

**DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CREENCIAS EN LOS
NIÑOS ENFERMOS CON LEUCEMIA FRENTE A LOS
PROCESOS QUIMIOTERAPEUTICOS.**

PS (3
4030783



SISTEMATIZADO
HEMEROTECA

**DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CREENCIAS EN LOS
NIÑOS ENFERMOS CON LEUCEMIA FRENTE A LOS
PROCESOS QUIMIOTERAPEUTICOS.**

KARINA CAÑAS QUIROZ.

EIRA ORTIZ LECHUGA.

SELENE RADA TOVAR.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA.

2001

DESCRIPCIÓN DE SISTEMA DE CREENCIAS EN LOS NIÑOS ENFERMOS CON LEUCEMIA FRENTE A LOS PROCESOS QUIMIOTERAPEUTICOS.

KARINA CAÑAS QUIROZ.

EIRA ORTIZ LECHUGA.

SELENE RADA TOVAR.

**Informe de Investigación presentado al Comité de Investigación del Programa de
Psicología**

**Directora:
Dra. ANAHEL HERNÁNDEZ.**

CORPORACION EDUCATIVA MAYOF DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA.

2001

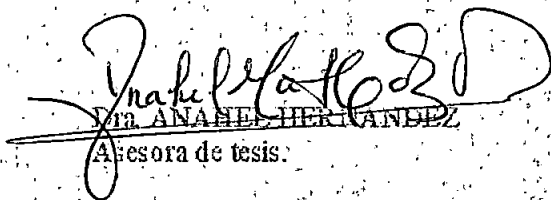
Barranquilla, Julio 31 de 2000

Señores
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
Ciudad.-

Reciban un cordial saludo.

La presente es para comunicarles que el proyecto de investigación que lleva por nombre " DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CREENCIAS DE LOS NIÑOS ENFERMOS CON LEUCEMIA FRENTE AL PROCESO QUIMIOTERAPEUTICO " se ha culminado, teniendo en cuenta todas las exigencias hechas por el departamento de investigación para llevar a cabo dicho proceso.

Agradezco su atención


Ana Hel Hernández
Asesora de tesis.

NOTA DE ACEPTACION

Números: 4.2

Letras: (cuatro, dos)

Vilma Caballero
Jurado

Angela Ronillo L.
Jurado

Jurado

Tutor

Barranquilla, Julio del 2001.



Toda sabiduría viene del señor y con él
está eternamente (Sirácida 1.1)

A Dios gracias por permitirme llegar a esta
meta en mi vida.

A mis padres que con su esfuerzo y apoyo
y en especial con su confianza supieron
aportar y donar todo de sí para poder
alcanzar este logro.

A mi novio que con su amor y cariño supo
brindarme su apoyo incondicional.

Karina

A Dios que con su poder divino siempre me acompañó y me iluminó el camino a seguir, por que sin él nada de esto sería posible.

A mi familia, por darme las fuerzas y el apoyo necesario, especialmente a mis padres, porque sin ellos no estaría donde estoy.

A Julio, porque me brindó siempre su apoyo incondicional, me guió y orientó, impidiendo que desfalleciera en los momentos difíciles.

A mis amigas de tesis.

A mi abuelo a quien siempre lleve en mi pensamiento y me motivo en algunas situaciones difíciles.

Eira

A Dios porque siempre estuvo guiándome
en los momentos difíciles de mi carrera.

A mi madre y hermanos por apoyarme y
haber confiado en mí, a mis sobrinos,
porque fueron esas personas que me
motivaron para seguir adelante y por
último a una persona super especial a la
cual quiero y le debo mucho, y que
aunque ya no estés te dedico mi éxito.

Papi, este triunfo es tuyo.

Selene

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la fuerza para seguir adelante en los momentos difíciles de nuestra carrera.

A nuestra directora y asesora de tesis por su apoyo y colaboración.

A los docentes Patricia Ruiz y Víctor Ovalle, por guiarnos en nuestra tesis.

A la doctora Vilma Cabarca por darnos las últimas pautas en la elaboración de nuestro proyecto.

A la Universidad Simón Bolívar por permitirnos desarrollarnos y capacitarnos como profesionales.

A unas personas en especial que por colaborarnos nos permitieron llegar a un feliz término nuestra tesis.

Karina, Eira y Selene

CONTENIDO

Págs.

INTRODUCCIÓN

2. JUSTIFICACIÓN 17

3. MARCO TEORICO 26

3.1. ENFOQUE CONDUCTUAL COGNITIVO 26

3.2. MODELO TEORICO 27

3.3. SISTEMA DE CREENCIAS 30

3.4. LA TRE 32

3.4.1. Concepto Filosófico de Hombre según la TRE 34

3.5. DIMENSIONES A EVALUAR Y SISTEMAS DE CREENCIAS 40

3.5.1. Aceptación de sí mismo 40

3.5.2 Autoestima Y Auto imagen 42

3.5.3. Autonomía 42

3.5.4. Relación 44

3.5.5 Autovaloración 45

3.5.6 Auto expresión Restringida 47

3.6. LA ETAPA PREOPERACION DE PIAGET 47

3.7. PENSAMIENTO OPERACIONAL CONCRETO.	50
3.8 LEUCEMIA	50
3.8.1 Definición	50
3.8.2 Reseña Histórica	51
3.8.2.1 Clasificación	53
3.8.3 Cuadros Clínicos	53
3.8.4 Diagnóstico	54
3.8.5 Tratamiento	55
3.8.5.1 Tratamiento Quirúrgico	55
3.8.5.2 Radio Terapia	56
3.8.5.3 Quimioterapia	57
3.8.5.4. Transplante de médula ósea	58
3.8.5.5. Factores predisponentes	61
3.8.6 Nuevos Conceptos Terapéuticos	64
3.8.7 Estrategia Terapéutica	65
3.8.8 Familia	66
3.8.8.1 Asesoramiento Psicosocial	67
3.8.8.2 Evitar El Aislamiento	69
3.8.8.3 Decir Siempre La Verdad	69
3.8.8.4 Mantener La Esperanza	70
3.8.8.5 Tomar Conjuntamente Las Decisiones	70
3.8.8.6 Utilizar Todas Las Posibilidades De Ayuda	70
3.8.8.7 No Sobreestimar Las Propias Fuerzas	70
3.9 ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO	71

3.10. LA ENFERMEDAD GRAVE Y LA MUERTE	73
4. PREGUNTA PROBLEMA	84
5. OBJETIVOS	85
5.1. OBJETIVO GENERAL	85
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	85
6. DEFINICION DE VARIABLES	87
6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	87
6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL	87
7. METODO	89
7.1. DISEÑO	89
7.2. POBLACION	90
7.3. MUESTREO	90
7.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS	91
7.5. PROCEDIMIENTO	93
8. RESULTADO	96
CONCLUSIONES	119
RECOMENDACIONES	124
BIBLIOGRAFÍA	127
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1 Registro de las respuestas de los niños	97
Tabla 2. Descripción de creencias en relación a la etapa de Pensamiento	115
Tabla 3. Diferencia entre etapas del pensamiento	118

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Cuestionario de evaluación de dimensiones y Sistemas de Creencia Niño de 4 A 6 Años	130
Anexo B. Cuestionario de Evaluación de Dimenciones y Sistema de Creencias Niños de 7 a 10 años	132
Anexo C. Registro de Evaluación Psicológica	134

INTRODUCCIÓN



Dada la importancia que tienen los procesos quimioterapéuticos en los hospitales oncológicos y hematológicos en nuestro medio y la falta de conocimiento que se tiene acerca de los factores psicológicos que influyen en la evolución positiva del paciente, este proceso se ha llegado a establecer como objetivo principal de esta investigación describir el sistema de creencia que tienen los niños que padecen leucemia frente al proceso quimioterapéutico.

A lo largo de la investigación se presentan las creencias que tienen los niños enfermos de leucemia sobre el proceso quimioterapéutico y la somatización de la idea de quimioterapia presentando algunas veces síntomas tales como fiebres, dolores de cabeza, dolores de estómago al igual que la depresión y ansiedad debido a la situación presentada por dicha enfermedad, y como estos pensamientos influyen en la evolución negativa o positiva del tratamiento.

Actualmente se han realizado investigaciones acerca del cáncer y de cómo esta enfermedad afecta la personalidad del individuo al igual que las creencias que tiene con relación a la enfermedad.

Para la ejecución de esta investigación se partió de una amplia revisión bibliográfica acerca de los conceptos de leucemia. Y el manejo psicológico del paciente oncológico y hematológico basándose este estudio en los fundamentos teóricos del modelo conductual cognitivo.

En esta investigación se utilizó el enfoque estudio de caso cuyo objetivo central es estudiar intensivamente características básicas, situación actual, e interacción con el medio de un individuo con un grupo específico.

La población fueron niños enfermos con leucemia entre 4 años – 10 años del hospital Francisco de Paula en la cual se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico intencional en donde se utilizó un cuestionario acerca de las creencias irracionales según el tipo de ideas y pensamiento que manejan los niños que se encuentran dentro del proceso quimioterapéutico.

Los resultados logrados en esta investigación permiten establecer una clara identificación de sus pensamientos, además le permite

lograr con mas eficacia sus metas y las reacciones emocionales proceden principalmente de las creencias, evaluaciones, interpretaciones acerca de lo que ocurre en el sujeto.

2. JUSTIFICACIÓN

En el momento actual el cáncer infantil en la República Colombiana representa la cuarta causa de mortalidad entre los 4 a 14 años de edad; en los países industrializados es la segunda causa. Constituye un problema de salud a nivel nacional; Sin embargo, existen otras prioridades y causas de mortalidad infantil con mayor frecuencia como lo son los padecimientos infectocontagiosos, gastroenteritis y enfermedades congénitas. Por otro lado, tanto a nivel nacional como mundial el cáncer infantil sólo representa el 5% de todos los cánceres en el ser humano.

A pesar de estas observaciones es importante señalar que el médico pediatra tanto en práctica institucional como privada y por estimaciones en los países desarrollados llega a diagnosticar entre uno a cuatro casos nuevos por año. Esta situación indiscutiblemente tendrá variables, sobre todo en relación al tipo de práctica y a la situación geográfica del profesional.

Una de las razones por las que se han decidido emprender un estudio del sistema de creencias frente al proceso quimioterapéutico en el paciente con leucemia, es saber cómo el paciente entiende y en consecuencia asume su enfermedad, esto dependerá en gran parte de su aportación al tratamiento médico, así como el mejoramiento sustancial de la calidad de los mismos.

La leucemia puede aparecer a cualquier edad, pero es más corriente entre los niños de 2 a 5 años. Los primeros síntomas consisten en anemia, cansancio, falta de apetito, agrandamiento de los ganglios linfáticos y temperaturas bajas inexplicables y prolongadas. Los médicos diagnostican la leucemia examinando una muestra de la médula ósea.

La mayoría de los niños que desarrollan la leucemia responden al tratamiento medicinal que se les administra y aproximadamente el 90% presenta uno o más periodos de mejoría temporal.

Durante estos periodos el niño parece sano y actúa con normalidad en los aspectos físicos. Sin embargo, los síntomas vuelven a presentarse repentinamente.

Los periodos de mejoría temporal son cada vez más cortos porque la medicación empleada se torna cada vez menos efectiva e incapaz de

controlar el crecimiento de los glóbulos blancos. Finalmente, las células crecen anormalmente, se inmunizan contra los medicamentos y se multiplican velozmente, predominando sobre las normales en la médula ósea también invaden órganos vitales como el cerebro y los riñones.

El niño ya no puede luchar contra las infecciones y no puede controlar coagulaciones de la sangre, cuando tiene algunas hemorragias. A los niños leucémicos se les debería permitir que vivieran lo más normalmente posible y ser tratados como antes que se descubriera la enfermedad; "puesto que el niño manifiesta alteraciones psicológicas que se deben a tres importantes factores: ansiedad, depresión y rabia, unidos entre sí y que modulan las experiencias dolorosas"¹.

La ansiedad se debe a:

- Miedo incontrolable a dormir.
- Miedo a la muerte.

¹ BONADONNA, Gianni, Manual de oncología. Barcelona: Masson, S.A. 1983. p. 962.

La depresión se debe a:

- Pérdida de la funcionalidad física.
- Pérdida de la imagen corporal.

La rabia depende de:

- Resentimiento hacia la enfermedad.
- Irritabilidad.

Estos factores de ansiedad anteriormente mencionados inciden en los niños de tal forma a tener ciertas creencias acerca del proceso quimioterapéutico. De los cuales el 70% de estos niños piensan que la quimio, "es un monstruo que se come las defensas" o que la quimio los va a matar, la quimio "es mi remedio pero ella me deja débil y creo que voy a morir²".

Sin embargo existe un 30% de estos niños que ve el proceso quimioterapéutico desde un punto de vista más positivo ya que ellos

² HISTORIAS PACIENTES CON LEUCEMIA, Hospital Infantil Francisco de Paula, Pabellón Sanar.

piensan y ven el proceso quimioterapéutico como su tabla de salvación.

Es por esta razón que tanto los niños como los padres que piensan negativamente no han asimilado la importancia que tiene el proceso quimioterapéutico durante la evolución de la enfermedad, así mismo se puede decir que la actitud tomada por los padres es debido a los síntomas y consecuencias presentados en los niños debido a dicho proceso tales como la caída del cabello, dolor de cabeza, debilidad corporal. (American Cancer Society, 1993).

Basándonos en los estudios que se han hecho en el enfoque conductual - cognitivo acerca de las ideas irracionales de la terapia racional emotiva de Albert Ellis se puede considerar que muchos de los pensamientos que tienen los niños acerca de estas ideas irracionales influyen de manera negativa en el proceso quimioterapéutico, influencia que se ve claramente identificada cuando los niños van a recibir dicho proceso, presentan una serie de síntomas tales como dolor de cabeza, dolores estomacales, fiebres, etc, así mismo presentan ansiedad y depresión ya que se ven limitados a una cama.

“Actualmente existe un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más; como minimizar sus trastornos

emocionales y conductas autoderrotistas y realizare así mismo para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante como es la racional - emocional"³.

Los avances han demostrado que ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo al padecimiento de algunas enfermedades, entre otros se han encontrado estudios realizados en 1984 por dos respetados epidemiólogos: Doll y Peto que es posible que los factores psicológicos pueda tener algunos efectos en la reproducción de cáncer y en otros estudios realizados por Eysenck, a la extraversión como factor predisponente al padecimiento de la enfermedad.

Otro de los grandes problemas en el manejo integral de estos pequeños lo constituye el concepto del diagnóstico que guardan tanto los padres - pacientes como el médico familiar y/o pediatra. La enfermedad de leucemia se guarda en un contexto de "tabú" y se evita comúnmente el enunciar la palabra para "no lastimar" al paciente. Este concepto en la actualidad ha demostrado ser incorrecto, sobre todo en el paciente escolar y/o adolescente en quienes ocasionará mayor estado de angustia. Valga la expresión "el paciente sabrá que todos saben su diagnóstico pero todos dicen

³ ELLIS, Albert. ¿Qué es la TRE? Journal of individual Psychology.

saber que él no sabe que tiene leucemia". Este laberinto de confusión además condiciona que el sentimiento de culpa sea profundo tanto por parte de los padres como del paciente.

En la actualidad se ha demostrado que el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento en estos pacientes mejoran el ámbito familiar, el optimismo para vencer el obstáculo y las relaciones médico - paciente.

