

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**Propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con
síntomatología depresiva utilizando la terapia de juego en el Instituto de
Oncología Dr. Heriberto Pieter, Santo Domingo, 2019.**

SUSTENTADO POR:

Lilibeth María da Silva Pereira 15-2551
Scarlette Pérez Medrano 14-1928

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE

Licenciatura en Psicología Clínica

Asesores

Daysi Massiel Santana, M.A
Lic. Jesus Peña Vásquez

Santo Domingo, D.N.

Agosto, 2019

Propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con
sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego en el Instituto de Oncología

Dr. Heriberto Pieter, Santo Domingo, 2019.

Índice de Contenido

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Identificación del problema.....	10
1.2 Preguntas de investigación.....	12
1.3 Objetivo general.....	13
1.4 Objetivos específicos.....	13
1.5 Justificación.....	13
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Marco conceptual.....	15
2.2 Antecedentes.....	16
2.2.1 Situación a nivel global.....	21
2.2.2 Situación en República Dominicana.....	21
2.3 Depresión.....	22
2.3.1 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo debido a otra afección médica.....	23
2.3.2 Manifestación de la depresión en niños.....	24
2.3.3 Consecuencias de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos.....	25
2.4 El cáncer.....	26
2.4.1 Origen del cáncer.....	28
2.4.2 Tipos más comunes de cáncer en pacientes pediátricos.....	30
2.4.3 Tratamientos para el cáncer.....	31
2.4.4 Efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer.....	32
2.5.1 Origen de la terapia de juego.....	35
2.5.2 Implicaciones teóricas de la terapia de juego.....	36
2.5.3 Beneficios de la terapia de juego.....	38
2.5.4 Modelos de la terapia de juego.....	40
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLOGICO	43
3.1 Diseño de la investigación.....	43
3.2 Tipo de investigación.....	43
3.3 Unidad de análisis.....	43
3.4 Método de investigación.....	44
3.5 Fuentes primarias y secundarias.....	44
3.6 Descripción de los instrumentos de recolección de datos.....	44
3.7 Plan de acción.....	45
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	47
4.1 Proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría.....	47
4.2 Características generales en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva a considerar para escoger un subtipo de terapia de juego.....	49

4.3 Identificación de teorías a utilizar como base para la propuesta de intervención ...	50
4.3.1 Enfoque Adleriano	51
4.3.2 Enfoque de liberación.....	55
4.3.3 Enfoque gestáltico	56
4.3.4 Enfoque centrado en el niño	60
4.3.5 Enfoque cognitivo-conductual	62
4.3.6 Enfoque terapéutico filial	65
4.3.7 Enfoque integrativo	67
4.3.8 Técnicas para fortalecer el apego.....	68
4.3.9 Técnicas para el ámbito interpersonal.....	68
4.3.10 Técnicas para solución de problemas	69
4.4 Identificación de las características generales en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva, que deben considerarse para escoger un subtipo de terapia de juego adecuado para el paciente	70
CAPÍTULO 5: OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	73
5.1 Objetivo general del modelo de intervención.....	73
5.2 Objetivos específicos del modelo de intervención	73
CAPÍTULO 6: JUSTIFICACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN	74
CAPÍTULO 7: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	76
7.1 Fase de evaluación.	77
7.2 Fase de intervención	82
7.2.1 Calendario de actividades	85
7.3 Fase de seguimiento.....	86
APENDICES.....	102
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	113

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecerle a **Dios** por habernos dado las fuerzas necesarias para afrontar todos esos momentos difíciles y por poner siempre en nuestro camino personas que nos ayudaron a lograr este proyecto.

A nuestros padres: Manuel Rui da Silva Pereira y Fatima da Silva Pereira. Radhames Pérez Carvajal y Magnolia Medrano Volquez. Por habernos apoyado y creído en nosotras, incluso cuando dudábamos de nuestra capacidad. A todos nuestros demás familiares y amigos que fueron de gran soporte.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) por ofrecerme los conocimientos de tan respetados y capaces profesores y hacer de nosotras unas profesionales con una sola ambición, servir a la comunidad. Especialmente agradecemos a la Escuela de Psicología por la dedicación y orientación que nos han brindado.

Al Instituto Oncológico Dr Heriberto Pieter por abrirnos las puertas y permitirnos realizar nuestra investigación y de esta forma poder aportar un granito de arena en el ámbito psicológico, a esos niños que día a día luchan contra el cáncer.

A nuestros asesores la profesora Daisy Massiel Santana y Jesús Peña Vázquez por habernos guiado, enseñado y acompañado durante todo este proceso. También a nuestros jurados las profesoras Pat Olga Galán, Damarys Vicente y Julia Gavés por ayudarnos a pulir nuestro trabajo.

Resumen

El objetivo de esta investigación es diseñar una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego. Para la creación de dicha propuesta de intervención se ha investigado de diversas fuentes sobre las posibles aplicaciones, los beneficios emocionales de la terapia de juego y además se han realizado entrevistas al personal de cuidado del instituto oncológico Dr. Heriberto Pieter donde, fue posible determinar aspectos tales como las características de dichos pacientes y síntomas depresivos más comunes para establecer una estructura de abordaje terapéutico efectivo e individualizado.

Esta investigación es del tipo cualitativa debido a que no se trataron variables numéricas, además es de carácter no experimental transversal, debido a que este diseño de investigación es utilizado normalmente para registrar y observar datos en un mismo tiempo. El método de investigación escogido es el analítico, que permite realización de la dicha propuesta de intervención.

El modelo de intervención contiene varias fichas que facilitan la identificación de variables médicas, psicológicas y sociales que son de importancia para la intervención promoviendo un mejor abordaje terapéutico. Las mismas permiten la planificación de actividades de terapia de juego. Aquí se encuentra además varios enfoques de terapia de juego bajo los teóricos de la psicología.

Palabras clave: síntomas depresivos, cáncer, terapia de juego, psicooncología, habilidades.

Abstract

The objective of this research is to design an intervention proposal for pediatric cancer patients with depressive symptoms using play therapy. For the creation of this intervention proposal, that is based on various sources of research on the possible applications, the emotional benefits of play therapy have been investigated and interviews have also been conducted with the care staff of the Dr. Heriberto Pieter Cancer Institute where it was possible to determine aspects such as the characteristics of these patients and more common depressive symptoms to establish an effective and individualized therapeutic approach structure.

This research is of the qualitative type because it doesn't count with numerical variables, with a non-experimental transversal nature, because this type of research design is normally used to record and observe data at the same time. The research method chosen is the analytical one, which allows the execution of said intervention proposal.

The intervention model contains several records that facilitate the identification of medical, psychological and social variables that are of importance for the intervention, promoting a better therapeutic approach. They allow the planning of play therapy activities. Here you will also find several approaches to game therapy under psychology theorists.

Keywords: depressive symptoms, cancer, play therapy, psycho-oncology, skills.

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo el diseño de una propuesta de intervención psicológica utilizando la terapia de juego para pacientes oncológicos pediátricos que presenten sintomatología depresiva. Acorde a una investigación realizada por la American Society of Clinical Oncology (ASCO) se ha demostrado que los síntomas depresivos en un paciente oncológico representan una dificultad en el proceso del tratamiento, debido a que dichos síntomas reducen los beneficios de los tratamientos médicos y la capacidad de toma de decisiones sobre su atención.

Considerando que los niños utilizan el juego como un medio natural de expresión, esto facilita una forma más adaptativa para enfrentar la enfermedad puesto que la enfermedad oncológica representa un reto para el paciente donde el mismo tiene que crear estrategias de adaptación que le permitan lidiar con todos los cambios que se le presenten. Debido a esto surge la necesidad de crear una propuesta de intervención que se encargue de disminuir dicha sintomatología.

El diseño de dicha propuesta permite que sea apropiado para pacientes pediátricos, por la evidencia empírica que existe de los beneficios que brinda la terapia de juego, también permite el desarrollo natural en los niños. La misma está dirigida a profesionales en el área de psicooncología como una herramienta útil para el abordaje terapéutico.

Este modelo de intervención es requerido debido a que en esta investigación se pudo determinar que el equipo multidisciplinario entrevistado desconoce la existencia de protocolos

estandarizados para pacientes con dichas características, haciendo así evidente la necesidad de establecer un sistema de acompañamiento psicológico de esta naturaleza. También se destaca el hecho de que la red de apoyo de dichos pacientes no cuenta con información suficiente acerca de los síntomas depresivos y sus efectos en estos pacientes.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Identificación del problema

La sintomatología depresiva en pacientes oncológicos pediátricos en el Distrito Nacional de la República Dominicana, representa un desafío en el transcurso del tratamiento de una enfermedad de este tipo, puesto a que además de ser una enfermedad compleja, el peso del diagnóstico, los tratamientos, la percepción de los pacientes hacia ellos y su ambiente cambia.

Debido a esto, se podría decir que, la problemática que se presenta en la investigación y la razón de plantear esta propuesta de intervención son las dificultades en el abordaje terapéutico en pacientes pediátricos con enfermedad oncológica que además pueden presentar una sintomatología depresiva. (American Cancer Society, 2016). Esta enfermedad representa nuevas situaciones en la vida de los pacientes que estos tendrán que afrontar, para esto la intervención y acompañamiento de los profesionales de la salud mental entiéndase los psicólogos y o psiquiatras es de suma importancia. (EcoDiario, 2017)

Acorde a diversas investigaciones realizadas una de estas siendo el artículo llamado “Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica” (Rodríguez, Amboage, & Blázquez, 2015) la efectividad del tratamiento médico realizado a pacientes con cáncer se ve drásticamente reducido cuando hay depresión u tratamientos psicofarmacológicos para la depresión.

Esto puede llevar a la consideración de que la sintomatología depresiva se manifiesta como una consecuencia del diagnóstico, la preocupación repentina que puede ver y percibir el paciente oncológico pediátrico a su alrededor, por el temor a la muerte, además los niveles de afrontamiento se pueden ver afectados por una expectativa de vida reducida, la enfermedad en sí, los efectos psíquicos como el posible miedo a la muerte pueden generar una mala percepción del sí mismo que incluye los fisiológicos de la enfermedad como lo es el deterioro corporal y u otros cambios físicos debido a intervenciones quirúrgicos.

El cáncer se define como “una alteración caracterizada por el crecimiento tisular patológico, el cual tiene su origen en una proliferación persistente y prolongada de células anormales que desemboca en una patología, determinada ésta por la invasión y destrucción de los tejidos del cuerpo” (Guerrero, Prepo, & Loyo, 2016, pág. 299)

El Instituto Nacional del Cáncer, define el cáncer infantil como la manera en que una enfermedad oncológica afecta a los pacientes en la edad pediátrica. Entendiéndose por enfermedad oncológica pediátrica cualquier tipo de cáncer que afecte a los niños. Además, sostiene que, a diferencia de los adultos, en el caso de los niños no se conocen bien las causas. (Instituto Nacional Del Cáncer, 2015)

Las repercusiones emocionales que genera el cáncer son notables, debido a como las situaciones sociales, financieras y psicológicas de un paciente cambian radicalmente por la presencia del cáncer y el tratamiento que lo acompaña. Por esto es considera común que aparezcan un gran número de emociones y sentimientos negativas entre estas están: problemas con la imagen corporal, ansiedad, depresión, entre otros.

Toda esta serie de situaciones podría generar gran peso emocional que pueden reflejar con cambios abruptos en el estado de ánimo, considerando que el paciente se ve limitado a no poder hacer cosas que antes hacía, esto podría representar traumas y deterioro en la vida social, que los llevaría al aislamiento o retraimiento.

Debido a lo descrito anteriormente es que se considera que, “la intervención psicológica se fundamenta en una adecuada evaluación del paciente, que permita delimitar los problemas del paciente, los objetivos de la intervención y cuáles son los factores causales del problema, para a partir de ahí formular el caso, definir los objetivos y el plan de tratamiento que se precisa en cada caso, así como valorar la eficacia de la intervención.” (Cruzado Rodríguez, 2014, pág. 21) Por ende, el propone una serie de variables a considerar para la intervención de un paciente con cáncer, que va desde síntomas físicos, red de apoyo y hasta síntomas psicológicos.

1.2 Preguntas de investigación

Las interrogantes que se piensa resolver con este trabajo de investigación son:

- ¿Cómo llevar a cabo una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos utilizando la terapia de juego?
- ¿Cuál es el proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría?
- ¿Qué elementos deben estar presentes en una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego?
- ¿Cuáles teorías se pueden utilizar como base para la propuesta de intervención?

1.3 Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego.

1.4 Objetivos específicos

- Describir el proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría.
- Identificar los elementos que deben estar presentes en una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego.
- Identificar las teorías a utilizar como base para la propuesta de intervención.

1.5 Justificación

Esta investigación es inédita. Aunque en investigaciones anteriores han mencionado el tema del estado de ánimo en pacientes oncológicos, no se han enfocado en la mejoría de los síntomas depresivos utilizando los beneficios de la terapia de juego. Además de esto, se pretende establecer una propuesta de intervención con un programa flexible de actividades, que permita la planificación de las mismas con las técnicas de la terapia de juego, para así obtener los beneficios que ofrece dicha terapia.

La propuesta de intervención sirve como aporte al buscar la disminución de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos pediátricos lo que promueve un abordaje

asertivo a la hora de crearle una mejor red de apoyo, afrontamiento y resiliencia al paciente para ayudarles a sobrellevar su difícil situación utilizando uno de los medios más conocidos y enriquecedores para el niño tal y como lo es el juego.

La factibilidad de este estudio se encuentra en la disponibilidad de sujetos que presentan sintomatología depresiva y con un diagnóstico oncológico, por otro lado, se cuenta con recursos como bibliotecas, bases de datos, revistas científicas, consultas con profesionales en el área tanto de psicooncología como terapia lúdica o de juego.

El alcance de esta investigación es la disminución de los síntomas depresivos en los pacientes oncológicos pediátricos. Debido a que no hay un estudio previo de esta índole en la República Dominicana, se realiza en primer lugar esta propuesta, esta se puede utilizar como base para la implementación futura como una herramienta de abordaje.

Esta propuesta de intervención tiene como aporte una mejora en el acompañamiento psicológico de los pacientes oncológicos pediátricos. Donde debido al peso del diagnóstico clínico de un trastorno depresivo se consideraron los síntomas depresivos como punto de partida. De esta forma se evita etiquetar a un paciente pediátrico con un diagnóstico de trastornos depresivos, considerando el hecho que de esta forma el paciente no tendrá esta etiqueta de por vida en su expediente de salud mental.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

a) Pacientes pediátricos: “Es un paciente que está en el rango de edad pediátrica es decir desde el nacimiento hasta los 14” (Gorriz & Bauza, 2012, pág. 1)

b) Cáncer: “Nombre dado a las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático” (American Cancer Society, 2016).

c) Terapia de juego: “La terapia de juego es un método empleado en Psicología para el análisis y tratamiento de las problemáticas de los pacientes, generalmente en el caso de niños o sujetos con trastornos del neurodesarrollo o discapacidad intelectual severa. Se basa en el uso del juego como elemento de comunicación, gracias al cual el paciente puede llegar a exteriorizar sus emociones y experiencias de manera simbólica” (CETPA, 2017)

d) Terapia de juego directiva: “Es un método que incluye más estructura y orientación por parte del terapeuta para que los niños puedan trabajar sus dificultades emocionales y de comportamiento a través del juego.” (Axline, 2003, p. 18)

e) Terapia de juego no directiva: “Es un método no invasivo en el que se anima a los niños a buscar sus propias soluciones a los problemas a través del juego.” (Axline, 2003, pág. 18)

f) Red de apoyo: “Una red de apoyo es una estructura que brinda algún tipo de contención o apoyo emocional alguien.” (Aranda B. & Pando M., 2013)

g) Sintomatología: Conjunto de síntomas que conforman una alteración mental.

h) Trauma: “Choque o impresión emocional muy intensos causados por algún hecho o acontecimiento negativo que produce en el subconsciente de una persona una huella duradera que no puede o tarda en superar” (ARA Psicología, 2018).

i) Afrontamiento: “Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación” (EcuRed, 2013).

2.2 Antecedentes

Para hablar sobre el estudio de la eficacia del uso de actividades recreativas en terapia oncológica, se hace referencia al realizado en Brasil, donde se habló de la importancia que tienen las actividades lúdicas sobre la terapia oncológica infantil, en el ámbito de la enfermería. Es decir, el cómo los enfermeros podían utilizar técnicas de terapia de juego que ayudaran a la mejoría de estos pacientes. (Paixão, Damasceno, & Silva, 2016)

Ribeiro y Etal (Ribeiro ABS, 2014) refieren que la asistencia de varios tipos de juguetes terapéuticos refuerza o facilitan a los profesionales en el cuidado de los pacientes oncológicos en pediatría. Respecto a esto, Pedrosa (Pedrosa & Monteiro H, Diversao em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de oncologia pediátrica do instituto materno infantil Prof. Fernando Figueira, 2015) recomienda que se escoja el juguete de acuerdo con la etapa del desarrollo infantil. Lo que se piensa que estos autores quisieron resaltar es que al tener las herramientas que en este caso son los juguetes, facilitan la comunicación de los pacientes con

sus cuidadores en otras palabras, fortalecen el vínculo con los cuidadores haciendo así más fácil la comprensión entre ambos.

Todo esto sustentado en el hecho de que la risa promovida por los juegos tiene efecto terapéutico, colaborando con el método analgésico, ya que su práctica favorece el humor e intensifica la inmunidad, reduce la tensión muscular y disminuye la fatiga, ansiedad y el algia. A través de la liberación de neurotransmisores que proporcionan el bienestar serotonina y endorfina, por el sistema límbico (Córdova, Fresia, & Jesús, 2014)

En este sentido los autores señalan que, en otra investigación realizada en Perú, la risoterapia es una técnica alternativa que señala la risa como un medio de percibir los acontecimientos de la vida desde perspectivas más alegres y agradables, está demostrado que cuando la risa y la carcajada surgen de modo espontáneo y natural, tienen efectos saludables sobre el organismo, destacando entre ellas la disminución de la percepción del dolor.

