

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES
ESCUELA SUPERIOR DE MÚSICA Y DANZA DE
MONTERREY**

**DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER
ENTRE 5 Y 8 AÑOS**

**TESINA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENSEÑANZA DE LA DANZA CON
ESPECIALIDAD EN CLÁSICO**

**PRESENTA:
MARTHA PAOLA CANALES GONZÁLEZ**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, 2012

www.inbadigital.bellasartes.gob.mx

Formato digital para uso educativo sin fines de lucro.

Cómo citar este documento: Martha Paola Canales González. Danza terapia para niños con cáncer entre 5 y 8 años.
ESMDM/INBA/CONACULTA. Monterrey, N.L., 2012.

Descriptores Temáticos (palabras clave): Educación Dancística, Enseñanza de la danza, Especialidad en clásico,
Escuela de danza.

**DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER
ENTRE 5 Y 8 AÑOS**

TESINA
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENSEÑANZA DE LA DANZA
CON ESPECIALIDAD EN CLÁSICO

PRESENTA
MARTHA PAOLA CANALES GONZÁLEZ

FEBRERO 2012, MONTERREY, NUEVO LEÓN.

Monterrey, N. L. a Enero 2012

H. CONSEJO DE LA ESCUELA SUPERIOR DE MÚSICA Y DANZA DE MONTERREY.

Presente.-

Como asesora de la alumna MARTHA PAOLA CANALES GONZÁLEZ, hago constar que ha concluido su tesina satisfactoriamente, cumpliendo con las indicaciones que le he dado para cubrir cabalmente el tema que presenta.

Esta investigación lleva por nombre DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER ENTRE 5 Y 8 AÑOS.

Con este trabajo la alumna espera obtener el título de LICENCIADA EN ENSEÑANZA DE LA DANZA CON ESPECIALIDAD EN CLÁSICO.

Sin más por el momento, quedo de ustedes su segura servidora.

MTRA. ILDANA CONTRERAS PENICHE.

Monterrey, N. L. a Enero 2012

H. CONSEJO DE LA ESCUELA SUPERIOR DE MÚSICA Y DANZA DE MONTERREY.

Presente.-

Como asesora de la alumna MARTHA PAOLA CANALES GONZÁLEZ, hago constar que ha concluido su tesina satisfactoriamente, cumpliendo con las indicaciones que le he dado para cubrir cabalmente el tema que presenta.

Esta investigación lleva por nombre DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER ENTRE 5 Y 8 AÑOS.

Con este trabajo la alumna espera obtener el título de LICENCIADA EN ENSEÑANZA DE LA DANZA CON ESPECIALIDAD EN CLÁSICO.

Sin más por el momento, quedo de ustedes su segura servidora.

LIC. ELISA GARCÍA CORTEZ.

*A mis padres,
a mi esposo y
mis asesoras*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. QUÉ ES EL CÁNCER	4
1.1 CÁNCER INFANTIL	5
1.2 CÓMO SE TRATA EL CÁNCER	8
CAPÍTULO II. PSICOONCOLOGÍA	12
2.1 PSICOONCOLOGÍA EN MÉXICO	13
2.2 PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	14
CAPÍTULO III. ASPECTOS EMOCIONALES DEL NIÑO CON CÁNCER	19
3.1 PREPARAR A UN NIÑO PARA LA MUERTE	31
CAPÍTULO IV. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO DE CINCO A OCHO AÑOS	34
4.1 EL NIÑO DE CINCO AÑOS	35
4.2 EL NIÑO DE SEIS AÑOS	38
4.3 EL NIÑO DE SIETE AÑOS	43
4.4 EL NIÑO DE OCHO AÑOS	47
CAPÍTULO V. EL ESTRÉS Y EL SISTEMA INMUNOLÓGICO	52
5.1 REDUCCIÓN DEL ESTRÉS POR MEDIO DEL EJERCICIO	54
CAPITULO VI. ORÍGENES DE LA DANZA COMO TERAPIA	58
6.1 LAS PIONERAS DE LA DANZA COMO TERAPIA	61
CAPITULO VII. DANZA TERAPIA	66
7.1 DANZA TERAPIA EN ONCOLOGÍA	72
7.2 PROGRAMA DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER ENTRE 5 Y 8 AÑOS	76
CAPÍTULO VIII. ESTRUCTURA DE PROGRAMA DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER ENTRE 5 Y 8 AÑOS	79
8.1 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER	107
8.2 EXPEDIENTES	114
8.3 ANEXOS	120
CONCLUSIÓN	123
GLOSARIO	126
REFERENCIAS	130

INTRODUCCIÓN

La siguiente tesina tiene como objetivo desarrollar un programa de “Danza terapia para niños con Cáncer entre 5 y 8 años”, que sirva como complemento y apoyo al tratamiento médico y psicológico del niño enfermo.

Con dicho objetivo se realizó una investigación documental sobre los siguientes temas: Qué es el cáncer, cáncer infantil, psicooncología pediátrica, cómo es el niño durante estas edades, la danza terapia sus orígenes y aplicaciones, y la danza terapia en enfermedades oncológicas.

Este trabajo va dirigido a maestros de danza y bailarines interesados en recurrir a su profesión para ayudar de manera complementaria a la medicina y tratamiento psicológico de niños que padecen cualquier tipo de cáncer.

La realización de este proyecto brindará un espacio que permitirá a los niños fortalecer sus redes sociales y sentirse acompañados al atravesar por los tratamientos propios del proceso de curación. Así mismo, contribuirá a elevar su sistema inmunológico y mejorar su calidad de vida, reduciendo el estrés emocional, ayudándolos a tener una visión positiva, fortalecer su autoestima, contribuir a la rehabilitación y fortalecimiento de los músculos del cuerpo y desarrollar una actividad artística y recreativa que se ajuste a sus necesidades.

En lo personal será muy satisfactorio adaptar los conocimientos de mi carrera con un enfoque y objetivo diferentes al de formar bailarines profesionales; apoyándome en la psicología, musicoterapia, pedagogía y técnicas de relajación, para llevar la danza a estos niños. Con la seguridad de que, más allá de los resultados subjetivos, existen resultados objetivos y científicamente comprobables los cuales serán muy benéficos para su tratamiento.

La investigación comienza planteando una breve y básica explicación de cómo se produce el cáncer en el cuerpo humano, haciendo un enfoque más preciso al cáncer

infantil y a los tipos más comunes que se presentan, las señales, síntomas y la manera en que se combate esta enfermedad, explicando en qué consisten algunos de los tratamientos y sus efectos secundarios.

El capítulo II habla sobre la psicooncología, el origen de esta especialidad en nuestro país, lo que estudia, los objetivos y resultados que se obtienen de su aplicación.

Posteriormente, en el capítulo III se tocan los aspectos emocionales del niño con cáncer y cómo preparar a un niño para la muerte.

Con el fin de conocer y entender mejor al niño para quien se realiza este programa, el capítulo IV plantea una breve descripción del comportamiento, desarrollo y mentalidad del niño de 5 a 8 años, enfocando cada año por separado, siendo estos conocimientos de gran relevancia para la planeación de las sesiones.

En el capítulo V se encuentra una breve explicación del funcionamiento del sistema inmunológico y su relación con el estrés, al igual que la influencia del ejercicio en la disminución de éste y los beneficios físicos que trae a pacientes oncológicos.

Continuando con el capítulo VI, el cual expone los orígenes de la danza como terapia, a través de qué necesidades surge, quiénes fueron las pioneras y qué actividades y observaciones realizaron.

El capítulo VII nos da una introducción a la danza terapia en general, sus principios y aplicaciones. Posteriormente, hace referencia a algunos trabajos realizados en oncología; para terminar con la explicación, objetivos, duración, frecuencias recomendadas y beneficios que brinda el programa de danza terapia para niños con cáncer.

Por último, el capítulo VIII muestra la estructura de una sesión de danza terapia para niños con cáncer, la cual contiene la descripción de cada ejercicio, la música y el material especificado, en caso que se requiera. Se incluye la narración del desarrollo

del programa al haberse puesto en práctica, finalizando con un breve expediente de cada uno de los alumnos que asistieron a la danza terapia.

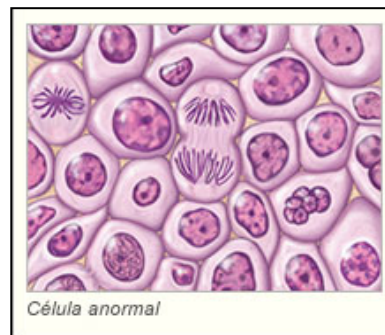
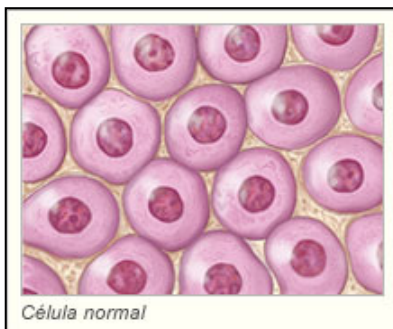
A lo largo del trabajo observarán algunas palabras en cursivas, las cuales podrán ser consultadas en el glosario.