Indiscutiblemente que el problema de leucemia y su curación aún en la actualidad es todavía materia de desconocimiento en muchas de sus áreas técnicas y por lo tanto, no es nada remoto que muchos de estos pacientes lleguen a fallecer. La conceptualización de este último evento (curación) constituye un paradigma para los familiares y el médico pediatra. La filosofía del bien vivir y buen morir es algo sólido en el pensamiento y acción del niño con leucemia. Es indispensable y esencial que tanto los padres como el equipo profesional no desprecien la inteligencia de estos pequeños e ignoren sus deseos, frustraciones y esperanzas que pueden tener.

Si bien es cierto que cerca de tres cuartas partes de los niños con leucemia cuando son tratados tempranamente en forma integral y especializada se curan, por otro lado un 25% de estos niños fallecen.

De tal manera que el preparar al paciente en condición terminal será un acto necesario y ético, que tendrá que abordar el médico tratante, el pediatra, psicólogo-tanatólogo y fundamentalmente los padres.

El equipo multidisciplinario que evalúa al niño con cáncer debe tener en mente el concepto integral de manejo Biopsicosocial para poder lograr no nada más la curación de la leucemia, sino la restitución *ad integrum* del niño a su medio familiar y social.

Debido a la importancia que le otorga la sociedad médica oncológica y hematología al tratamiento psicoterapéutico, a la recuperación del paciente con leucemia y basándose en la terapia cognitiva racional - emotiva se ha tomado como objetivo primordial de esta investigación. El manejo de las ideas irracionales que tienen los niños frente al proceso quimioterapéutico con el fin de cambiar estas ideas por sentimientos más adecuados y pensamientos racionales y sentimientos positivos frente a la evolución de la enfermedad, el cual es el aporte fundamental a la psicología.

Nuevo campo donde participa la psicología como técnica de alternativas en el manejo de pacientes oncológico, mediante el análisis del pensamiento, ideas, creencias, percepciones, perspectiva que tiene la persona que se enfrenta a estos eventos no normativos dentro de la dinámica no personal.

En el Hospital se hace un gran aporte en el área de la Psicología, el Desarrollo Humano ya que actualizará mediante la participación del psicólogo en el tipo de tratamiento que se brinda en el pabellón SANAR.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENFOQUE CONDUCTUAL COGNITIVO

Numerosas escuelas de terapia previenen seriamente a sus especialistas contra la adopción de un acercamiento directo a la interpretación. Sin embargo, en la realidad los terapeutas de tales escuelas practican mucha interpretación, como Víctor Raimy y otros han señalado claramente. En la TRE adopta una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos de los pacientes, a fin de que ellos puedan lograr una perspectiva de sus pensamientos y sus actos y sean capaces de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento, bueno o malo. El punto bueno o malo. El punto de vista de interpretación de la TRE está diseñado en Humanistic Psychotherapy: the Rational Emotive Approach. Ahor lo aplicaremos específicamente, con el objeto de usted, lector, pueda interpretar las causas y consecuencias de los trastornos mostrados por los pacientes que, como profesional del cuidado de la salud,

continuamente encontrará. Al utilizar la TRE, se han hecho muchas interpretaciones que son algo similares a las hechas por terapeutas de otras escuelas, incluyendo a los psicoanalíticos y los neópsicoanalíticos. Al mismo tiempo, si usted emplea la TRE, tenderá a evitar muchas interpretaciones que otros terapeutas hacen.

“Se refiere a conductas internas ocultas, no observables directamente y defendió las leyes del aprendizaje. Exige una mayor consideración de la percepción de la realidad. Su codificación verbal, capacidad para el análisis de situación y la selección de alternativas de conductas”.⁴ Así mismo este enfoque trata de los procesos cognitivos, procesamientos de la información y procesos conductuales, tareas o ejercicios que se le dejan para realizar teniendo mucho más en cuenta el procesamiento de información.

3.2. MODELO TEÓRICO.

Para explicar el modelo hay que partir de un modelo psicológico, los cuales, según la teoría de Ellis, surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas (Interpretaciones significado que el individuo atribuye) acerca de lo que sucede al sujeto en el punto que se explica a continuación.

⁴ DICCIONARIO, Psicología Mac Graw Hill.

En el punto A, se ubican aquellas experiencias que generan un cambio en el sujeto, estas experiencias reciben el nombre de experiencias activantes porque actúan en el aparato psíquico de la persona, dicho de otro modo genera un cargo emocional, además de la percepción de que esa experiencia se tenga y por consiguiente el tipo de carga emocional generada, dependerá en gran parte del sistema de creencias que dirige la carga emocional.

Este sistema de creencias y por ende, las percepciones que de las experiencias se tengan, se ubican en el punto B. (son los significados que el individuo construye sobre la situación).

Por último, dependiendo de las percepciones y concepciones que de las experiencias se tengan, se generan unas consecuencias tanto emocionales como conductivas.

Estas consecuencias son las que el doctor Ellis ubica en el punto C. Entonces punto A, experiencia activante; punto B, percepciones y concepciones que construye de las experiencias (significado) y que son dirigidas por un sistema de creencia; punto C, consecuencias emocionales y conductuales que dependen de la experiencia que ha construido en su desarrollo personal, social.

Cuando ocurre que se construya en sí mismo un fenómeno como una experiencia activante para el sujeto en el punto A, en consecuencia el sujeto asumirá una conducta específica en el punto C, pero en realidad es en el punto B, donde resida el sistema de creencias, donde la relación a la experiencia activante tomará su forma, dependiendo de las ideas y creencias que prevalezcan en el sujeto. Es aquí donde las personas constituyen con conceptos sobre sí mismos y el mundo derivado de las percepciones e inferencias que hacen sobre los eventos contribuyendo a crear sus consecuencias emocionales y comportamentales. Con esto se quiere decir que si bien todo suceso que se constituye y así mismo en una experiencia activante en A, y que reproduce en consecuencia un resultado observable en C, ha pasado en principio por un sistema de creencias en B, y que determinaran la forma de la conducta observable en C. Dicho de otro modo, el sistema de creencias (significado) dependerá de la evaluación e interpretación de nuestra experiencia, y por ende su consecuencia observable en la conducta. Así se hace importante ampliar que las consecuencias observables en C, serán tanto emocionales, como comportamentales.

El proceso anteriormente descrito por lo general no se encuentra en el sujeto ya que éste no es quien elige el patrón o eje de referencia ante el cual basar su percepción de la experiencia. Es por ello que la consecuencia emocional de una experiencia activamente no se puede

generalizar debido a que esto está sujeto al sistema de creencias propio del sujeto, y a la interpretación que éste haga.

Albert Ellis en su libro TRE en el primer volumen segunda edición en la Pág. 34 sugiere acertadamente que toda creencia será racional o irracional genera en sí mismo un proceso cognoscitivo de la experiencia, y que al conocer a fondo resulta beneficioso para el sujeto por cuanto logra una comprensión real de su experiencia y puede elegir actuar en consecuencia.

Hasta ahora se ha desarrollado lo que el sistema de creencias, cómo se constituye y como se opera, que es el modelo ABC y como opera; pero debe orientarse entonces hacia el origen mismo, y hacia las bases filosóficas, y tecnológicas y la concepción que se maneja del hombre en la TRE de Albert Ellis.

3.3. SISTEMAS DE CREENCIAS

El sistema de creencias es posible conceptualizarlo científicamente teniendo en cuenta que debe partir de unas bases o enfoques filosóficos y psicológicos.

El significado de sistema es más general que el de la teoría al que en algunos aspectos se aproxima.

Los sistemas son definidos como un todo organizado en el que sus partes son Inter-dependientes y se Inter-relacionan entre sí.

"El sistema de creencia es contenido como: los patrones de pensamiento que contienen creencias subyacentes (imágenes, cogniciones, supuestos, frases) que constituyen una respuesta interna a determinados eventos y producen emociones las cuales contribuyen a generar conductas o comportamientos".⁵

Los doctores Ellis y Abrahms basados en el enfoque terapéutico que maneja la TRE se refieren permanente a las creencias sustentadas en una de sus teorías de la personalidad. ABC, con lo que se hace una aproximación a la definición que se debe entender por creencias sin tener su naturaleza para el entendimiento del modelo terapéutico.

Es preciso aclarar el concepto de creencias dentro del contexto terapéutico y psicológico que le dan sentido teniendo en cuenta el modelo o teoría ABC de la TRE.

"Los niños poseen un pensamiento negativo frente a su enfermedad y el tratamiento de la misma, ven la quimioterapia como causante de daño, debido a los efectos colaterales que produce en ellos, tienen

⁵ MEICHEMDAUN. Donald Cognitive Restructuring Technique Cap. 6. p. 178 – 179. 1997.

una percepción negativa del futuro, identificación y percepción de muerte, como castigo hacia él por lo malo que ha hecho y percibe el hospital como un lugar desagradable”.⁶

A la vez que presentan sentimientos de ambivalencia hacia la madre y percibe el deterioro de su esquema corporal del cual por lo general lo ven como causalidad de la quimioterapia.

Todas estas creencias forman parte de la vida diaria del niño y que por tanto el las percibe como tal y las involucra de cualquier manera en su forma de actuar.

3.4. LA TRE.

La TRE básica es un modelo terapéutico que se basa en la idea de que tanto las creaciones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad y de asistirlo en la identificación de sus pensamientos o disfunciones y ayudarles a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz.

⁶ Historia pacientes con leucemias, Hospital Infantil Francisco de Paula Pabellón Sanar.

“Desde un punto de partida filosófico la TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que llaman consecuencias o reacciones emocionales, procedentes principalmente de nuestras creencias inconscientes, o de nuestras evaluaciones interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurre”.⁷

“En la TRE, la cognición, la emoción y el comportamiento humano son vistos como inexplicablemente Inter-relacionables afirma Albert Ellis cuando pensamos también sentimos y actuamos; y cuando sentimos simultáneamente pensamos y actuamos; y cuando actuamos concomitantemente pensamos sentimos”.⁸

La TRE sostiene que lo que llaman personalidad consiste en gran parte el resultado de creencias, fundamentales y actitudes del individuo este criterio que tiene la TRE acerca de la personalidad, arroja un poco más de luz sobre el concepto de creencias que sustenta el enfoque terapéutico de Albert Ellis

“En la TRE definimos los pensamientos racionales y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y a la felicidad de los humanos específicamente los

⁷ ELLIS Albert, Abrahams, T.R.E. volumen I, 3ª Edición. PAX 1986. p. 31

⁸ Ibid. p. 31

recursos de la TRE están orientados a que una persona es racional cuando ha elegido o decidido vivir con felicidad”.⁹

3.4.1. Concepto Filosófico de Hombre según La TRE. “La TRE enfatiza que los hombres nacen filosóficos (Ellis 1966) y por ello científicos naturales (Kelly 1955) creadores de un significado (Frank 1966) y usuarios de medios racionales para predecir el futuro (Friedman 1975). Por tanto el objetivo es realizar un profundo cambio filosófico que afectará sus sentimientos como conductas futuras como presentes”.¹⁰

Cuando el hombre que aprende a hacer, lograr o superar situación que para él resultan desagradables, se está ante un ser que se acepta sí mismo, pero si se da una condición opuesta, es decir cuando el hombre está condicionado a que las situaciones deben esperar, generan en él sentimientos y conductas no apropiadas que lo llevan a pedir y exigir en lugar de desear y preferir.

Revisando desde el punto de vista de la conducta el hombre pide y exige, debido a que esté está regulado por agentes externos que dirigen su comportamiento y tiene derecho, y si por el contrario el hombre no exige sino que desea y prefiere se dice que su

⁹ Ibid p. 61.

¹⁰ Ibid. p. 48.

comportamiento no está regido por agentes externos y por lo tanto su comportamiento será más que satisfacción y placer para sí mismo.

La TRE no solamente asume una posición filosófica sino existencial – humanística (Ellis 1962) adopta algunos puntos de vista de Víctor Frank y Carl Rogers.

“Desde esta perspectiva se ven a las personas como Holista orientado hacia las metas que tiene importancia en el mundo solo porque son humanos y viven, los aceptan incondicionalmente con sus limitaciones y se centran en sus experiencias y valores incluyendo potencialidades de autoaceptación con esta posición la TRE apoya al humanismo ético”.¹¹

Carl Roger sugiere que el término autoaceptación está por encima de definiciones y conceptos como el autoestima, confianza en sí mismo y otros términos que condicionan la aceptación de nosotros mismos, a una equivalencia de expectativas externas se habla de autoestima por ejemplo: se tiende a pensar que nos estimamos porque somos capaces de querernos y nos queremos porque somos buenos y somos buenos porque hacemos el bien y hacemos el bien porque nos portamos siguiendo unas reglas y por tanto serán los otros quienes

¹¹ Ibid p. 49

podrían decir si somos buenos y en consecuencia de factores externos nos consideramos buenos o malos, lo mismo ocurre con la confianza en sí mismo pues necesariamente se requiere de un referente externo (El otro), contraste.

El fin de la TRE se basa en la aceptación a sí mismo en todas sus dimensiones sin aceptar el suceso o la experiencia por la cual atraviesa el ser (Posición – humanística – filosófica – existencial). Es por esta razón que se considera importante el estudio del sistema de creencias y de acuerdo a la comprensión que se tenga de esta. Es que el hombre va a interpretar la realidad en torno de lo que debería ser y no por lo que desarrolla y es por esta razón que se generan mal adaptativo e inapropiado que distorsiona el verdadero sentido de las experiencias humanas y el cómo manejarlas apropiadamente.

La TRE ha estudiado con detenimiento la relación existente entre la ansiedad generalizada por la edad y el sistema de creencias así como la leucemia y la superación al temor de la muerte. Es importante que se recuerde del sistema de creencias del paciente la comprensión y el manejo de las emociones generadas no causadas por la experiencia actualmente llamadas leucemia podrán ser legítima y no apropiada y en consecuencia asumirá de una manera permanente afrontándola y aceptándola o condenándolo.

Una de las razones por las que se han decidido emprender un estudio del sistema de creencias frente al proceso quimioterapéutico en el paciente con leucemia, es saber cómo el paciente entiende y en consecuencia asuma su enfermedad, esto dependerá en gran parte su aportación al tratamiento médico, así como el mejoramiento sustancial de la calidad de los mismos.

Albert Ellis en su libro "How to master your fear of flying", da una serie de razones en apoyo a la idea de que la ansiedad y el interés injustificado acerca de la muerte. Por tanto Ellis sugiere realizar estas razones que ayudarán a la comprensión general del sistema de creencia ante la enfermedad y la muerte.

El primer punto a que llegó fue que la ansiedad sobre la muerte podría facilitar un rápido deceso. Esto obedecería a que las metas, deseos, la energía del paciente van encaminando a la evasión de enfermedad, la ansiedad y su padecimiento. Se descubrieron aspectos importantes psicofísicos del paciente, que lo llevan a situaciones graves es decir a no responder positivamente al tratamiento o que su enfermedad avanzará más rápido.

Otro de los puntos expuestos en curso obedece al principio de la búsqueda del placer del hombre, es decir, cuanto más se preocupan las personas de la muerte menos placer obtienen de la vida.

Además, aun no han sido científicamente demostrado que la ansiedad pueda crear enfermedades, pero en consecuencia puede dificultar los tratamientos.

En el libro de Reason and emotions in psychotherapy, humnistis psychotherapy – The rational emotive approach, y en libro "Handbook at nationu" Emotive Therapy, que la TRE fomentó tres clases de proyectos: La primera consiste en el punto de vista de las experiencias de cuantos:

A. No causan más bien es nuestro sistema de creencias (significado).

B. Por tanto, las personas son en gran parte responsable de sus trastornos emocionales este punto es muy importante ya que es falso que toda enfermedad puede ser considerada únicamente somática, o únicamente psíquica sino que toda enfermedad involucra efectos psicosomáticos.