Los momentos de alegría suscitan alteraciones psico-neuro-endocrinas que actúan en el sistema inmunológico expandiendo el flujo sanguíneo cerebral, disminuyendo así indicios de ansiedad y depresión. La carcajada también favorece el ejercicio respiratorio, pues actúa como mio-relajante, es decir que provoca la relajación muscular que es esencial para la contención de la tensión, especialmente en momentos donde hay dolor. La risa por 10 minutos contribuye para la sensación de felicidad y puede suavizar el dolor por horas, facilitando el reposo. (Sousa, Schueroff, & Pessoa, 2013)

En la terapia de juego “El principal objetivo de la risoterapia es enseñar a reír, es decir, que la persona aprenda a reír de verdad en aquellos momentos en que más lo necesita; esta risa debe nacer del interior, pero también ejercitarse día a día” (Mauricio, Rivera, Arriaga, & Sánchez, 2011, pág. 129) Además, se demostró que la terapia de la risa o risoterapia, en niños diagnosticados con cáncer, ayuda a disminuir y controlar su dolor. (Contreras y col., 2011).

Como parte de los tratamientos en personas con cáncer, la risoterapia, implementada en 1970, por el médico estadounidense Hunter “Patch” Adams, es considerada una terapia psicológica efectiva en las personas, disponiendo al individuo, física y emocionalmente, para la risa. (Carrasco, 2017). Adams, demostró que la risa incrementa la secreción de sustancias que actúan sobre el dolor y el estado de ánimo de la persona, fortalece el sistema inmunológico e incrementa la oxigenación de la sangre, tiene un efecto positivo en problemas cardíacos y las personas aceptan mejor los medicamentos.

Adams sostiene que "No hay mejor terapia que estar feliz. Todo lo demás que los médicos puedan hacer, son como máximo simples ayudas" (Heli y col., 2012). Se entiende con esto que lo más importante es lograr un estado mental positivo, Adams y William Fry, uno de los pioneros en el campo del humor como terapia, se apoyan en la hipótesis de que la risa es un mecanismo que actúa a través de múltiples sistemas, mejorando así el estado general de la persona. (Acevedo y col., 2010).

Siguiendo la idea del autor se llegó a la conclusión de que Adams quiso resaltar que la risa mejora el estado de ánimo de los pacientes, haciendo así que tengan mejor estilo de afrontamiento ante la enfermedad, que quieran por si mismos superar los obstáculos que

representan dicha enfermedad. Los pacientes querían ser ayudados y harían así su mayor esfuerzo para afrontar la enfermedad y seguir adelante con sus vidas, metas y sueños.

Otra investigación realizada en Perú, que se basó en los distintos niveles de afrontamiento que podrían incidir en el bienestar futuro los adolescentes con cáncer luego de dejar atrás la enfermedad. (Carrasco, 2017) Evidenció la existencia empírica que sustenta y da una visión acerca de los niveles de bienestar psicológico, así como de las dimensiones más afectadas que se presentan en pacientes oncológicos adolescentes. A partir de la revisión de diversas investigaciones, en Estados Unidos, Schwartz, Kazak y Mougianis (2009) encontraron bajos niveles de ansiedad y depresión en adolescentes diagnosticados con cáncer, así como niveles normales de bienestar psicológico.

Acorde con estos datos, en Nueva Zelanda, Yallop (2011), se encontró en una muestra de 396 adolescentes (13-18 años) sobrevivientes a un cáncer infantil, con un promedio de dos años post remisión, que la mayoría de los participantes presentaba un bienestar alto. Este grupo se situó dentro del rango normal en relación a signos de depresión y de ansiedad.

Asimismo, en España, se encontró que un grupo de 372 adolescentes sobrevivientes de cáncer presentaba una mayor percepción de bienestar psicológico, en comparación con el grupo control sin historia previa de cáncer (Castellano, Blasco, Oller, Pérez Campdepadrós, Sánchez De Toledo, & Capdevilla, 2009).

Sin embargo, también existe evidencia que se contrapone a lo mencionado anteriormente; como exponen Cádiz, Urzúa y Campbell (2011), en el estudio que realizan sobre la calidad de

vida de una muestra de 41 niños y adolescentes chilenos sobrevivientes al cáncer, en donde el bienestar psicológico, considerado uno de los factores a evaluar, se sitúa como el más bajo en comparación a los otros factores tales como, el bienestar físico, relaciones padres y autonomía, apoyo social y pares, y ambiente escolar.

Por otro lado, Noel, D'Anello, Araujo y De Sousa (2012), encontraron un grupo de niños y adolescentes venezolanos con cáncer que presentaron bajos niveles de autoestima, lo que podría relacionarse a menores niveles de auto aceptación, además de reportar que las emociones predominantes fueron ansiedad, tensión emocional, depresión, sensación de amenaza y capacidad limitada de autocuidado, evidenciando un pobre dominio del entorno y propósitos de vida.

Es así que se observan dos tendencias claras en relación al bienestar psicológico presentado por este grupo de pacientes adolescentes sobrevivientes del cáncer. Por un lado, hay autores e investigaciones que reportan un bienestar psicológico alto en los adolescentes oncológicos; mientras que, por otro lado, hay investigadores que exponen que este grupo suele presentar un bienestar psicológico disminuido. Por tanto, en vista de los resultados no concluyentes, resulta relevante estudiar el papel de variables relacionadas, como el afrontamiento, que puedan estar interviniendo en el bienestar que presentan los adolescentes con un diagnóstico de cáncer.

2.2.1 Situación a nivel global

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2014, se encontró que en Latinoamérica y el Caribe se manifiesta el 65% de los casos de cáncer infantil, en relación con el mundo donde se diagnostican alrededor de 17,500 y se registran un número de muertos de 7,000 niños a causa de esta enfermedad. (Organización Panamericana de la salud, 2014). Esto indica que más del 50% de los casos de cáncer infantil se encuentran en esta región, lo que abre paso a las siguientes interrogantes: ¿Estos niños reciben la asistencia psicológica y médica adecuada?, ¿Cuántos de estos niños podrían estar padeciendo una sintomatología depresiva?

2.2.2 Situación en República Dominicana

Al hacer referencia sobre lo publicado en el diario El Nacional, el 15 de febrero del 2016; la República Dominicana, es uno de los países de América Latina que, a pesar de tener una alta incidencia de niños con cáncer, carece de un programa nacional donde se pueda establecer una estadística de personas con este tipo de enfermedad, tanto a nivel de niños como de adultos, manifestó la doctora Gómez. (Mora, 2016)

La doctora Gómez también indicó que actualmente el Hospital Robert Reid es la principal Unidad de Cáncer para niños donde cuentan con un promedio de 90 nuevos casos por año, teniendo actualmente 487 pacientes activos en tratamiento, cabe decir que esta cifra es solo de la unidad de cáncer para el niño del Hospital Robert Reid y no es una cifra que tome en cuenta los demás hospitales con capacidades oncológicas pediátricas. (Mora, 2016). Dato que fue confirmado en el artículo “Cáncer infantil: más grave de lo que parece” publicado por el Listín

Diario en abril del mismo año. Según la Oficina Nacional de Estadística (ONE), no hay registro del Departamento de Salud Pública que contabilice la cantidad de niños afectados. Solo se cuenta con los datos ofrecidos por las entidades que los acogen. (Queliz, 2016)

La misma especialista que labora en el Hospital Robert Reid indicó que el tratamiento para cualquier tipo de cáncer infantil es muy costoso y se ha estimado que un tratamiento de un solo paciente que no tenga complicaciones, en dos años cuesta alrededor de 167 mil dólares. (Mora, 2016). Considerando los gastos de un tratamiento oncológico, esto afecta no solo al paciente y su salud física y mental si no, que conlleva una preocupación constante para los padres de bajos recursos que no puedan sustentar dicho tratamiento. Esto es motivo de estrés y ansiedad para los cuidadores quienes se preocupan al no poder brindar el cuidado necesario al paciente pediátrico.

2.3 Depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM) describe que el rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 189). El mismo se refiere al ánimo depresivo como el sentimiento de ser intensamente triste, miserable y o carecer de esperanza (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 819). Además, que algunos pacientes describen la ausencia de sentimientos, dificultades para recuperarse de tales

estados de ánimo, pesimismo sobre el futuro, vergüenza, culpa penetrante sentimientos de baja autoestima y pensamientos y o comportamientos suicidas.

Por su parte los autores Goncalves y Gonzales, definen la depresión clínica como un síndrome compuesto principalmente por síntomas afectivos; tristeza patológica, abatimiento, sentimiento de culpa, falta de autoestima, irritabilidad, sentimientos de incomodidad e impotencia frente a las demandas de la vida, alteraciones en el apetito y peso, menor capacidad de concentración y pensamientos suicidas. También puede incluir trastornos cognitivos o síntomas somáticos en mayor o menor grado. (Goncalves, Gonzales Rodriguez, & Castro, 2015)

Según Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental frecuente, que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Esta condición puede llegar a hacerse crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad de afrontar la vida diaria. (Instituto Nacional Del Cáncer, 2015)

2.3.1 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo debido a otra afección médica

En el caso de los pacientes oncológicos, los síntomas depresivos se manifiestan a causa de dicha enfermedad lo que lleva a la consulta del “Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales”, (DSM) sección II, en donde su apartado de los trastornos depresivos muestra cuales son los criterios a considerar para el diagnóstico de un trastorno depresivo debido a afección médica.

Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo debido a otra afección médica:

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

2.3.2 Manifestación de la depresión en niños

La manifestación de la depresión en el niño varía dependiendo de la edad, el género, antecedentes educacionales y culturales, a pesar de la variación de la forma de manifestación, en el niño la depresión se presenta como sentimientos de inutilidad, desesperanza e incapacidad y vienen acompañados por un cambio de actitud del niño que consiste en general consiste en el aislamiento social, estado de ánimo letárgico, dificultad de concentración. (Rey, Bella, & Liu, 2015)

En un niño escolar de seis a diez años, por lo general el síntoma clave es el bajo rendimiento académico, alternancia entre irritabilidad, agresividad y tristeza. Usa expresiones auto descalificadoras o proyecta su rabia hacia los demás: “nadie me quiere, todos me rechazan”. En los preadolescentes y adolescentes es más común encontrar síntomas relativos a alteraciones de la conducta, tales como fuga escolar desacato a normas, hurto, mentiras y en muchos casos, en consumo de sustancias psicoactivas. Pueden expresar abiertamente su deseo de no vivir, o incurrir en actividades riesgosas.

Debido a la forma en que se manifiesta la depresión en los niños, preadolescentes y adolescentes es necesario que el cuidador esté atento a los cambios de conducta o rendimiento que presenta el niño, puesto a que estos son señales de alerta, que podrían indicar la depresión. En el caso de los niños pequeños son estas señales las que ayudan en la identificación de los síntomas que padezca de depresión, esto debido a que no cuentan con la capacidad cognitiva de expresar con palabras lo que les sucede. (Portilla M., 2006, págs. 64, 65)

2.3.3 Consecuencias de los síntomas depresivos en pacientes oncológicos.

Los síntomas de la depresión traen consigo una serie de consecuencias que incluye desde problemas en el afrontamiento de la enfermedad hasta los efectos secundarios inherentes del tratamiento, de aquí radica la importancia de tratar la depresión en los aspectos oncológicos ya que una depresión sin tratar en esta enfermedad con lleva al sufrimiento del paciente y aumento de la probabilidad de mortalidad. (Madrigal, 2015)

A. Consecuencias académicas: la depresión puede traer sentimientos de inadecuación que se manifiestan en una pérdida de interés en actividades que realizan diario y a inferir características negativas en el “yo”, también altera drásticamente sus percepciones sobre efectos en el suceso de eventos de índole negativa que ocurran en su vida diaria (MSD Salud, 2019)

B. Consecuencias Sociales y familiares: la depresión genera un gran impacto en lo que es la familia y las relaciones interpersonales, como consecuencias puede generar un retraimiento entre el paciente y su ambiente lo que trae consigo menos relaciones afectivas y dificultades a la hora de entablar o mantener relaciones interpersonales (MSD Salud, 2019)

2.4 El cáncer

El cáncer es una enfermedad que puede empezar por cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado de trillones de células. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar las nuevas, a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y las nuevas las remplazan. (Instituto Nacional Del Cáncer, 2015)

“El mismo es una de las enfermedades más comunes en esta época. Todos conocen, tienen un familiar o han visto a un amigo con dicha enfermedad, debido a esto el cáncer no es un tema poco tratado en lo que es buscar formas de cómo lidiar con él.” (Instituto Nacional Del Cáncer, 2015)

Debido a la aparición de esta enfermedad se generan una serie de cambios en la vida de los niños. Los cambios abruptos en la vida social, académica y familiar de estos llevan consigo

una carga emocional. Esto se hace notar en la falta de interés por el juego, lo que para los niños es algo espontáneo y común. Además de que para ellos es una oportunidad de socializar, mejorar su mundo interno, crear una imagen positiva del sí mismo y desarrollar habilidades.

Es por esto que los pacientes pediátricos necesitan de la terapia del juego para sobrellevar su situación, porque, además de que la depresión es una condición que a un paciente pediátrico se le puede desarrollar complicaciones físicas debido al mismo tratamiento que reciben (Madrigal, 2015) y también desarrollan inseguridades, miedo y un gran sentimiento de vulnerabilidad debido a lo traumático que un niño puede considerar el ser internado en un ambiente como un hospital oncológico. (Paixão, Damasceno, & Silva, 2016)

Los tumores cancerosos son malignos, lo que significa que se pueden extender a los tejidos cercanos o los pueden invadir. Además, al crecer estos tumores, algunas células cancerígenas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o del sistema linfático y formar nuevos tumores lejos del tumor original. (Porta, Retes, & Ramirez, 2016)

El cáncer es una de las patologías en las que se necesita más esfuerzo por parte del equipo hospitalario, debido a que no solo necesitan asistencia farmacológica sino también de una comunicación genuina, empática y un soporte psicológico. Es por esto que se está viendo en la actualidad que el tratamiento contra el cáncer incluye tanto como cuidados médicos como la atención a determinadas áreas de impacto psicológico.

En un estudio realizado por la “Gaceta Mexicana de Oncología” (Marti-Auge, Mercadal-Brotons, & Sole-Resano, 2015) muestra como la música terapia puede aliviar el estrés o estrés negativo generado por el cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Lo que lleva a la conclusión que las enfermedades oncológicas aportan cambios a nivel social-relacional, en estos cambios el paciente tiende a aislarse, disminuyendo la comunicación. Al aplicar la música al contexto oncológico facilita la comunicación del paciente hacia el músico terapeuta, con otros miembros del grupo y favorece la comunicación entre el paciente y su familia.

2.4.1 Origen del cáncer

Para entender la problemática es importante conocer los factores que producen el cáncer. Esto se agrupa en dos grupos: la genética y el ambiente. Como las células tumorales provienen de una sola célula, esta anomalía se transmite con dos posibilidades de herencia por un cambio genético o epigenético. Las células de un organismo son estructural y funcionalmente heterogéneas por la expresión diferencial de los genes. Alteraciones de esta clase son heredables a corto plazo, pero no involucran mutaciones, donde participan dos mecanismos básicos: la metilación del ADN y las modificaciones de las histonas. Los genes del cáncer se agrupan en tres clases: oncogenes, supresores tumorales y de reparación del ADN. (Miguel-Soca, Herrera, & Márquez, 2007, pág. 4)

La mayoría de los cánceres son de origen esporádico, pero entre el 5 y el 10% de los mismos tienen un claro componente hereditario. Los cánceres hereditarios implican generalmente la predisposición al desarrollo de tumores concretos. La susceptibilidad se manifiesta en distintos individuos de un grupo familiar a través de las generaciones, con un

patrón compatible con una segregación mendeliana. (American Society of Clinical Oncology, 2016)

“El cáncer hereditario suele aparecer a una edad más temprana que el esporádico, y el riesgo de desarrollarlo está relacionado con el grado de parentesco. En los individuos con predisposición es frecuente la presencia de tumores de localización multifocal, el desarrollo bilateral de la enfermedad y la asociación de múltiples neoplasias. Las neoplasias que afectan a los miembros de la familia suelen ser de un tipo concreto, pero también pueden encontrarse otros tumores o incluso una agrupación de distintas neoplasias en una misma familia. Por otra parte, la incidencia elevada de casos de cáncer en una familia no implica necesariamente una base genética, sino que pueden existir factores ambientales que afecten a dicha familia en concreto.” (García-Foncillas & Bandres, 2001, pág. 40)

Los mismos autores señalan que, la existencia de un cáncer hereditario se demuestra objetivamente identificando la mutación en la línea germinal en un gen concreto. Los estudios dirigidos a caracterizar los genes implicados en los síndromes de cáncer familiar, han proporcionado numerosas pruebas que apuntan a la inactivación de los genes supresores tumorales, siendo raras las alteraciones que activen oncogenes en la línea germinal. (García-Foncillas & Bandres, 2001)

En la psicología se utiliza una herramienta conocida como el genograma creada por Bowen, que es una forma gráfica de explicar la familia. En esta herramienta se utilizan símbolos que ayudan a la identificación de todo tipo de enfermedad e incluso el cáncer, que ha estado

presente en la familia. Si bien esto no es un estudio genético, podría ayudar al terapeuta a identificar el posible origen hereditario de la enfermedad oncológica de su paciente.