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

Todo cáncer empieza en las células, la célula es la unidad básica que forma los tejidos del cuerpo. Para entender mejor qué es el cáncer, es necesario saber cómo las células normales se vuelven cancerosas.

El cuerpo está compuesto de varios tipos de células; estas células crecen y se dividen para producir nuevas células conforme el cuerpo las necesita; cuando las células envejecen, mueren, y son reemplazadas por células nuevas.

En ocasiones, este proceso ordenado de división celular se descontrola: células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita. Al alterarse este proceso, las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias pueden formar una masa de tejido, dicha masa es llamada tumor.



No todos los tumores son de naturaleza cancerosa; estos pueden ser benignos o malignos.

Los tumores benignos no son cancerosos, generalmente se pueden extirpar y, en la mayoría de los casos, no vuelven a crecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan o riegan a otros tejidos o partes del cuerpo.

Los tumores malignos son cancerosos. Las células en estos tumores pueden invadir el tejido a su alrededor y diseminarse a otros órganos del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina o riega de una parte del cuerpo a otra, se llama metástasis.

El nombre del cáncer depende del órgano o tipo de célula donde empezó u originó. Por ejemplo, el cáncer que empieza en el estómago se llama cáncer de estómago. Algunos cánceres no forman tumores, por ejemplo, la leucemia es un tipo de cáncer de la médula ósea (el tejido esponjoso dentro de los huesos).

CÁNCER INFANTIL

El cáncer infantil se ha convertido en la segunda causa de muerte entre la población de 1 a 19 años de edad; cada año 7 mil niños adquieren esta enfermedad, sólo mil 500 tienen seguridad social y el resto, tiene que buscar apoyo de organizaciones civiles.

En México, hay niños que mueren de cáncer porque no tienen acceso a un tratamiento médico o porque sus padres no pudieron atender a tiempo la enfermedad. Se estima que anualmente mil 500 niños y adolescentes mueren por cáncer en México.

Sin embargo, hoy en día el 70% de los casos de cáncer infantil son curables, debido a factores como los siguientes:

- Diagnóstico temprano hecho por el pediatra o médico de la familia.
- Descubrimiento de nuevos y más efectivos agentes quimioterapéuticos.
- Mejor comprensión de cómo usar estas drogas en su potencial máximo.
- El tratamiento de aquellos sitios anatómicos y/o fisiológicos en los cuales la quimioterapia no penetra (*santuarios*), antes de que se conviertan en áreas comprometidas por la enfermedad.

Para los niños con cáncer que no responden completamente al tratamiento, se están conduciendo investigaciones, con el objetivo de identificar tratamientos más efectivos. El abordaje terapéutico incluye la prueba de nuevas combinaciones o dosis mayores de agentes quimioterapéuticos, lo cual ha logrado cierta mejoría en la tasa de respuesta de estos pacientes de alto riesgo.

Los efectos que causa la quimioterapia se presentan por igual para niños y adultos. Dolores de cabeza, falta de apetito, náuseas, pérdida de cabello, entre otros; sin embargo, los niños son más fuertes que los adultos cuando se trata de aplicación de tratamientos.

TIPOS DE CÁNCER INFANTIL MÁS COMUNES

- **Leucemia.** Es el cáncer que afecta la médula y los tejidos que fabrican las células de la sangre. Cuando aparece, el cuerpo fabrica una gran cantidad de glóbulos blancos anormales, los cuales no realizan sus funciones en forma adecuada. Por el contrario, esas células anormales invaden la médula y destruyen las células sanas de la sangre, haciendo que el paciente sufra de anemia, infecciones o moretones generalizados. La forma más frecuente es la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). Se ha avanzado ampliamente en su tratamiento y, actualmente, se curan alrededor de 7 de cada 10 niños.

- **Linfoma.** Es un tipo de cáncer que aparece en el sistema linfático, la red de circulación del cuerpo que saca las impurezas. Hay dos variedades de linfoma: Enfermedad de Hodgkin y No-Hodgkin; esta última es más frecuente en niños. Aparece en *timo*, intestino delgado o en las glándulas linfáticas de cualquier parte del cuerpo. Puede diseminarse al sistema nervioso o a la médula; tiene buen pronóstico de curación.

- **Tumores del sistema nervioso central.** Los tumores de cerebro y de médula espinal son los tumores sólidos más frecuentes en los niños. Algunos son benignos y son tratados mediante la extirpación quirúrgica. Sin embargo, en el caso de los malignos, dada la dificultad en el diagnóstico y en el tratamiento, no se ha avanzado tanto en su cura como en otros tipos de cáncer.

- **Tumores del sistema nervioso simpático.** Es un tipo de cáncer que sólo se da en niños; un cuarto de los niños afectados presenta síntomas en el primer año de vida. El neuroblastoma se disemina rápidamente y, en general, es diagnosticado una vez que se ha esparcido. Los estadios tempranos son curables con cirugía y se están desarrollando terapias más efectivas para el tratamiento de los estadios avanzados.

- **Retinoblastoma.** Es un tumor ocular que aparece en la temprana infancia y muestra un patrón hereditario en gran parte de los casos. Es más frecuente en América Latina, tiene muy buen pronóstico de cura (95%), aunque, en ocasiones, compromete la visión.
- **Hepatoma.** Es un tumor que se desarrolla rápidamente en el hígado y aparece más frecuentemente en niños, de entre 2 y 4 años de edad. En niños se comporta de manera distinta que el cáncer de hígado en adultos. En niños, la enfermedad hace metástasis en los pulmones. En el pasado la mortalidad por este tumor era muy alta; actualmente con la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia se ha avanzado en el control de la enfermedad.
- **Tumor óseo.** El más frecuente es el osteosarcoma presentándose, a menudo, durante el salto de crecimiento de la adolescencia. El 85% de los adolescentes que lo padecen, desarrollan el tumor en sus brazos o piernas, la mitad de ellos alrededor de la rodilla. Otro tipo de tumor óseo es el Sarcoma de Ewing, que, a diferencia del anterior, no se le encuentra generalmente en los huesos largos, sino en las costillas. Durante el período de 1950 a 1980 se avanzó en el tratamiento, consiguiéndose una reducción del 50% de las muertes ocasionadas por este tumor.
- **Sarcoma de tejidos blandos.** El rabdomiosarcoma es el sarcoma de tejidos blandos más frecuente en niños. Esta neoplasia extremadamente maligna se origina en el tejido músculo-esquelético. A pesar de que puede darse en cualquier lugar de este tejido, generalmente se encuentra en la cabeza y el cuello, en el tracto genito-urinario o en las extremidades. A pesar de que el rabdomiosarcoma se extiende rápidamente, sus síntomas son bastante más evidentes que otros tipos de cáncer.

SEÑALES Y SÍNTOMAS

Cuanto antes se detecte el cáncer mayor probabilidad hay que el niño sobreviva. Aunque los signos y síntomas dependen del tipo de cáncer y la parte del cuerpo donde éste se desarrolle, al menos el 85% del cáncer infantil suele presentar algunas o varias de las siguientes señales:

- Masa abdominal anormal o inflamada.
- Fiebre prolongada, sin causa aparente.
- Palidez, pérdida de energía y pérdida rápida de peso.
- Dolores de cabeza persistentes, sin causa aparente, a menudo con vómito.
- Formación de hematomas con facilidad y sangrado anormal.
- Pérdida de equilibrio y cambios en el comportamiento.
- Hinchazón de cabeza.
- Brillo blanco en el ojo.

¿CÓMO SE TRATA EL CÁNCER?

El cáncer puede tratarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o con terapia biológica. El médico puede usar un método o una combinación de métodos, dependiendo del tipo y ubicación del cáncer, de si la enfermedad se ha extendido o no, la edad y salud general del paciente, entre otros factores.

Puesto que el tratamiento para el cáncer puede dañar también células y tejidos sanos, con frecuencia causa efectos secundarios no deseados. Algunos pacientes se pueden preocupar porque los efectos secundarios sean peores que la enfermedad. Sin embargo, los pacientes y los médicos discuten generalmente las opciones de tratamiento, comparando los beneficios probables de destruir las células cancerosas y los riesgos de efectos secundarios posibles. Los médicos pueden sugerir formas de reducir o eliminar los problemas que se pueden presentar durante y después del tratamiento.

La **cirugía** es un procedimiento para extirpar los tumores formados por el cáncer. A los pacientes les puede preocupar que se extienda la enfermedad al ser sometidos a una *biopsia* u otro tipo de procedimiento quirúrgico por cáncer. Esto sucede muy raras veces debido a que los cirujanos toman precauciones especiales para impedir que el cáncer se disemine durante la cirugía. Exponer el cáncer al aire durante la cirugía no causa que se disemine la enfermedad.