"Cuando las personas están lastimadas o enfermas tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferente grado de intensidad. Tales cambios son a veces más importantes que la misma enfermedad y con frecuencia dan a los pacientes la motivación primaria para buscar tratamiento médico. Es bien sabido que muchos pacientes se hallen más asustados que enfermos y que,

cuando se les asegura que su trastorno físico no es serio, su alivio emocional les permite reducir sus males a un mínimo".¹²

También se pueden ver que toda enfermedad genera consecuencias somáticas, pero también psicológicas. El sistema de creencias a través de TRE, es una de las maneras de determinar no conocer hasta dónde influye una en otra sino, que se puede hacer desde nuestra perspectiva para completar el tratamiento.

En conclusión la TRE con sus principios ofrece un acercamiento más humanístico a personas que se enfrentan a enfermedades como la leucemia. Ayuda a que estas personas que tiene en alto riesgo su vida y reintentar de alguna manera el hecho de ser hombres y mujeres mortales.

La leucemia es un proceso biopsicosocial, ambiental; el individuo con leucemia interactúa con sistema como: la familia, el personal médico, las consecuencias de la enfermedad y el tratamiento.

Como proceso dinámico la enfermedad hace que el individuo modifique la concepción de la vida que ha tenido, lo cual lo lleva a reactivar creencias y hechos manifiestos sobre la concepción que

¹² *Ibíd.* p. 14

tiene de ese hecho. En la TRE, la persona puede entender que su proceso de tratamiento y de manejo de la enfermedad depende de su actitud.

3.5. DIMENSIONES A EVALUAR Y SISTEMAS DE CREENCIAS

El sistema de creencias de los niños con leucemias está implícitamente conectado con todos los aspectos del ser humano, y por lo tanto su estudio puede abarcar cualquier cantidad de procesos circunstancias y dimensiones en las que se ve envuelta el niño.

Vemos que el sistema de creencia incide directamente en ciertas dimensiones que son importantes para la aceptación de la enfermedad el tratamiento y su posterior evaluación. Dichas dimensiones son las siguientes: aceptación de sí mismo, autoimagen, autoestima, familia, concepto de la enfermedad y tratamiento.

3.5.1 Aceptación de Sí mismo Según Ellis esta dimensión es la más importante y que se constituye en un eje de vida de la persona.

Sostiene Ellis "que es el rasgo más valioso para el individuo que esté saludable, enfermo o físicamente, es la plena aceptación de sí mismo. Para ello, retoma a Carl Rogers, cuando expone que la aceptación de sí mismo es una aceptación incondicional, y que

representa que uno se acepte a sí mismo como su existencia, su condición de ser animado sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie".¹³ Ellis aclara aún más esta afirmación de Rogers, cuando expone que un individuo se acepta a sí mismo solo cuando elige hacerlo.

La aceptación de sí mismo significa que "está determinado aceptarse tal cual como es, ya sea que actúe bien o mal, o que gane no la aprobación de la gente"

En los niños con leucemia hay que resaltar la importancia de la aceptación de sí mismo porque de esto dependerán en gran parte las referencias de definición utilizados para sí, y por ende se afectan las otras dimensiones.

Para el contexto de la TRE "el hombre es una complejidad de lo que lo sostiene, siente, piensa y actúa, en virtud de ello, los referentes de definición que para sí mismo se han utilizado por la persona, incide también en su sistema de creencias".¹⁴

Carl Rogers, confirma que la aceptación de sí mismo permite una apertura hacia la experiencia, es decir el extremo opuesto de una

¹³ Ibid. p. 19.

¹⁴ Ibid. p. 20.

actitud defensiva, ya que lo coloca así mismo como fuente a centro de sus decisiones o juicios de valor al reconocer que en él reside la facultad de elegir. Emergiendo en todo momento una persona abierta a todos los elementos de su experiencia orgánica, en este caso ante la enfermedad, que acepta pautas internas de evaluación, y vive su vida como quien participa en un proceso dinámico que le lleva a descubrir y aceptar nuevos aspectos de sí mismo.

3.5.2 Autoestima Y Autoimagen. El grado de autoestima del paciente parece incidir en la carga emocional que genera la enfermedad y en especial la leucemia. Sin embargo, es importante evaluar la autoestima porque nos sugiere cuales son los por que, y los referentes externos que le permiten al niño evaluarse.

"La dimensión de la autoimagen se trata de ver como se percibe y concibe físicamente el paciente".¹⁵

3.5.3. Autonomía. Expectativas acerca de uno mismo y del ambiente que interfiere con la habilidad percibida para sobrevivir y funcionar independientemente.



¹⁵ ROGERS Carl. Convertirse en persona. Cap. VI. Boston: Ed.Houston. 1961. p. 109.

1. **Dependencia/ Incompetencia:** Se refiere a la creencia de que uno es incapaz de cumplir las responsabilidades cotidianas en forma competente e independencia. Se considera que los padres de estos niños no los estimularon a actuar independientemente a desarrollar confianza en sus habilidades para hacerse cargo de si mismo.

2. **Subyugación/ pérdida de individualidad:** Se refiere a la creencia de que uno debe delegar el control de las propias decisiones, preferencias y expresión emocional a otras personas para evitar el enojo, la venganza y el abandono. Se considera que en la infancia tuvieron padres muy controladores.

3. **Vulnerabilidad al Daño y a la enfermedad:** Se refiere a la creencia de que uno está siempre corriendo el riesgo de que en cualquier momento le ocurra una catástrofe natural, médica, o criminal, y de que uno es incapaz de protegerse a si mismo por lo que se toman precauciones excesivas. Se considera que los padres fueron extremadamente temerosos y transmitieron a sus hijos la idea que el mundo es un lugar peligroso.

4. **Miedo a perder el Control:** El esquema se refiere al miedo exagerado a perder el control sobre el comportamiento, impulsos, emociones, mente y cuerpo. Algunas veces conducen a un control excesivo o al bloqueo de emociones e impulsos. Se considera que

los padres no estimularon la expresión de emociones, especialmente de ira.

3.5.4. Relación: Expectativas acerca de que las necesidades de tener relaciones sociales o íntimas que proporcionan cuidado, protección y que sean estables confiables y empáticas, no se llenarán de manera predécible.

1. **Deprivación de cuidado:** Se refiere a la creencia de que las necesidades emocionales primarias no serán llenadas por otros. La deprivación emocional se daría en diferentes niveles.

- Ausencia de afecto y del calor de otro física y emocionalmente.
- Deprivación de protección: Carencia de fuerza y guía de otros.
- Deprivación de empatía: Carencia de comprensión, escucha y de compartir mutuamente los sentimientos con otros.

Generalmente los padres deprivaron emocionalmente a los hijos.

2. **Abandono/ Pérdida:** Se refiere a la creencia de que no perderá a todas las personas con las que se formen lazos emocionales. El niño piensa que de cualquier forma, las relaciones estrechas terminarán inminentemente. Se tiene en cuenta que esto surge cuando los padres han llenado en forma no consistente las necesidades de sus

hijos, como por ejemplo, dejaban solo a sus hijos frecuentemente o no los atendían por periodos prolongados. Padres indiferentes.

3. Abandono/ Inestabilidad: La percepción de que las personas que pueden brindar apoyo son inestables y poco confiables. O porque abandonarán al paciente por otra persona.

4. Desconfianza / abuso: Se refiere a la creencia de otros intencionalmente se aprovecharán de uno. Los niños con este esquema están siempre esperando que otros le causen daño, los engañen, mientan, manipulen o dejen a un lado.

5. Aislamiento Social / alineación: Se refiere a la creencia de que uno está aislado del resto del mundo, que es diferente de otros y/o no forma parte de ningún grupo.

3.5.5. Autovaloración: La creencia de que uno no es una persona deseable para otros en términos de los siguientes parámetros: atractivo físico, habilidades sociales, valores internos, integridad moral, personalidad interesante, logros profesionales.

1. Carencia/ Desamor o muchos defectos/ no Amado: Se refiere a la creencia de que uno es inherentemente imperfecto y con defecto y defecto y de que no será amado por otros, puesto que si se acercan

se darán cuenta y abandonarán la relación. Generalmente los padres fueron muy críticos con sus hijos y los hicieron sentir que no merecían ser amados.

2. Indeseabilidad Social: Se refiere a la creencia de que uno exteriormente indeseable y poco atractivo para otros. Las personas con este esquema se ven a si mismos como poco atractivos, con pocas habilidades sociales de bajo estatus y aburridos.

3. Incompetencia/ Fracaso: Falla para obtener logros se refiere a la creencia de que uno es incapaz de tener una ejecución tan buena como la de los otros en áreas como el colegio, la carrera o el deporte. Estas personas se sienten estúpidas, ineptas, sin talento o ignorantes. Se considera que los padres no dieron el apoyo suficiente, disciplina y estímulo para que el niño persistiera y tuviera éxito en áreas de logro.

a. Culpa / castigo: Se refiere a la creencia de que uno es moral o éticamente malo e irresponsable y que se merece el castigo y la crítica de otros. Se considera que los padres emplearon reglas de comportamiento estrictas y utilizaron el castigo excesivo para controlar a los hijos.

b. **Penal/ Vergüenza:** Se refiere a la creencia de que ciertas características personales son totalmente inaceptables para otros y son fácilmente visibles.

3.5.6. Autoexpresión Restringida: Restricción o supresión de las emociones propias, de los impulsos, deseos y preferencias cotidianas para ganar el respeto de otros o evitar la culpa.

1. **Inhibición Emocional:** Excesiva inhibición de las emociones o de los impulsos, especialmente de la ira, porque se considera que el resultado de dicha expresión es la pérdida de estima o el daño de otros.

2. **Auto-Sacrificio:** La atención voluntaria y exageradamente en llenar las necesidades de otros a expensas de las necesidades y preferencias propias para evitar la culpa o porque con eso se espera ganar estimación.

3.6. LA ETAPA PREOPERACIONAL DE PIAGET:

En esta etapa los niños pueden pensar en objetos, personas o sucesos que no están presentes, mediante representaciones mentales de ellos. Esta etapa es un paso significativo más allá del periodo sensorio motor porque en ella los niños pueden aprender no

sólo mediante los sentidos y la acción sino mediante el pensamiento simbólico y la reflexión sobre sus acciones.

- La Función Simbólica: Es la habilidad de aprender mediante el uso de símbolos. Un símbolo es una representación mental de lo que ha logrado percibir una persona. Los símbolos permiten pensar en cosas sin tener que contar con los objetos o hechos reales al frente. El símbolo más común es la palabra, primero hablada y después escrita. Los niños en la etapa preoperacional pueden usar ahora el lenguaje para referirse a cosas ausentes y para hechos que no suceden en el presente.

Indicación de la función simbólica los niños presentan la función simbólica de tres maneras:

- La imitación diferida: Es la imitación de una acción observada, después de que ha pasado mucho tiempo.
- Juego simbólico: Los niños toman un objeto para simbolizar algo más.
- Lenguaje: Es la manifestación más importante de la función simbólica.

- Logros del Pensamiento Preoperacional:

- Comprensión de identidades y funciones: El mundo es más ordenado y predecible ahora porque en la etapa preoperacional los niños tienen un conocimiento básico de identidades y funciones en esta etapa los niños también comprenden algunas relaciones funcionales básicas entre las cosas y los hechos.

- Limitaciones del pensamiento preoperacional:

En la etapa preoperacional los niños no diferencian con claridad la realidad de la fantasía.

Centración: Los niños, se enfocan o centran en una parte de la situación y descartan las demás llegando con frecuencia o conclusiones ilógicas.

No pueden descentrar o pensar simultáneamente en varios aspectos de una situación. La lógica de los niños en la etapa preoperacional también está limitada por el carácter de irreversibilidad o sea no entender que una operación se puede realizar de dos maneras.

3.7. PENSAMIENTO OPERACIONAL CONCRETO:

En la tercera etapa del piaget los niños pueden pensar operacionalmente, es decir, pueden utilizar símbolos para llevar a cabo operaciones.

En la etapa de operaciones concretas los niños son mucho mejores que los del nivel preoperacional para clasificar, trabajar con números, manejar conceptos de tiempo y espacio y distinguir la realidad de la fantasía. Aquí en esta etapa los niños pueden descentrar; esto significa que pueden tomar en cuenta todos los aspectos de una situación en lugar de concentrarse en uno solo.

Comprenden que la mayor parte de las operaciones físicas son reversibles y el aumento en su capacidad para comprender el punto de vista de los demás les permite comunicarse en una forma más efectiva y ser más flexible en su pensamiento moral.

3.8. LEUCEMIA

3.8.1 Definición: Grupo de síndrome de etiología incierta, caracterizadas por proliferación anormal de una o varias celulares derivadas de los tejidos formadores de sangre.

3.8.2 Reseña Histórica: Sorprende no hallar descripciones claras de leucemia antes del siglo XIX Alfred Velpeau describió el primer caso en 1827 (probablemente leucemia granulocítica crónica), en un hombre de 63 años con un abdomen grande, fiebre y debilidad cuya autopsia un vaso de hígado enorme.

Rudolph Virchow Caracterizó a los leucocitos y junto con Jon Hughesbenett separó estos síntomas como entidades clínicas definidas. Virchow le dio el nombre de leucemia describió hallazgos patológicos y atribuyó el síndrome a excesiva producción de células blancas en 1845 y en 1856 Neumann publicó su descripción clásica de leucemia granulocítica crónica en 1869. Poul Ehrlich estimuló la clasificación de los diversos tipos de leucemia con sus métodos.

El término leucemia se introdujo en 1914 para separar los casos con cambios leucémicos titulares pero sin leucocitosis o cémiscotisulares, pero si leucocitocis o célula leucemia en la sangre periférica.

Eherman y Bang en 1908 y Rous en 1911, fueron los primeros en propugnar la posible etiología viral de las leucemias basándose en sus experimentos en animales (pollos, ratones y ratas). Von Jagie en 1911 fue el primero en describir leucemia inducida por irradiación. Dr Ludwik Groos sugirió en 1959 la posible transmisión de leucemia inducida por material ácelular en ratones. L. Dmochowsky y Grey

reportaron la presencia de virus o partículas viroides en materiales obtenidos de leucémicos humanos en 1957, con microscopios electrónicos morfológicamente semejantes a las encontradas en casos de leucemia aviarias y murinas.

Burnet Good Starzi Da Meshek y Schwartz entre los contemporáneos han contribuido al estudio de posible papel etiológico de un trastorno en la vigilancia inmunológica en las leucemias, son al presentes unas de las más interesantes posibilidades de aclarar el enigma leucémico.

S. Fobe puede considerarse como el iniciador de la terapia moderna antileucémica con su introducción de atimetabolitos del ácido fólico. En 1948 L. Burchenal inició el tratamiento efectivo con 6 mercatopurina. En 1953 Faber introdujo el uso de corticoesteroides. En 1950 D. Fernbach estableció el valor de la ciclofostamida en las leucemias infantiles en 1962 M. Karon al efecto de la Vincristina Broome la Asparaginasa Len 1961 Freireich karon y Frei demostraron el valor de combinaciones (Vamp) en 1964 Howard aportó el arabinocido de las citosina en 1968 Bernan La Daunorbicina 1968 G. Mathe inició inmunoterapia con BCG en 1967.

Dalton introdujo el Mileran en 1953 y el Clorambucil en 1955.

3.8.2.1 Clasificación:

- a. Leucemia aguda linfoblástica.
- b. Leucemia aguda no linfoblástica.
- c. Leucemia mieloblástica sin maduración. (M₁).
- d. Leucemia mieloblástica con maduración. (M₂).
- e. Leucemia promielocítica (M₃).
- f. Leucemia mielomocítica (M₄).
- g. Leucemia monocítica (M₅).
- h. Eritroleucemia (M₆).
- i. Leucemia megacarioblástica (M₇).