Acorde a una investigación realizada en Pinar del Río, Cuba el desarrollo del cáncer infantil tiene factores ambientales, en dicho estudio se pudo demostrar que la exposición ambiental de agentes nocivos durante el primer año postnatal son un fuerte factor de riesgo para el desarrollo de leucemia aguda. (Téllez T. & Díaz, 2017, págs. 480-487)

2.4.2 Tipos más comunes de cáncer en pacientes pediátricos

Los tipos de cáncer más comunes diagnosticados en pacientes pediátricos se pueden dividir en dos grandes grupos: las enfermedades hematológicas (leucemia y linfomas) y los tumores sólidos. (AECC, 2019) A continuación, se describe cada tipo.

- Leucemia: “Es un cáncer de la sangre que se origina en la médula ósea, tejido que se encuentra en el interior de los huesos y que produce las células sanguíneas (glóbulos rojos, blancos y plaquetas). Se produce por la proliferación incontrolada de unas células que se denominan “blastos” (glóbulos blancos inmaduros) que se generan en la médula ósea, desplazando el resto de células sanguíneas, por lo que el niño presenta síntomas de anemia (cansancio, palidez...) y hemorragias (hematomas) e infecciones, entre otros. Se trata del cáncer infantil más frecuente y existen varios. Las más habituales en niños son las leucemias linfoblásticas agudas.” (AECC, 2019)
- Linfomas: “Son cánceres que se desarrollan a partir del sistema linfático, el cual forma parte del sistema inmunológico. Este sistema linfático se encuentra en una serie de órganos como

son el bazo, el timo, los ganglios, la médula ósea; y otros órganos que contienen tejido linfoide como las amígdalas, la piel, el intestino delgado y el estómago. Un linfoma puede desarrollarse en cualquiera de estos órganos. Los linfomas pueden dividirse en Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin.” (AECC, 2019)

- Tumores del sistema nervioso central: Los tumores cerebrales se clasifican y denominan por el tipo de tejido en el cual se desarrollan. Constituyen el segundo tumor más frecuente en los niños. Pueden aparecer en cualquier edad en la infancia y en la adolescencia, aunque son más frecuentes entre los 5 y los 10 años de vida. Pueden producir convulsiones, cefaleas, vómitos, irritabilidad, alteraciones de la conducta, somnolencia, etc. (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015, pág. 10)

2.4.3 Tratamientos para el cáncer

Los tratamientos más empleados en el cáncer infantil son la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y en ocasiones el trasplante de medula ósea. Dependiendo de qué tipo de cáncer tenga el niño se utilizará una forma u otra, aunque en la mayoría de los casos el tratamiento combina varias modalidades. (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015) A continuación, se describe cada uno de los tratamientos.

- Cirugía: “Para los tumores sólidos, la cirugía suele ser la primera opción de tratamiento. Esto consiste en la extirpación del tumor. En algunas ocasiones se emplea primero quimioterapia para disminuir el tamaño del tumor y para también facilitar la extirpación del tumor” (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015, pág. 17)

- **Quimioterapia:** “Consiste en la utilización de fármacos o medicamentos que destruyen las células tumorales e impiden que se reproduzcan. A estos medicamentos se les denominan antineoplásicos o quimioterápicos y pueden administrarse de forma oral, de forma intravenosa (inyectada a través de una vena) o intratecal (inyectada en el espacio que rodea a la médula espinal).” (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015, pág. 20)
- **Radioterapia:** “Consiste en la utilización de radiaciones ionizantes capaces de eliminar las células malignas y detener su crecimiento y división en la zona en la que es aplicada. Se emplea como terapia local (en la zona donde está el tumor) o como terapia locorregional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor)” (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015, pág. 21)
- **Trasplante de médula ósea:** “Consiste en la sustitución de las células de la médula ósea enfermas o destruidas por el tratamiento de quimioterapia por otras sanas extraídas del propio paciente o de un donante compatible” (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015, pág. 22)

2.4.4 Efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer

Los tratamientos contra el cáncer pueden traer muchos efectos secundarios cuando el tratamiento daña las células sanas. Los efectos secundarios provenientes de esto pueden variar dependiendo de los tipos de medicamentos que este consumiendo y el tipo de tratamiento que esté llevando. (AECC, 2016). Posteriormente se explican dichos efectos.

- **Efectos secundarios de la cirugía:** La recuperación del paciente en el postoperatorio dependerá del estado general previo a la cirugía, de la extensión y del tipo de técnica que se

haya realizado. Algunos efectos secundarios de este tipo de intervención son: dolor, infección, hemorragia, trombosis venosa profunda. (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015)

- **Efectos secundarios de la quimioterapia:** Los efectos secundarios más comunes en este tipo de intervención son: falta de apetito, inflamación en la boca, alteración del gusto de los alimentos, náuseas, vómitos y alteraciones de la mucosa bucal. (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015)
- **Efectos secundarios de la radioterapia:** La radioterapia, al mismo tiempo que elimina células enfermas y como consecuencia de esto pueden aparecer los siguientes efectos secundarios: cansancio, reacciones en la piel, caída del pelo, dificultad para tragar, dificultad respiratoria. (Yélamos, Garcíá, Fernández, & Pascual, 2015)

2.5 Terapia de juego

“La terapia del juego consiste en un abordaje estructurado basado en la teoría, que se construye sobre los procesos comunicativos y de aprendizaje del niño. Esta terapia posee factores sanadores que llevan al paciente a una experiencia transformadora entre estos factores se encuentran: Enseñanza directa, inoculación al estrés, afecto positivo, sublimación, empatía, rapport, catarsis.” (Universidad internacional de Valencia, 2018)

El proceso terapéutico de la terapia de juego tiene como objetivo la resolución de los conflictos sin resolver que el individuo posea y que vuelva a utilizar las fuerzas positivas que

lo han ayudado a sobrevivir (Formoso, 2016). Independientemente del enfoque que se utilice para la intervención, el objetivo siempre radica en la resolución de los conflictos.

El proceso terapéutico en los niños se da en varias etapas (P. Valbuena, 2017):

1) Juego sensorio- motor: Esta es una etapa del proceso muy importante antes de avanzar a otros temas con los niños

2) Trabajo con las funciones de auto ayuda: En esta parte del proceso es importante trabajar la autoestima del niño, sus habilidades, capacidades, recursos, gustos y las resiliencias que están aún presentes.

3) Trabajo con la energía agresiva: se juega sin contenido, no se explora ningún tema. Es sencillamente que el niño entre en contacto con esta energía y la utilice adecuadamente. Se hace en total control por parte del terapeuta y ayudando al niño a ejercer este control sobre la misma.

4) Trabajar con la expresión emocional: aquí una vez restaurada la energía agresiva saldrán a la superficie y con esto saldrán los temas del niño. Las tensiones presentes en la vida del niño generan conflicto emocional. En muchas ocasiones antes de entrar en esta etapa el niño tiende a parecer que está regresando a momentos aparentemente ya superados, esto sucede porque el niño necesita regresar para tomar más fuerza para entrar a una etapa de mayor seguridad, cuando se sienta listo avanzara y completara el trabajo.

5) Trabajo de auto-nutrición: ya habiendo trabajado las emociones del niño, entramos en una fase donde el niño tiene que confrontar todos esos mensajes y creencias que él tiene acerca de él mismo ya sea porque se las han dicho o porque él las ha elaborado. Estas ideas se confrontan para generar nuevos significados y también se hace que exprese sentimientos negativos no para que los reprima si no para que los acepte y los integre.

En otras palabras, lo que querían explicar los autores era que la terapia de juego les permite a los niños proyectarse de una forma tan clara debido a todas las libertades que le puede traer esta terapia y por el hecho de que el juego es algo que está en la naturaleza de ellos y redirige su energía instintiva en ciertas emociones y por medio de la internalización o externalización, demuestran que hubo un entendimiento o una posible resolución de lo tratado en la terapia.

En este proceso las etapas terapéuticas son metas a superar para garantizar una reutilización de las energías positivas en el niño. Estas etapas son: juego sensorio-motor, trabajo de las funciones de auto-ayuda, trabajo con la energía agresiva, trabajo con la expresión emocional y el trabajo de la auto nutrición. (P. Valbuena, 2017)

2.5.1 Origen de la terapia de juego

La terapia de juego es una disciplina surgida después de la Segunda Guerra Mundial, desde entonces, muchos han sido los especialistas encargados de aplicarla en diferentes contextos y empleando diversas técnicas y aproximaciones teóricas, pues constituye una

alternativa de tratamiento para los niños que permite a estos últimos a expresarse sin límites (West, 2000, pág. 6).

Los primeros avances de la terapia lúdica inician a finales del siglo XX, con los descubrimientos de Sigmund Freud, muy conocido como el padre del psicoanálisis. Freud la descubre cuando quiere tratar a Hans, un niño quien presentaba fobia a los caballos. Sin embargo, al darse cuenta que los niños operan de una manera diferente a la de los adultos, Hermine Von Hug-Hellmuth, se apropia de la teoría de Freud y es ella la primera mujer que trabaja con niños a través del juego.

Anna Freud y Melanie Klein siguieron los pasos de Hermine, aunque modificando la teoría ya establecida. Posteriormente Jung, Adler y Perls, adoptan la terapia del juego creando sus propios modelos, ya que estos diferían del psicoanálisis de Freud. Hoy en día, la terapia de juego más reconocida y más utilizada que se basa en la terapia centrada en el cliente de Rogers, es la de Virginia Axline (PsiOrg, 2019)

2.5.2 Implicaciones teóricas de la terapia de juego

El juego representa diversión para los niños, actividades como correr, que hace que ellos sientan alegría y euforia o juegos de mesa, o incluso, danza que hace que se relajen, liberando así el estrés proporcionándoles satisfacción y por ende bienestar. Para trabajar con la terapia de juego en el trauma, el terapeuta tiene que tomar en cuenta las dos formas en la que aparece el trauma en el juego en dos formas (Marti-Auge, Mercadal-Brotons, & Sole-Resano, 2015):

- La primera es externalizando lo que siente el niño asociado al trauma como ira. A esto se le conoce como “actuar hacia afuera” (Formoso, 2016, pág. 5). Estas conductas le dan sentimientos de victoria y poder, pero sin resolución alguna debido a que no hay algún proceso de recuperación. El niño aquí actúa como si el suceso traumático continuara. Esto sucede porque el cerebro emocional y el racional se enfocan continuamente en buscar la amenaza real o imaginaria.

El cerebro emocional redirige la energía instintiva en ciertas emociones (ira, furia y vergüenza) hacia miedo y confusión. El cerebro racional funciona con racionalizaciones, ideas de venganza, justicia y rol de víctima. Aquí se genera una búsqueda de la amenaza sin resolución alguna (Formoso, 2016).

- La segunda forma consiste en internalizar lo ocurrido, aquí el individuo se vuelve su propia víctima, reprimiendo los sentimientos asociados al trauma y descargando el trauma, el miedo y la vergüenza hacia adentro. “Esta forma es la menos visible debido a que además de que la víctima está reprimiendo e internalizando todo sentimiento ella puede negar las consecuencias hacia su persona, esto ocasiona que no haya conciencia del trauma que se está padeciendo y por ende no hay responsabilización. Estas conductas se conocen como “actuar hacia adentro” (Formoso, 2016, pág. 5).

“Esta es una conducta observable en la que los niños que se cierran ante un evento que para ellos representa un trauma y adultos que no quieren sobrecargar a sus seres queridos e internalizan los sentimientos que puede generar el hecho de padecer de cáncer, que en la mayoría de los casos termina en la moralización de los pacientes”. (Formoso, 2016)

2.5.3 Beneficios de la terapia de juego

La terapia de juego ha podido demostrar un gran beneficio en los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer ya que, como medio de abordaje, presenta una gran mejoría en el estado de ánimo de los niños. El cáncer es una enfermedad que afecta en varios ámbitos del niño, tanto emocionales como sociales, ocasionando los síntomas depresivos que se han mencionado previamente, al centrarse en el niño, se busca que con la terapia de juego se le brinde un ambiente seguro. Esta terapia posee ocho principios: (Axline, 2003, pág. 81)

1. Desarrollar una relación amigable.
2. Aceptación incondicional hacia el niño.
3. Crear un espacio seguro que permita al niño su total expresión sin ser juzgado.
4. Reconocer las emociones del niño para que así este empiece a desarrollar el “insight” en relación a sus conductas.
5. Honrar y reconocer la capacidad propia del niño para resolver sus problemas.
6. Permitir que el niño dirija la terapia, esto quiere decir que el niño sea el protagonista.
7. Enfatizar el entendimiento de la terapia.
8. Establecer los límites necesarios y hacer al niño responsable del proceso terapéutico.

Al analizar estos 8 principios, se llega a la conclusión de que la terapia de juego busca darle prioridad al niño. Se busca validar los pensamientos, sentimientos y el desarrollo de

habilidades del niño a través de la expresión y el juego, en un medio donde se sienta seguro y además se divierta. Al dirigir la terapia, el niño se siente más cómodo facilitando así el vínculo terapéutico y por lo tanto fortaleciendo su mundo interno.

Siguiendo esa misma línea el autor Joseph Rey sostiene que los poderes terapéuticos el juego pueden clasificarse en ocho grandes categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización. Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta interacciones y la comunicación social positiva. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata. No existen errores demasiado grandes que no puedan resolverse ni desafíos muy difíciles que no puedan enfrentarse mediante el juegos. (Rey, Bella, & Liu, 2015, pág. 4)

Otro beneficio que brinda la terapia de juego es que es una modalidad que puede ser verdaderamente flexible en su ubicación. El espacio puede ser un consultorio o una clínica para pacientes ambulatorios, una escuela, el hogar, la escena de un desastre una cama de hospital o el patio de recreo. La terapia de juego puede tener lugar en un cuarto perfectamente abastecido de juguetes o con materiales sacados de una maleta; solo está limitada por el grado de flexibilidad y creatividad del terapeuta (Rey, Bella, & Liu, 2015)

2.5.4 Modelos de la terapia de juego

En la psicología existen distintas escuelas y /o enfoques, es decir que consta de distintas perspectivas teóricas, cada uno con sus propias implicaciones. En la terapia de juego este hecho no es diferente, puesto a que cada escuela de psicología tiene su propio enfoque o modelo en cuanto a la intervención con el juego, el procedimiento a seguir varía según el modelo y enfoque de la escuela (Blundon Nash & Schaefer, 2012). A continuación, se explica la implicación de cada modelo y se menciona el tipo de terapia de juego bajo el enfoque:

2.5.4.1 Modelos psicodinámicos

“Dentro del modelo psicoanalítico tradicional se consideraba que el papel principal del analista infantil era llevar a la consciencia los conflictos inconscientes, fortaleciendo así el control del yo sobre la vida del niño” (Blundon Nash & Schaefer, 2012, págs. 44-45). “La terapia psicoanalítica moderna, y en particular la terapia con niños, hace énfasis en la creación conjunta de significado, colaborativa e individualizada, por medio de una relación creativa entre paciente y terapeuta. Reconoce que no existe una interpretación “correcta” del juego o de cualquier otra conducta. Resalta más bien la construcción conjunta de significado dentro de la diada terapéutica” (Blundon Nash & Schaefer, 2012, pág. 55).

Entre los modelos psicodinámicos se encuentran: la terapia de juego alderiana y terapia de juego de liberación que son descritas más adelante.

2.5.4.2 Modelos humanistas

“El modelo de la terapia fue desarrollado originalmente por Carl Rogers 1951, como terapia centrada en el cliente y adaptado por Virginia Axline 1947, una estudiante y colega de Rogers, como modelo de terapia de juego centrada en el niño. El enfoque de la terapia de juego centrada en el niño, al igual que la terapia centrada en el cliente, se basa en un proceso de ser con los niños en contraposición a un procedimiento de aplicación” (Blundon Nash & Schaefer, 2012, pág. 129).

“El enfoque centrado en el niño adopta la creencia de que los niños pueden crecer y curarse cuando se les proporciona un clima propicio para el crecimiento, libre de agendas y restricciones. En el trabajo centrado en el cliente se reconoce que todas las personas tienen una tendencia formativa, lo que significa que el ambiente apropiado da lugar al desarrollo de la capacidad personal y de relación” (Blundon Nash & Schaefer, 2012, pág. 130). Entre los modelos humanistas: terapia de juego Gestalt, terapia de juego centrada en el niño, terapia filial, las cuales se describirán más adelante

2.5.4.3 Modelos sistémicos

Este es la unión de dos teorías importantes de la psicoterapia, integra los modelos sistémicos y la terapia de juego. Este modelo parte de la teoría general de sistemas.

De acuerdo a esta teoría, se define el concepto de sistemas como el conjunto de elementos relacionados entre sí y que están en constante interacción, de una manera específica, formando una unidad o totalidad. Su interés es considerar la interrelación y

dependencia mutua de las partes de un todo u objeto que tenga como propósito un conjunto de metas determinadas. (Montenegro A., 1997) Por ende entre modelos sistémicos se encuentran: terapia de juego familiar, la terapia de juego cognitivo conductual y terapia de juego integrativa que son descritos más adelante. (Blundon Nash & Schaefer, 2012)

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLOGICO

3.1 Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es el no experimental transversal debido a que se está tratando con lo que es el uso de la terapia de juego para disminuir la depresión en los pacientes oncológicos pediátricos este diseño de investigación es utilizado normalmente para registrar y observar datos en un mismo tiempo.

3.2 Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cualitativa debido a que no se trataron variables numéricas y es de un carácter más teórico que práctico, está basado en la recolección de datos e informaciones sobre el cáncer, la sintomatología depresiva y la terapia de juego para la propuesta de intervención clínica, en vez de realizar pruebas sistemáticas para llegar a un resultado. Se utilizó la herramienta de la entrevista clínica para la realización de los objetivos planteados.

3.3 Unidad de análisis

La población seleccionada para este estudio es el equipo multidisciplinario que está en contacto directo con los pacientes oncológicos pediátricos procedentes del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter debido a que cumplen con los requerimientos necesarios para realizar la

propuesta de intervención planteada. Dicho equipo consta de médicos pediatras, residentes de pediatría, fellow hematólogo pediátrico y un psicooncólogo.