Los efectos secundarios de un procedimiento quirúrgico dependen de muchos factores, como el tipo de operación, el estado general de salud del paciente, e inclusive, del tamaño y lugar del tumor. Es natural que los pacientes experimenten algo de dolor después de la cirugía, el cual puede ser controlado con analgésicos, entre otros medicamentos; también es común que se sientan cansados o débiles por un tiempo después de ésta.

La **radioterapia** es el uso terapéutico de rayos de alta energía para destruir las células cancerosas en un área determinada. La radiación puede administrarse en forma externa por medio de una máquina que apunta al área del tumor; también se puede administrar internamente, a través de agujas, semillas, alambres o catéteres que contienen una sustancia radioactiva, los cuales se implantan cerca del tumor. Los tratamientos de radiación no causan dolor. La radioterapia es un tipo de tratamiento locorregional y los fines con los que se aplica son curativos y paliativos.

Los efectos secundarios de la radioterapia son ordinariamente temporales, y la mayoría pueden tratarse y controlarse. Es posible que los pacientes se sientan muy cansados, especialmente en las últimas semanas del tratamiento; también puede causar la disminución del número de glóbulos blancos en la sangre, los cuales ayudan a proteger el cuerpo contra la infección. Con radiación externa, es también común perder el cabello temporalmente en el área tratada, y que la piel se ponga roja, reseca, sensible y con comezón.

No hay riesgo de exposición a la radiación al tener contacto con un paciente que está recibiendo radioterapia externa, pues ésta no causa que el cuerpo se haga

radiactivo. Con radiación interna o radiación de implante, el paciente puede necesitar quedarse en el hospital, aislado de otras personas, mientras el nivel de radiación es más elevado. Los implantes pueden ser permanentes o temporales. La cantidad de radiación en un implante permanente disminuye a un nivel seguro antes de que la persona salga del hospital. Con un implante temporal, una vez que es retirado, no hay radiactividad en el cuerpo.

La **quimioterapia** es el uso de fármacos específicos para destruir células con características cancerosas en todo el cuerpo. Las células sanas también pueden ser dañadas, especialmente las que se dividen rápidamente. En un esquema de quimioterapia, el médico oncólogo puede usar un fármaco o una combinación de fármacos.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen principalmente de los fármacos y de la dosis que recibe el paciente. La pérdida del cabello es un efecto secundario común; sin embargo, no todos los fármacos contra el cáncer causan pérdida de pelo. Puede causar fatiga temporal, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, diarrea, o llagas en la boca y labios. Los fármacos para impedir o reducir las náuseas y vómitos pueden ayudar con algunos de estos efectos secundarios. Las células normales generalmente se recuperan cuando ha terminado la quimioterapia, por lo que la mayoría de estos efectos desaparecen gradualmente después de que termina el tratamiento.

Los términos empleados para el tratamiento quimioterapéutico son diferentes, según el desarrollo de la enfermedad en que se administre dicho tratamiento:

- **Quimioterapia neoadyuvante.** La finalidad es disminuir la masa tumoral y aplicar después el tratamiento local definitivo, sea cirugía o radioterapia.
- **Quimioterapia adyuvante.** Es aplicada después de la cirugía del tumor primario, para la prevención y aumento de la supervivencia.
- **Quimioterapia paliativa.** El objetivo es el control de síntomas, no la curación ni el aumento de la supervivencia.

La **terapia hormonal** se usa para tratar ciertos cánceres que dependen de hormonas para su crecimiento; la terapia hormonal impide que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que detienen la producción de ciertas hormonas o que cambian la forma cómo éstas funcionan. Otro tipo de terapia hormonal es la cirugía para extirpar los órganos que producen hormonas, por ejemplo, los ovarios pueden ser extirpados para tratar el cáncer de seno; los testículos pueden ser extirpados para tratar el cáncer de próstata.

Los efectos secundarios de la terapia hormonal incluyen que los pacientes pueden sentirse cansados, retener líquidos, subir de peso, tener bochornos o sofocos, náuseas, vómitos, cambios de apetito y, en algunos casos, desarrollar coágulos en la sangre. La terapia hormonal puede causar también osteoporosis en mujeres premenopáusicas. Dependiendo del tipo de terapia hormonal que se use, estos efectos pueden ser temporales, durar mucho tiempo o ser permanentes.

La **terapia biológica** utiliza, directa o indirectamente, el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad y puede aminorar algunos de los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer.

Los efectos secundarios de la terapia biológica varían con el tratamiento específico; en general, estos tienden a causar síntomas parecidos a los de la gripe, como escalofríos, fiebre, dolor de músculos, debilidad, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y diarrea. Los pacientes pueden también sangrar o magullarse con facilidad, tener erupciones en la piel o inflamación. Estos problemas pueden ser graves, pero desaparecen cuando termina el tratamiento.

PSICOONCOLOGÍA

La psicooncología plantea un modelo psico-educacional de prevención, intervención psicoterapéutica, rehabilitación y reintegración a la vida cotidiana; brinda los cuidados paliativos desde los parámetros psicológicos que conlleva al paciente a una mejor calidad de vida y le ayuda a afrontar, desde el inicio, la enfermedad y sus tratamientos *oncológicos*.

El psicooncólogo es un especialista que brinda atención psicológica y emocional, escucha, entiende, conoce, orienta, informa, atiende y acompaña al paciente en las alteraciones que surgen a partir del momento en el que se diagnostica el cáncer, durante el tratamiento oncológico y, si es el caso, hasta que se presenta la muerte. Durante el proceso se debe seguir un proceso de atención a la familia para elaboración del duelo y disminución de los sentimientos de culpabilidad.

Es primordial reconocer que el paciente es un ser humano que piensa, siente, escucha, dice, se responsabiliza y participa de forma activa en la toma de decisiones para sus tratamientos. Características importantes en el proceso psicológico de su padecimiento y útiles en las etapas de diagnóstico, tratamiento, remisión de la enfermedad, recaída, fase terminal, de agonía y muerte, cuando se requiere de mucha atención.

PSICOONCOLOGÍA EN MÉXICO

La psicooncología en México fue iniciada en 1980 por el Dr. Juan Ignacio Romero Romo, con el apoyo e interés de reconocidos oncólogos, entre ellos el Dr. Arturo Beltrán Ortega, en aquel momento, director general del Instituto Nacional de Cancerología (INCan); el Dr. Juan Zinser Sierra (oncólogo); el Dr. Pedro de Jesús Sobrevilla Calvo (oncólogo y hematólogo); el Dr. Ricardo Olper Palacci (psiquiatra); y el Dr. Ricardo Plancarte Sánchez (anestesiólogo, especialista en dolor y cuidados paliativos).

A partir de 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología, siendo hasta el 2001 que se reinician las actividades de ésta, nombrando como presidente al psicólogo oncólogo Salvador Alvarado Aguilar, quien fue el primer residente egresado de la especialidad, realizada en el INCan, con duración de tres años.

En febrero de 2004, en la Sociedad Mexicana de Oncología, se promueve la formación del Comité de Psicooncología, con el apoyo del Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo; con el objetivo de “establecer un modelo de investigación para conocer lo que sucede entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de toda disciplina relacionada con la atención, la enseñanza y la investigación en la oncología”.

PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

La psicooncología pediátrica es una especialidad que ha ido desarrollando herramientas propias, al tiempo que ha dado un importante lugar a desarrollos interdisciplinarios. Ha contribuido a lograr que la acción de cada disciplina posibilite una mejor acción de las otras. Así, un trabajo interactivo con el médico favorece la comunicación con el paciente y su familia, al ayudarlos a clarificar, paso a paso, lo que necesiten saber, y estimular una participación activa del niño y de los padres en la elección y organización del tratamiento.

Los procedimientos a los cuales es sometido el paciente, los efectos del tratamiento y la incertidumbre del futuro, producen un estrés importante en el niño y los que lo rodean; aún en aquellos curados, el impacto de la enfermedad en la familia perdura. La vida profesional, el matrimonio y las relaciones con otros, pueden afectarse en forma significativa.

Las familias deben aceptar la transición entre sentirse en control de sus vidas y el sentimiento constante de incertidumbre. La necesidad de depender de un sistema médico que responda a las preguntas y ofrezca cura, requiere un enorme ajuste de toda la familia, ningún miembro queda fuera de este enorme impacto.

Algunas familias se volverán más cohesivas, desarrollando un aumento de su fortaleza y una redefinición positiva de sus valores; otras, frecuentemente aquellas con una vulnerabilidad preexistente, sufrirán diversos grados de desequilibrio continuo o transitorio.

La habilidad del niño y su familia para contener el estrés y manejar los problemas durante el tratamiento dependen, en gran medida, de la fortaleza y las habilidades para funcionar normalmente, previas al diagnóstico de la enfermedad.