3.8.3. Cuadros Clínicos: A. Leucemia agudas: La presentación clínica más frecuente es la de una persona de mediana con fiebre, hemorragia y anemia. El Bazo, Hígado y Ganglios linfáticos están por lo general crecidos.

Los motivos más frecuentes de consultas de leucemias agudas son: Fatiga, Anorexia, Fiebre, Pérdida de Peso (Dismetabolismo), Cefalea, Sudoración Profusa, Tos, Dolor Óseo o Reticular, Hemorragias, Infección Linfadenopatía, Hipertrofia Gingival.

La leucemia aguda afecta todas las edades, la leucemia granulocítica Crónica afecta a los adultos jóvenes y algunos niños, y la leucemia linfocítica crónica afecta a la edad madura y a la senectud.

Las leucemias agudas principalmente los linfoblásticos, representan más del 95% de las leucemias infantiles y son mayoría en los adultos. En el adulto, en cambio, las leucemias son granulocíticas, cerca del 60% de todas las leucemias son agudas el 25% son granulocíticas crónicas y el 15% linfoides crónicas.

3.8.4. Diagnóstico: La sobrevivencia promedio de un leucémico agudo no tratado es de dos a seis meses. Las leucemias agudas del adulto responden menos que la de los niños (Ejemplo: 53%, remisión completa 24 semanas, promedio de sobrevida en pacientes que responden 13 meses, promedio de sobrevida 7 meses, con POMP, 1971, un de los tratamientos más efectivos).

El promedio de sobrevida para las leucemias monosíticas agudas es de cuatro a seis meses, para la linfoblásticas de 30 meses. Hay más de 159 pacientes con leucemia agudas publicados, vivos más de cinco años a partir de la fecha del diagnóstico, y uno de cada cuatro leucémicos agudos tratados con quimioterapia intensiva sobrevive por 41/2 años la fecha del diagnóstico, en algunas series.

3.8.5. Tratamiento: El diagnóstico de leucemia aguda debe verificarlo siempre un hematólogo u oncólogo, y el tratamiento debe hacerse en instituciones especializadas (Institutos de cáncer, centros médicos). Las hospitalizaciones solo son necesarias para inducir la remisión y tratamiento de complicaciones. Una vez en remisión, al colegio, al trabajo o a la actividad usual.

3.8.5.1. Tratamiento Quirúrgico: Los procesos malignos tienen siempre un inicio local, no solo hace necesario un diagnóstico precoz, sino que también coloca en el primer lugar de todos los métodos terapéuticos al tratamiento quirúrgico. En tanto que el tumor no haya sobrepasado los límites del órgano afectado y este pueda ser extirpado en su totalidad (Un riñón, el útero, un testículo, una mama) existe la posibilidad de curación.

Sin embargo siempre permanece la duda de si alguna célula tumoral ha metastatizado.

Con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas la disponibilidad de los modernos anestésicos y la utilización de preparados eméticos así como una profilaxis antiinfecciosa sumamente efectiva, hoy en día es posible realizar intervenciones sorprendentemente extensas sobre prácticamente todos los órganos humanos. Los resultados obtenidos

en el tratamiento quirúrgico del carcinoma de colon y recto, de los tumores testiculares y del calcinomas hablan por si solos.

3.8.5.2 Radio Terapia: En 1899 se consiguieron las primeras curaciones de un carcinoma cutáneo mediante rayos x. El camino de la terapia se vio limitado por la sobre carga global del organismo y la tolerancia a la radiación de la piel y de las mucosas.

La forma clásica de radiación superficial de las partes blandas en la actualidad ha sido totalmente abandonada y sustituida por la posibilidad de producir una radiación x más intensa, con fuentes de radiación a partir de aparatos telecobalto y los llamados aceleradores lineales. Repartida en varios campos superficiales y confluida en profundidad, las elevadas dosis de radiación pueden ser efectivas en la zona diana, sin que le tejido ya no circundante lesionado y finalmente la combinación de la cirugía y la radio terapia permite que después de la extirpación local del tumor se iniciaba sobre las vías de escape y el patrón de expansión de una formación de esta manera el tratamiento puede ser tanto local como regional.

Antes de iniciar una radio terapia que (generalmente de forma ambulatoria), debe aplicarse varias veces a la semana, se calcula cuidadosamente la dosis y la dirección de la radiación y se marcan los puntos de irradiación en el cuerpo del paciente. En algunos casos

un tumor interno debe irradiarse desde varias direcciones. Los rayos aislados (relativamente de poca energía) se suman en el lugar de la irradiación de forma que las células tumorales mueren, mientras que las células vecinas, especialmente el tejido sano sensible, recibe poca radiación en ocasiones es mejor introducir la fuente de radiación o sus cercanías, en forma de pequeños pellets con una sustancia radioactiva. Esta llamada radio terapia intersticial a demostrado su eficacia en algunos carcinomas glandulares.

En ocasiones como efectos secundarios de la radio terapia aparece una importante astenia, anorexia, náuseas y vómitos, y pueden tratarse farmacológicamente. En las zonas irradiadas, en pocas semanas se produce la caída del pelo o bien, enrojecimiento y formación de vesículas en la piel. En la mayoría de los casos el pelo vuelve a crecer al cabo de pocos meses; la irradiación cutánea también desaparece.

3.8.5.3. Quimioterapia: La posibilidad de aplicar un tratamiento antitumoral sistemático que incluyera a todo el organismo solo era realizable mediante una terapia farmacológica. La cirugía y la radio terapia constituye en este caso complementos de la quimioterapia antineoplástica. Una terapia con uniones químicas captada por la sustancia orgánica (sean células o microorganismos) o la lesiona o la destruye.

La falta de diferencias bioquímicas realmente seguras entre células tumorales y las células normales es la causa de que al utilizar los llamados atostáticos o quimioterapéuticos sea imposible que los efectos tóxicos afecten a las células normales.

Este hecho determina la toxicidad de los fármacos de los que disponen actualmente.

La quimioterapia puede provocar la inhibición de la división celular en el tejido diana (efecto antiproliferativo) o la destrucción de las células tumorales (citólisis).

La acción del fármaco sobre el tumor y la minimización de los efectos secundarios sobre el tejido sano son los principales factores que determinan la elección del quimioterapéutico.

La quimioterapia por sí sola o en combinación con la radioterapia y / o la cirugía constituye hoy en día el método de elección por ejemplo en el tratamiento de las neoplasias malignas del tejido linfático.

3.8.5.4 Trasplante de Médula Ósea: El trasplante de médula ósea consiste en reemplazar la médula ósea del paciente por otra médula ósea sana proporcionada por un donante voluntario y que sea

compatible con la del paciente o puede ser reemplazada por la propia médula ósea del paciente.

De esta manera, el trasplante de médula ósea puede ser alogénico o autólogo.

- Trasplante alogénico

En este caso, la médula ósea del paciente se destruye totalmente y recibe otra que proviene de un donante compatible.

- Trasplante autólogo o autotrasplante

En este trasplante se utiliza la propia médula ósea del paciente, se la extrae y purifica en la etapa de remisión de la enfermedad, y recibe las células que tengan menos posibilidades de estar contaminadas por la enfermedad.

- Trasplante de médula ósea con las células procedentes del cordón umbilical.

El cordón umbilical es el nexo de unión entre la madre y su hijo durante los nueve meses de gestación. Esta conexión vital permite la nutrición y desarrollo del niño hasta el parto, momento en el que deja

de cumplir esta importante misión. Por ello, una vez que se produce el nacimiento, el cordón umbilical se suele cortar y desechar.

Sin embargo, recientemente se ha encontrado utilidad a la sangre del cordón umbilical, que se puede emplear para el trasplante.

El paciente

puede registrar su tipo de médula ósea

¿ Cómo se puede contribuir?

Se puede contribuir siendo un donante voluntario de médula ósea.

Hay que tener en cuenta que para poder ser donante se requiere un cierto nivel de salud.

En el país donde usted reside, consulte sobre los lugares donde pueden hacerle un análisis de sangre para determinar su tipo de médula ósea y para después registrarlo en un banco de médula ósea.

Esta muestra de sangre se estudia a fin de obtener datos preliminares de compatibilidad del donante y se introducen en el registro o banco de donantes de médula ósea de tal manera de que se puedan comparar con los de cualquier persona que precise un trasplante. Cuando se encuentra a un donante potencial, se le realiza una segunda extracción de sangre que permita un análisis más detallado ya que es necesario que la compatibilidad donante-

receptor sea muy alta para prevenir complicaciones posteriores. En caso de que se encuentre una compatibilidad suficiente, el donante es sometido a una extracción de médula mediante una técnica quirúrgica muy sencilla. Se extrae con una jeringa una pequeña cantidad de médula del hueso de la cadera. Esta técnica se repite hasta que se obtenga la cantidad suficiente. En el caso de la obtención de las células del cordón umbilical, ésta se efectúa mediante una técnica muy sencilla después del parto, sin ningún dolor ni riesgo para el recién nacido o la madre.

3.8.5.5. Factores Predisponentes: Es importante señalar que en el momento actual la etiología de esta enfermedad permanece no identificada, aun cuando existen indicios ocasionales de que pudiera tratarse sólo en esos casos de un factor etiológico viral el cual condiciona la producción y/o estímulo de un clono de células de leucemia aguda. El caso específico es la del virus HTLV1, identificado únicamente en algunos pacientes adultos con leucemia-linfoma. Existe una multitud de factores predisponentes a considerar. En primer lugar en países sajones se estima que 1 de cada 2880 niños va a padecer esta enfermedad. En un análisis más correcto se estima que la frecuencia de leucemia aguda es de 4.5 casos nuevos por 100.000 habitantes por año. Por otro lado la frecuencia aumenta en forma muy significativa en hermanos de niños con leucemia aguda a cuatro veces. Esta frecuencia se observa muy incrementada tanto

en síndromes con alteración cromosómica (ej. Síndrome de Down: padecerá leucemia aguda 1 de cada 95 niños) como síndromes que cursan con inmunodeficiencia ya sea congénita o adquirida.

Algunos factores predisponentes de leucemia en pediatría

ENTIDADES	OBSERVACIÓN	ENTIDADES	OBSERVACIÓN
Anomalías cromosómicas	Síndrome de Down	Edad materna	Más de 35 años.
	Trisomía G	Historia Materna	Abortos Múltiples
	Síndrome de Klinefelter	de reproductiva	
	Anemia Fanconi	de mayor peso al nacimiento	Más de 3.5 kg?
	Síndrome de Bloom		
	Enfermedad de Bruton	Radiación in utero ocupación	Aumento x 2 (LANoL)
Enfermedades genéticas	Ataxia telangiectásica	paterna	Pesticidas, plásticos, solventes,
	Síndrome de Poland	Ocupación	plomo
	Síndrome de Shwachman	de materna	Pintura y pigmentos,

Consanguinidad	Norteamérica		Benceno y gasolina
Leucemia familiar	Deficiencia de adenosin deaminasa de los linfocitos	Exposición paterna	Serie GI antes de la concepción
Nivel Socioeconómico Alto	Norteamérica	Campos	?
	CCG, 1994	electromagnético	Infección viral
Recién nacido	Vitamina K?	Hipótesis de Greaves	LAL Pre B

Robinson LL, Epidemiology of childhood leukemia, University of Minnesota. Minn ASCO 1994.

Además, es importante señalar que pueden participar otros factores tanto primarios como copartícipes, los cuales se han señalado que aun cuando su papel es débil es necesario tomarlos en cuenta.

Conceptos generales de epidemiología, esta enfermedad se caracteriza por afectar tanto al sexo masculino como el femenino; sin

embargo, existe una predominancia del masculino sobre el femenino. Esto se hace ostensible tanto en la literatura como en nuestra experiencia.

3.8.6. Nuevos Conceptos Terapéuticos: En los centros de investigación del cáncer del mundo se trabaja febrilmente para el desarrollo de los nuevos conceptos terapéuticos contra la leucemia.

La terapia genética de la leucemia parece estar llenas de perspectivas e incluso podría aumentar tanto las perspectivas de curación como disminuir los efectos secundarios. Para ello se aíslan de la sangre de un paciente enfermo de cáncer inmunológicos (células asesinas).

Con el fin de aumentar la acción de estas células, realmente responsable de la respuesta antitumoral, se altera su información genética y después se inyecta nuevamente al paciente.

Estas células inmunológicas manipuladas deben combatir más agresivamente que antes a las células tumorales.

También se está experimentando con anticuerpos especiales que bloquean determinados receptores de la superficie de las células tumorales, con lo que se evitaría que los factores de crecimiento de

la sangre alcancen las células malignas otros investigadores concentran sus esfuerzos en las limitaciones de la formación de metástasis con la ayuda de determinados fármacos pretenden bloquear las encimas que permiten a las células cancerosas atravesar las paredes arteriales y a través de la circulación sanguínea por todo el organismo por otra parte se buscan sustancias que eviten el crecimiento de los vasos en el tejido enfermo, de modo que se impida su nutrición con el objetivo de interrumpir el crecimiento maligno.

3.8.7. Estrategia Terapéutica: Al establecer las estrategias terapéuticas se parte hacer posible la expectativa de curación es decir, de conseguir una eliminación completa de la enfermedad tumoral.

Se habla de tratamiento paliativo cuando se consigue una mejoría del cuadro clínico pero no una completa eliminación del tumor.

Al tratar tumores importante, sea mediante una intervención quirúrgica o mediante de radio terapia, con expectativa de curación, hoy en día se incluye un tratamiento quimioterapéutico coayudantes. Este tiene el objetivo de eliminar los restos celulares o las micrometástasis que ocasionalmente pueden haber quedado en el organismo.

3.8.8. Familia: La dimensión psíquica del hombre, las emociones, los comportamientos y los procesos cognitivos, está estrechamente relacionada con la familia por ser esta el terreno fértil en la cual germinan y se enriquecen los primeros ensayos cognitivos, como emocionales y comportamentales del hombre.

La estructura familiar de los pacientes es uno de los factores determinantes, el manejo de la enfermedad y las emociones, es decir, estas emociones, pensamientos y creencias que acompañan al paciente en el desarrollo de la enfermedad se hace más manejable en mayor o menor grado, por lo mismo y dependiendo del tipo de familia.

Desde el punto de vista psicológico; es lógico entender que el contar con otra persona para compartir sus cargas emocionales contribuyen a formar sujetos más equilibrados y con una mayor dosis de confianza en sí misma con la familia. La información al paciente no puede estar exenta de una adecuada información a sus familiares sobre la naturaleza y desarrollo de la enfermedad.

Es deber del médico que atiende al enfermo de leucemia establecer un adecuado nivel de comunicación con el núcleo familiar del paciente. Y se aplica como un tratamiento posquirúrgico profiláctico adicional, un tratamiento aplicado con perspectivas de curación de una enfermedad oncológica constituye una enorme sobre carga física

psíquica para el paciente la terapia realmente antimoral permite mejorar la situación de partida, disminuir, los efectos secundarios incluyen muy positivamente sobre el resultado de la terapia específica.

3.8.8.1. Asesoramiento Psicosocial. Esta problemática del apoyo Psicosocial es un campo que se ha de integrar paso a paso desde el inicio y durante el curso de la enfermedad.

El asesoramiento psicosocial del paciente oncológico no se limita sencillamente a una actuación médica y asistencial sino que se hace hincapié en las percepciones psíquicas.