3.4 Método de investigación

El método de investigación escogido es el analítico debido a que, en este estudio para realizar la propuesta de intervención se tiene que analizar cada parte de los elementos relacionados a la propuesta.

3.5 Fuentes primarias y secundarias

Los datos considerados como fuentes primarias son las entrevistas realizadas al equipo multidisciplinario del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter en el área de pediatría, que consta de el psicooncólogo, médico pediatra, fellow hematólogo pediátrico y residente de pediatría 2do año y fellow hematóloga en oncología pediátrica. En las fuentes secundarias se cuenta con la información de bases de datos, libros, documentaciones.

3.6 Descripción de los instrumentos de recolección de datos.

La batería de preguntas utilizadas para el equipo médico cumple con un orden estratégico que permite la identificación de variables relacionadas a los protocolos de acompañamiento psicológico, tratamiento médico y conocimiento sobre el trabajo que realiza el psicooncólogo con el paciente oncológico pediátrico.

La batería de preguntas realizadas al psicooncólogo ayudan a determinar características generales de los pacientes oncológicos pediátricos, la identificación de síntomas depresivos en dichos pacientes, al igual que el uso de materiales lúdicos.

3.7 Plan de acción

Nuestro objeto de estudio es creación de una propuesta de intervención para la mejora de los síntomas depresivos utilizando la terapia de juego en pacientes oncológico pediátrico utilizando como medio una ficha de actividades lúdicas para el abordaje terapéutico del niño.

Objetivo específico	Técnica	Población	Responsable	Recursos
1) Describir cual es el proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría	Entrevista	Médico pediatra, fellow hematólogo pediátrico y residente de pediatría segundo año y fellow hematóloga en oncología pediátrica.	Lilibeth María da Silva Pereira y Scarlette Pérez Medrano	Guía de preguntas
2) Identificar cuáles son las características generales predominantes en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva que deben considerarse para el establecimiento de un modelo de intervención	Entrevista	Psicooncólogo	Lilibeth Maria da Silva Pereira y Scarlette Pérez Medrano	Guía de preguntas

3) Identificar cuales teorías se pueden utilizar como base para el establecimiento de la propuesta de intervención	Revisión documental		Lilibeth Maria da Silva Pereira y Scarlett Pérez Medrano	Ficha bibliográfica
--	---------------------	--	--	---------------------

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría

Para la completar la propuesta intervención se procede a describir el proceso de acompañamiento psicológico que hace el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter con pacientes oncológicos de pediatría. Mediante el uso de entrevistas aplicadas previamente al equipo multidisciplinario donde se identificó lo que se explica a continuación.

El equipo médico entrevistado coincidió en que desconocen la existencia de un protocolo estandarizado, en cuanto al acompañamiento psicológico de los pacientes debido a que esto sucede de forma simultánea al acompañamiento médico, dato que fue confirmado más tarde por el psicooncólogo. El mismo sostuvo que debido al acompañamiento psicológico que se le da desde el momento en que son diagnosticados con una enfermedad oncológica, permite una mejor estrategia de afrontamiento y aceptación ante la problemática.

El equipo médico establece a partir del tipo de diagnóstico oncológico un tratamiento fisiológico adecuado al paciente y su enfermedad. Además de que los mismos refieren al paciente al psicooncólogo para el abordaje psicológico.

Es decir, se trabaja en conjunto para brindar un mejor abordaje. Además, de que los pacientes se refieren a psiquiatría cuando es necesaria la intervención del psiquiatra, según el

psicooncólogo, por ejemplo, cuando el paciente está muy nervioso o cuando el paciente somatiza.

Según el grupo médico de entrevistados, el psicooncólogo visita a los pacientes admitidos en la institución, una o dos veces por semana, aunque si es necesario esto varía. También se resaltó el hecho de que cuando el paciente es ambulatorio, se procede a brindar consultas ambulatorias. Esto indica que el paciente acude al instituto con una cita de seguimiento. En contraste, los pacientes que son ingresados, también reciben asistencia psicológica, en este caso es el profesional quien acude al departamento donde se encuentre el paciente.

Según el mismo equipo entrevistado, esta institución considera que un paciente se considera pediátrico desde su nacimiento hasta los **catorce años, a partir de esta edad son considerados adolescentes hasta los diez y ocho aunque estén bajo el área de pediatría**. El proceso de admisión comienza desde que los pacientes acuden a consulta y están en la fase inicial que consta de la evaluación médica.

El equipo multidisciplinario consta de varias personas, considerando toda el área de pediatría va desde el personal de limpieza hasta enfermeros, médicos, residentes, psicooncólogo y psiquiatras.

4.2 Características generales en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva a considerar para escoger un subtipo de terapia de juego

Según los datos recogidos durante la entrevista realizada, las características generales en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva son: la apatía, la falta de deseo para hablar, falta de apetito, en muchas ocasiones somatizan dolor, el miedo a la muerte, irritabilidad, sobre todo en los adolescentes que ya tienen un mejor concepto de la vida, en el caso de niños pequeños, el apego e incluso el que tanto quiere el paciente saber de su enfermedad.

Manifestó además que en los niños los síntomas depresivos se manifiestan de forma distinta en comparación con los adultos, sostiene que estos pueden encontrarse irritables, agresivos y generalmente se aíslan, dejando de lado las actividades que antes les generaba placer. Aunque destacó que la red de apoyo tiene un papel primordial en esto “esta enfermedad incluso logra unir más a la familia o terminar de separarlos”.

El psicooncólogo expresó que, generalmente es la madre quien compone la red de apoyo del paciente pediátrico, debido a los casos de disfuncionalidad familiar, cuando no se presenta esta problemática, la red de apoyo suele estar compuesta por el padre, madre y hermanos e otros miembros familiares. Destacó el hecho de que al instituto acuden pacientes de todas las clases sociales “el cáncer no conoce dinero”.

El psicooncólogo solicita, en el caso de un padre ausente la presencia del mismo, para informarle de la situación actual del paciente oncológico pediátrico. Además, agrega que es decisión del mismo si desea involucrarse en este proceso o no. Refiere que en el caso de una

madre ausente se procede de igual forma. En su experiencia este procedimiento incluso ha llegado a fortalecer las relaciones familiares.

Un aspecto de importancia que describe el psicooncólogo es que generalmente la primera reacción ante el diagnóstico por parte de los padres del paciente pediátrico es la negación, que proviene de la ira, seguidos de sentimientos de culpa. El mismo refiere que lo importante en este caso es mantener lo más estable posible al adulto para un mejor afrontamiento y de esta forma pueda cuidar mejor del paciente pediátrico.

4.3 Identificación de teorías a utilizar como base para la propuesta de intervención

En el siguiente apartado se procede a la identificación del tipo de terapia de juego más adecuada a las necesidades y etapa de desarrollo del paciente oncológico pediátrico. Considerando la anterior descripción de las implicaciones teóricas de cada enfoque, aquí se encuentra el procedimiento a seguir según el enfoque teórico. En el mismo se enfatizó en el modelo psicoanalítico, el modelo humanista y el modelo sistémico.

A continuación, se procede a describir los enfoques bajo los modelos psicodinámicos antes mencionados, describiendo las implicaciones de dichos enfoques.

4.3.1 Enfoque Adleriano

Es un enfoque activo y directivo en el cual el terapeuta cree que el niño tiene un papel dentro de la sociedad, son únicos y creativos, pueden realizar sus decisiones propias, tiene una necesidad de pertenencia y pueden sentirse desmotivados, sin embargo, no tienen un trastorno mental. (Johnson, 2017, págs. 72, 73)

Los constructos teóricos importantes de la terapia de juego adleriana se basan en la afirmación de Adler de que los individuos son seres integrados socialmente, orientados a metas, subjetivos y creativos. Esos cuatro principios son la base de la teoría y la práctica de la psicología individual (Kottman, 2012, págs. 85-86) .

La terapia de juego adleriana combina los constructos teóricos y algunas de las estrategias de intervención terapéutica de la Psicología Individual de Alfred Adler con las premisas básicas de la terapia de juego. En la terapia de juego adleriana, el terapeuta hace lo siguiente (Kottman, 2012):

1. Establece una relación igualitaria con el niño, los padres, los maestros y otras personas importantes en la vida del niño.
2. Explora los pensamientos, sentimientos, conductas, relaciones y actitudes del niño.
3. Explora las percepciones que tiene el niño del sí mismo, de otros y del mundo.
4. Explora los pensamientos, sentimientos, conductas, relaciones y actitudes de los padres y de otras personas importantes en la vida del niño.
5. Desarrolla una conceptualización acerca de la dinámica intrapersonal e interpersonal del niño y sus padres, otros miembros de la familia o sus maestros.

6. Genera un plan de tratamiento para el niño y de ser necesario, para los padres y maestros.
7. Trabaja para ayudar al niño a obtener insight de su dinámica intrapersonal e interpersonal, y a tomar nuevas decisiones acerca del sí mismo, del mundo y de los demás.
8. Ayuda al niño a aprender y practicar nuevas habilidades interpersonales.
9. Brinda consulta a padres y maestros con el propósito de ayudarlos a cultivar perspectivas positivas sobre el niño y a practicar formas más constructivas de relacionarse con él.

Esta terapia posee cuatro fases:

1. El establecimiento de equidad entre terapeuta/paciente: En esta fase, el terapeuta de juego usa el seguimiento, replantea el contenido, refleja los sentimientos, regresa al niño la responsabilidad, lo alienta, establece límites y limpia el cuarto junto con el niño para establecer con él una relación de colaboración (Kottman, 2012, pág. 91).
2. Investigación sobre el estado del paciente: El terapeuta de juego integra la información recogida a través de diferentes técnicas tales como, dibujos, la realización de preguntas, observación del modo de expresión preferida del niño que incluya, por ejemplo, la plastilina, pintura y o marionetas. O incluso en una técnica exclusivamente adleriana para conocer el mundo de un niño que consiste en pedirle que evoque los primeros recuerdos, esto podría ser a través del dibujo (Kottman, 2012, pág. 93).
3. Obtención del insight: Aquí se hace uso de técnicas (descritas más adelante) tal como, la metacomunicación, la entrega de metáforas, “escupir en la sopa” y dibujo para transmitir al

niño información esencial acerca de los estilos de vida, las creencias erróneas, las metas de la mala conducta, las C cruciales y los activos.

4. Reorientación/reeducación: Esta fase está diseñada para ayudar a los niños a aprender y practicar actitudes, percepciones, creencias, sentimientos y conductas más positivas. El terapeuta emplea diversas estrategias de enseñanza (como modelamiento, lluvia de ideas, juego de roles, metáforas terapéuticas) para ayudar al niño a crecer en direcciones positivas. Esta fase incluye muchas técnicas directivas diseñadas para ayudar al niño a aprender habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, habilidades de negociación y otras destrezas de las que carece en su repertorio conductual (Kottman, 2012, pág. 95).

4.3.1.1 Técnicas del enfoque adleriano

En la terapia de juego adleriana existe un método específico para poner límites que es exclusivo de este enfoque (Kottman, 2012, pág. 86). El terapeuta usa un procedimiento de cuatro pasos para poner límites. Que se describen a continuación.

- En el primer paso plantea el límite de manera clara y sin hacer juicios. La fórmula para establecer el límite consiste en decir “Va contra las reglas del cuarto de juego” (cualquier cosa que el terapeuta quiera limitar).
- A continuación, el terapeuta refleja los sentimientos del niño o hace una conjetura acerca del mensaje o el propósito que subyace a la conducta de poner a prueba los límites. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: “Puedo ver que quieres demostrarme que de verdad estás enojado conmigo ahora” o “Quieres demostrarme que no puedo decirte lo que debes hacer”.

- En el tercer paso, el terapeuta invita al niño a que lo ayude a generar alternativas aceptables. Esto implica un proceso de toma de decisiones en que el terapeuta y el niño determinan en colaboración qué es y qué no es aceptable en el cuarto del juego. El terapeuta empieza este proceso diciendo: “Apuesto que podemos encontrar algo que puedas hacer que no vaya en contra de las reglas del cuarto de juego”.

Por lo regular, esto va tan lejos como vaya el proceso de establecimiento de límites, porque cuando un niño participa activamente en reorientar su conducta, rara vez persisten las batallas por el poder o para poner a prueba los límites. Sin embargo, algunos niños pueden seguir rompiendo los límites. Cuando esto sucede, el terapeuta debe avanzar al cuarto paso.

- Establecer límites e involucrar al niño en el establecimiento de las consecuencias lógicas apropiadas. En la generación de las consecuencias lógicas, el terapeuta continúa la construcción de una relación igualitaria en que el niño contribuye a las reglas y los procesos del cuarto de juego.

Entre las técnicas de este enfoque se encuentran las descritas a continuación.

- Metacomunicación: implica que el terapeuta de juego haga interpretaciones acerca de a) los modelos en los patrones de interacción entre el terapeuta y el niño, b) la comunicación verbal de parte del niño, c) las reacciones del niño a las afirmaciones y preguntas del consejero, y d) el significado que subyace al juego y las verbalizaciones del niño. (Kottman, 2012, pág. 94)
- Escupir en la sopa: En esta técnica el terapeuta señala situaciones en que el niño actúa como si las creencias contraproducentes acerca del sí mismo, de los demás y del mundo fuesen

ciertas aun cuando no lo son. A menudo, la mejor manera de escupir en la sopa del niño en la terapia de juego consiste en usar el humor o las bromas para hacerle saber que sus percepciones y conducta quizá no sean de ayuda. Esto a través técnicas metafóricas para ayudarlos a obtener insight sobre sus estilos de vida (Kottman, 2012)

4.3.2 Enfoque de liberación

El enfoque de liberación utiliza el juego de los niños como medio de curación o cambio, pero los terapeutas no se enfocan en la interpretación como se hacía usualmente en el tratamiento psicoanalítico de esa época. Cada uno de los diferentes tipos de terapia de liberación utiliza el juego de los niños de formas un tanto diferentes, pero siempre siguen la dirección de los niños (Kaduson, 2011, p. 105).

La liberación simple da a los niños la posibilidad de liberar todas y cada una de las conductas destructivas, incluyendo las simples “travesuras”. La liberación situacional (como en la rivalidad entre hermanos) es más estructurada, ya que Levy podía preparar el juego por medio de la selección de los personajes y luego dejaba que el niño lo llevara adelante. En este caso, Levy facilitaba el juego y aumentaba el insight del niño a su manera. La liberación específica utilizaba varias formas de restablecimiento de la situación en que surgió la ansiedad y sus síntomas acompañantes (Kaduson, 2011)

La terapia de juego de liberación es muy similar a la terapia de liberación, aunque implica mayor participación del terapeuta en la preparación de las técnicas que deben utilizar los niños cuando son incapaces de jugar por sí solos. Algunos de esos niños se encuentran en

la etapa preoperacional del desarrollo, cuando el juego de simulación o imaginativo se encuentra en su punto más alto. (Kaduson, 2011)

Siguiendo la misma línea se describe los enfoques bajo los modelos humanistas antes mencionados, describiendo las implicaciones de dichos enfoques.

4.3.3 Enfoque gestáltico

Este modelo es orientado al funcionamiento saludable e integrado de todo el organismo, tiene sus bases en las teorías de Fritz y Perls. El terapeuta respeta la singularidad y el proceso individual de cada niño, brindándoles nuevas experiencias y actividades que lo ayudaran a fortalecer aquellos aspectos del self (del sí mismo) que han sido suprimidos, limitados o perdidos. (Johnson, 2017, pág. 67) Dentro del enfoque gestáltico se encuentra la terapia de juego centrado en el niño, esta, aunque provenga del enfoque gestáltico posee diferentes metodologías y usos de la terapia del juego lo cual hace que sea un enfoque diferente.

La terapia Gestalt emplea ejercicios sensoriales para fomentar la toma de consciencia, el darse cuenta permite al niño estar consciente de su cuerpo y de sus sensaciones, puede estar presente y tomar contacto con el aquí y el ahora. También utiliza trabajo corporal mediante relajación y visualización. (Esquivel, 2010, pág. 69)

En conclusión, se trata de que el niño a través de sus sentidos se dé cuenta o interprete bajo su concepto su propio mundo interno y que exprese esto a través del juego. Es la

aceptación del sí mismo, donde el terapeuta brinda un ambiente seguro libre de críticas, para que el niño a través de las actividades se exprese.

4.3.3.1 Técnicas y herramientas del enfoque Gestáltico

Bajo este enfoque se pueden utilizar distintas técnicas y herramientas que se describen a continuación:

- El juego con plastilina: Esta herramienta promueve el trabajo a través de los procesos internos más primarios. Ofrece experiencias táctiles y kinestésicas. Además de acercar a las personas con sus sentimientos. Para esta técnica se utiliza arcilla o barro, recipiente de plástico y agua.

Las instrucciones bajo esta técnica son: cierren los ojos mientras se hace este ejercicio. Perciban que, con los ojos cerrados, sus dedos y manos se tornan más sensibles a la arcilla y pueden sentirla mejor. Respiren profunda y tranquilamente.

“Sientan el trozo de arcilla como es, ahora háganse amigos de él. ¿es suave?, ¿áspero?, ¿duro?, ¿grumoso?, ¿frio?, ¿húmedo?, ¿seco?, agárrenlo y sujétenlo. ¿es liviano?, ¿pesado? Ahora bájenlo y lo pellizquenlo. Usen ambas manos. Pínchenlo lentamente... ahora más rápido... denle pellizcos grandes y pequeños... háganlo durante un rato.”