Sin embargo, aún los miembros de la familia más sana, cuando se enfrenten al impacto de una enfermedad potencialmente mortal, sentirán amenazado cada

aspecto de la vida familiar, incluyendo las relaciones interpersonales, la estabilidad económica y las creencias religiosas.

Otros factores que afectan la habilidad de las familias para contener el estrés son sus relaciones con el personal médico y asistencial, y el grado de satisfacción de sus necesidades no médicas.

Aunque muchos niños logran remisiones prolongadas y otros tantos se curan, los esfuerzos del tratamiento no siempre son exitosos; aún hay niños que mueren de cáncer.

Los índices de supervivencia y las predicciones de cura, se expresan en términos de porcentajes; aún para aquellos cánceres que presentan el mejor pronóstico, nadie puede decir con certeza si el niño sobrevivirá o morirá; para cada niño, como persona única, la estadística no sirve.

En definitiva, el cáncer pediátrico debe ser visto como una enfermedad crónica con un pronóstico incierto: el niño puede curarse o puede morir. Esta amenaza de muerte y este temor producido por la incertidumbre, son parte del vivir con cáncer.

El niño enfermo continúa desarrollándose y obteniendo logros, por lo tanto, tiene derecho a un medio ambiente emocionalmente sano, y a mantener una relación agradable con el resto de la familia. Esto no siempre es fácil por el añadido estrés causado por la enfermedad. Los hermanos del niño enfermo también tienen sus necesidades; éstas, a veces, son olvidadas por la presión que ejercen los problemas del niño y la perturbación emocional de los padres.

Hoy en día, el desafío para el oncólogo pediatra, incluye, no sólo tratar la enfermedad o preparar al niño y a la familia para la muerte, sino, también, enseñarles cómo vivir con un diagnóstico de enfermedad maligna y prepararlos para la posible curación.

OBJETIVOS DE LA PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

- Integrar un equipo de trabajo para que el médico oncólogo pueda contar con la colaboración de otros profesionales, de forma que la acción de cada uno posibilite una mejor acción en el otro. Establecer un grupo interactivo con el médico, el paciente y la familia, logrando así, un tratamiento integral del niño enfermo y su familia.
- Incentivar y adecuar la comunicación con el paciente, sus padres y médicos, con la intención de favorecer la participación del niño y de los padres en la elección y organización del tratamiento. Explicar la información brindada por el médico cuando es necesario, estimulando las preguntas, desmitificando las palabras silenciadas como: cáncer, miedo, dolor, muerte.
- Ofrecer al paciente y su familia una ampliación en el tratamiento de apoyo y de contención, en las distintas etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída, fase terminal, de agonía y muerte; momentos en los que se requiere de atención adicional.
- Identificar las emociones del paciente: enojo, culpa, miedo; tratando de ayudarlos en su proceso, animándolos a expresarlas mediante juegos, cuentos, el uso de su cuerpo y el arte; lo cual puede estimular conductas positivas en el niño y su familia.
- Establecer una buena comunicación con la escuela, tratando de informar al maestro aquello relacionado con el cáncer y, en caso necesario, abordar sus miedos, estableciendo juntos estrategias posibles de actuación escolar.

RESULTADOS DE LA PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Desde la perspectiva del equipo médico

- Niños menos tensionados y más tranquilos, porque con anticipación saben qué les van a hacer, para qué sirve, en qué consiste su tratamiento. Es posible realizar una psicoterapia breve utilizando todo tipo de recursos catárticos: el juego, artes plásticas, teatro, música, psicodrama, relajación, visualización dirigida, lo cual favorece el tratamiento.
- Beneficios post quimioterapéuticos, como la disminución de vómitos y el malestar general.
- Padres y niños informados y contenidos son más colaboradores, lo cual facilita el accionar del equipo médico. Más allá de la diferencia de edades, los criterios comunes que se manejan son: no informar más que lo acordado con los padres, contestando siempre con la verdad; no mentir al niño ni menoscabar su capacidad de sentir y comprender.

Desde la perspectiva del paciente y la familia

- Un mejor manejo del hijo enfermo en el hogar y del resto de la familia.
- Mayor orientación al recibir información sobre la enfermedad, por medio de material escrito y, posteriormente, hablando sobre las dudas y preguntas que se pueden generar.
- Pasado el momento del impacto del diagnóstico, lograr nuevamente ser ellos los agentes de control, por lo cual es importante su participación.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER INFANTIL

Los niños que padecen una enfermedad oncológica presentan las siguientes necesidades:

- Necesidades emocionales comunes a todos los niños, aunque no estén enfermos. Incluye la necesidad de sentirse queridos; de desarrollar un sentimiento de pertenencia; de sentir auto-respeto; de obtener una sensación de logro, de seguridad y de auto-conocimiento; y de sentirse libres de sentimientos de culpabilidad. Se trata de necesidades a veces insatisfechas por la alteración de la rutina diaria y el contacto reducido con quienes pueden satisfacerlas.
- Necesidades que surgen de la reacción del niño ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos. Los temores y sentimientos de culpa e inutilidad requieren de apoyo, cariño, empatía, comprensión, aprobación, amistad, seguridad, compasión y disciplina.
Cada fase de la enfermedad genera necesidades específicas que atender; necesidades de información y comprensión de lo que ocurre a lo largo del proceso de enfermedad, especialmente en el inicio; el control de síntomas, la reducción de miedos y molestias ante procedimientos exploratorios o de tratamiento invasivos, así como las dificultades de adherencia a tratamientos médicos.
- Necesidades que surgen de la concepción que el niño tiene de la muerte, las cuales generan reacciones de temor, ansiedad, soledad, tristeza, entre otras.

Las repercusiones del cáncer infantil y las necesidades de los niños que padecen la enfermedad y de sus familias, justifican la conveniencia de llevar a cabo una intervención psicológica durante la fase de diagnóstico y de tratamiento. Se pretende con ello dar, a los niños y a las familias, información y estrategias adecuadas para hacer frente a la nueva situación.

ASPECTOS EMOCIONALES EN EL NIÑO CON CÁNCER

Concepto de muerte en el niño sano

El concepto de la muerte está relacionado con la edad y con amplias variaciones individuales. En su abordaje, se hará uso de cuatro etapas, una para cada grupo de edad: el período hasta los dos años, el período preescolar, los primeros años del colegio, el período pre-adolescente y adolescente.

Durante los primeros dos años de vida no hay comprensión de la muerte, el miedo a la separación de las personas que protegen y consuelan está presente en su más aterradora intensidad. Mientras que la muerte no es un hecho todavía para el niño que cumplirá tres años, el miedo a la separación permanece.

Entre los tres y los cinco años, el niño percibe la muerte como un hecho que les sucede a los demás; todavía el concepto de muerte es vago, se asocia con el sueño, y la ausencia de luz y movimiento; no lo piensa como un estado permanente. En contraste con los niños de dos años, los niños de esta edad pueden soportar y comprender separaciones cortas, responden más espontáneamente y con menos miedo a las preguntas sobre la muerte que los niños mayores, muestran curiosidad por animales y flores muertos, se interesan especialmente por lo mágico. En esta etapa, sienten que sus deseos pueden volverse realidad; puede que deseen que mamá, papá o un hermano se vaya y nunca regrese, por lo tanto, puede haber culpa si alguno de ellos muere.

Los niños de entre tres y cinco años niegan la muerte como una realidad final, creen que la muerte es accidental y que ellos no morirán, creen que es reversible.

Los conceptos y las actitudes de los niños no cambian abruptamente a ninguna edad, sino que evolucionan paulatinamente y dependen de cada individuo. A partir de los seis años, aproximadamente, el niño se acomoda a la idea de que la muerte es definitiva, inevitable, universal y personal. Muchos niños de entre seis y siete años

sospechan que sus padres morirán un día y que ellos también morirán, pero en un futuro muy lejano.

Los niños entre cinco y nueve años muestran una tendencia fuerte a interpretar la muerte como una persona, por ejemplo, "el hombre muerte". Muchos niños se horrorizan, se confunden, se enojan cuando descubren la muerte; es decir, el niño menor a los diez años comienza a aceptar el concepto de muerte, pero aún no ha desarrollado una comprensión total de la misma.

Piaget sugiere que, a medida que el niño se acerca a la adolescencia, a los once o doce años, está equipado con las herramientas necesarias para comprender la vida y la muerte en un modo lógico. Alrededor de los diez años, el hecho de la universalidad y permanencia de la muerte, finalmente se vuelve comprensible. El niño de diez años acepta la muerte como un fenómeno natural y el hecho de que todos los hombres deben morir, incluido él. Sin embargo, su propia muerte es probablemente algo que no ocurrirá en mucho tiempo.