Cuando el médico quiere establecer una firme relación de confianza con el enfermo, la ayuda que le ofrece debe ser en todos los sentidos, para ellos formar grupos de auto ayuda de enfermos oncológicos. En ellos los pacientes se encuentran e intentan incluir sus experiencias bajo la dirección de psicooncólogos en la superación de la enfermedad. La cooperación de los padres en la superación de esta situación en este caso, es muy importante la agrupación de niños con leucemia que permiten que los padres se encuentren y compartan sus experiencias con ello obtengan la fuerza suficiente para ayudar a su hijo gravemente enfermo a superar con creces todos los obstáculos que le pueden surgir durante el

transcurso de la enfermedad. Para que este pueda serle de ayuda en la realización del programa terapéutico y puede asistir en los momentos más críticos, muchas veces esta relación es difícil de establecer, debido a que el miedo y la ignorancia, a menudo fruto de educación sanitaria equivocada. Inclinan a considerar al paciente afecto de neoplasia con una carga e incluso un obstáculo para el normal desenvolvimiento de la vida familiar.

Puesto que la leucemia es una enfermedad que implica a toda la familia es justo que el proceso de información considere a cada uno de sus miembros. A tal fin, podrán ser útiles:

- a) Encuentros con grupos de familia que hayan vivido experiencias análogas.
- b) Discusiones constructivas con experto que trabaje en el campo psicológico y sanitario.
- c) Instrucción por parte del personal paramédico sobre los problemas de tipo puramente asistencial.
- d) Amplia colaboración con el equipo médico que tiene a su cuidado al enfermo.

De este modo la familia logrará madurar la capacidad de aceptar tanto la enfermedad como el enfermo, sin abandonar sentimientos de rechazos o resignación pasiva.

Los familiares en fin pueden mantener los contactos, y por lo tanto favorecerse el coloquio que deberá realizarse entre el médico de familia y el equipo especialista que lo sigue en régimen ambulatorio o régimen de hospitalización.

3.8.8.2. Evitar El Aislamiento. La mayoría de los pacientes oncológicos sufren un sentimiento de soledad, de "no servir para nada". Por ello los médicos y familiares deberían procurar que el enfermo se le siga incluyendo en las tareas familiares. En las conversaciones con el enfermo deberían participar tanto miembros de la familia y tanto amigos como sea posible.

3.8.8.3 Decir Siempre La Verdad. El hecho de conocer su estado o tranquilizarle con falsas esperanzas no ayuda al enfermo. Por regla general, el enfermo dará a conocer qué y cuanto quiere saber de su enfermedad en un momento dado. En ese caso se ha de ofrecer una información real incluso cuando deba presenciarse el dolor que el enfrentamiento con la verdad provoca con el enfermo y la sobrecarga que se crea en el ambiente.

3.8.8.4. Mantener La Esperanza. La evaluación y las perspectivas de curación de una enfermedad oncológica no pueden estimarse nunca con gran certeza. Prácticamente hasta el final es posible un giro repentino hacia la mejoría pero también hacia el empeoramiento. Por ello es importante contestar siempre las preguntas del enfermo sobre el futuro, de tal manera que se tenga la esperanza.

3.8.8.5. Tomar Conjuntamente Las Decisiones. Si en el tema de tratamiento o de los ciudadanos del enfermo deben tomarse decisiones, estas no se han de tomar nunca a espaldas del enfermo. Además del médico que realiza el tratamiento, también ha de incluir a los familiares. De otra manera se produce una pérdida de confianza, que puede ser muy negativa para la perspectiva de curación.

3.8.8.6. Utilizar todas las posibilidades de Ayuda. Ayudas mutuas médicas, seguro social, grupos de autoayuda. Este ofrece información sobre los servicios sociales y asistenciales para los enfermos oncológicos.

Esta ayuda se puede solicitar en el interés del enfermo y sus allegados.

3.8.8.7. No Sobrestimar Las Propias Fuerzas. Los familiares de un enfermo con cáncer soportan una carga física psíquica importante.

También en interés del enfermo, en ocasiones es necesario repartir la carga entre varios hombros o apoyarse en los servicios de un hospital. Aunque no existe la solución al problema del cáncer y no parece que se vaya a encontrar en un futuro próximo a partir de los resultados de las investigaciones clínicas y de la cooperación de todos.

En la lucha contra esta terrible enfermedad puede afirmarse con toda seguridad que existe la esperanza para el enfermo con leucemia.

3.9. ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO.

"Ischavelzon, nos hace un recuento investigativo sobre el estudio de las relaciones recíprocas entre psicología y cáncer"¹⁶ mostrándonos, como en 1921 "Willy Meyer el hombre que introdujo el radium en la terapia anticancerosa defendía el concepto de la leucemia como un problema general del organismo, este concepto permitió la reaparición de la concepción psicosomática"¹⁷.

"En 1926, Elida Evans discípula de Lung, se refiere a los resultados de 100 pacientes profundamente estudiados y nos dice que el

¹⁶ SCHAVELZON, J. Y Bleger, psicología y cáncer. Editorial Paidox, Buenos Aires. 1964.

¹⁷ MEYER, Willy: Cáncer. New York: Paul Hoeber. 1931

paciente con leucemia ha perdido una parte importante de las relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia".¹⁸

"Leshan y Worthington hacen un trabajo extraordinario reuniendo la información obtenida hasta el momento (1954) sobre la influencia del estrés psíquico. En el desarrollo de la leucemia se plantea una tesis que ha mantenido la curva de frecuencia"¹⁹

"Muchas otras investigaciones y una revisión crítica de Leshan publicada por National Cancer Institute permiten llegar a la conclusión de que existe cierta relación entre enfermedades neoplásicas y cierto tipo de situaciones psicológicas; el factor psíquico registrado con mayor firmeza ha sido la pérdida de un nexo importante en la época anterior al probable comienzo de la enfermedad"²⁰

Algunos de esos aspectos de influencia de la enfermedad sobre las relaciones psicológicas del paciente son:

Cuando el individuo descubre el síntoma y busca al médico, cuando deben decidir el tratamiento los estados finales.

¹⁸ EVANS, Elida: a psychological studie of cancer New York Dodd Mead and Co. Inc. 1926. p. 226.

¹⁹ LESHAN L. Y WORTHINGTON. R.E: Loss of Cathexes as a connon psychodynamic characteristic of cancer patients. "Psychosom Med". 1954. p. 183-193.

²⁰ ERWIN J. Neoplastic Discases Saunders Co. Phil. 3ª Ed. 1931. p. 37

“Por otra parte como sustenta Albert Ellis la mayoría a un antes de enfrentarse con el médico, la enfermedad y el tratamiento, incluso antes de reconocer y acepta el síntoma se tornan ansiosos y deprimidos por razones que para ellos deben tener sentido. Debe resaltar la importancia que tiene el manejo de la ansiedad frente a la experiencia activantes como una enfermedad grave esta ansiedad de los pacientes no es solo por enfermedad sino que incluye elementos como la situación familiar hijos, esposa, costos médicos así también la confianza del médico”.²¹

Estos elementos contribuyen a que la dimensión de la enfermedad y tratamiento sea relevante para el ajuste y adaptación a la enfermedad misma y al tratamiento.

3.10. LA ENFERMEDAD GRAVE Y LA MUERTE

A lo largo de toda la historia de la humanidad la muerte ha generado una gran cantidad de tabúes a su alrededor, cuyo objetivo fundamental es negar, ocultar, o hasta quizás que se olvide la situación del periodo.

²¹ LESHAN L. Y WORTHINGTON, R.E., Op cit. p. 7.

Antes, siempre se pensaba que una persona a morir debería ser anciana, pero en la actualidad todos los seres humanos estamos expuestos a ella sin importar la edad, por esto precisamente, debemos considerar que la muerte esta a nuestro alcance y se da tanto en adulto, ancianos y niños, y definitivamente es absolutamente razonable cambiar todo los tabúes que ante esta se forman para que tengamos una mejor visión paralela al mundo de hoy y que esto nos lleve a considerar otras opiniones en el tratamiento de enfermedades terminales y tener en cuenta el papel fundamental que debe cumplir el psicólogo en la intervención de las crisis, como una opción de reestructura nuestros esquemas.

El niño es un ser humano en crecimiento por lo tanto tiene percepciones de todo tipo y es lógico que le afecte la muerte por lo tanto, el necesita sentirse acompañado y a través de la negación lo único que se hace es crear una gran confusión en el niño y que este sienta temor al enfrentarse a una situación así.

La verdad el reconocimiento que el niño llega a tener acerca de la muerte es realmente poco y confuso, cuando se enfrenta a una enfermedad terminal. El problema se puede tornar más dificultoso y desagradable. una enfermedad terminal se debe tratar como física como psicológicamente y las personas más apropiada para manejar una situación, así es el psicólogo, puesto que este en estos casos

debe orientar a padres y familiares en la forma como se lleven las relaciones con el niño a partir del momento de conocer el diagnóstico de muerte de este.

Estudios realizados por Malone (1982), Spinetta(1973-1975) y Wäechter (1971) afirman que los niños con enfermedades graves no solo son consciente de su situación sino que esta genera en ellos toda una gama de sentimientos y vivencias relacionados con la enfermedad y la muerte, expresados en preocupaciones de mutilaciones y separación y en un alto grado referida a la amenaza de instrucción en sus cuerpos, así como de la interferencia en su funcionamiento corporal.

De acuerdo a lo expuesto se puede decir que el equilibrio emocional del niño que tiene una enfermedad grave se ve afectada no solo por factores tales como las condiciones adversas que conllevan al tratamiento, los cambios en su autoimagen y autoestima y las limitaciones y el tratamiento y la enfermedad misma impone al niño, imponiéndose a tendencias inherentes a su propio desarrollo, sino además por el gran número de fantasías que emergen en el acerca de la posibilidad de morir.

La investigadora Maria Nagy descubrió que el fenómeno de comprensión de la muerte por parte de los niños pasa por tres estadios principales relacionados con la edad.

1. Conformado por los cinco primeros años. En esta etapa el niño no comprende muy bien el fenómeno de la muerte.
2. De los cinco a nueve años aproximadamente, en este momento los niños comienzan a entender que la muerte es definitiva y permanente; pero aún no acepta que sea inevitable y que tampoco es un suceso de que tarde o temprano le corresponderá a él mismo.
3. Entre los nueve y diez años enfrentado a la muerte comienza a conocer y reaccionar como adulto pero sigue siendo un niño.

La Doctora Arminda Aberastury (1978) afirma que la muerte del padre, la madre o un hermano es un gran dolor. Hablar de esa muerte no es crear el dolor ni aumentarlo, por el contrario la verdad alivia al niño y lo ayuda a elaborar la pérdida.

Existen verdades muy difíciles de aceptar por el adulto, de ahí que el mentir esta delegando esta parte infantil en el niño.

El niño es capaz de tener una representación de la muerte y es capaz de expresarla indicando el correspondiente significado de la muerte. Además tiene agudeza par advertir el peligro de muerte tanto en enfermedades curable como en las incurables siendo el mismo paciente.

Otros autores consideran en afirmar que los pacientes terminales manejan mejor que sus familiares la noticia sobre el carácter incurable de la enfermedad.

Según el médico Pedro Bejarano y la psicóloga Isa de Jaramillo (1992) el proceso de acercamiento y comprensión de la enfermedad terminal en el niño representa una dimensión especial en la integración paciente, familia y equipo, debido a las circunstancias específicas de la muerte temprana.

Pero, para que un niño que antes veía la vida o la muerte de una forma cambie esa percepción no sólo necesita estar enfermo, además de la enfermedad terminal influyen el tratamiento médico, así como el trato de sus padres a partir del momento de enterarse del dictamen médico.

Pero, desde el momento en que el niño empieza a presentar dolencias graves pierde.

- Su entorno familiar y escolar. Generalmente cuando aparece un diagnóstico maligno o crónico, el niño es hospitalizado por largos períodos lo obliga a abandonar su casa, sus hermanos, el colegio, los compañeros y demás personas y lugares que le brindan seguridad.

- Actividades y juegos. Un niño enfermo significa en las mayorías de las oportunidades un niño poco apto para realizar sus actividades naturales de juego y sus consiguientes horarios de sueños, alimentación etc.

- Autoestima y autoimagen. Los tratamientos, algunos procedimientos y la misma enfermedad, ocasionan modificaciones en el cuerpo del niño que le generan un cambio e su autoimagen, produciendo en él sentimientos de tristeza, invalidez, de no aceptación por parte de los otros o de necesidad de aislamiento.

- Control. En la medida en que el niño crece día a día comienza a desarrollar actividades que le permiten sentirse autosuficientes. Cuando aparece una enfermedad degenerativa poco a poco va perdiendo este autocontrol y convirtiéndose en un ser dependiente.

A partir de ese momento surgen en el niño una serie de necesidades como son:

- **Saber que sucede:** normalmente ante una situación de enfermedad terminal, los padres consideran que es mejor que el niño no tenga conciencia real de lo que tienen y de sus peligros y evitan hablar de ello en su presencia.

- **Afecto y seguridad:** El niño necesita sentir el cariño de los suyos, saber que cuenta con sus padres, hermanos, compañeros y personas que cuidan su salud. Necesita saber que estaremos con él en los momentos de mayor sufrimiento.

- **Control:** aunque el niño va perdiendo habilidades es necesario trabajar sus capacidades al máximo, exigiéndole incluso hacer cosas que sabe aún puede desarrollar, lo que hará sentir al niño que aún tiene control sobre su vida hasta el final.

- **Privacidad:** El deterioro progresivo que genera su enfermedad hace que el niño día a día sea más dependiente y no tenga la posibilidad de estar con los suyos y de tener un espacio propio.

- **Diversiones y juegos:** El juego en el niño cumple múltiples funciones, como medio para expresar sus sentimientos, temores, fantasías e inquietudes frente a la enfermedad, procedimiento, los padres, el equipo de salud, e inclusive su propia muerte. La segunda función es la oportunidad para compartir y mantener la comunicación

con sus padres y hermanos, sin sentirse abandono ni separado de los demás. Tercero, le permite tener control de la situación y cuarto, le facilita adaptación y comprensión sobre los procedimientos.

- Autoestima: El niño tienen la necesidad de sentirse el ser tenido en cuenta como parte de su familia de tener cualidades e inclusive defectos y poder siempre y hasta cuando sea posible, cumplir con sus deberes como miembro de una célula familiar. A consecuencia de esta enfermedad surge en el niño sentimientos de:

- o Miedo: En la fase final de la enfermedad en el niño se acrecientan los temores relacionados con la misma afección, miedo a sentir más dolor, a tener cambios en el tratamiento y, sobre todo, a quedarse solo. En algunos casos el niño manifiesta miedo por como va a ser su muerte y qué va a suceder con él en ese paso.

- o Ansiedad: Durante la fase terminal, el niño manifiesta su ansiedad en diversos campos de su afectividad: tiene el momento de dejar a sus padres, necesitar tratamientos más fuertes o mutilaciones o durar mucho tiempo enfermo.

- o Rabia: Los niños manifiestan rabia directa hacia la enfermedad, hacia los médicos, hacia Dios y hacia sus padres.

o Soledad: En el proceso, lentamente, al niño se le tiene que ir apartando de todo lo suyo y en la fase terminal, esto se hace evidente para el pequeño pues, incluso sus padres en algunos casos, al conocer el dictamen final, comienzan a susentarse, distanciando sus visitas o permaneciendo a su lado, pero sin mucha comunicación, esto genera en el niño sentimientos de desolación y, naturalmente, incrementa sus temores y angustia.