Se procede de esta forma pidiendo a los niños que procedan a hacer una pelota de arcilla y que la sientan con las palmas de sus manos, luego que arranquen un pedazo y hagan una culebra con un pedazo de arcilla, deberán envolverlo entre sus dedos y proceder a amasarlo hasta hacerlo una bolita con las palmas de sus manos. (Esquivel, 2010)

Ahora que ya los niños conocen bien la arcilla se procede a permitir que compartan su experiencia a través de estas preguntas: “¿Qué les gusto más?”, “¿Qué les disgusto hacer?”, a partir de las respuestas de los niños es posible hacer más preguntas. (Esquivel, 2010, pág. 70)

- Narraciones: El uso de cuentos implica inventar historias propias para contárselas a los niños, que ellos inventen cuentos o que lean historias de libros. Los cuentos permiten que los niños proyecten algunas situaciones de vida y a través de los finales ofrecerles diversas formas de solucionar sus problemas. Para esta técnica el material que se utiliza son cuentos, que pueden ser de distintos temas, dependiendo del tema que el terapeuta considere necesario intervenir. (Glover & Landreth, 2017, pág. 169)

El procedimiento a seguir en la narración es, leer o contar el cuento y posteriormente se comenta acerca de lo que piensan los niños. Esto puede variar desde lo que aprendieron hasta que hubiesen hecho diferente, incluso si el niño no expresa otra solución ante la problemática del cuento el terapeuta puede sugerir una. (Glover & Landreth, 2017)

- “Jugando a las casitas: Esta es una técnica muy útil, debido a que se puede hacer de forma grupal, permitiendo que el terapeuta pueda darse cuenta de cómo cada niño ha formado su propio espacio, si está cerrado o deja una entrada, que tan lejos o cerca del grupo prefiere hacer su espacio, ver como se refuerzan o disminuyen sus límites, sus barreras.” (Esquivel F., 2010).

“En relación al niño esta técnica le ayuda a tener consciencia de sus propios límites y de los ajenos, de sus deseos de invadir los espacios de otros, también le ayuda para tener la sensación de que no está solo, ya que cada persona posee un lugar dentro de sí, donde se

puede refugiarse por un momento para poder tener armonía y tranquilidad. Aquí los materiales que se utilizan son, un espacio grande y una caja llena de listones de diferentes colores, grosores y tamaños.” (Esquivel, 2010).

“El procedimiento a seguir en esta técnica es, llevar a los niños a sentarse en el suelo y cerrar los ojos. Se procede a pedirles que respiren de modo lento y tranquilo. Ahora imaginen un espacio dentro de sí mismos, un espacio donde caben todas sus cosas, un espacio donde sólo los presentes tengan acceso. Traten de sentir el tamaño de ese espacio, la forma, fíjense de qué color es: si no lo tiene, entonces asígnale un color. Este espacio es el sitio privado de cada uno. Es un espacio donde su dueño es el niño y donde se encuentra refugio cuando se quiera estar solo” (Esquivel, 2010).

Se procede a pedirles a los niños que abran los ojos, y vayan a la caja de los listones y escojan aquella que ustedes creen puede reflejar lo que han visto dentro de sí. Ahora cada uno de los niños va a irse con su cinta a un lugar del espacio seleccionado y traten de hacer en el suelo la forma que lo imagino y una vez completado esto se les pide que procedan a entrar en este espacio creado por ellos (Esquivel, 2010).

Se sigue estimulando la imaginación al niño diciéndoles que: traten por un momento de darse cuenta cómo se sienten dentro. Si la sienten muy grande o muy pequeña. Si se parece a lo que tenían pensado y empieza cada uno a decir lo que siente respecto a esta casita que se han construido (Esquivel, 2010).

Una vez terminada esta parte se prosigue a ver como son las casitas de los demás, “¿les gusta?” “¿no les gusta?” “¿Por qué?” Una vez terminado el paseo cada quien regresa a

su casita y se procede a cuestionarlos es que quiere invitar a alguien que venga a su casita y cómo lo va a hacer, o si no quiere que nadie venga y cómo va a hacer para que eso no suceda, y cómo va a hacer para que tal vez vengan unos y otros no. Por ejemplo, pueden llevar su casita a cuestas e ir preguntando si pueden entrar para visitar a alguien, ¡pero cuidado!, no pueden entrar con su casita, tienen que dejarla fuera y entonces pensar en que si la dejan alguien más la puede ocupar (Esquivel, 2010).

Esta actividad se puede socializar a través de las siguientes preguntas “¿qué les gustó más?” “¿qué les disgustó hacer?” Si, al terapeuta le surge otra interrogante podrá hacerla, aquí el rol del terapeuta es activo y directivo (Esquivel, 2010).

4.3.4 Enfoque centrado en el niño

Para el logro de sus objetivos la terapia centrada en el niño utiliza como técnica el juego libre, al igual que en el modelo psicoanalítico, pero se diferencian en que el terapeuta no interpreta la conducta de juego, únicamente refleja y acompaña, se mantiene a distancia, respeta las iniciativas y la directriz que el niño da a sus juegos y únicamente participa cuando el menor le pide que participe en sus juegos. Mientras el niño juega el terapeuta lo acompaña reflejándole el sentido y la expresión de las actividades de juego que el niño realiza. (Esquivel F. , 2010)

Como se puede notar, esta técnica es permisiva, el niño pone sus propios límites en cuanto a cómo jugar, sin interpretar su comportamiento. Permite que el niño se exprese,

comprenda y acepte su comportamiento. Esto le ayuda a descubrir y aceptar su yo interno, sin que el terapeuta haga juicios sobre el comportamiento del niño durante la sesión.

En este enfoque, el cuarto de juego debe ser provisto con materiales y juguetes atractivos para los niños de diferentes edades, los cuales deben estar a la vista para que los menores pueden manipularlos. Los juguetes y los materiales que el niño utilice en sus juegos constituyen el vehículo para comunicarse con el terapeuta. Los juguetes deben cubrir con las siguientes características (Esquivel, 2010, pág. 68): facilitar un amplio rango de expresión creativa y emocional, despertar el interés en los niños, favorecer el juego de tipo exploratorio y expresivo, permitir la exploración y la expresión del niño sin utilizar el lenguaje verbal, además de generar placer.

Los objetivos esenciales de los juguetes en la terapia de juego permiten: el establecimiento de una relación positiva con el niño, la expresión de una gran variedad de sentimientos, la exploración de experiencias de la vida real, ensayar y probar límites, desarrollar una imagen positiva del self, desarrollar la comprensión del self, y brinda la oportunidad de desarrollar autocontrol.

4.3.4.1 Técnicas y herramientas del enfoque centrado en el niño

El enfoque centrado en el niño utiliza como técnica el juego libre, al igual que en el enfoque terapéutico filial, pero se diferencian en que el terapeuta no interpreta la conducta de juego, únicamente refleja y acompaña, se mantiene a distancia, respeta las iniciativas y la directriz que el niño da a sus juegos y únicamente participa cuando el menor le pide que participe en sus juegos. Mientras el niño juega, el terapeuta lo acompaña reflejándole el

sentido y la expresión de las actividades de juego que el niño realiza (Esquivel, 2010, pág. 68).

Las herramientas utilizadas en este enfoque se usan de acuerdo a lo que el niño necesite expresar o exteriorizar en el momento (Esquivel, 2010, pág. 69):

- Juguetes que representan la vida real: muñecas, casa de muñecas, títeres, miembros de la familia, carros, barcos, cajas registradoras, llaves
- Juguetes que permitan la expresión: como el punching bag a través de los cuales pueda expresar enojo, hostilidad y frustración
- Juguetes que permitan la expresión de la creatividad y la emoción: arena, agua y telas de diferentes texturas. Estos son especialmente útiles con niños tímidos y aislados
- Bolsa de tiliches: crayones, tijeras chatas, muñeca, trastes, antifaces, teléfonos, pelotas, joyería de fantasía, plastilina.

4.3.5 Enfoque cognitivo-conductual

En este modelo, el terapeuta trata de identificar los factores que refuerzan y mantienen los comportamientos problemáticos para poder modificarlos. Muchas de las intervenciones se basan en los condicionamientos clásicos, tal es el caso de la desensibilización sistemática y en el operante. (Esquivel F. , 2010, págs. 71-72)

En la terapia cognitivo conductual, el moldeamiento se emplea para enseñar al niño habilidades de afrontamiento adaptativas. En esta modalidad de terapia infantil, el modelo

suele ser un juguete, por ejemplo: animal de peluche, títere, cuentos, películas, fabulas o programas de TV, entre otros (Esquivel F. , 2010, pág. 11). El objetivo aquí es que se demuestre el comportamiento que se quiere que el niño aprenda.

En este enfoque la relación terapeuta-paciente es de colaboración, ya que es un enfoque didáctico. El niño y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga y revisa las tareas que el niño trabajó durante la semana e investiga cuáles se necesitan resolver en ese momento. Antes de finalizar la sesión el terapeuta planea las actividades para la semana siguiente. (Esquivel, 2010)

Básicamente este enfoque utiliza las técnicas de la terapia cognitivo conductual para la intervención mediante al juego, partiendo de los principios básicos de dicha terapia. Se trata de adaptar estas técnicas convirtiéndolas en actividades de carácter lúdicas sin dejar de lado el objetivo de la técnica cognitivo conductual que se quiera utilizar para el abordaje terapéutico.

Por último, se describe los enfoques bajo los modelos sistémicos antes mencionados, describiendo las implicaciones de dichos enfoques.

4.3.5.1 Técnicas del enfoque cognitivo-conductual

Este enfoque trabaja con los pensamientos y conductas disfuncionales en el qué se debe hacer para cambiar, más que en el por qué. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas, la frecuencia, duración,

intensidad y características de éstos. Esta medición se repite periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. (Esquivel F. , 2010, págs. 71-72)

Técnicas Conductuales:

- Control y agenda de las actividades.
- Tareas asignadas en forma gradual.
- Experimentos conductuales para poner a prueba las creencias y pensamientos.
- Jerarquía de estímulos y exposición.
- Relajación.

Técnicas Cognitivas:

- Reestructuración de los pensamientos y creencias disfuncionales.
- Descubrimiento guiado para encontrar los significados.
- Identificación de los pensamientos automáticos e imágenes el recuerdo.
- Role playing.

Técnicas de resolución de Problemas:

- Fragmentación de los problemas mayores en unidades manejables.
- Identificación de los pensamientos y creencias en la resolución de problemas.

4.3.6 Enfoque terapéutico filial

En este enfoque, se utiliza como técnica el juego libre, al igual que en el enfoque centrado en el niño, la diferencia es que aquí participan los padres de manera muy activa ya que se les entrena para que ellos jueguen con sus hijos en un clima de confianza y respeto. Se utilizan los juguetes sugeridos para la Terapia Centrada en el Niño como son: aquellos que permitan la expresión de la creatividad y la emoción: arena, agua y telas de diferentes texturas, además de materiales como crayones, tijeras chatas, muñecas, trastes, antifaces, teléfonos, pelotas, joyería de fantasía, plastilinas, etc. También se les pide a los padres que utilicen materiales y juguetes de este tipo, ya que lo importante no es el juguete, sino el juego. (Esquivel F. , 2010, pág. XIV)

En este sentido y debido al papel de los padres, se hace posible trabajar el apego e incluso esto se evidencia en el hecho de que las metas de la Terapia Filial son (Esquivel F. , 2010):

- Reducir los comportamientos problemáticos en los niños.
- Mejorar la relación entre padres e hijos.
- Optimizar la adaptación del niño y aumentar la competencia y confianza personal del menor.
- Mejorar las habilidades de crianza de los hijos.

Este abordaje permite la mejora de la relación padre-hijo o en su caso fortalece la relación entre un cuidador y el niño. La ventaja de este enfoque radica precisamente en el

fortalecimiento de dicho vínculo, lo que hace que este enfoque sea ideal si la problemática principal del niño es un apego inseguro con los padres o cuidadores.

4.3.6.1 Técnicas y herramientas del enfoque terapéutico filial

En este enfoque, se utiliza como técnica el juego libre, al igual que en el enfoque centrado en el niño, la diferencia es que aquí participan los padres de manera muy activa ya que se les entrena para que ellos jueguen con sus hijos en un clima de confianza y respeto (Esquivel, 2010)

Se utilizan los juguetes sugeridos para la Terapia Centrada en el Niño como son: aquellos que permitan la expresión de la creatividad y la emoción: arena, agua y telas de diferentes texturas, además de materiales como crayones, tijeras chatas, muñecas, trastes, antifaces, teléfonos, pelotas, joyería de fantasía, plastilinas, etc. También se les pide a los padres que utilicen materiales y juguetes de este tipo, ya que lo importante no es el juguete, sino el juego. (Esquivel, 2010)

Para capacitar a los padres se realizan sesiones en donde primero, el terapeuta modela la manera de participar mediante el juego; posteriormente en otras sesiones el terapeuta supervisa lo que previamente se ha modelado. A los padres y a los niños se les asignan tareas en casa que implican jugar como lo hacen en el consultorio y en las sesiones con el terapeuta se les proporciona retroinformación sobre las tareas asignadas.

4.3.7 Enfoque integrativo

La Terapia Integrativa utiliza todas las técnicas de juego contempladas en los diferentes enfoques de la terapia infantil que resulten útiles para trabajar la problemática planteada que ha sido previamente evaluada. Para llevar a cabo el tratamiento con este enfoque, se parte de una impresión diagnóstica que permita establecer objetivos y metas en función del problema. (Esquivel F. , 2010, pág. 74)

El mismo autor considera que el tratamiento es un proceso desde el inicio hasta el cierre en el que se emplean diferentes técnicas para el logro de los objetivos. Los cambios que se den en torno al problema motivo de la consulta, necesariamente tienen que ser evaluados y mantenidos en el tiempo, por lo que se establece una fase de seguimiento para ver la evolución del problema y los efectos del tratamiento.

4.3.7.1 Técnicas y herramientas del enfoque integrativo

Según lo descrito anteriormente en este enfoque se utilizan todas las técnicas de juego contempladas en los diferentes enfoques que resulten útiles para trabajar la problemática previamente evaluada. (Esquivel, 2010)

Un ejemplo de esto sería, un niño de 8 años presenta dificultades de atención y obediencia en el ámbito escolar/familiar y presenta un trastorno de déficit de atención, para el tratamiento de este se utilizarían técnicas de juego que le permitan entender su condición y modificar su conducta en el ámbito escolar. (Esquivel, 2010)

4.3.8 Técnicas para fortalecer el apego

- Establecimiento de una estructura. Cuando los padres dan instrucciones claras y establecen reglas y límites, contribuyen a que el mundo del niño resulte seguro y predecible. Con un niño pequeño, el adulto suele estar a cargo y tomar las decisiones importantes. Las rutinas diarias del niño en torno al sueño, la alimentación y el baño, junto con rimas y canciones que tienen un patrón o ritmo, contribuyen a dar al niño una sensación de regularidad y seguridad. Esta sensación de regularidad, creada inicialmente por los padres, ayuda al niño a desarrollar la capacidad de autorregularse más tarde. Además, en este proceso se fortalece el vínculo de apego. (Munns, 2012)
- Simón dice: aquí el propósito del juego es alcanzar al líder, y la primera persona en lograrlo se convierte en el siguiente líder. Se juega de la manera tradicional en que el niño responde a las instrucciones del líder como “Simón dice que pongas las manos en tu cabeza”, etcétera. Si el líder omite decir primero “Simón dice”, entonces nadie debe realizar la acción, pero si lo hace, entonces se convierte en el siguiente líder. (Munns, 2012)
- Este juego promueve la escucha activa y el establecimiento de estructura, considerando estos aspectos, se puede adaptar de forma que sea utilizado como técnica de intervención familiar, académico o incluso en el ámbito interpersonal con otros niños.” (Munns, 2012, pág. 278)

4.3.9 Técnicas para el ámbito interpersonal

- Reflejar: Esta consiste en que el terapeuta o el padre permanezcan de pie frente al niño. El terapeuta mueve los brazos y el cuerpo de diversas maneras, pero con la lentitud suficiente

para que el niño pueda igualar sus movimientos. El niño es el “espejo” del adulto. Luego se invierten los roles. (Munns, 2012, pág. 279)

- **Imitación del aplauso:** Esta técnica se le puede ver como una variación de la actividad pasada y consiste en que el adulto o compañero aplaude en patrones simples mientras el niño imita la secuencia de aplausos. Pueden incluirse rimas, la secuencia de aplausos también puede incluir tocar partes del cuerpo del compañero, como los hombros, la cabeza y o las rodillas. (Munns, 2012)
- **Poner crema o talco en las partes adoloridas:** Esta técnica se puede utilizar tanto en el caso de los pacientes oncológicos pediátricos, que suelen tener dolor físico, como en casos de abuso. Se trata de poner crema o talco en las partes adoloridas que señale el paciente. Aquí el terapeuta busca partes adoloridas o pequeñas heridas en cada niño como rasguños, moretones o incluso pecas, que luego son aliviadas con polvo o crema. Muchas veces el niño empieza a señalar otras pequeñas heridas en los brazos, piernas, etcétera. Si uno de los padres está participando y tiene una historia de privaciones, enfermedades oncológicas o abuso, entonces el terapeuta alivia primero las lesiones del padre y luego le pide que haga lo mismo con el niño. (Munns, 2012)

4.3.10 Técnicas para solución de problemas

- **Técnica de escalamiento:** Esta técnica consiste en mostrar a los pacientes una tira de papel con 10 rostros con números que van del 1 al 10, en el que 1 es lo peor y 10 lo mejor. Los rostros van de uno que parece sumamente enojado a otro que parece sumamente feliz. Este

ejercicio es una representación visual de una pregunta de escalamiento. Esta es una forma creativa para que los niños puedan jerarquizar situaciones, esto permite una forma objetiva de establecer que tan grave es el problema. Esta es una técnica pictórica adaptada para conocer los niveles de sentimiento en los niños.