En resumen, el niño menor a cinco años carece de casi todas las operaciones mentales necesarias para establecer el concepto de muerte, aún en un modo inicial, excepto por su comprensión del concepto de la separación. En las edades entre seis y diez años, el niño tiene cierta comprensión de la muerte, pero aún no tiene la plena conciencia adulta del concepto y, a la edad de once o doce años, el concepto de muerte se establece sólidamente.

El niño con cáncer

Estudios con niños menores a cinco años muestran que el miedo a la separación, al abandono y a la soledad, son más profundos en el niño enfermo.

Entre los seis y los diez años, y quizás tan temprano como cinco años, los niños tienen miedos relacionados a las heridas físicas y al daño corporal. Estudios con niños enfermos de cáncer de esas edades revelan que, a pesar del esfuerzo hecho por los padres y médicos para evitar que el niño se entere de su pronóstico, él, de algún modo, presiente que su enfermedad es grave. El miedo al abandono es reemplazado por el miedo al daño corporal y, posiblemente, por la concientización de su propia muerte.

Los niños mayores de diez años muestran miedo a la muerte; en la pre-adolescencia y adolescencia, dicho miedo predomina a otros, toman conciencia de la gravedad de su enfermedad. Esta concientización, acompañada de una falta de comunicación significativa por parte de los adultos, puede hacer que los niños se preocupen aún más. Los niños a esta edad se preocupan especialmente si se ven envueltos en una conspiración de silencio y encuentran un gran alivio cuando se les brinda la oportunidad de discutir sus inquietudes con un adulto comprensivo.

Los niños menores de diez años no hacen preguntas directas, esperan que los adultos les demuestren que están listos a anticipar y enfrentar sus preocupaciones. La ausencia de expresión de angustia por la muerte no significa que no haya preocupación.

Los niños de cinco años pueden hablar libremente de la muerte, la mayoría de ellos no puede expresar sus sentimientos abiertamente y, por lo tanto, se cree a menudo que no tienen angustia por el tema. Sin embargo, muchos de sus sentimientos pueden estar ocultos, y se puede confundir la falta de expresión con que el niño no sienta temor.

Otra situación común es que los niños no demuestren a sus padres cuánto saben sobre su enfermedad, para protegerlos; quizás los más solos son los más conscientes de su diagnóstico; pero reconocen que sus padres no quieren que ellos lo sepan, lo que origina poca comunicación significativa; no hay nadie con quien el niño pueda expresar abiertamente su tristeza, miedo o angustia.

Como ejemplo el siguiente caso: Los papás de Lucy creían que habían logrado ocultar la enfermedad a su hija de seis años. Un psicólogo le mostró a Lucy una foto y le dijo que le describiera lo que estaba sucediendo. La niña dijo: "La niña pequeña de la foto está en el hospital muy enferma, los padres de la niña están en la puerta hablando con el doctor, el doctor le está diciendo a la mamá y al papá que está muy, muy enferma, pero la nena se hace la dormida porque no quiere que la mamá sepa que ella sabe cuán enferma está, porque si no la mamá va a llorar."

El niño frecuentemente presiente el diagnóstico y, por lo tanto, se debería poder hablar con él sobre este tema; el dilema es cómo hacer que el niño sepa que sus preocupaciones son compartidas. Es importante recordar que, las preocupaciones del niño con respecto al posible resultado de su enfermedad, no son necesariamente las mismas que tienen los padres.

Los niños construyen defensas para protegerse del dolor, pero también pueden desear que se les diga la verdad; es una tarea desafiante reconocer las defensas del niño y, al mismo tiempo, ser honesto y abierto a las preguntas que puede hacer sobre la muerte o su enfermedad.

Cumplir esta tarea con inteligencia, comprensión y compasión puede evitar la gran angustia del niño y fortalecer su deseo por vivir. A medida que los niños crecen, crece su capacidad de comprensión sobre la vida, y con ésta llega el deseo de saber más sobre su enfermedad.

Hablar con el niño de cinco o seis años sobre su enfermedad una única ocasión, no resulta suficiente; deberá haber una permanente actualización a medida que la capacidad de comprensión del niño se desarrolla. Muchos oncólogos pediatras les hablan a los padres en presencia del niño utilizando un lenguaje comprensible para él. Esto es una buena idea, si el niño toma parte en las decisiones respecto a su enfermedad, entonces su conocimiento es actual y su comprensión es precisa.

En el proceso de diagnóstico

En oncología pediátrica se diferencia entre el dolor procedente de la propia enfermedad y el dolor causado por los procedimientos de diagnóstico o el tratamiento médico. La enfermedad puede causar dolor al niño debido a que afecta a los tejidos blandos, por ejemplo, cuando el tumor presiona un nervio.

Para identificar el tipo de cáncer y determinar el tratamiento adecuado se realizan numerosas pruebas diagnósticas que resultan dolorosas para el niño, por ejemplo: la prueba diagnóstica inicial en las leucemias es un análisis de sangre y, posteriormente, la aspiración de la médula ósea, tratándose ambos de procedimientos dolorosos y frecuentes durante la intervención.

En los casos en que existe una masa tumoral se realizan pruebas de imagen, como radiografías o tomografías computarizadas, y se confirma el diagnóstico definitivo mediante una biopsia.

Las resonancias magnéticas, aunque no resultan dolorosas, generan en el niño un nivel muy elevado de ansiedad, debido a que deben permanecer con una luz tenue, casi inmovilizados y sin compañía durante su realización.

A lo largo de su tratamiento, el niño con cáncer debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que, en ocasiones, son consideradas más dolorosas que la propia enfermedad.

Los cambios físicos que el niño con cáncer experimenta durante su enfermedad y su tratamiento, como la pérdida del cabello o la variación de peso, pueden amenazar su autoestima y contribuir a la aparición de problemas en sus relaciones sociales. Las visitas continuadas al hospital suponen la separación de sus compañeros y amigos, lo que dificulta sus relaciones y puede generar su aislamiento.

Internamiento Hospitalario

El niño entra en un nuevo mundo cuando se le interna en un hospital; ve máquinas extrañas, toma conciencia de otros pacientes y de su condición. Inmediatamente reconoce qué miembro del equipo médico responderá sus preguntas y presiente si mamá y papá le darán una respuesta sincera. Es importante desde el principio, asegurarle al niño que puede expresar sus preocupaciones y buscar respuestas para lo que no entiende. Una comunicación permanente y significativa sobre todos los temas liberará mucha energía, para utilizar en la lucha que él comienza, ayudándolo a adaptarse a los problemas diarios.

El internamiento implica, usualmente, cierta restricción de movimiento para el niño. Procedimientos médicos complejos administrados por gente nueva pueden contribuir a crear muchos sentimientos negativos; la tensión crece, el niño se angustia y se vuelve inmanejable. El niño internado debe recibir una explicación de los procedimientos permitiéndole expresarse por medio del juego.

La niñez es un proceso hacia la independencia, el cual se ve amenazado por el internamiento; al niño se le lleva al hospital, el doctor, le da tratamiento volviéndose un receptor pasivo más que un participante activo. El niño que es lo suficientemente grande para comprender las implicaciones de su enfermedad y al cual no se le dice nada, puede rebelarse. En cambio, el niño al que se le ha dado una explicación a un nivel que puede comprender, es consciente que las continuas visitas al consultorio y al hospital son necesarias para mantener su salud, puede que sea muy cooperativo a pesar del freno que se le pone a su independencia.

Muchos hospitales, la mayoría fuera de México, tienen una sala de juegos como parte del servicio de oncología pediátrica; estas salas existen para facilitar el juego natural y espontáneo. Los niños se relajan cuando juegan, pudiendo expresar los miedos que produce un equipamiento hospitalario, procedimientos médicos y personal.

El internamiento hospitalario puede confundir al niño, pero el juego le da la posibilidad de hacer preguntas y dramatizar sus preocupaciones, los terapeutas de juego pueden visitar a los pacientes en cama con el mismo propósito de promover la normalidad. En algunos hospitales, los hermanos sanos pueden unirse al juego. La familiaridad con los equipos médicos y con el personal de la salud, los ayuda a aliviar la angustia relacionada con el bienestar de su hermano o hermana.

El personal de las salas de juego está conformado por profesionales en psicología, educación especial, educación de la primera infancia, trabajo social, terapia ocupacional o terapia recreativa. Son parte del equipo de salud que se ocupa del cuidado del niño enfermo, pudiendo observar todos los aspectos de su comportamiento, y obtener visiones valiosas de los mecanismos emocionales del niño. Están en una posición que les permite evaluar lo que cada niño experimenta: resistencia a los procedimientos médicos, miedo excesivo, pasividad, entre otros.

Por ejemplo: "Juan, de seis años, dibujó a cuatro adultos que parecían monstruos, él explicó que uno era el doctor, el otro la enfermera, el otro la mamá y, el cuarto, el papá. Él dijo que estaba muy enojado con mamá y papá porque dejaban que el doctor y la enfermera le hicieran cosas horribles".