En cuanto a la personalidad Lawler y cols, encontraron que los niños afectados con enfermedades crónicas resultan ser introvertidos, con un ego menos potenciado, más pusilánimes, escépticos e indecisos. Estos niños presentan su mayor riesgo de experimentar un problema de tipo social o psicológico significativo durante la infancia. Además también encontramos que eran deprimidas y se encontraba en una situación negativista, también mencionan los sentimientos de insuficiencia, las dificultades en las relaciones con los compañeros y una sensación de confusión general.

Estas enfermedades pueden producir reacciones generales y específicas.

L. P. Miller, coincide en decir que en los niños que presentan una enfermedad crónica se encuentran frecuentes alteraciones

emocionales o psíquicas, tales como ansiedad, inseguridad y trastornos emocionales.

Además de lo anterior, a forma que el sentimiento de ser distinto de los otros niños, despierta resentimientos y culpabilidad sobre todo en los niños más pequeños quienes encuentran totalmente incomprensibles la enfermedad y el tratamiento y hallan ideas distorsionadas y fantasías atemorizantes sobre la enfermedad. También son fuentes reales de ansiedad las actitudes de los padres, la percepción distorsionada de estas y las preocupaciones de estos, por el niño enfermo.

Se considera que el sujeto infantil está deseoso de saber que le ocurre, de que alguien sea capaz de escucharle y de ayudarlo a entender.

Percibir a la muerte como una separación y como un castigo, el puede no menos que sentir culpa por no estar con los que le aman y por hacerles sufrir con su estado.

Hacer posible a la comprensión del pequeño paciente toda la realidad es una función terapéutica ineludible para el médico y el equipo hospitalario.

Ayudar al niño hasta su muerte, y luego a la familia en elaboración del duelo es una demanda justa por parte de los enfermos y de su familia y un deber que de no ser aceptado por quienes han de hacerse cargo, será vivido como un nuevo fracaso.

4. PREGUNTA PROBLEMA.

¿Cómo es el sistema de creencias de los niños enfermos con leucemia frente al proceso quimioterapéutico del hospital infantil Francisco de Paula?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Describir el sistema de creencias en niños enfermos de leucemia frente a los procesos quimioterapéuticos del hospital infantil Francisco de Paula.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las creencias que tienen los niños acerca de los procesos quimioterapéuticos.
- Identificar la capacidad de comprensión que tienen los niños de los efectos colaterales del tratamiento.
- Comparar la participación de los niños en la actividad cotidiana antes y después de haber diagnosticado la enfermedad.

- Identificar la percepción según las dimensiones de aceptación a sí mismo, autoestima, autoimagen, autonomía, relación, autovaloración y auto expresión de los niños expuestos al tratamiento quimioterapéutico.
- Identificar diferencias según la etapa de pensamiento del niño.

6. DEFINICION DE VARIABLES

Variables Estudio:

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Creencias: "Es contenido como los patrones de pensamiento que contienen creencias subyacentes (imágenes, condiciones, supuestos, frases) que constituye una respuesta interna a determinados eventos y producen emociones las cuales contribuyen a generar conductas o comportamientos".²²

6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL:

- El sistema de creencia: Las dimensiones a evaluar de los niños enfermos con leucemias mediante la aplicación y análisis de cuestionarios.

²¹ ELLIS, Albert ABRAHMS Terapia racional emotiva Vol 1 p. 16.

DIMENSIONES**INDICADORES**

Aceptación de sí mismo	El pensamiento y la actitud frente a juicio de valor sobre mí mismo.
Autoestima y autoimagen	La percepción física y la carga emocional del niño.
Autonomía	El grado de independencia que el niño tenga en el manejo de su enfermedad.
Relación	Los lazos emocionales del niño y su dinámica social
Autovaloración	El atractivo físico, las habilidades sociales, los valores internos, la integridad moral y los logros del niño.
Autoexpresión restringida	Expresión de emociones, deseos y preferencias.

7. METODO

7.1 DISEÑO.

Teniendo en cuenta las características de la investigación se utilizará un diseño tipo estudio de casos, el cual busca describir el sistema de creencias que los pacientes poseen.

- **Estudio de Casos.**

Es apropiado en situaciones en las que se desea estudiar intensivamente características básicas, la situación actual, e interacciones con el medio de una o unas pocas unidades tales como individuo, grupos, instituciones o comunidades.

- **Características.**

A partir de un efecto observado se va a indagar por una causa en el pasado.

Son particularmente útiles para obtener información básica para planear investigaciones más amplias, pues debido a lo intensivo de la indagación, arrojan luz sobre importantes variables, interacciones y procesos que merezcan hacer una investigación más extensiva.

7.2. POBLACIÓN

Dieciséis Niños de 4 – 10 años diagnosticado con leucemia. Dicha población se tuvo en consideración ya que se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes en el Hospital San Francisco de Paula en el pabellón Sanar.

7.3. MUESTRA.

4 Niños de 4 – 10 años diagnosticados con leucemia.

Se va utilizar una técnica de muestreo no probabilístico intencional donde los sujetos son escogidos por el investigador de acuerdo con las características de la investigación.

En esta técnica los sujetos se seleccionan con criterios de conveniencia para el investigador, es decir, de manera arbitraria aun cuando en ocasiones no es plenamente consciente de esta arbitrariedad. La idea que involucra este tipo de muestreo es que la

lógica del sentido común o el sano juicio puede usarse para seleccionar una muestra representativa de una población.

7.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para esta investigación se utilizaran:

- **Historia Clínica:**

Revisión de la evaluación del paciente (cuántas crisis de efectos colaterales han sufrido los pacientes y que tiempo lleva el tratamiento)

- **Entrevistas:**

Entrevista acerca de las creencias según el tipo de ideas y percepciones que manejan los niños que se encuentran en el proceso quimioterapéutico en el cual se tengan en cuenta características tales como depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, somatización, pérdida del control las cuales han sido elaboradas por los investigadores para describir dimensiones tales como autoestima, auto aceptación de si mismo enfermedad y tratamiento.

Estas dimensiones son importantes para entender el grupo de creencias que manejan los niños, las cuales influyen en la evolución del proceso de enfermedad y se menciona a continuación:

- Autoestima: cuyo objetivo es evaluar las creencias que llevan a cabo al paciente a posicionar su vida personal y que generan actitudes concretas frente a ellos mismo, y su experiencia. La autoestima está estrechamente relacionada con la aceptación de sí mismo y depende de ésta.
- Autoimagen. El objetivo es definir las creencias que sobre su apariencia física tenga el paciente y que generan actitudes en relación con su enfermedad y el cómo se ve afectado al enfrentarse a ella.

Esta dimensión se encuentra estrechamente relacionada con la aceptación de sí mismo y su autoestima.

- Autoaceptación de sí mismo. En esta dimensión el objetivo es evaluar las creencias que sobre sí mismo tiene el paciente y de cuyo resultado depende la actitud hacia los distintos eventos o experiencias que al paciente le sucede.

Objetivamente se busca conocer que tan a cargo de sí mismo, de su consecuencias se encuentra la paciente.

Enfermedades y Tratamientos cuyo objetivo es evaluar las creencias particulares de los pacientes hacia su enfermedad y el tratamiento que va a emprender. Las actitudes que estas creencias generan pueden significar la aceptación de su enfermedad, confianza en el tratamiento y son de suma importancia desde el punto de vista médico.

Entrevistas acerca de las creencias según el tipo de ideas y percepciones que manejan los niños que se encuentran en el proceso quimioterapéutico en el cual se tuvo en cuenta características tales como depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, somatización, pérdida de control las cuales han sido elaboradas por los investigadores.

7.5. PROCEDIMIENTO

Para cumplir los objetivos trazados en la investigación inicialmente se hizo una revisión bibliográfica con el fin de elegir el enfoque que mas se ajustara a lo deseado y al punto de vista de las investigadoras con respecto a la percepción y las creencias de niños enfermos con leucemia frente al proceso quimioterapéutico,

escogiendo el modelo conductual cognitivo de ALBERT ELLIS y su teoría del modelo A,B,C y la TRE.

Se determino la población con la que se trabajó para esto se pidió la información a la Fundación Sanar en el Hospital Infantil Francisco de Paula de la ciudad de Barranquilla donde se encuentra la población de niños enfermos con leucemia, luego se seleccionó la muestra con la que se trabajó.

Posteriormente se procedió a elaborar el instrumento con que se trabajó basándose en las dimensiones del sistema de creencia a evaluar, mediante entrevista semiestructurada que registraron la percepción y creencia de los niños enfermos con leucemia y su tratamiento.

Este instrumento fue realizado por las mismas investigadoras y revisadas por jueces de la universidad. Se aplicaron las entrevistas a cada uno de los niños participante en la investigación y se procedió a su revisión.

Se analizaron los resultados arrojados con parándose con el modelo A,B,C y la TRE , esto se realizo mediante un análisis cualitativo de la respuesta de cada niño.

Para la realización de todo esto se revisaron las respuestas de cada niño frente a la definición teórica de cada dimensión del sistema de creencia de manera que condujera a emitir una conclusión de la investigación.

8. RESULTADOS

Con el fin de alcanzar los objetivos formulados en la presente investigación se llevó a cabo el procedimiento de análisis de los datos obtenidos, mediante la aplicación de la entrevista.

De acuerdo con las respuestas que se obtuvieron a través de la realización de la entrevista y su posterior análisis se obtuvo la idea central de cada una de las respuestas que componen la entrevista. Estos datos fueron analizados de acuerdo al modelo, ABC para la obtención de la idea se tomó la respuesta del niño y se analizaron frente a la conceptualización en el sistema de creencias elaborados por Albert Ellis.

Sobre la base de estas respuestas se realizó un análisis del pensamiento de los niños frente a su estado de enfermedad y proceso quimioterapéutico.

TABLA 1 REGISTRO DE LAS RESPUESTAS DE LOS NIÑOS

ITEM	RESPUESTA CASO 1	RESPUESTA CASO 2	RESPUESTA CASO 3	RESPUESTA CASO 4
A C E P T A C I O N	- Soy Aldair Romero - No me gusta estar enfermo	- Soy Katerine - Estar enferma es feo porque me duelen la planta de los pies	- No responden quien es - Siento que es distinta mi vida, ha cambiado ya no voy al colegio, pienso que es algo malo, mi alimentación ya no es la misma y paso el mayor tiempo acostado	- Soy un niño. - La vida es muy linda ahora. - Pienso mucho en la preocupación de mi familia, en mi pronta mejoría y en Dios.
A U T O E I S T I M	- Soy lindo y alegre. - Soy un niño alegre por que juego mucho fútbol	- Soy una niña que no tengo cabello, mi piel esta manchada y soy delgada	- Soy moreno, alegre y me gusta jugar. - No me gusta quedarme solo en el hospital. - Me siento bien cuando mi mamá esta conmigo, cuando me comunicó con mi padre y cuando tengo noticias de mi familia.	- Soy de ojos marrones, educado y decente. - Me siento mal cuando estoy enfermo o tengo un problema. - Me siento bien cuando estoy jugando con mis hermanos porque estoy sano
A U T O N O M I A	- Juego carrito, dibujo mariposas y como solo - No responde	- Juego, como, voy al baño y a la tienda solo. - Cuando lloro me dan el tetero y cuando río no hacen nada	- Voy al baño, como solo aunque, el dolor en las piernas me impide caminar por momentos. - Cuando estoy en el hospital quiero salir y no lo pudo hacer. - Hago lo que los	- Luchar contra mi enfermedad, hago tareas, mi aseo personal. - No ando en la calle, no corro ni ando sin zapatos. Cuando tengo ganas de llorar les comento

			médicos dicen	a mis padres para que ellos me digan cosas que me hagan sentir bien.
R E L A C I O N	- De mi madre me gusta que es linda y me quiere mucho. - Del doctor que es bueno porque me hace los exámenes y las enfermeras porque me inyectan. - Me gusta todo de mi madre. - No tengo hermanos	- De mis padres porque me hacen feliz. - De los doctores los regalos. - De mis padres no me disgusta nada. - De mis hermanos me gusta cuando me hacen morisquetas. - Lo que no me gusta de mis hermanos es que me sacan la lengua	- Los cuidados los califico como buenos por que me dan lo necesario, me atienden y me dan los medicamentos. - Las relaciones son buenas ya que puedo comunicarme con ellas. - Existe el dialogo - Me gusta tener muchos amigos ya que juego y comparto con ellos	- Mis padres son buenos y les doy gracias. - Nos queremos mucho. - Ellos enseñan a mis hermanos a ser unos niños educados. - Con los médicos y enfermera es buena y me gusta ir al hospital. - Me gusta tener muchos amigos, así no me siento solo y puedo jugar con ellos.
A U T O N O M I A	- Lo que más me gusta son mis piernas y mis ojos. - Me da pena que me vean hacer popo y que me vean las pompis	- Me gustan mis ojos. - No respondió	- Me gusta el estudio, jugar y el conjunto de mi cara. - No me gusta estar enfermo. - Que soy grosero - Me gusta el fútbol y las matemáticas. - Me da pena cuando hago algo malo	- Me gusta que soy feliz y no me gusta estar enfermo. - Los demás me ven con buen semblante. - Me gusta pintar y mi familia. - Siento pena cuando hago las cosas mal.

A U T O E X P R E S I O N	- Lloro porque me gritan. - Me porto bien. - No me da miedo porque estoy con papa Dios y mamá me cuida. - No respondió	- Cuando me regañan lloro. - Me porto bien. - Cuando siento miedo me escondo debajo de la cama y busco la ambulancia para que me ayude. - No respondió	- Si me quiero, por eso me cuido. - Me gustaría jugar y salir a pasear pero ahora no lo puede hacer por mi enfermedad. - No contestó	- Si, he pensado en lo mucho que me quiero y que puedo ser un artista. - Me gustaría ir a una finca de paseo, ir a la playa, a un restaurante, estar con mis amigos de la cuadra, ir a la escuela. - Me da pena cuando hago algo malo como golpear una persona.
---	---	---	--	---

ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS

Descripción de las respuestas de los niños

CASO No. 1

EDAD: 4 años

SEXO: Masculino

ACEPTACION DE SI MISMO

El paciente muestra en su respuesta tener una aceptación de sí mismo, ya que se reconoce como persona, aceptando así sus

condiciones actuales como es el caso de su enfermedad, se reconoce así mismo, como un niño que goza de los beneficios de ser hijo único y de la atención brindada por sus padres. Según Roger la aceptación de si mismo es una aceptación incondicional que representa que uno se acepte así mismo como su existencia, su condición de ser animado, sin requerimiento, ni limitaciones de ninguna especie.

AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

El niño se percibe como una persona alegre y físicamente lindo, lo cual indica que el paciente presenta una autoestima alta ya que según Damon la forma en que los niños perciben su valor, habilidades, logros y sienten acerca de si mismo esa es autoestima.

AUTONOMIA

El niño presenta autonomía en sus actividades cotidianas como comer solo, ir al baño, jugar, tomar sus medicamentos ya que a su corta edad esta pendiente de la tomar sus pastillas como las llama y lo hace de una forma muy responsable y juiciosa. Todo esto debido a que recibe la estimulación a actuar independientemente por parte de los que lo rodean al igual que para hacerse cargo de si mismo. Según Kavanagh a medida que va emergiendo el yo los niños

empiezan a desear cierto grado de independencia y explorar el mundo sin verse demasiado restringido.

RELACION

El paciente presenta a diario relaciones sociales manifestado en la forma de interacción con el cuerpo médico del hospital, con su familia y compañeros de la sala ya que comenta que lo tratan muy bien y que están pendiente de su salud practicándole sus exámenes y demás cuidados. Según Young las relaciones son aquellas expectativas acerca de las necesidades de tener relaciones sociales o íntimas que proporcionen cuidados, protección y que sean estables para el niño.