4.4 Identificación de las características generales en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva, que deben considerarse para escoger un subtipo de terapia de juego adecuado para el paciente

La elaboración de un plan individualizado, requiere conocer las características generales en dichos pacientes, para escoger un subtipo de terapia de juego adecuado. La siguiente fase, está basada en la identificación de las necesidades del paciente, además de identificar la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente oncológico pediátrico. Considerando estos aspectos se procede a la descripción de la fase de evaluación.

Propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con
sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego.



Introducción

Esta propuesta es para los especialistas de pacientes oncológicos pediátricos, cuenta con una serie de pasos a seguir de forma estructurada, considerando tres aspectos claves para un abordaje psicológico, que son la evaluación, la intervención y el seguimiento. La misma permite un abordaje a través de la terapia de juego para la disminución de dicha sintomatología. El diseño establecido está organizado por una serie de fichas que permite una intervención individualizada.

Este modelo tiene un carácter multidisciplinario, puesto a que va dirigida a la visualización clara de todas las áreas a considerar. Esto incluye desde la red de apoyo, diagnósticos médicos y las necesidades que tiene el paciente, hasta la selección del tipo de terapia de juego, intereses y etapa de desarrollo del paciente.

CAPÍTULO 5: OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

5.1 Objetivo general del modelo de intervención

Crear un modelo estructurado de intervención en terapia de juego a base las necesidades de los pacientes oncológicos pediátricos.

5.2 Objetivos específicos del modelo de intervención

- Identificar las necesidades del paciente.
- Identificar la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente oncológico pediátrico.
- Identificar el tipo de terapia de juego que más se adecua a las necesidades y etapa de desarrollo del paciente oncológico pediátrico.

CAPÍTULO 6: JUSTIFICACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

Este es un diseño estructurado de intervención donde la finalidad es la mejoría de los síntomas depresivos que presentan los pacientes oncológicos pediátricos por medio de la intervención de la terapia de juego. Se trata de aprovechar los beneficios que brinda la terapia de juego a estos pacientes, haciendo posible la mejoría de la sintomatología depresiva. Todo esto dándole prioridad a las necesidades e intereses del paciente oncológico pediátrico, que incluya su etapa de desarrollo actual.

Se consideran las habilidades que se desarrollan en la etapa correspondiente, de esta forma se trabajan los síntomas depresivos y al mismo tiempo se entrenan las habilidades a través de la terapia de juego. Además, cuenta con una lista de prioridad, que se hace en conjunto con el paciente y /o con su red de apoyo, donde se establece en forma de una lista de síntomas de mayor a menor prioridad. Así se hace posible la selección de un tipo de terapia de juego basada en las necesidades del paciente, donde el mismo se sienta motivado a participar, ya que, se establece a base de sus intereses.

Esta estructura permite la planificación del como se debe realizar la actividad, cuales son los materiales a utilizar y si hay implicación de terceros, de esta forma el terapeuta podrá señalar en su evaluación en donde (en cuanto a la actividad), él considera debe haber cambios para la mejoría del paciente e incluso una recomendación para el terapeuta. Es decir que la evaluación y recomendación están basados en el trabajo del terapeuta, tendiente a la reflexión

acerca de lo que pudo haber sido mejor y el como, además la evaluación cuenta con preguntas directas basadas en las necesidades del paciente.

Este modelo posee un calendario de actividades donde se puede observar cual es la actividad a seguir. Sin descuidar el hecho de que debe ser flexible y cuales son las consideraciones para esta flexibilidad, aquí se considera la disponibilidad del paciente. Cada uno de los aspectos señalados tienen instrucciones claras de incluso quien debe completar cada una de las fichas.

La importancia de esta propuesta de intervención radica en los beneficios que ofrece la terapia de juego en el abordaje terapéutico con niños. Que en esta propuesta se aplica a los pacientes oncológicos pediátricos con síntomas depresivos, para la mejora de los mismos. La creación de esta propuesta considera una serie de variables, que se consideran de importancia.

CAPÍTULO 7: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación, se expone la propuesta de intervención. La misma consta de tres fases, fase de evaluación, fase de intervención y la fase de seguimiento. En la fase de evaluación, se abre paso a la identificación de las características generales del paciente oncológico pediátrico, además de sus necesidades, con la ayuda de distintas fichas, que evidencia desde datos generales del paciente hasta síntomas psicológicos.

La fase de intervención contiene un cuadro de recomendaciones que va de la mano con los enfoques antes descritos, con la finalidad de facilitar la elección de un enfoque adecuado a las necesidades del paciente expuestos en la primera fase. Continúa con una serie de instrucciones que permiten completar el formulario de planificación. Dicho formulario está diseñado para estructurar la actividad de juego bajo el enfoque que el terapeuta selecciono previamente. Además, esta fase cuenta con un calendario de actividades.

La última fase, es la de seguimiento. Esta cuenta con una ficha, que permite monitoreo del abordaje realizado. Aquí se establece las siguientes sesiones terapéuticas, según el criterio del profesional.

7.1 Fase de evaluación.

La fase de evaluación está compuesta por los siguientes aspectos;

1) Generalidades del paciente: ayuda a determinar datos básicos del paciente, así como lo son, nombres, apellidos, sexo, edad (que ayudara al establecimiento de la etapa de desarrollo), religión, posición socioeconómica, personas a cargo que llevara a determinar la “red de apoyo” (se evidenciara quienes son los cuidadores), números de teléfono de cada persona que comprende la red de apoyo, es importante poner además datos internos tales como; medico asignado y nombre de terapeuta asignado. Se deberá agregar además los antecedentes psicológicos o psiquiátricos del paciente. (Véase apéndice No 1 Ficha A, generalidades del paciente)

1.1) Genograma: el genograma es una descripción grafica de la familia del paciente y las relaciones entre las personas que conforman su familia. Es de suma importancia que preferiblemente lo haga el paciente oncológico pediátrico, es decir que sea el a quien sea dirigida la entrevista para la elaboración del genograma.

De esta forma podrá decir por el mismo la relación que lleva con cada miembro de su familia, ayudará a que el terapeuta tenga mejor información sobre su red de apoyo.

1.2) Examen mental: El examen mental representa una herramienta que hace posible la puntualización de aspectos a mejorar del paciente. Además, brinda mucha información sobre cómo se encuentra el paciente pediátrico en cuanto a su enfermedad oncológica. (Véase apéndice No 1.2. Ficha B, examen mental)

2) Etapa de desarrollo: este es un elemento de importancia para la identificación de necesidades y habilidades que se desarrollan según la edad en el que está el paciente oncológico pediátrico. Esto con el objetivo de desarrollar, entrenar o mejorar habilidades, que, con la presencia de los síntomas depresivos van disminuyendo.

Además, facilita el establecimiento del plan de intervención con la selección adecuada del tipo de terapia de juego. Además, que permite la adaptación de diversas actividades con finalidad terapéutica. Se considera, la etapa de desarrollo en sí y para la identificación de habilidades que el niño desarrolla en esta etapa, para proporcionar actividades adecuadas a su edad, capacidad cognitiva y habilidades. (Véase apéndice No 2. Ficha C, etapa de desarrollo)

3) Variables médicas

3.1) Tipo de enfermedad oncológica u otras enfermedades médicas: esto ayudara a determinar cuáles pueden ser las limitaciones físicas del paciente, además de síntomas físicos que podrían presentarse debido a la enfermedad oncológica. (Véase apéndice No 3. Ficha D, variables médicas)

3.2) Medicación o tratamiento oncológico: se trata de conocer la medicación que se utiliza y el tratamiento que se le aplicara al paciente. Esto debido a que algunos medicamentos facilitan síntomas psicológicos, por ejemplo, si el paciente oncológico pediátrico presenta vómitos recurrentes no tendrá ánimos de concretar algunas actividades.

Por ende, es indispensable conocer estos síntomas, para la mejor selección de las actividades de la terapia de juego que compongan el plan de intervención. (Véase apéndice No 3. Ficha D, variables médicas)

4) Síntomas psicológicos que presenta el paciente: para esto es importante aplicar una entrevista clínica individual con el paciente y otro acompañado por los padres y o cuidadores, y el equipo multidisciplinario que se encargan de los cuidados del paciente oncológico pediátrico, esta se considera la forma más factible y eficaz de completar la ficha indicada (Véase apéndice No 4. Ficha E, indicadores psicológicos y problemas de adaptación)

La observación de los cuidadores es de vital importancia esto ayuda al terapeuta hacer una lista de los síntomas que predominan en el paciente, esto evidencia los síntomas y ayudara a seleccionar una técnica de intervención a través de la terapia de juego que sea adecuada a las necesidades del paciente.

Al establecer la terapia de juego a utilizar, dependiendo del enfoque que el terapeuta escoja (por ejemplo, el enfoque cognitivo conductual), es posible el uso de otra técnica psicológica (por ejemplo, reforzamiento positivo) con la terapia de juego. Por ejemplo, se puede establecer una “economía de fichas” (terapia cognitivo-conductual) en combinación con la terapia de juego; “cada paso de baile tendrá una recompensa”. Esto con el objetivo de motivar al paciente oncológico pediátrico con síntomas depresivos a participar de las actividades vinculadas a la terapia de juego.

4.1) Problemas de adaptación: debido a la enfermedad oncológica el paciente pediátrico puede presentar problemas de adaptación, para identificar posibles problemas de adaptación que podrían ser relevantes al momento de intervención se deben marcar en la siguiente tabla y proponer una forma de solución, a través de la terapia de juego. (Véase apéndice No 4. Ficha E, indicadores psicológicos y problemas de adaptación)

4.2) Prioridad de síntomas: esta se diseñó para atender los síntomas depresivos que presenta el paciente oncológico pediátrico, en orden de importancia, sobre, el síntoma que el paciente y o su red de apoyo considere le afecta más, esto con el objetivo de crear el plan de intervención según las prioridades del paciente y o su red de apoyo.

Para establecer esto se puede utilizar una entrevista en conjunto con el paciente oncológico pediátrico y su red de apoyo e ir poniendo una lista de síntomas de mayor a menor importancia (para ellos). Se pueden utilizar los síntomas mencionados en la tabla anterior bajo “Problemas psicológicos y sociales”. (Véase apéndice 4.2. Ficha F, prioridades y objetivos)

4.3) Objetivos de tratamiento según la lista de prioridad: los objetivos obedecerán a la lista de prioridad establecida por el paciente, su red de apoyo y el terapeuta. Teniendo en cuenta que los objetivos deben trazarse según las posibilidades del paciente, es decir deben ser factibles. (Véase apéndice 4.2. Ficha F, prioridades y objetivos)

5) Intereses del paciente; es importante conocer los intereses del paciente para poder seleccionar actividades que le gusten dentro de la terapia de juego que sean adecuados para él. El establecimiento de sus intereses ayudara a despertar en el paciente la motivación

necesaria para participar en el plan de intervención. (Véase apéndice No 5. Ficha G, intereses del paciente)

6) Aplicación de pruebas psicológicas; después de realizar las diferentes entrevistas y completar las fichas pertenecientes, se continua con una batería de pruebas proyectivas que ayudan al terapeuta a identificar síntomas a tratar en el paciente al tener acceso a su mundo inconsciente. El terapeuta puede considerar además **los principios de grafología**, donde el trazo que utilice el niño servirá para la proyección de agresividad, inseguridad o incluso timidez.

El dibujo de la figura humana (DFH), consiste en la realización de dos dibujos uno de cada sexo y una historia sobre una de las personas dibujadas. Esta mide las necesidades, los conflictos inconscientes del sujeto y revela dimensiones internas de personalidad. **El test de la persona bajo la lluvia** esta mide aspectos internos de la personalidad del evaluado, consiste en el dibujo de una persona bajo la lluvia. Ambas pruebas arrojan si el paciente padece de depresión, síntomas depresivos, problemas de adaptación o incluso síntomas ansiosos.

Después de cumplir con estas pautas se le debe informar al paciente oncológico pediátrico y a sus padres y /o cuidadores que el terapeuta establecerá un programa basados en terapia de juego que le ayudará a seguir desarrollando habilidades, mejorar sus síntomas depresivos completamente individualizado, tomando en cuenta todos los factores antes mencionados.

Además, cabe destacar que esta intervención no excluye ningún aspecto ético atado a la profesión, entiéndase que es necesario establecer el consentimiento informado, contrato de confidencialidad, protocolos de la institución y demás pericias de la profesión, siempre cuidando los intereses de todos los involucrados.

Al finalizar la evaluación, se procede a seleccionar las actividades vinculadas al tipo de terapia de juego que se seleccionada. Para esto es importante haber completado todas las fichas que pertenecen al apartado de evaluación. (Véase apéndices de evaluación)

7.2 Fase de intervención

Al completar la fase de evaluación se procede a la selección del enfoque que el terapeuta considere adecuado al paciente, según las necesidades y etapa de desarrollo. Considerando los modelos y enfoques descritos anteriormente, se debe seguir las pautas de cada enfoque, puesto a que cada uno de ellos tienen sus propias implicaciones. A continuación, se siguieren algunos tipos de juegos vinculados al enfoque.

Tabla de recomendación	
Modelos psicodinámicos	
Este modelo es ideal para la promover la expresión y desarrollo del autocontrol.	
Enfoque:	Sugerencias:
Adleriano	Escupir en la sopa y juegos de efusión
De liberación	Juego de simulación, juego imaginativo y construcción
Modelos Humanistas	
Este modelo es ideal para fortalecimiento del yo, relaciones interpersonales y el concepto del sí mismo	

Enfoque:	Sugerencias:
Gestáltico	Juego con plastilina, juego de las casitas y narración
Centrada en el niño	Dibujos, juego representativo y juego de rompecabezas
Filial	Simón dice, leer historias y juego imaginario
Modelos sistémicos	
Este modelo es ideal para la intervención con familiares y /o cuidadores, fortalecimiento de los vínculos de apego y desarrollo intelectual.	
Enfoque:	Sugerencias:
Cognitivo conductual	Juego de roles, colorear y juego de rompecabezas
Fortalecer el apego	Simón dice, juegos de roles, imitación, juegos de construcción y juegos de mesa.
Integrativo	Debido al carácter flexible de este enfoque, se puede utilizar cualquiera de las sugerencias anteriores

La fase de intervención consiste en la selección de la técnica según su enfoque (antes descrito). Para esto se cuenta con la Ficha H (Véase apéndice No. 1. Fichas de intervención), la misma debe ser completada por sesión, dicha ficha permite la planificación previa de actividades lúdicas dirigidas al objetivo terapéutico.

Para completar esta ficha es importante seguir las siguientes especificaciones:

- I. Ponerle un nombre de la actividad.
- II. Síntoma depresivo que se pretende disminuir con esta actividad: aquí se deberá tomar en cuenta la lista de las prioridades y establecer los objetivos (Véase apéndice No.4.2, Ficha F, prioridades y objetivos)

- III. Tipo de terapia de juego: para este paso se deberán considerar las etapas de desarrollo (Véase apéndice No.2, Ficha C, etapa de desarrollo) y los síntomas y o limitaciones médicas (Véase apéndice No.3, Ficha D, variables médicas), para que la selección del tipo de terapia de juego sea factible y se pueda cumplir con los objetivos establecidos (Véase apéndice No.4.2, Ficha F, prioridades y objetivos). Además de considerarse los intereses del paciente (Véase apéndice No.5, Ficha G, intereses del paciente)
- IV. Combinación con otras técnicas (si es posible la combinación con otras técnicas, en caso de no haber combinación se pondrá (N/A) “no aplica”): ¿Cuál sería la técnica?
- V. Procedimiento: aquí se establece el cómo sería el procedimiento. Para esto se debe explicar paso por paso lo que se pretende hacer, considerando todos los demás factores.
- VI. Habilidades: ¿Cuáles habilidades según su etapa de desarrollo se entrenan con esta actividad? (Cuando se habla de habilidades podrían referirse a; habilidades sociales, de comunicación, planificación, motora gruesa, motora fina, podría incluso ser entrenamiento de la memoria etc.) ¿Cómo?
- VII. Lista de materiales que se utilizaran:
- VIII. Ubicación: ¿Dónde? ¿En qué espacio se hará la actividad?
- IX. Participación de terceros: (en caso de que participen otras personas) nombre del participante, ¿Cuál es su rol? y ¿Qué deberán hacer?
- X. Tarea: en el caso de planear dejarle una tarea, se deberá establecer en el formulario de planificación. En caso de que no se halla planificado poner una tarea y se puso en el transcurso, es importante ponerlo en notas.

- XI. Evaluación: la evaluación consiste de preguntas que ayudaran a la reflexión del terapeuta sobre la actividad realizada, además cuenta con un espacio para las recomendaciones. En el caso de no haber alcanzado un objetivo, ponga el número del objetivo alcanzado y conteste a la pregunta.

7.2.1 Calendario de actividades

Al finalizar la ficha H, (Véase apéndices de intervención No.1, Ficha H, formulario de planificación) se procede a estructurar las actividades planificadas en un calendario de actividades (Véase apéndices de intervención No.1.1, Ficha I, calendario de actividades. El terapeuta debe ser consciente de que, debido a la enfermedad oncológica del niño, el calendario debe ser flexible, el mismo debe poder adaptar el cronograma en el caso de que se presentara algún inconveniente.

Puntos importantes antes de ejecutar la actividad:

1. Preparación de material y ubicación; es de vital importancia tener los materiales y la ubicación listas para poder proceder con la actividad.
2. Disposición del paciente; se debe considerar el estado del paciente oncológico pediátrico, si no quiere o no puede participar en el momento, el terapeuta deberá mover la actividad para más tarde u otro día en caso de ser necesario.

Finalmente, al concluir esto se procede a ejecutar la actividad, considerando el formulario de planificación y tratando de mantener los pasos establecidos previamente (Véase apéndices de

intervención No.1, ficha H) y tratando de mantenerse (dentro de lo posible) en el calendario (Véase apéndices de intervención No.1.1, ficha I)

Al finalizar la ejecución de la actividad, se debe completar la evaluación del formulario de planificación (Véase apéndices de intervención No.1, ficha H”), esto permitirá que la evaluación del paciente oncológico pediátrico sea más estructurada y queden registrados así los avances.