De igual forma: "Pablo, de cinco años, encontró en el muñeco del doctor su juguete favorito. Le pegaba al muñeco cada vez que entraba a la sala y después, relajado, continuaba con su pintura o su rompecabezas".

Expresiones de enojo

Los niños pueden enojarse con la persona que le suministra el tratamiento y con los padres por permitirlo; no es raro que algunos insistan en rebelarse contra el tratamiento. Los niños más pequeños, a veces, rechazan a los padres abiertamente, diciendo cosas como: "No quiero verte nunca más", "Te odio", "¿Por qué dejas que esto suceda?". Típicamente, estas expresiones llegan luego de una larga estancia hospitalaria, durante la cual el niño es sometido a muchos procedimientos médicos.

Los niños creen en el poder de los padres; parte de esta fe se debilita cuando ven que el papá y la mamá no pueden evitar estos procedimientos.

Algunos niños pequeños, ante la dependencia hacia médicos y enfermeras, tienen miedo de expresar el enojo directamente hacia ellos, entonces lo descargan con los padres. Entender que el enojo no es con ellos, sino con lo que están padeciendo, les permitirá continuar acompañándolos con todo su cariño.

La sala pediátrica

En ocasiones, y dependiendo de las características del servicio de oncología pediátrica, un niño se interna cuando otro niño de la sala muere, hay entonces un cambio notable en la sala; puede haber gran actividad a medida que el personal se reúne y, frecuentemente, se ve a los padres llorar.

El niño que observa puede llegar a conocer a los padres y al niño que ha fallecido de las visitas al consultorio o las actividades en la sala de juegos. Los adultos pueden intentar ocultar este hecho a los otros niños de la sala, pero los niños son conscientes de que algo ha sucedido y están doblemente atentos a las señales que puedan explicarlo.

Los padres deben ser sensibles a las necesidades de su propio hijo, a lo que él necesite comprender, reasegurar o para reafirmar su esperanza.

Disciplina en el hogar

Una de las tareas básicas durante la evolución de la enfermedad y su tratamiento, es la de establecer la normalidad en el hogar; la familia entera puede tener años maravillosos juntos, sería una lástima perderlos en peleas, discusiones y celos, por criterios erróneos sobre disciplina.

El niño mimado es rápido para tomar ventaja de una atmósfera permisiva, y los otros hijos se resentirán.

Sobre el establecimiento de reglas y límites: "Lorena, de once años, les anunció a sus hermanos que ella podía hacer lo que quería y ellos no podían ni tocarla, porque si lo hacían, ella sangraría hasta morir y ellos serían responsables. Afortunadamente, la madre escuchó la conversación y le informó a su hija que ella no era un miembro privilegiado en el hogar y que tenía obligaciones y responsabilidades al igual que sus hermanos.

La madre de Lorena recordó más tarde que sintió que era absolutamente necesario establecer reglas, porque durante su vida, Lorena fue una gran manipuladora y vio en su enfermedad una oportunidad para obtener lo que quería".

La manipulación no es inusual: "Cuando Carolina, de diez años, volvió a casa, les dijo a sus padres que tenía miedo de dormir en su propio cuarto; pensando que sólo sería por una noche, el papá durmió en el cuarto de Carolina y ella durmió con su madre. La niña ha estado en casa por meses y todavía continúa durmiendo con su madre. El padre está bastante molesto, pero la madre siente que la pobre niña la necesita".

Sobreprotección

Cuando un niño es dado de alta, el médico es claro sobre los límites que hay que poner a la actividad física del niño, estableciendo las reglas básicas. Desafortunadamente, muchos padres tratan de superar al médico y establecer sus propias reglas, frecuentemente, muchos más límites, dejando de lado las actividades que puedan cansar al niño o causar moretones accidentales. Los padres pasan

mucho tiempo enfatizando lo que el niño no puede hacer, a menudo ignorando lo que sí puede hacer, incluso, algunos hasta desalientan la asistencia al colegio.

La escuela

Los niños con cáncer siguen siendo niños que crecen y se desarrollan: gracias a los avances médicos los niños pasan menos tiempo en el hospital y más en casa y en el colegio. La asistencia a clase toma gran significado como factor normalizador en la vida del niño enfermo, siendo importante llevar al máximo el potencial de éxito que tiene el niño en el colegio.

La comunicación con la escuela es necesaria para disipar las dudas, los mitos y para dar información precisa, específica según el niño y relacionada a su educación.

No es suficiente que el padre le comunique a la escuela que el niño tiene cáncer; cada caso es específico, cada etapa de la enfermedad varía. Las maestras necesitan saber cómo afectará la enfermedad al niño en la clase y las consecuencias, relacionadas con la educación, que provoca el tratamiento.

Mientras está en la escuela, el niño con cáncer necesita ser visto como estudiante y no como paciente, necesita un área en su vida donde pueda liberarse de las preocupaciones del hospital. Frecuentemente, los niños con cáncer van a clase con signos visibles de su enfermedad; si se les da la oportunidad y, con el apoyo de sus padres y maestros, el niño puede explicar a la clase lo que le está pasando, a su nivel de comprensión. Este enfoque puede ser muy efectivo, esto hace ver al niño como un estudiante que vive con una enfermedad seria.

Los niños con cáncer disfrutan especialmente del colegio; interactuar con sus compañeros, no los molesta o lastima; sin embargo, los niños enfermos tienen sus problemas.

Las faltas pueden ser un obstáculo importante para lograr buenos resultados académicos; los padres y los profesores deben hacer todo lo posible por minimizar los efectos negativos de las ausencias.

A veces, el niño o adolescente con cáncer se rehúsa a volver a clase después del diagnóstico o después de perder su pelo, una vez que el doctor considere que el niño está médicamente listo para volver a la escuela; entonces, los padres deben trabajar con él y sus maestros para proveer un retorno suave. Luego de dos o tres días de vuelta al colegio, el rechazo del niño desaparece y disfruta de la socialización que le brinda su grupo.

Los hermanos

Los hermanos pueden estar confundidos y asustados por la pena de sus padres y por no poder consolarlos; al inicio basta con decirle a toda la familia que el niño tiene una enfermedad seria, la cual requerirá un cuidado médico constante. Los niños necesitan saber que la enfermedad no es contagiosa y que no son responsables de la misma.

Ellos pueden tener sus propios problemas: dolores de cabeza, dolor de estómago, incontinencia en la cama, bajo rendimiento escolar, fobia al colegio, depresión y angustia. Algunos pueden tener celos del tiempo extra que los padres pasan con el niño enfermo; otros se enojan con ellos por haber dejado que esto le sucediera a su hermano o hermana.

Las necesidades de estos niños son reales y deben ser atendidas, a menudo se preocupan por sus propias fantasías acerca de la muerte. Los niños, inclusive los más pequeños, perciben lo que sucede, son conscientes de los internamientos de su hermano o hermana y de las visitas al doctor; notan que papá llora y mamá trata de consolarlo, puede que escuchen conversaciones que no comprenden.

Los niños conspiran para interpretar qué es lo que está sucediendo, se juntan y analizan partes de información. Si los niños preguntan y no obtienen respuesta, se sentirán lastimados, pudiendo durar esta herida toda la vida, por ejemplo:

"Luciano tenía siete años cuando su hermana murió de cáncer, a él nunca se le dijo que ella estaba enferma, y cuando murió lo enviaron a vivir con un pariente. Luego del funeral, volvió a casa y encontró que su hermana no estaba y sus padres estaban en un estado de profundo dolor. Nadie le explicó nada, y Luciano estaba convencido de que él había causado la muerte de su hermana; cargó este peso y esta culpa con él hasta los quince años. Tuvo muchos problemas escolares, sus matemáticas y su lectura permanecieron a un nivel de segundo grado; sus padres estaban preocupados y trataban de ayudar pero no podían identificar el problema.

Luego de que en clase se trató el tema del cáncer, Luciano contó su historia a la maestra. Necesitaba saber que él no era responsable por la muerte de su hermana, pero quería oírlo de sus padres directamente. Se armó una reunión y, con el apoyo de su maestra, les contó a sus padres sobre su sentimiento de culpa. Los padres no tenían ni idea de que su hijo se sentía responsable. Le contaron toda la historia, mientras derramaban muchas lágrimas, y trataron de asegurarle que de ningún modo era responsable, de hecho, él había sido una fuente de consuelo y apoyo tanto para su hermana como para sus padres".

PREPARAR A UN NIÑO PARA LA MUERTE

Las siguientes son sugerencias sobre los temas a tratar según las manifestaciones del niño y no pretenden sustituir el apoyo de un especialista.

¿Cómo se le habla a un niño sobre su posible muerte temprana?

