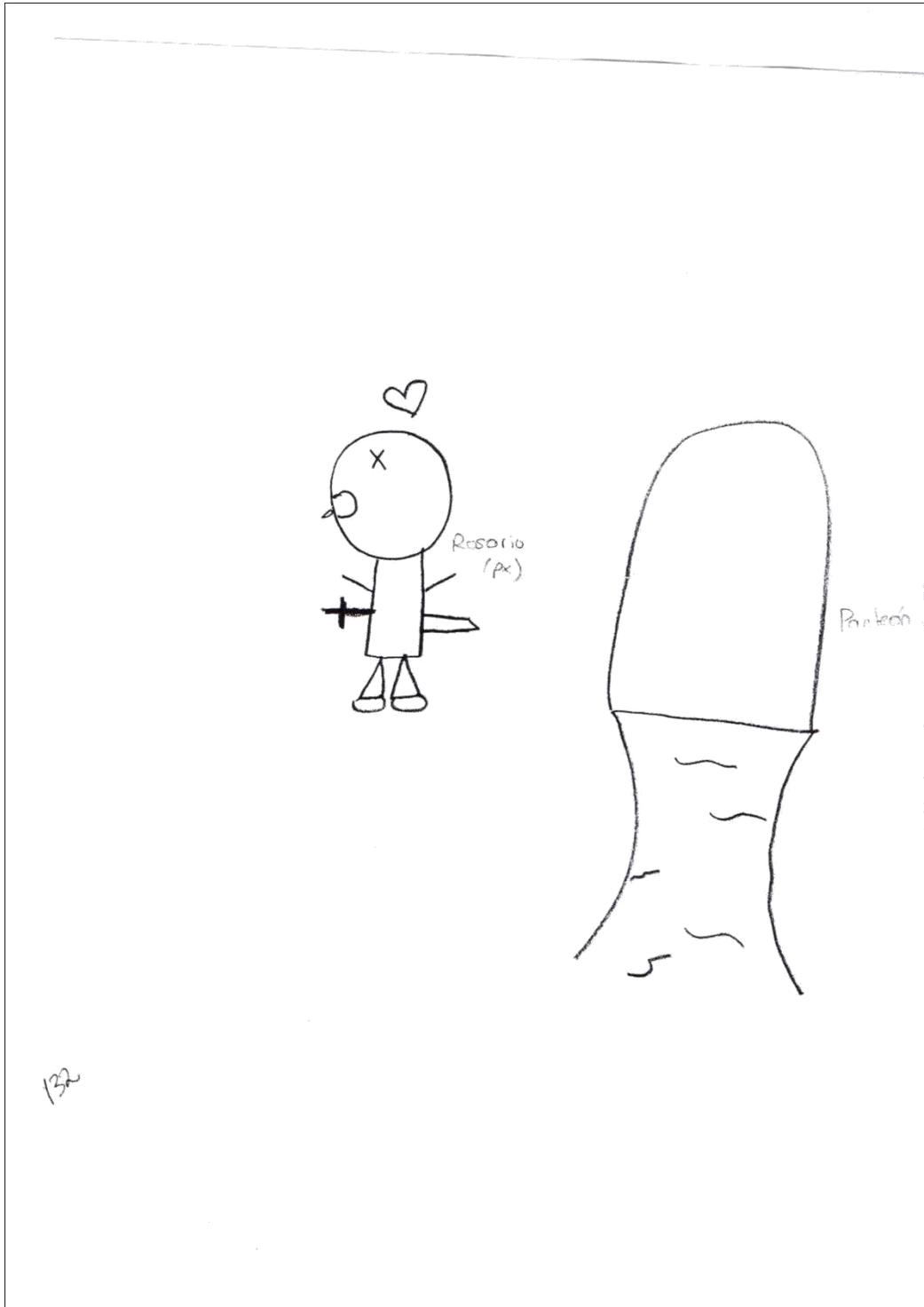
Dibujo de niño de 9 años, SI recibió acompañamiento



Dibujo de niña de 9 años, NO recibió acompañamiento



Dibujo de niño de 10 años, SI recibió acompañamiento



Dibujo niña de 10 años, NO recibió acompañamiento



Dibujo niña de 11 años, SI recibió acompañamiento