7.3 Fase de seguimiento

En la fase de seguimiento las sesiones conllevan una distancia significativa de tiempo, dígase que las sesiones terapéuticas no se hacen con la misma frecuencia que antes. Aunque el paciente muestre mejoría en los síntomas es importante el monitoreo del mismo. Para esto está la ficha de seguimiento (Véase apéndices de seguimiento, apéndice No.1, Ficha J). La misma cuenta con un apartado donde se puede establecer la fecha y hora de la próxima consulta, además cuenta con un apartado para identificar síntomas que han desaparecido o prevalecen, en conjunto con un apartado para notas, donde el terapeuta puede plasmar cualquier observación que considere de relevancia.

Apéndices de evaluación

Apéndice No.1. Fichas de evaluación.

FICHA A	
GENERALIDADES DEL PACIENTE:	
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA CON AYUDA DEL PACIENTE Y O CUIDADORES.	
Nombre (s):	
Apellido (s):	
Sexo:	
Edad:	
Etapas de desarrollo correspondiente:	
Religión:	
Posición socioeconómica:	
Nivel educativo:	
Dirección:	
Con quien vive:	
Tiempo actual de hospitalización: (apuntar fechas)	
Alergias (medicamentos, alimentos, plantas, etc.):	
“RED DE APOYO”	
<i>Persona a cargo:</i>	
Rol: (mama/ papa)	
Teléfono:	
Dirección:	
<i>Persona a cargo:</i>	
Rol:	
Teléfono:	
Dirección:	
DATOS INTERNOS:	
Médico asignado:	
Terapeuta asignado:	
ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS:	
Dato psicológico importante:	
Dato psiquiátrico importante:	
Psicofármaco (anotar si se consume aun):	
Efecto secundario presente de psicofármaco:	
Algún uso o abuso de sustancias:	
Ideaciones suicidas:	

Apéndice No.1.2 Fichas de evaluación.

FICHA B	
EXAMEN MENTAL:	
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA.	
Aspecto físico:	
Comportamiento:	
Nivel de conciencia:	
Orientación personal:	
Orientación espacial:	
Orientación temporal:	
Atención:	
Concentración:	
Memoria a corto plazo:	
Memoria a medio plazo:	
Memoria a largo plazo:	
Pensamiento y lenguaje:	Lógico: Coherente: Concordancia del comportamiento y el estado de ánimo:
Afectividad: (expresión verbal)	
Afectividad: (expresión no verbal)	
Percepción: (marcar con X y especificar)	Alucinaciones: Percepciones ilusorias: Falsos reconocimientos:
Comportamiento psicomotor:	Agitación: Sopor: Perplejidad: Otro:

VULNERABILIDAD PSICOLOGICA Y SALUD MENTAL:	
Capacidad para identificar sus propias emociones:	
Capacidad para expresar sus propias emociones:	
Capacidad para compartir sus propias emociones:	
Resiliencia, capacidad para afrontar el estrés:	
Acontecimientos estresantes recientes:	Duelos: Accidentes: Separaciones: Otros:

Apéndice No.2. Fichas de evaluación.

FICHA: C	
ETAPA DE DESARROLLO	
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA.	
Etapa de desarrollo:	Identificar habilidades de esta etapa:

Apéndice No.3. Fichas de evaluación.

FICHA: D	
VARIABLES MÉDICAS	
ESTA FICHA SE COMPLETA POR EL TERAPÉUTA Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.	
Diagnóstico:	Tipo de cáncer: Estadio:
Condición médica (oncológica) actual:	
Tiempo de hospitalización:	

Tratamiento:	Quirúrgicos: Quimioterapia: Radioterapia: Trasplante de medula ósea: Hormonoterapia: Otros:
Síntomas físicos relacionados a la enfermedad:	
Condición médica (oncológica) pasada:	
Tiempo de hospitalización (pasado):	
Tratamiento:	Quirúrgicos: Quimioterapia: Radioterapia: Trasplante de medula ósea: Hormonoterapia: Otros:
Síntomas físicos relacionados a la enfermedad pasada:	
Fase clínica actual: (marcar con X)	Pre diagnóstico: Diagnóstico: Tratamiento: Remisión: Recidiva: Cáncer avanzado: Cuidados paliativos:
Medicación:	

Efecto secundario en el estado de ánimo debido a la medicación:	
Otra afección médica:	
Medicación de la otra afección médica:	
Efecto secundario en el estado de ánimo de la otra afección médica:	

Apéndice No.4. Fichas de evaluación.

FICHA: E		
INDICADORES PSICOLÓGICOS Y PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN.		
ESTA FICHA SE COMPLETA POR LOS CUIDADORES Y EL TERAPÉUTA.		
Indicadores de problemas psicológicos y sociales:	Si padece (como se refleja):	Tipo de terapia de juego:
Comunicación con familiares o cuidadores:		
Expresión de las emociones:		
Expresión de los sentimientos:		
Asertividad:		
Imagen corporal:		
Autoestima:		
Auto concepto:		
Emociones negativas:	Agresividad: Hostilidad: Tristeza:	

	<p>Depresión:</p> <p>Ansiedad:</p> <p>Culpa:</p> <p>Otros:</p>	
Ideación suicida:		
Problemas de sueño:		
Problemas en las relaciones sociales:		
Codependencia:		
Duelo:		
Otros:	<p>Dificultad para entender lo que sucede:</p> <p>Ansiedad por separación:</p> <p>Sentimientos de abandono:</p> <p>Tristeza al interpretar la ausencia del padre o madre como falta de amor:</p> <p>Resistencia hacia los cuidadores que sustituyen el padre o la madre:</p>	

	<p>Rechazo al padre o madre debido a sus ausencias:</p> <p>Rechazo al padre o madre debido a sus cambios físicos:</p> <p>Enfados por los cambios en la actividad habitual:</p> <p>Aparición de dificultades en el control de esfínteres:</p>	
Problemas relativos a la enfermedad:	Si padece (como se refleja):	Tipo de terapia de juego: (en caso de ser factible en combinación con cual otra técnica)
Falta de adaptación a la hospitalización:		
Negación de la enfermedad:		
Rechazo a los tratamientos:		
Negación de la enfermedad:		
Adherencia a los tratamientos:		
Presencia de incertidumbre:		
Presencia de miedo al pronóstico:		
Presencia de miedo a los tratamientos:		
Conspiración del silencio:		

Falta de información:		
Problemas de comunicación con el personal sanitario:		
Problemas relacionales con el personal sanitario:		
Creencias sobre la enfermedad:		
Atribuciones sobre la enfermedad:		
Toma de decisiones sobre los tratamientos:		

Apéndice No.4.2 Fichas de evaluación.

FICHA:F		
PRIORIDADES Y OBJETIVOS.		
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA.		
Numero:	4.2) Síntoma prioritario:	4.3) Objetivo de tratamiento:
1		
2		
3		

Apéndice No.5. Fichas de evaluación.

FICHA G		
INTERESES DEL PACIENTE.		
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA.		
Interés:	Tipo de terapia de juego compatible:	Habilidades que se estimularían:

Apéndices de intervención.

Apéndice No.1. Fichas de intervención.

FICHA: H	
FORMULARIO DE PLANIFICACION:	
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA.	
Nombre del paciente:	
Nombre del terapeuta:	
Sesión número:	
I. Nombre de la actividad:	
II. Síntoma depresivo que se pretende disminuir:	
SINTOMA:	OBJETIVO:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
III. Tipo de terapia de juego:	
ETAPA DE DESARROLLO:	SINTOMAS/ LIMITACIONES MEDICAS:
IV. Combinación con otras técnicas:	
¿CUAL TECNICA?	¿COMO?
V. Procedimiento:	
PASO 1:	
PASO 2:	
PASO 3:	
PASO 4:	
PASO 5:	

VI. Habilidades:		
¿CUALES HABILIDADES SE ENTRENARIAN?		¿Cómo?
1.		1.
2.		2.
3.		3.
VII. Lista de materiales que se utilizaran:		
1.		2.
3.		4.
5.		6.
VIII. Ubicación:		
IX. Participación de terceros:		
Nombre:	Rol:	¿Qué debe hacer?
X. Tarea:		
NOTAS:		
XI. Evaluación:		
¿Pudo cumplir con los pasos que estableció en el procedimiento?		
¿Cómo le pareció la actividad al paciente?		
¿Considera que se alcanzó los objetivos establecidos? (justificar la respuesta)		
¿Se notó algún cambio en los síntomas depresivos durante la actividad? (justificar la respuesta)		
¿Considera que el paciente logro el entrenamiento de las habilidades? (justificar la respuesta)		
RECOMENDACIÓN:		
(En caso de no haber alcanzado algún objetivo)		

¿Qué haría diferente para lograr el objetivo?	
¿Otra recomendación?	

Apéndice No.1.1. Fichas de intervención.

FICHA: I				
CALENDARIO DE ACTIVIDADES.				
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPÉUTA.				
<i>Día: (fecha)</i>	<i>Hora:</i>	<i>Nombre de la actividad:</i>	<i>Tipo de terapia de juego.</i>	<i>Notas:</i>

Apéndices de seguimiento.

Apéndice No.1. Ficha de seguimiento.

FICHA: J					
SEGUIMIENTO.					
ESTA FICHA SE COMPLETA ÚNICAMENTE POR EL TERAPEUTA.					
Día: (fecha)	Hora:	Síntoma:	Prevalece.		Notas:
			SI	NO	

CONCLUSIONES

A partir de esta investigación se realizó una propuesta de intervención, la misma permite un abordaje terapéutico a pacientes oncológicos pediátricos, con síntomas depresivos mediante el uso de la terapia de juego. Para la realización de dicha propuesta, se utilizó la revisión bibliográfica de distintas teorías como base, donde se identificó distintos enfoques basados en modelos teóricos según distintas escuelas de psicología. Al igual que entrevistas realizadas al equipo multidisciplinario, que permitieron la descripción del acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría.

Los modelos teóricos seleccionados aportan al terapeuta distintas técnicas que puede implementar según las necesidades que identifique en la fase de evaluación en el paciente, para la mejora de los síntomas depresivos, habilidades sociales y motoras e incluso sus relaciones interpersonales. Las aplicaciones de las pruebas psicológicas ayudan a la identificación de los síntomas latentes.

Durante esta investigación se pudo determinar que el equipo multidisciplinario entrevistado del Instituto Oncológico Dr Heriberto Pieter desconoce la existencia de protocolos estandarizados para pacientes con dichas características, sin embargo, se le facilita asistencia psicológica desde el momento en que es detectada la enfermedad o exista la sospecha de una, lo que ha permitido hasta ahora un mejor afrontamiento de la enfermedad en los pacientes.

El instituto cuenta con un área recreativa con materiales lúdicos que según lo observado no está siendo utilizado adecuadamente. Estos materiales lúdicos y espacio disponible harían posible la intervención con terapia de juego y por lo tanto la aplicación de la propuesta realizada. La psicooncóloga señaló que las características que presentan los pacientes oncológicos pediátricos van desde la apatía, falta de apetito, somatización del dolor hasta miedo a la muerte, lo que confirma que se puede manifestar la sintomatología depresiva en estos pacientes, después de que son diagnosticados con una enfermedad oncológica.

Considerando lo expuesto anteriormente en el marco teórico, aunque las manifestaciones de los síntomas depresivos varían según la edad, género y cultura, esta situación trae como consecuencia problemas en el afrontamiento, sentimientos de inadecuación, deterioro en las relaciones interpersonales, e incluso aumento en la probabilidad de mortalidad. Sobre todo, en los adolescentes, que entienden mejor el concepto de la muerte.

Con esta investigación se determinó que no se ha empleado un abordaje de esta índole, a pesar de que existen pacientes con dichas características, además de que se cuenta con profesionales capacitados en el área. Se evidenció que se requiere dar mayor accesibilidad de información a la población, en cuanto al cáncer infantil, además de los síntomas depresivos que la misma puede ocasionar.

La propuesta realizada se compone de diez fichas, (siete fichas de evaluación, dos fichas de intervención y una ficha de seguimiento) y la aplicación de la batería de pruebas psicológicas permiten la identificación y confirmación de los síntomas a tratar, donde se

logra identificar las características generales y necesidades de dichos pacientes. Dichas fichas facilitan la selección de un enfoque específico, donde cada uno cuenta con sus propias técnicas y herramientas de intervención, considerando la etapa de desarrollo del paciente para promover un abordaje individualizado y eficaz. La estructura diseñada promueve la planificación de actividades de terapia de juego, al igual que aporta un elemento seguimiento.

RECOMENDACIONES

A través de los resultados obtenidos en esta investigación realizada en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, se recomienda que el terapeuta que aplique esta propuesta siga las pautas establecidas, además de considerar la aplicación de las pruebas proyectivas y las observaciones a lo largo de la propuesta de intervención. Debido a que estas proporcionan aspectos claves que promueven un abordaje individualizado, para la mejora de los síntomas depresivos que presenta el paciente oncológico pediátrico.

Antes de proceder a la aplicación de esta propuesta el terapeuta debe estudiar los modelos teóricos y las técnicas de cada enfoque, a partir del punto de vista de las necesidades del paciente. Esto promueve la selección adecuada del tipo de terapia de juego que disminuya los síntomas que presenta el paciente.

Debido a la importancia que tiene la red de apoyo en estos pacientes, se recomienda que el terapeuta involucre a los cuidadores. Esto implica permitir la participación de los mismos durante la terapia de juego, mantenerlos informados del estado psicológico del niño, brindarle toda la información que sea de relevancia y responder las preguntas que tengan sobre el abordaje terapéutico.

Otro aspecto de importancia es el rol del equipo multidisciplinario, los mismos aportan datos relevantes en cuanto a la salud física, emocional y personal del paciente. Según las investigaciones de lugar, uno de los puntos clave para la intervención con pacientes pediátricos es la red de apoyo y el equipo multidisciplinario, estos además de brindarle

información clave al terapeuta, son el soporte emocional del niño. Por lo que se recomienda mantener una comunicación activa con dichas personas.

Para finalizar es suma importancia brindar herramientas informativas a la población afectada y personal sanitario que están en contacto directo con estos pacientes. Se considera que sería de utilidad recursos audiovisuales, talleres informativos, conferencias e incluso material tangible en este caso un brochure, en el área de pediatría donde estaría al alcance de los cuidadores y del mismo paciente oncológico pediátrico, de esta forma estos pacientes también estarían informados sobre su salud física y mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AECC. (16 de Enero de 2016). *Efectos secundarios más frecuentes: descripción y consejos*. Obtenido de Asociación Española Contra: <https://www.aecc.es/es/efectos-secundarios-mas-frecuentes-descripcion-consejos>
- AECC. (12 de Febrero de 2019). *Cáncer infantil: ¿Cuáles son los tipos de cáncer que más afectan a los niños?* Obtenido de Asociación Española Contra el Cáncer: <https://www.aecc.es/es/actualidad/noticias/cuales-son-los-tipos-de-cancer-que-mas-afectan-a-los-ninos>
- American Cancer Society. (29 de Enero de 2016). *¿Qué es el cáncer?* Obtenido de Sociedad Americana Contra el Cáncer: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society. (21 de Febrero de 2019). *Cancer Facts & Figures*. Obtenido de Instituto Nacional del cáncer: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2019/cancer-facts-and-figures-2019.pdf>
- American Society of Clinical Oncology. (Abril de 2016). *Depresión*. (L. Schapira, & J. Berek, Editores) Recuperado el 29 de Junio de 2019, de Cancer.Net: <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/manejo-de-las-emociones/depresi%C3%B3n>
- ARA Psicología. (2018). *Trauma*. Obtenido de Ara Psicología: <https://arapsicologia.com/es/psicologia/trauma>
- Aranda B., C., & Pando M., M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista De Investigación En Psicología IIPSI*, 233-245.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Trastornos depresivos. En A. A. Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (págs. 155-188). Madrid: Editorial Panamericana.
- Axline, V. (2003). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Bermúdez, J., Caballero, A., & Suárez, P. (2015). En J. Bermudez, A. Caballero, & P. Suarez, *Psicología de la personalidad* (págs. 47-50). Madrid: UNED.
- Blundon Nash, J., & Schaefer, C. E. (2012). Terapia de Juego. En C. E. Schaefer, *Fundamentos de terapia de juego* (págs. 3-14). Bogotá: Manual Moderno.

- Cabrera, F. (2017). *Afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes con cáncer*. Lima: PUCP.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 181-189.
- CETPA. (2017). *Terapia de juego*. Obtenido de CETPA: <http://www.cetpa.org/terapia-de-juego/>
- Chiriboga, A. P. (19 de Mayo de 2016).
- Comisión de psicología de la Federación Española. (2017). *Psicooncología: Valoración e intervención*. San Vicente de Torello: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.
- Córdova, L., Fresia, R., & Jesús, J. (2014). *Risoterapia y nivel del dolor, niños de 4 a 14 años*. Arequipa: UNSA.
- Cruzado Rodríguez, J. A. (2014). *Manual de psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cueva, M. M. (2017). *Udla*. Obtenido de Udla.edu.ec: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8129/1/UDLA-EC-TPC-2017-23.pdf>
- EcoDiario. (22 de Octubre de 2017). *Enfermedades generacionales: los peligros de salud que te acechan según tu grupo*. Recuperado el 18 de Enero de 2019, de EcoDiario.es: <https://ecodiario.economista.es/salud/noticias/8692355/10/17/Enfermedades-generacionales-los-peligros-de-salud-que-te-acechan-segun-tu-grupo.html>
- EcuRed. (18 de Mayo de 2013). *Afrontamiento*. Obtenido de Ecured: <https://www.ecured.cu/Afrontamiento>
- Esquivel. (2010). El juego y la psicoterapia infantil. En *Psicoterapia infantil con casos clínicos* (págs. 61-76). Bogotá: El Manual Moderno.
- Esquivel, F. (2010). Prologo. En F. Esquivel, *Psicoterapia Infantil con Juego* (págs. XIII-XVI). Bogota: Manual Moderno.
- Formoso, J. (4 de Agosto de 2016). *La terapia de juego en el tratamiento de estrés postraumático*. Obtenido de Terapiadejuego.es: <http://www.terapiadejuego.es/webs/LA%20TERAPIA%20DE%20JUEGO%20EN%20EL%20TRATAMIENTO%20DEL%20ESTR%C9S%20POSTRAUM%C1TICO.pdf>
- García-Foncillas, J., & Bandres, E. (2001). Conceptos básicos en biología molecular del cáncer. Susceptibilidad genética. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 31-47.