- La muerte, como el nacimiento, es parte del orden natural de las cosas, a algunos les sucede antes, a otros después. La enfermedad del niño puede acortar su vida, pero no se sabe cuánto.
- La pérdida nunca es total, quien muere de algún modo sigue viviendo. En este punto las creencias religiosas de la familia son determinantes; algunos sienten que el espíritu del niño seguirá vivo; para otros, el niño habrá pasado el significado de la vida a sus amigos; algunos más, que el niño vivirá en cuerpo y alma eternamente.
- El niño no estará solo en la muerte y después de la muerte. El niño busca la presencia y el apoyo de sus padres; es importante asegurarle que no estará solo en ese momento, y que ellos se quedarán con él, aún después de la muerte. Este aspecto es esencial para el niño y debe ser encerrado en el marco de las creencias religiosas de la familia, como el punto anterior.
- En el momento de la muerte, las personas necesitan saber que han hecho todo lo que podían hacer con sus vidas, ésta es una preocupación humana universal. Aún los niños que mueren, pueden vivir vidas completas, felices y hacer valiosas contribuciones para la humanidad. Los niños pueden tocar las mentes y los corazones de aquellos a quienes tratan en el colegio, el hospital, en la casa. Si la vida y la muerte del niño pueden modificar las actitudes de alguien, él habrá dejado su marca y habrá llevado una vida efectiva.

- El niño necesita que le aseguren que está bien llorar y sentirse triste, enojado o resentido cuando piense en su enfermedad.
- El niño necesita que le reafirmen que puede no querer hablar de su enfermedad; a veces, lo mejor es que el niño haga saber cuando no quiere tocar el tema. Cuando esté listo para hablar sobre la muerte, los adultos lo escucharán y lo apoyarán.
- El niño necesita que le aseguren que el silencio es aceptable. No es necesario expresar los sentimientos con palabras y, si lo que dice cuando se expresa, suena confundido o tonto, también está bien.
- Cuando la muerte finalmente llega, ésta no dolerá. Puede que haya dolor en el período anterior a la muerte, pero el dolor será tratado y disminuido, en lo posible, por los médicos. La muerte en sí no dolerá. A los niños les preocupa mucho que el dolor termine, es importante asegurarles que así será.
- Cuando alguien querido muere, es importante que podamos decirle adiós. La gente está acostumbrada a despedirse juntos, a veces, la persona que va a morir quiere despedirse de sus amigos. Después, la mamá y el papá querrán estar con sus amigos para hablar del niño y de cuánto lo querían. Los adultos hacen esto en la intimidad del hogar o en la iglesia, estas despedidas se llaman funerales. La gente no debería tenerle miedo a los funerales; son importantes y hacen que la familia se sienta mejor.
- Los adultos, a veces, tampoco saben mucho sobre la muerte. Si los padres hablan con el doctor y luego lloran, o si hablan sobre la enfermedad de su hijo y se llenan de lágrimas, es porque lo aman y no quieren perderlo. Sin embargo, si un niño muere, sus padres, familiares y amigos recordarán los momentos felices, y la memoria del niño vivirá en la mente y en el espíritu. Los padres son felices sabiendo que sus hijos han sido felices.

Los aspectos antes mencionados son altamente subjetivos y están enlistados aquí porque han sido útiles en conversaciones con niños. Es importante evaluar cuándo un niño está preparado; lo que se diga al principio de la enfermedad estará en un contexto de esperanza para una larga supervivencia. Los últimos tres puntos son más apropiados cuando el niño se acerca a la muerte.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO DE CINCO A OCHO AÑOS

El desarrollo del niño es continuo, a los cinco años su psicología es el resultado de todo lo sucedido durante los cuatro anteriores años de su vida. El período que va de los cinco a los diez años de edad ocupa una posición de importancia en el esquema del desarrollo humano.

El perfil de conducta tiende a darnos una imagen compleja del niño como un todo, por eso debe ser observado desde diferentes ángulos y establecer aquellas características que tienen significado especial.

Con el propósito de conocer y comprender mejor al niño de cinco a ocho años, para el cual se elaboró el Programa de Danza Terapia, se hablará de algunos rasgos de madurez, que abarcan diferentes aspectos de la vida, entre los cuales tenemos:

- Características motrices: actividad corporal, ojos y manos.
- Higiene personal: dormir.
- Expresión emocional.
- Temores.
- Relaciones Interpersonales.
- Juegos.
- Panorama filosófico: Deidad y Tiempo.

Es importante saber que los rasgos de madurez no deben considerarse como normas rígidas. Ejemplifican, simplemente, las clases de comportamiento que tienden a producirse a esa edad, y las etapas y mecanismo de su desarrollo. Recordando que cada niño posee un modo individual de crecimiento que pertenece sólo a él, y que se ve afectado e influenciado por las experiencias y la cultura en las que se desarrolle.

EL NIÑO DE CINCO AÑOS

Cinco es una edad nodal y, también, una especie de edad de oro, tanto para los padres como para el niño; durante un breve período la corriente de desarrollo fluye con suavidad. Se siente a sus anchas en su mundo, un mundo de aquí y de ahora. Se acentúa su tendencia a permanecer en la casa, ya que es una institución compleja que atrae y satisface su atención.

Goza de acomodarse a la cultura que vive, su actividad espontánea tiende a realizarse bajo un buen dominio de sí mismo. Busca el apoyo y la guía de los adultos para salvar las situaciones que no le son familiares. Le agrada ser instruido, no tanto para agradar a sus mayores, sino para satisfacer el logro personal.

Personalidad

Se muestra más moderado que el niño de cuatro años; es más persona. Es serio respecto a sí mismo, y le impresiona mucho su capacidad de asumir responsabilidades y de imitar la conducta adulta.

Tiene más conciencia de la relación de sus actos con la gente y el mundo que lo rodea. Tanto con las cosas como con las personas, tiende a preparar y planear los acontecimientos del futuro cercano, en lugar de esperar que se precipiten sobre él. Es naturalmente obediente, quiere agradar, ayudar y pide permiso aún cuando no sea necesario.

Actividad corporal

El niño de cinco años posee equilibrio y control, la postura es predominantemente simétrica y está bien orientado con respecto a sí mismo. Al interactuar con una pelota, puede patear y arrojar simultáneamente. Parece estar bien orientado hacia los cuatro puntos cardinales. El dominio de los músculos grandes aún es mayor que el de los pequeños. La actividad motriz gruesa está bien desarrollada: se columpia, trepa, salta desde la altura, camina en línea recta y salta sobre un solo pie alternadamente.

Muestra interés por los zancos y patines, aunque no puede controlarlos bien. Puede mantener durante más tiempo una posición y juega por periodos más prolongados que un niño de cuatro, lo que no significa que sea menos activo.

Ojos y manos

Está adquiriendo mayor destreza con las manos y le agrada atar cordones, abrochar botones, colocar los dedos sobre el piano y tocar un acorde; al igual que copiar modelos, de dibujos, letras y números. El niño reconoce la mano con la que escribe y las alterna al jugar.

Comida

Se espera que el niño coma solo, con bastante habilidad, pero lentamente; ocasionalmente necesita ayuda, sobre todo al final de los alimentos o cuando no son de su agrado. Comienza a utilizar el cuchillo, para untar, aún no para cortar.

Dormir

Muchos niños se acuestan entre las 19 y 20 horas; los que no pueden dormir enseguida piden una lectura o colorear; otros prefieren quedarse acostados cantando para sí mismos o manteniendo una conversación con otro niño imaginario, hasta que se duermen.

Los sueños y las pesadillas invaden el dormir de muchos niños; predominan los sueños con animales terroríficos, y, con tan solo oír la voz o sentir la caricia de alguno de sus padres, el niño se tranquiliza.

A esta edad despiertan a las siete u ocho horas por la mañana, después de dormir once horas. Los domingos duermen hasta tarde y son de gran ayuda con los hermanos menores. Muchos niños ya no mojan la cama durante la noche, aunque no se levanten para ir al baño.

Expresión emocional

Serio, responsable, realista y literal; depende del adulto, de su compañía y apoyo. Es un niño muy servicial, afectuoso, comprensivo, es un gran conversador que piensa antes de hablar y frecuentemente busca respuestas.

Es un poco dogmático: si se trata de hacerle ampliar su criterio, el niño insistirá en contradecir y discutirá todo el tiempo que se le permita.

Si se le habla fuerte o regaña es muy probable que llore, pero la mayor parte de las veces trata de mantener su terreno y rara vez acudirá a buscar consuelo en alguno de sus juguetes.

Temores

No es un niño temeroso ni excesivamente consciente, comienza a sentir temor por los truenos, lluvia y oscuridad, pero, sobre todo, a verse privado de su madre; teme que ella no esté cuando él regrese a casa de la escuela o cuando despierte. Aún prefiere dejar alguna luz cercana encendida durante la noche.

Relaciones interpersonales

Tiene formas cariñosas para expresar cuánto adora a su madre. El padre también participa del afecto del niño de cinco años; sin embargo, no es el progenitor preferido: se siente orgulloso de él, lo obedece con más facilidad que a la madre, pero no aceptará tan fácil un castigo como por parte de ella.