AUTOVALORACION

Se percibe como una persona deseable y atractivo tanto para él como para las otras personas, resaltando aspectos físicos tales como la belleza de sus piernas y sus ojos. Según Bandura la autovaloración depende de los logros personales y de la opinión que los niños tengan de esos logros, así se percibirán así mismo.

AUTEXPRESION RESTRINGIDA

El niño no presenta esta dimensión ya que no inhibe, suprime o restringe los impulsos, ni sus propias emociones debido a esto sus deseos y preferencias las expresa libremente, ya que él manifiesta, llora cuando se le llama la atención, cabe destacar que su madre no lo castiga. Así mismo el niño pide a sus padres lo que quiere comer, los juguetes con los que quiere jugar como es el caso de las pistolas y un carro grande que utiliza con frecuencia, es decir el niño llora cuando siente la necesidad, ríe cuando este alegre y decide y escoge cuando cree que debe hacerlo.

CASO No. 2

EDAD: 5 año

SEXO: Femenino

ACEPTACION DE SI MISMO

La paciente muestra tener una aceptación de sí mismo y de su estado en general ya que se reconoce como una persona y como una niña enferma que padece muchos cambios en su vida y en su aspecto físico. Todo esto sustentando por Rogers en el caso anteriormente presentado.

AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

Las características físicas presentada por la niña han influido de manera importante en el bajo nivel de su autoestima ya que los aspectos que más resaltó fueron los negativos, tales como manchas en la piel, la caída del cabello, acompañado esto del estado emocional en que se encontraba la paciente, es decir al comparar el estado emocional de ambos casos se observa el decremento de éste en la niña, situación que provoca una influencia de manera negativa en el autoestima de la paciente. Cabe destacar que estos aspectos negativos no afectan de manera directa el nivel de autoestima, pero si influye en su desarrollo positivo, acompañado de otros elementos como es el caso del estado de ánimo de una persona. Según Damon la visión negativa que los niños tengan de si mismo influye en el desarrollo de su autoestima.

AUTONOMIA

La paciente realiza actividades sola tales como: comer sola, ir al baño, cambiarse, jugar e ir a la tienda, lo cual indica que es capaz de cumplir responsabilidades cotidianas de forma independiente y competente, debido a que está en condiciones de realizar por si sola ciertas actividades. Afirmación sustentada por Kauanaeh en el caso anterior.

RELACION

La paciente manifiesta tener expectativas en cuanto a las relaciones sociales, o íntimas, viviéndose esto, reflejado en los contactos diarios con los médicos y enfermeras, apoyado en la consistencia en que su madre llena y satisface sus necesidades ya que ellas comparten la mayor parte del tiempo juntas, impulsando a su hija a mantener relaciones sociales con las personas que la rodean, sustentación hecha por Young en el caso anteriormente descrito.

AUTOVALORACION

La paciente se perciba poco atractiva, por que no tiene cabello, lo cual indica que la niña presenta un bajo nivel de valoración hacia si misma, también influye todo el cambio físico, sufrido a consecuencia de su enfermedad. Según Bandura la autovaloración es la forma como el niño se percibe así mismo.

AUTOEXPRESION RESTRINGIDA

La niña no presenta esta dimensión ya que no inhibe, suprime o restringe los impulsos, ni sus propias emociones ya que su deseos y preferencias los expresa libremente a sus padres. Dimensión que sustenta Young en el caso anterior.

CASO No. 3

EDAD: 10 Años

SEXO: Masculino

ACEPTACION DE SI MISMO

El paciente no presenta una plena aceptación de sí mismo ya que no logra definirse como persona, ni acepta las condiciones de vida en las que se encuentra actualmente, viéndose esto reflejado en la actitud negativa que asume de la enfermedad y de las consecuencias de la misma, al igual que la forma en que habla de él y las actividades que ya no puede realizar debido a su situación actual. Para esto se retoma a Carl Roger, según lo expuesto en el caso anteriormente mencionado.

AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

Se observó baja autoestima debido al pobre concepto que tiene de sí mismo y alas condiciones que se encuentra atravesando debido a su enfermedad ya que lo impide a realizar o desarrollar actividades y antes solía hacer como es el caso del juego. Cabe destacar la relación que existe entre el paciente y su madre lo cual. Indica la presencia de una dependencia de él ya que manifiesta sentirse muy triste y afligido cuando su madre está ausente y lo deja solo. Según

Rosemberg existen muchos factores que están relacionados con el desarrollo de la autoestima como es la salud, el desarrollo físico y la familia. Los niveles elevados de problemas con estas áreas se asocian con una baja autoestima.

AUTONOMIA

El paciente manifiesta tener libertad al ejecutar actividades tales como movilizarse aunque algunas veces se ve impedido por el fuerte dolor en sus piernas, ir al baño, comer solo, al igual que en la toma de sus decisiones como es la escogencia de sus amigos, sin embargo, algunas veces no hace uso de esa libertad, ya que en ocasiones quiere salir y caminar y por estar en el hospital no lo puede realizar. Es por esta razón que la paciente presenta autonomía en la toma de decisiones y en el desarrollo de ciertas actividades, según Young. La autonomía son las expectativas de uno mismo y del ambiente que interfieren con la habilidad percibida para sobrevivir y funcionar independientemente.

RELACION

Presenta expectativas en cuanto a la necesidad de mantener buenas relaciones con los demás ya que es consciente de que esto es vital para su alivio. Sin embargo, necesita el apoyo y compañía constante

de su madre para sentirse protegido lo cual hace referencia a la privación de protección que es la carencia de fuerza y guía de otros. De acuerdo a lo expuesto por Young la relación son aquellas expectativas acerca de las necesidades de tener relaciones sociales o íntimas que proporcionan cuidados y protección estable.

AUTOVALORACION

Con respecto a esta dimensión se pudo observar el grado de valoración por parte del paciente ya que toma en cuenta algunas virtudes que posee, al igual que es aceptado por los demás, según Young la autovaloración es la creencia de que uno es una persona deseable por otros en términos de los siguientes parámetros: valores internos, integridad, logros, habilidades sociales, integridad moral y atractivo físico.

AUTOEXPRESION RESTRINGIDA

El paciente expresa libremente sus emociones, sus deseos como es el salir a pasear con sus amigos, sin restricción de ninguna especie, igualmente manifiesta sus desacuerdos a su madre como es el caso de no querer quedarse solo en la sala del Hospital, ni suprime el deseo de llorar algunas veces cuando no tiene noticia de su padre y

hermanos ya que ellos se encuentran en otra ciudad, tal afirmación esta sustentada en el caso presentado anteriormente por Young.

CASO No. 4.

EDAD: 10 años

SEXO: Masculino

ACEPTACIÓN DE SI MISMO

Con respecto a esta dimensión se puede notar que el paciente posee una aceptación de si mismo ya que se ve como un niño que tiene una vida linda y bella. Esta consciente de su enfermedad y piensa que muy pronto se va a sanar. Esta afirmación la sustenta Carl Roger en el caso anterior.

AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN

La descripción que hace de sí mismo puede mostrar que este niño tiene una alta autoestima y autoimagen ya que el dice ser un niño decente y educado que tiene unos ojos marrones y el cabello mono y le gusta todo. Esto esta sustentado por Damon en el caso anterior.

AUTONOMIA

El paciente presenta una independencia lo cual se manifiesta en las actividades que realiza cada día como el estar pendiente de su aseo personal, vestirse y comer sus alimentos al igual que tener ciertos cuidados, como no andar por mucho tiempo en la calle, no correr, no andar sin zapatos. Cuando se siente triste le comenta a sus padres y ellos le cuentan relatos que lo hacen sentirse bien y feliz, esta dimensión esta sustentada por Young en el caso anteriormente descrito.

RELACION

Las relaciones que tienen este paciente con su familia y con sus amigos son satisfactorias ya que él resalta mucho los cuidados, afecto y protección que le brindan sus padres al igual que a sus hermanos. De igual forma los que le proporcionan los médicos y las enfermeras. Dice estar agradecido con ellos y que le gusta tener muchos amigos para compartir mutuamente sus sentimientos, no le gusta estar aislado de los demás y le gusta pertenecer a grupos. La anterior afirmación esta sustentada por Young en el caso anterior.

AUTOVALORACION

En esta dimensión se puede notar que el paciente presenta una valoración de si mismo ya que le gusta como se ve físicamente y dice tener talento para la pintura, lo cual quiere aprovechar. Manifiesta además que es un niño con muchas habilidades sociales, capaz de sobresalir en el colegio o en cualquier deporte.

AUTOEXPRESION RESTRINGIDA

Con respecto a las emociones de esta paciente se puede decir que no hay ninguna inhibición, es un niño que expresa lo que siente, que se quiere mucho y que quiere ser un artista, según Young la autoexpresión restringida es la inhibición de las emociones o de los impulsos, especialmente la ira por que se considera que es el resultado de dicha expresión y la perdida de estima o el daño de otro.

ANALISIS DE LAS DIMENCIONES EVALUADAS

De manera general se pudo observar en los casos expuestos anteriormente que tres de ellos poseen aceptación de sí mismos ya que se aceptan a sí mismos como su existencia, a diferencia del caso

restante en donde no logra definirse como persona, ni acepta las condiciones de vida en las que se encuentra.

En la dimensión de autoestima y autoimagen se encontró en los casos 1 y 4 una autoestima alta ya que se perciben como niños alegres, lindos, destacándose allí los aspectos positivos de su personalidad. En los casos 2 y 3 el nivel de autoestima es bajo debido al poco concepto que tienen de si mismos.

En los cuatro casos se observó la dimensión de autonomía reflejado en la independencia al contestar y al realizar las actividades propias a su edad. Así mismo se encontró en los cuatro casos buenas relaciones sociales en cuanto al entorno que los rodean ya que se le suministran los cuidados protección y confianzas que requieren para desarrollarse en la comunidad. En lo que respecta a la dimensión de autovaloración, en los casos 1, 3 y 4 se observo que estos niños se perciben como agradables atractivos y toman en cuenta las virtudes que poseen, en el caso 2 no posee buena valoración de si mismo ya que se percibe poco atractiva y con pocas virtudes.

Finalmente en la dimensión de autoexpresión restringida se encontró que en la totalidad de los casos no existen restricciones de expresión ya que ellos no inhiben ni suprimen los impulsos, expresando así libremente sus preferencias y deseos.

También fue notable la comprensión que los niños mayores tienen del tratamiento y sus efectos colaterales.

ANALISIS DE LAS CREENCIAS DE LOS NIÑOS SOBRE LA ENFERMEDAD.

En el desarrollo de las evaluaciones hechas a cada uno de los niños se pudo notar que sus respuestas a cerca de cómo ven o perciben la enfermedad va encaminada a la creencia de que es algo malo que destroza y que no desea que a otros niños les pase.

Además estos niños ven a la quimioterapia como causante de daño debido a los efectos colaterales que producen en ellos. Perciben el hospital como un lugar indeseable, y el deterioro de su esquema corporal es producto de los efectos secundarios de la quimioterapia. Todas estas creencias forman parte de la vida diaria de estos niños y por lo tanto la perciben como tal y la involucran de cualquier manera en su forma de actuar.

Para explicar más este sistema de creencia se retoma la teoría del ABC la cual muestra la forma como estas creencias interfieren en la conducta de estos niños. El punto A son las experiencias o acontecimientos activantes que en los niños es la enfermedad, y las experiencias que esta le puedan proporcionar.

En segunda instancia encontramos el punto B que se refiere al sistema de creencia. Es decir todas las percepciones y concepciones que el niño tiene sobre su enfermedad y su tratamiento, produciendo en el conceptos o frases a cerca de que es algo malo, que destroza, que es indeseable, por los efectos que produce su tratamiento, por último un punto C que son las consecuencias que procede principalmente de las ideas o creencias, es decir en estos niños se puede presentar una negación hacia el tratamiento quimioterapéutico, una baja autoestima, miedo a sentir dolor.

Se pudo concluir que el sistema de creencia de estos niños esta sujeto a cogniciones, imágenes, frases, supuestos que constituyen, una respuesta interna a determinados eventos, que producen emociones las cuales contribuyen a generar conducta o comportamientos.

CREENCIAS RELIGIOSAS.

Lo que se pudo percibir en estos niños a cerca del concepto de DIOS es que es un ser supremo y mantienen la creencia de que el los va ayudar a salir de la enfermedad, que si ellos tienen fe se van a curar, que el los protege y los llena de fuerza para soportar las molestias causadas por la enfermedad y por el tratamiento.

Estas creencias que tienen los niños acerca de Dios han sido infundidas por los padres los cuales le han enseñado a tener una actitud creyente y mantener siempre la esperanza en Dios y en los Médico que los atiende en los momentos de crisis.

Estas creencias que presentan los niños acerca de ese ser supremo a sido un apoyo para ellos como para sus padres, lo cual les ayuda a mitigar el sufrimiento causado por la enfermedad y mantener la fuerza necesaria para seguir adelante y no desfallecer.

ANÁLISIS SOBRE LA CREENCIA DE LA MUERTE.

A lo largo de todo el proceso de investigación hemos podido observar que estos niños son conscientes de su enfermedad y que esta situación genera en ellos sentimientos y vivencias encaminadas a lo que le podría pasar. Estos niños tienen una percepción negativa del futuro, identificación y percepción de la muerte como castigo hacia él, por lo malo que ha hecho.

En el grupo de niños evaluados encontramos que el caso 1,2 no presenta un concepto de muerte definido ya que por la edad en la que se encuentran estos dos niños no alcanzan a tener una comprensión sobre la muerte, a demás la enfermedad en estos niños solo se encuentran en una primera fases.

Según MARIA NAGY descubrió que los niños en los primeros cinco años no comprenden muy bien el fenómeno de la muerte.

Por otra parte encontramos los casos 3 y 4 en donde se puede observar una visión diferente del concepto de muerte.

Estos niños presentan un cambio en su comportamiento como es el Aislamiento, una baja autoestima, una dependencia y a demás una negación al tratamiento.

Retomando nuevamente a MARIA NAGY encontramos que los niños de 9 a 10 años enfrentan a la muerte y comienzan a conocerla y reaccionar como adulto pero siguen siendo niños.

TABLA 2 DESCRIPCION DE CREENCIAS EN RELACION A LA ETAPA DE PENSAMIENTO

CONCEPTOS	ETAPA 4 – 6 AÑOS	ETAPA DE 7 A 10 AÑOS
M U E R T E	No tiene un concepto claro	Reconocen que la muerte es definitiva y permanente, pero no aceptan que sea inevitable. Enfrentándose a la muerte la aceptan y comienzan a tomar una actitud de adulto.

R E L I G I O N	Ven en Dios como un ser supremo que les da fuerza y ayuda para luchar contra la enfermedad	Ven a Dios como su único aliciente en su proceso quimioterapéutico además de brindarles fortaleza para asumir su enfermedad y todos los efectos a que los conlleva su tratamiento. Todas estas creencias acerca de Dios son infundidas por los padres y familiares
E N F E R M E D A D	Tienen una percepción negativa de la enfermedad, como algo que los limita, pero no entiende que es y que diferencia hay entre la leucemia y otras enfermedades ellos solo tienen en cuenta el hecho de estar enfermos	Manejan el concepto de su enfermedad, manejan los controles sobre ella y aunque saben que es limitante, tratan de llevar una vida común y corriente, es decir, vivir cotidianamente junto a la enfermedad.

ANÁLISIS DE LA COTIDIANIDAD DEL NIÑO ANTES Y DESPUES DE DIAGNOSTICARSE LA LEUCEMIA

Antes estos niños iban al colegio, podía jugar, correr, ahora ya no pueden realizar todas estas actividades debido a su enfermedad.