- Glover, G., & Landreth, G. L. (2017). Terapia de juego centrada en el niño. En K. J. O Connor, & C. E. Schaefer, *Manual de terapia de juego* (págs. 168-194). Bogotá: Manual Moderno.
- Goncalves, F., Gonzales Rodriguez, V., & Castro, J. (2015). *Guía de la buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. Madrid: International Marketing & Communications (IM&C).
- Gonzales, E. J. (2016). Obtenido de Biblioteca UCAB: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3846.pdf>
- Gorriz, M. G., & Bauza, F. M. (2012). *Peculiaridades del paciente pediátrico*. Obtenido de Sociedad Catalana de Anestesiología: http://www.scartd.org/arxius/pedial_2012.pdf
- Guerrero, J. M., Prepo, A., & Loyo, J. G. (2016). Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 297-309. Obtenido de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1064/1022>
- Instituto Nacional Del Cáncer. (5 de Febrero de 2015). *¿Qué es el cáncer? Instituto Nacional Del Cáncer*. Obtenido de National Cancer Institute: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Instituto Nacional Del Cáncer. (29 de Enero de 2019). *Cánceres infantiles*. Obtenido de Instituto Nacional Del Cáncer: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/infantil>
- Irizar, L. (28 de Noviembre de 2015). *“Duelo y melancolía”, de Sigmund Freud*. Obtenido de Antena clínica de Bilbao: <https://antenaclinicadebilbao.com/es/textos/referencias-resenas-y-textos/20-referencias/162-duelo-y-melancolia-de-sigmund-freud>
- Jimenez López, R., Roman López, P., & Del Mar, M. (2017). *Cuidados de enfermería en situaciones complejas de salud*. Almería: Editorial universidad de Almería.
- Johnson, J. L. (2017). Expansión de los modelos de terapia de juego. En K. J. O'Connor, & C. Schaefer, *Manual de terapia de juego* (págs. 71-74). Bogotá: Manual Moderno.
- Kaduson, H. G. (2011). Terapia de juego de liberación. En C. E. Schaefer, *Fundamentos de terapia de juego* (págs. 105-125). Bogotá: Manual Moderno.
- Knell, S. M. (2017). Manual de terapia de juego. En K. J. O'Connor, & C. E. Schaefer, *Terapia de juego cognitivo-conductual* (págs. 202-221). México: El Manual Moderno.
- Kottman, T. (2012). Terapia de Juego Adleriana. En C. E. Schaefer, *Fundamentos de Terapia de Juego* (págs. 85-104). Bogotá: El Manual Moderno.
- Llanos Miranda, T., & C, G. C. (2016). *Factores asociados al mobbing y sus consecuencias en la salud mental del trabajador sanitario*. Trabajo de grado para optar por el título de

- especialista en salud, Universidad privada de Norbert Wiener, Facultad de ciencias de la salud, Lima.
- Luscher Kaim, E. (2017). Mobbing. En E. Luscher Kaim, *Bullying: Detección, acción y prevención* (págs. 27-28). México: IURE Editores.
- Madrigal, L. B. (1 de Junio de 2015). *Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados*. Obtenido de Universidad de La laguna: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2206/Depresion%20y%20ansiedad%20en%20pacientes%20oncologicos%20hospitalizados..pdf?sequence=1>
- Madrigal, L. B. (1 de Junio de 2015). *Universidad de la laguna*. Obtenido de Universidad de la laguna: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2206/Depresion%20y%20ansiedad%20en%20pacientes%20oncologicos%20hospitalizados..pdf?sequence=1>
- Marti-Auge, P., Mercadal-Brotons, M., & Sole-Resano, C. (2015). La musicoterapia en la oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 346-352.
- Mas, M. (20 de Febrero de 2017). *Duelo patológico: cómo identificarlo y ayudar a superarlo*. Obtenido de Siquia.com: <http://www.siquia.com/2017/02/duelo-patologico/>
- Mauricio, H., Rivera, J., Arriaga, D., & Sánchez, G. (2011). La risoterapia como intervención de enfermería, para el control del dolor en niños en la aplicación de quimioterapia. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 128-131.
- Miguel-Soca, P., Herrera, A. A., & Márquez, H. (2007). El cáncer una enfermedad genética. *Correo Científico Médico de Holguín*.
- Montenegro A., H. (1997). Tratamiento familiar sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. *Revista Chilena de pediatría*, 68(6), 283-289. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/251070211_Tratamiento_familiar_sistemico_de_los_ninos_con_problemas_conductuales_o_emocionales
- Mora, L. (15 de Febrero de 2016). El cáncer infantil, sin estadísticas confiables. *El nacional*.
- MSD Salud. (9 de Julio de 2019). *¿Afecta a mis relaciones sociales, familiares y laborales?* Obtenido de MSD Salud: <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/afecta-mis-relaciones-sociales-familiares-laborales.html>
- Munns, E. (2012). Terajuego: terapia de juego para fortalecer el apego. En C. E. Schaefer, *Fundamentos de Terapia de Juego* (págs. 275-296). Bogotá: El Manual Moderno.
- Opaso, V. G. (Enero de 2017). *Repositorio académico de la universidad de chile*. Obtenido de Repositorio académico de la universidad de chile:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/145375/Garay.veronica-tesmtp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Panamericana de la salud. (2014). *Normativa infantil Cáncer*. Obtenido de PAHO.ORG: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Infantil-2014.pdf>
- P. Valbuena, S. (2017). *El juego infantil en la psicoterapia*. Obtenido de Psicólogos Gran Vía: <https://www.psicologos-granvia.com/archivos/articulos/660/juego-infantil-en-psicoterapia.pdf>
- Paixão, A. d., Damasceno, T. A., & Silva, J. C. (2016). Actividades recreativas en la terapia oncológica de los niños. *Cuidarte Enfermagem*, 209-215.
- Pedrosa, A., & Monteiro H, M. C. (2015). Diversao em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de oncologia pediátrica do instituto materno infantil Prof. Fernando Figueira. *Rev Bras Saude Materno-Infantil*, 99-106. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
- Porta, V., Retes, R., & Ramirez, E. (11 de Febrero de 2016). *Manifestaciones del duelo*. Obtenido de Seom.org: <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- Portilla M., S. R. (2006). Depresion en la adolescencia y la infancia . En S. R. Portilla M., *Bases teoricas de la psiquiatria* (págs. 61-65). Manizales.
- PsiOrg. (9 de Julio de 2019). *Terapia del juego*. Obtenido de Apuntes de psicología: <http://www.apuntesdepsicologia.com/terapias-psicologicas/terapia-del-juego.php>
- Queliz, M. (19 de Abril de 2016). Cancer infantil: Mas grave de lo que parece. *Listín Diario*.
- Rey, J. M., Bella, T. T., & Liu, J. (2015). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey, T. T. Bella, & J. Liu, *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (págs. 10-50). Geneva.
- Ribeiro ABS, P. W. (2014). A ludoterapia e a crianca hospitalizada. *Cadernos ESP Ceará* , 67-80.
- Rifaldo Ceballos, C. M. (2018). *Estrategias de reducción de los niveles del mobbing en los trabajadores*. Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Barrancabermeja. Obtenido de <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/6783>

- Rodríguez, J. A. (2014). *Manual de psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Ediciones piramide.
- Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, F. (2015). *Tratado de Psicofarmacología*. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana.
- Salazar, M., Rodrigo, C., & Ruiz, J. (2015). *Tratado de psicofarmacología 2da Edición*. Panamericana médica.
- Sousa, R., Schueroff, L., & Pessoa, R. (2013). A importancia do brincar para as crianças oncológicas na percepção dos cuidadores: em um hospital de referência na cidade de Belem. *Rev. Pediatría Soperj*, 5-21.
- Téllez T., A., & Díaz, M. C. (21 de Julio de 2017). Contribución del genoma y el ambiente en el desarrollo de la leucemia aguda infantil. *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(4), 480-487. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400006
- Universidad Internacional de Valencia. (23 de Agosto de 2015). *Ejemplos de juegos para trabajar con las emociones*. Obtenido de Universidad Internacional de Valencia: <https://www.universidadviu.es/ejemplos-de-juegos-para-trabajar-las-emociones-en-clase/>
- Universidad internacional de Valencia. (2 de 8 de 2018). *Planificación Sanitaria: definición y fases*. Obtenido de Universidad VIU: <https://www.universidadviu.com/planificacion-sanitaria-definicion-y-fases/>
- Yélamos, C., García, G., Fernández, B., & Pascual, C. (17 de Febrero de 2015). *El cáncer en los niños*. Obtenido de Asociación Española Contra el Cáncer: https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/guia_reducida.pdf

ANEXOS

Anexo No.1. Modelo de consentimiento informado para la aplicación de entrevistas aplicadas al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.

Facultad de humanidades.

Escuela de psicología.

MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREVISTA.

Fecha:

Yo _____, como parte del personal sanitario del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Después de haber sido informado(a) sobre el procedimiento de entrevista, doy el consentimiento para que se me aplique y pueda ser utilizada la entrevista para la elaboración del trabajo de grado en psicología clínica de las estudiantes Lilibeth María da Silva Pereira y Scarlette Pérez Medrano, como parte de su proceso de formación, apegada a lo establecido por la ética profesional.

Firma de la universidad.

Firma del participante.

Anexo No.2. Guía de preguntas aplicada al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.

Entrevista dirigida al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría.

Reciba un cordial saludo. Se estará desarrollando una investigación de licenciatura sobre una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego. El objetivo de esta entrevista es describir cual es el proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría.

Las informaciones suministradas no serán divulgadas y solo serán utilizadas para los fines de elaboración del trabajo de investigación.

Se agradece el tiempo dedicado a apoyar la elaboración de esta investigación.

Fecha de aplicación de la entrevista __/__/__

Especialidad: _____

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Cuál es su cargo en esta institución?
3. ¿Cuál es el rango de edad que establece la institución para un paciente pediátrico?
4. ¿Cuál es el proceso de admisión para los pacientes oncológicos pediátricos?
5. ¿Cuántas personas conforman el equipo multidisciplinario encargado de un paciente y cuál es el cargo de cada una de esas personas?

6. ¿Cuál es el tipo de terapia más común que se le da en esta institución a los pacientes oncológicos pediátricos?
7. ¿Existe algún protocolo estandarizado en esta institución en cuanto al acompañamiento psicológico de los pacientes oncológicos pediátricos? ¿Qué implica el protocolo?
8. Cuando un paciente queda internado en el hospital; ¿Cuál es el promedio de visitas que recibe de su psicooncólogo?
9. Cuando un paciente queda internado en el hospital, ¿qué procedimiento debe seguir el psicooncólogo?
10. Cuando el paciente es del tipo ambulatorio; ¿Qué procedimiento debe seguir el psicooncólogo?
11. ¿Cómo funciona el seguimiento psicológico que se le da a los pacientes oncológicos pediátricos? (tanto cuando están internos en el hospital, son ambulatorios o cuando su enfermedad oncológica esta en remisión)
12. ¿Cuáles son las consideraciones que lleva al psicooncólogo a referir un paciente oncológico pediátrico al psiquiatra?

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo No.3. Guía de preguntas aplicada al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.

Entrevista dirigida al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría.

Reciba un cordial saludo. Se estará desarrollando una investigación de licenciatura sobre una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego. El objetivo de esta entrevista es describir cual es el proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría.

Las informaciones suministradas no serán divulgadas y solo serán utilizadas para los fines de elaboración del trabajo de investigación.

Se agradece el tiempo dedicado a apoyar la elaboración de esta investigación.

Fecha de aplicación de la entrevista __ / __ / __

Especialidad: _____

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Cuál es su cargo en esta institución?
3. ¿Cuál es el rango de edad que establece la institución para un paciente pediátrico?
4. ¿Cuál es el proceso de admisión para los pacientes oncológicos pediátricos?
5. ¿Cuántas personas conforman el equipo multidisciplinario encargado de un paciente y cuál es el cargo de cada una de esas personas?

6. ¿Cuál es el tipo de terapia más común que se le da en esta institución a los pacientes oncológicos pediátricos?
7. ¿Existe algún protocolo estandarizado en esta institución en cuanto al acompañamiento psicológico de los pacientes oncológicos pediátricos? ¿Qué implica el protocolo?
8. Cuando un paciente queda internado en el hospital; ¿Cuál es el promedio de visitas que recibe de su psicooncólogo?
9. Cuando un paciente queda internado en el hospital, ¿qué procedimiento debe seguir el psicooncólogo?
10. Cuando el paciente es del tipo ambulatorio; ¿Qué procedimiento debe seguir el psicooncólogo?
11. ¿Cómo funciona el seguimiento psicológico que se le da a los pacientes oncológicos pediátricos? (tanto cuando están internos en el hospital, son ambulatorios o cuando su enfermedad oncológica esta en remisión)
12. ¿Cuáles son las consideraciones que lleva al psicooncólogo a referir un paciente oncológico pediátrico al psiquiatra?

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo No.4. Guía de preguntas aplicada al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.

Entrevista dirigida al equipo multidisciplinario del Departamento de Pediatría.

Reciba un cordial saludo. Se estará desarrollando una investigación de licenciatura sobre una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego. El objetivo de esta entrevista es describir cual es el proceso de acompañamiento psicológico que hace la institución con pacientes oncológicos de pediatría.

Las informaciones suministradas no serán divulgadas y solo serán utilizadas para los fines de elaboración del trabajo de investigación.

Se agradece el tiempo dedicado a apoyar la elaboración de esta investigación.

Fecha de aplicación de la entrevista __ / __ / __

Especialidad: _____

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Cuál es su cargo en esta institución?
3. ¿Cuál es el rango de edad que establece la institución para un paciente pediátrico?
4. ¿Cuál es el proceso de admisión para los pacientes oncológicos pediátricos?
5. ¿Cuántas personas conforman el equipo multidisciplinario encargado de un paciente y cuál es el cargo de cada una de esas personas?

6. ¿Cuál es el tipo de terapia más común que se le da en esta institución a los pacientes oncológicos pediátricos?
7. ¿Existe algún protocolo estandarizado en esta institución en cuanto al acompañamiento psicológico de los pacientes oncológicos pediátricos? ¿Qué implica el protocolo?
8. Cuando un paciente queda internado en el hospital; ¿Cuál es el promedio de visitas que recibe de su psicooncólogo?
9. Cuando un paciente queda internado en el hospital, ¿qué procedimiento debe seguir el psicooncólogo?
10. Cuando el paciente es del tipo ambulatorio; ¿Qué procedimiento debe seguir el psicooncólogo?
11. ¿Cómo funciona el seguimiento psicológico que se le da a los pacientes oncológicos pediátricos? (tanto cuando están internos en el hospital, son ambulatorios o cuando su enfermedad oncológica esta en remisión)
12. ¿Cuáles son las consideraciones que lleva al psicooncólogo a referir un paciente oncológico pediátrico al psiquiatra?

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo No.5. Guía de preguntas aplicada a la psicooncóloga pediátrica del Departamento de Pediatría en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.

Entrevista dirigida al psicooncólogo del Departamento de Pediatría.

Reciba un cordial saludo. Se estará desarrollando una investigación de licenciatura sobre una propuesta de intervención para pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva utilizando la terapia de juego. El objetivo de esta entrevista es identificar cuáles son las características generales predominantes en los pacientes oncológicos pediátricos con sintomatología depresiva que deben considerarse para el establecimiento de un modelo de intervención.

Las informaciones suministradas no serán divulgadas y solo serán utilizadas para los fines de elaboración del trabajo de investigación.

Se agradece el tiempo dedicado a apoyar la elaboración de esta investigación.

Fecha de aplicación de la entrevista __/__/__

Especialidad: _____

1. ¿Cómo se llama?
2. ¿Cuál es su cargo en esta institución?
3. ¿Cuáles son las características más comunes de los pacientes oncológicos pediátricos?
4. Generalmente; ¿Quiénes componen la red de apoyo de los pacientes oncológicos pediátricos?

5. ¿Cuál es la reacción más común de los padres o cuidadores ante el diagnóstico oncológico de los pacientes pediátricos?
6. ¿Cuál es la clase social más común en los pacientes oncológicos pediátricos?
7. ¿Cómo se manifiesta la sintomatología depresiva en este tipo de pacientes?
8. ¿Cuál es la preocupación más común de los pacientes oncológicos pediátricos?
9. ¿Cómo suelen reaccionar los pacientes pediátricos ante el diagnóstico oncológico?
10. ¿Cuál es el nivel de afrontamiento más común de los pacientes oncológicos pediátricos?
11. ¿Los pacientes oncológicos pediátricos piden juguetes u otros materiales de carácter lúdico?

Muchas gracias por su colaboración.

HOJA DE FIRMAS

Scarlette Pérez Medrano
Sustentante

Lilibeth Maria da Silva Pereira
Sustentante

Daisy Massiel Santana, M.A
Asesora

Damarys Vicente
Jurado

Pat Olga Galán
Jurado

Julia Gavés
Jurado

Adrián De Oleo, M.A.
Directora Escuela Psicología