Antes. Estos niños iban al Hospital a consultar cualquier síntoma presente en ello debido algún virus transitorio, actualmente. Estos pacientes dividen su tiempo entre el hospital y su hogar.

La Interacción de los pacientes con otros niños era muy frecuente anteriormente. Ahora debido a que su enfermedad les baja las defensas no pueden interactuar como antes lo hacían ya que cualquier virus que este presente en el ambiente estos niños pueden captarlo más fácilmente.

Antes no existía un tratamiento diario, ahora cada hora tienen que tomar un medicamento diferente.

El físico de estos niños es lo que se ve más afectado después de haberse diagnosticado la enfermedad.

Perdida de habilidades adquiridas en su desarrollo psicomotriz y evolutivo, antes estos niños habían tenido un desarrollo acorde a su edad. Ahora debido a su enfermedad se ha presentado un deterioro que los limita a una cama.

En el aspecto emocional se ve que estos niños son más susceptibles y dependiente con una necesidad incrementada de cuidado y bienestar personal.

TABLA 3. DIFERENCIA ENTRE ETAPAS DEL PENSAMIENTO

E. PREOPERACIONAL 4 – 6 AÑOS	E. OPERACIONES CONCRETAS 7 – 10 AÑOS
No conocen los síntomas asociados a las crisis, ven todo lo que les sucede como una enfermedad. Su pensamiento es más limitado, razón por la cual poseen menos conocimiento acerca de la enfermedad	Estos niños diferencian entre síntomas de la enfermedad y la crisis después de la quimioterapia. Su pensamiento es mucho más amplio, saben lo que tienen y conocen todas sus consecuencias.
Los niños en esta etapa no tienen un concepto claro de la muerte ya que aquí hacen uso de los símbolos, no tienen una capacidad de abstracción que les permitan comprender situaciones complejas	Utilizan la abstracción para entender y explicar situaciones que se le presentan en su vivir diario, como es el caso de su enfermedad causas y consecuencias.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que la presente investigación tiene como objetivo la descripción del sistema de creencia en los niños enfermos con leucemia en el proceso quimioterapéutico, se considera como un gran aporte en el tratamiento médico así como el mejoramiento sustancial de la calidad de los mismos ya que los resultados arrojados tuvieron como base el análisis de su contexto clínico; lo cual permite concluir:

- En los niños de menor edad la enfermedad y su tratamiento tiene menos efecto en las relaciones personales y la actividad cotidiana, ya que el control está dado por los padres. Sus cambios son más notorios en su aspecto físico que en los aspectos psicológicos, tanto así que los efectos de la quimioterapia en ello se percibe como molestias físicas y no emotivas.
- Los niños de mayor edad dependiendo de las fases de enfermedad, mostraron cambios en los aspectos psicológicos y sociales; al inicio del proceso quimioterapéutico es notable en

ellos la disminución de la alegría y la capacidad lúdica, aumento de la ansiedad, el temor y la somatización, dificultad para la concentración, rasgos depresivos y de sufrimiento.

- También se logró identificar las creencias que estos niños tienen acerca del proceso quimioterapéutico, las cuales son las siguientes:

Estos niños ven a la quimioterapia como algo malo que les causa miedo y dolor, que les produce muchos síntomas desagradables, pero además de esto piensan que es algo que les ayuda en la cura de su enfermedad.

- En algunos casos hay alteraciones en los aspectos sociales como la disminución de las relaciones sociales, las actividades cotidianas como asistir al colegio, el compartir juegos con otros niños, el alejarse de sus familiares y el incremento en la necesidad de cuidado personal y de bienestar físico.
- En estos niños se encontró la creencia de permanecer aferrados a un ser supremo como lo es Dios, el que les da la esperanza y la fuerza para soportar su enfermedad y seguir luchando para poder conseguir la mejoría de su estado.

En oposición se encuentra el concepto de muerte el cual está presente en los niños de edad más avanzado y la ven como una amenaza que los llena de angustia.

Con respecto a las dimensiones evaluadas en estos niños se pudo observar que en el caso 1, 2 y 4 mostraron tener una aceptación de si mismo y el caso tres (3) no; de igual forma se contempló que en el caso 1 y 4 presentaron una autoestima alta y una buena autoimagen, los casos 2 y 3 presentan baja autoestima y autoimagen. La autonomía que presentan los cuatro casos es adecuada, al igual que las relaciones que mantienen con las personas que los rodean. De igual forma cabe destacar la buena expresión que presentan los niños de los cuatro caso ya que expresan libremente sin restricción alguna sus emociones.

Esta investigación demostró que las evaluaciones psicológicas son una parte importante en el manejo de pacientes hemato - oncológico. Estas intervenciones no están destinadas a remplazar, sino a ser utilizadas conjuntamente con la quimioterapia. Esta intervención debe tener como objetivo principal ayudar al paciente a ganar sentido de control sobre su enfermedad, orientándolo a un mejor manejo de sus sentimientos y pensamientos.

Una evaluación de tipo conductual – cognitiva basada en las creencias que tienen los niños y que ayudará a los pacientes a desarrollar capacidad de adaptación en el manejo de su enfermedad, del proceso quimioterapéutico y ayudarle a modificar sus reacciones con el propósito de reestablecer en el paciente la sensación de autocontrol, de eficacia personal y su participación activa en el autocuidado, aspectos que en muchas ocasiones pueden estar perturbados dentro del proceso quimioterapéutico.

En conclusión se considera que las intervenciones psicológicas deben ser implementadas en etapas tempranas del proceso quimioterapéutico de manera que los pacientes puedan desarrollar y mantener pensamientos positivos que le permitan al paciente mantener el soporte emocional que sustenta Ellis en su T.R.E, cuyo objetivo es ofrecer un acercamiento más humanístico a personas que se enfrentan a enfermedades.

La leucemia como esta descrita en los planteamientos teóricos de la presente investigación es un proceso biopsicosocial donde el individuo interactúa con las consecuencias de la enfermedad y el tratamiento. Puesto que esta enfermedad conlleva que el paciente modifique la concepción de la vida.

Por tanto una intervención que ayude a interpretar la realidad, a identificar sus pensamientos y reacciones emocionales, logrará en el una aceptación en todas sus dimensiones, manejo apropiado de sus pensamientos racionales de manera que le ayuden a superar situaciones que resultan desagradables.

RECOMENDACIONES

La psicoterapia conductual cognitiva basada en el modelo de intervención en crisis; puede dar soporte emocional, continuidad e información, mientras se ayudan al paciente a adaptarse a la crisis después del proceso quimioterapéutico. En términos conductuales se refiere a la adquisición que hace el paciente de pensamientos racionales para poder entender la crisis.

A las crisis después del proceso quimioterapéutico. En términos conductuales cognitivos referidos a la adquisición por parte del paciente de pensamientos racionales que la faciliten el proceso de entendimiento de la crisis.

Varios estudios han demostrado que los pacientes que reciben soporte psicológico activo y estructurado, informa mayor tolerancia de los efectos colaterales de la quimioterapia y viven por mas tiempo.

La evaluación del sistema de creencias será efectiva mediante la aplicación de una técnica de tipo conductual, en la cual el empleo de la TRE, se ofrece al paciente un acercamiento mas humanístico y pragmático que le ayudara a establecer una interacción clara a nivel cognitivo y afectivo con la enfermedad y su tratamiento.

Para el empleo de una técnica de tipo conductual cognitivo se hace necesario tener en cuenta:

- Ayudar al niño comprender y no rebelarse ante las necesarias limitaciones físicas impuestas por la enfermedad y por los efectos colaterales del tratamiento.
- Favorecer su participación en las actividades en consonancia con su edad y estimular su relación social.
- Ayudar al paciente que permanezca en el mayor grado posible inserto en su ambiente familiar social.
- Los niños mayores se pueden beneficiar de métodos conductuales cognitivos como técnica de distracción con música, terapia lúdica, relajación, meditación.

Todo tratamiento para una enfermedad, el paciente debe tener una preparación psicológica. En el caso de pacientes menores se debe hablar con el niño y su familia acerca de los posibles resultados y explorar cual puede ser el comportamiento del niño.

En todo los casos la elección del método se fundamentara en las preferencias del paciente, su personalidad y su capacidad de adaptación.

Todo lo recomendado anteriormente tiene como base el estudio de las creencias.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Arminda. La Percepción de La Muerte en los Niños y Otros Escritos. Ed. Kergiemán. Buenos Aires 1978.

ANUARIO, Científico Uninorte, Barranquilla, Volumen 4. 1985.

ATENCIÓN AL NIÑO LEUCÉMICO. Fundación Alejandro Da Silva para la Leucemia Infantil. Alexis Espino Sánchez. islas Canarias 1996.

BECK, A. terapia Cognitiva de la depression. Bilbao.

BONADONNA, Gianni. Manual de Oncología Médica. Masson, S.A. Barcelona. 1993.

Cella DF, Tross S: Psychological adjustment to survival from Hodgkin's. Journal of Consulting and Clinical Psychology 54(5): 616-622, 1986.

Cella Df: Cancer Survival: Psychosocial and public issues. Cancer Investigation 5(1): 59-67, 1987.

DICCIONARIO Y PSICOLOGÍA. Mc Graw Hill.

ELLIS, Albert, ¿Qué es la TRE? Journal of Individual Psychology.

ELLIS, Albert. ABRAHMS S. Terapia Racional Emotiva. Volumen I. Edición 3. Editorial PAX. Pág. 14. 1986.

EVANS, Elida. A Psychological Study of Cancer. New York. Dood Mead and Co. Inc. 1926. Pág 226.

EWING, J. Neoplastic Diseases. Saunders Co. Phil. Tercera edición. 1931. Pág. 37.

GUÍA CLÍNICA PRACTICO MANEJO DEL DOLOR POR CÁNCER. Bogotá mayo 1995 Fondo Nacional de Estupefacientes.

JEFFREY E, Young. Director Centro de Terapia Cognitiva de Nueva York.

LESHAN, L. Psychological States as Facias in the Development of Malignant Disease. A Critical L. Nat. Inst. 1959. Pág. 22.

LESHAN, L y WORTHINTON R. E: Loss of Cathexes as a common Psychodynamic Charasteristic of cancer patients "Psychosom Med". 1954. Págs, 183 – 193.

LEWIS R, Aiken. Test Psicológico y Evaluación. Prentice may Hispanoamericana S.A. 1996.

MEYER, Willy. Cancer. New York. Paul Hoeber Inc. 1931.

RESTREPO, Alberto. Hematología Clínica. 3ª Edición. 1975. Págs. 145 – 148.

SALLY, PAPALIA. Desarrollo Humano

TERAPIA COGNITIVA PARA LOS DESORDENES DE PERSONALIDAD. Una aproximación centrada en el esquema.

Traducción MEJIA, Silvia. Psicóloga Universidad Simón Bolívar.

TROSS S, HOLLAND JC: Psychological, sequelae in cancer survivors. In: Holland JC, Rowland JH, Handbook o Psychooncology: Psychological care of the prtient with cancer. New York: Oxford University Press, 1989, pp 101-116

Koocher G, O'Malley, J: The Damocles Sindrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer. New york Mc Graw Hill, 1981.

Stuber ML, Meeske K, Gonzalez S, et al: Post-traumatic stress after chidood cancer I: the role of appraisal Psycho-Oncology 3: 305,312,1994.

A N E X O S

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DIMENSIONES Y SISTEMAS
DE CREENCIA
NIÑO DE 4 A 6 AÑOS**

NOMBRE: _____

EDAD: _____

1. ACEPTACION DE SI MISMO:

1.1. Quién eres?:

1.2. QUE ES ESTAR ENFERMO?



2. AUTO ESTIMA Y AUTO IMAGEN.

2.1. ¿Como eres?

2.2. ¿Eres un niño triste o feliz. Porque?

3. AUTONOMIA

3.1. ¿Qué cosas haces solo?

3.2. ¿Qué hacen tus padres cuando lloras o ríes?

4. RELACION:

4.1. ¿Qué te gusta de tus padres?

4.2. ¿Qué te gusta de los doctores?

4.3. ¿Qué te gusta de tu hermanos?

5. AUTO VALORACIÓN:

5.1. ¿Qué es lo que más te gusta de ti?

5.2. ¿Qué le da pena (vergüenza)?

6. AUTO EXPRESIÓN RESTRINGIDA:

6.1. ¿Qué haces cuando tus padres te regañan?

6.2. ¿Qué haces para que no te regañen?

6.3. ¿Qué haces cuando tienes miedo?

6.4. ¿Si aparece la Lámpara de Aladino que deseo le pides?

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DIMENSIONES Y SISTEMA
DE CRENCIAS.**

NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____

1. ACEPTACIÓN DE SI MISMO

- 1.1. ¿Quien eres tu?
- 1.2. ¿Cómo es tu vida?
- 1.3. ¿Qué piensas de estar enfermo?

2. AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN:

- 2.1 Descríbete.....
- 2.2. ¿En que momento te da tristeza y por qué?
- 2.3. ¿En que momentos te da alegría y por qué?

3. AUTONOMÍA

- 3.1. ¿Qué cosas puedes hacer por ti solo?
- 3.2. ¿Cuándo sientes que no puedes hacer lo que te gusta?
- 3.3. ¿Cómo te cuidas?

3.4. Cuando tienes ganas de llorar o de reír qué haces ¿por qué?

4. RELACIÓN

4.1. ¿Cómo calificas los resultados que te brindan los demás?

4.2. ¿Cómo son tus relaciones con las demás personas?

4.3. ¿Cómo es la relación de tus padres con tus hermanos?

Explique.

4.4. ¿Cómo es tu relación con los médicos y enfermeras?

4.5. ¿Prefieres tener pocos o muchos amigos? Por que.

5. AUTOVALORACIÓN

5.1. Menciona lo que te gusta y lo que no te gusta de ti?

5.2. ¿Como crees que te ven los demás?

5.3. ¿Que talentos tienes?

5.4. ¿Cuando crees que te mereces un castigo? Explique.

5.5. ¿En que momentos sientes vergüenza?

6. AUTOEXPRESIÓN RESTRINGIDA

6.1. ¿Has pensado en lo mucho que tu te quieres?

6.2. ¿ Qué cosas te gustan que no haces y por qué?

6.3. ¿ En qué momentos sientes culpa?

REGISTRO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

NOMBRE: _____ EDAD: _____

FECHA: _____

I. DESCRIPCIÓN ASPECTO COGNOSCITIVO

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD _____

CREENCIAS RESPECTO A LA ENFERMEDAD _____

LOCUS DE CONTROL Y RESPONSABILIDAD _____

AUTOCONCEPTO _____

II MANEJO DE CRISIS DENTRO DEL PROCESO QUIMIOTERAPEUTICO

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DESENCADENANTES _____

IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA CRISIS _____

COMPORTAMIENTO ANTE EL DESENCADENAMIENTO DE LA CRISIS _____

COMPORTAMIENTO POSTERIOR A LA CRISIS _____

III. DESCRIPCIÓN ESTILO DE VIDA ACTUAL

ALTERACIONES EN ESTILO DE VIDA _____

RELACIÓN STRESS - QUIMIOTERAPIA (aumento de crisis con stress - aumento de stress con la aparición de crisis) _____

CAMBIOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA

QUIMIOTERAPIA _____

CAMBIOS COMPORTAMENTALES ASOCIADOS _____

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO _____

IV. PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

V. ESCOLARIDAD

UBICACIÓN EN LA ESCUELA _____

AUSENTISMO ESCOLAR _____

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESCOLARES ACADÉMICAS _____

RESUMEN _____