Lo que más le agrada es jugar con niños de su misma edad; algunos lo prefieren del mismo sexo, otros del opuesto y otros aceptan ambos. El grupo de dos es el óptimo pues cuando hay tres, dos de ellos se unen contra el tercero.

Juegos

Ambos sexos se interesan por jugar con las muñecas como bebés: las visten, las acuestan y las sacan a pasear. Les gusta pintar, dibujar, recortar y pegar.

El interés del niño de cinco años se expresa en la reproducción imaginativa de los acontecimientos domésticos; en ocasiones, algunos varones prefieren los juegos bélicos; el juego del hospital no es tan frecuente como a los cuatro, ni el de la escuela como a los seis años.

Deidad

Tiene tendencia a colocar a Dios dentro del alcance de su mundo; plantea preguntas como: ¿qué hace Dios?, ¿a qué se parece?, ¿dónde vive?

Algunos tienen más conciencia de la presencia de Dios y temen que él vea todo; otros adoptan una actitud más crítica haciendo afirmaciones como: “Dios cometió un error al crear al mosquito”.

Tiempo

Se preocupa fundamentalmente por el ahora, le resulta difícil concebir un tiempo en que él no existía o imaginar su muerte. Sabe cuándo tienen lugar los acontecimientos diarios en relación unos con otros. Muchos muestran interés por el calendario y por tener su propio reloj.

EL NIÑO DE SEIS AÑOS

El sexto año de vida trae consigo cambios fundamentales, somáticos y psicológicos; es una edad de transición. Están desapareciendo los dientes de leche y apareciendo los primeros molares permanentes. Incluso, la química del cuerpo sufre cambios sutiles, lo que se refleja en un aumento de la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas.

No es tan robusto ni tan sano como a los cinco. Se producen otros cambios de importancia en su desarrollo, que afectan a los mecanismos de la visión y, en general, a todo el sistema neuromotor. Estos cambios se manifiestan en nuevos y, a

veces, sorprendentes rasgos psicológicos. A esta edad, el niño tiende a los extremos: surgen nuevas propensiones, nuevos sentimientos y nuevas acciones.

Personalidad

Es el centro del universo. Quiere y necesita ser el primero, el más querido, el elogiado, quiere ganar. Cree que su forma de hacer las cosas es la correcta y quiere que los demás hagan las cosas de la misma manera. Es extremadamente dominante ante las cosas que le pertenecen y muestra un marcado retorno al uso de los posesivos “mi” y “mío”.

El niño de seis años desplaza fácilmente su personalidad actual hacia una personalidad más infantil, pues tiene una gran capacidad de fingir cualquier cosa: un animal, un ángel, un bombero, una princesa o un padre. El practicar ser algo o alguien diferente, es un paso de importancia en el camino hacia la total comprensión de su propio sentido de la personalidad.

Actividad corporal

Está en actividad casi constantemente; puede hallarse equilibrando conscientemente su propio cuerpo en el espacio. Está en todas partes: trepando árboles, arrastrándose o bailando alrededor de su habitación.

Es ahora más lento y, en ocasiones, hasta torpe; pero maneja y trata de utilizar herramientas y materiales.

Va más allá de sus posibilidades en gran parte de su conducta motriz: le gusta construir torres más altas que sus hombros, tratar de saltar lo más alto que puede; sin importar caer y rodar por el suelo.

Ojos y manos

Tiene mayor conciencia de su mano como herramienta y experimenta con ella como tal; le gusta amarrar y desamarrar cosas.

Toca, manipula y explora todos los materiales. Ahora sostiene el lápiz más torpemente y lo pasa de una mano a otra.

Puede desplazar su mirada con más facilidad y lo hace frecuentemente mientras trabaja. El ambiente que lo rodea lo distrae fácilmente y sus manos pueden continuar trabajando mientras contempla la actividad de otro.

Comida

A los seis años, el apetito puede aumentar, sobre todo si hay un cambio en la rutina. El desayuno continúa siendo la comida menos preferida, la cual se compensará con una buena cena.

Por lo general, tiende a pedir más comida de la que puede comer, así que es recomendable ofrecerle dividir su plato o darle primero una parte y después la otra. A esta edad, muchos niños vuelven a alimentarse con los dedos, convirtiéndose los cubiertos en un estorbo para ellos, y prefiriendo el tenedor que la cuchara.

Dormir

Se acuesta fácilmente y, una vez en cama, se complace con una tranquila actividad. Le gusta que le lean o le dejen mirar un libro e identificar las letras, especialmente las mayúsculas.

La mayoría de los niños no necesitan ir al baño durante la noche, y los que sí, pueden hacerlo solos y volver a la cama cuando hayan terminado. Duerme alrededor de once horas y despierta como a las siete o siete treinta horas de la mañana. Al levantarse puede atender solo sus necesidades de ir al baño y, si se le extiende la ropa sobre la cama, podrá vestirse sin gran ayuda.

Expresión emocional

A los seis años, la conducta del niño comienza a perder su rigidez; es sumamente emocional, hay un marcado desequilibrio entre el niño y los demás.

Cuando está con visitas se comporta de la manera más incorregible: quiere ser el alma de la fiesta, monopoliza la conversación, hace tonterías, salta y se para de cabeza.

El elogio es una medicina para el niño de seis; pero el correctivo es un veneno. Sin embargo, puede aceptar un correctivo si se le posterga un tiempo suficientemente largo después de ocurrido el hecho.

Estalla fácilmente en llanto, agrede física o verbalmente y sufre accesos de cólera; sin embargo, en ocasiones es angelical, más generoso, sociable y simpático; al igual, puede llegar a ser inquisitivo, hasta llegar a la destructividad. Se muestra orgulloso de sus actos, de sus ropas, de las posesiones familiares y de sus hermanos.

Temores

Teme a lo imaginario, subhumanos, duendes y fantasmas que atraviesan las paredes; lucha compulsivamente contra estas criaturas, dramatizando juegos con brujas y duendes en la oscuridad.

También los seres humanos desconocidos despiertan temor en él, como el hombre oculto bajo la cama o el hombre del bosque.

Teme al mínimo daño corporal: un rasguño, un desgarrón, el pinchazo de una aguja, la sangre, entre otros. Este temor no es exclusivo de la edad; en el niño con cáncer, al estar más expuesto a este tipo de lesiones durante su tratamiento, causa mucho más temor que el propio miedo a la muerte o lo que pueda comprender de ésta.

Relaciones interpersonales

Es sensible a los estados de ánimo, emociones y tensiones de sus padres, aunque ellos crean ocultarlos. No tolera ver llorar a su madre, se vuelve muy comprensivo cuando ella está enferma y puede revelar ansiedad por su bienestar. Es sumamente ambivalente con ella, puede decirle “te quiero”, y al minuto “te odio”.

Las niñas se enloquecen con el padre, y exigen que éste las bese antes de acostarse; los varones edifican una relación padre-hijo compuesta de afecto y admiración, gozando de realizar actividades en su compañía.

Puede mostrarse prepotente con el hermano menor: discute, se burla de él, lo intimida y atemoriza, mostrando una mejor relación con el hermano mayor.

No tiene dificultades para jugar con niños de su misma edad o mayores que él, generalmente en grupos pequeños.

Frecuentemente es brusco en sus juegos: amenaza al marcharse a casa, riñe, insulta, empuja, tira del cabello y pateo cuando las cosas no salen tal como él quería. En ocasiones, algunos niños pueden utilizar esta vía para sacar su enojo, miedo o temores, por cual debe de brindarse una atención integral, como se ha descrito en el capítulo correspondiente; de esta manera, el niño tendrá herramientas para manejar y canalizar sus sentimientos.

Juegos

La diferencia de sexo en la elección de los juegos se define con mayor claridad; sin embargo, ambos encuentran un campo de acción común en la actividad motriz gruesa y en el juego imaginativo.

Las niñas muestran mayor tendencia a jugar a la casa, la biblioteca y la escuela; y, aunque los niños pueden formar parte de estos juegos, muestran mayor inclinación a jugar a la guerra, los vaqueros, policías y ladrones. A esta edad los niños comienzan las colecciones.

Deidad

Capta el concepto de Dios como el creador del mundo, de los animales y de las cosas hermosas; acepta los conceptos amplios, aunque después se convertirá en escéptico y requerirá de nuevas explicaciones.

Está desarrollando una relación con Dios basada en los sentimientos. Las plegarias adquieren importancia, confía en que éstas recibirán respuesta.

Tiempo

A los seis años no se vive tanto en el momento actual, en el “ahora”, como sucedía a los cinco. El niño quiere recapturar el tiempo pasado y escucha con gran interés los relatos de su propia infancia y de la de su madre. Comprende el futuro mediante la sucesión de festivos significativos y de cumpleaños familiares. Muestra poco interés en aprender a medir el tiempo fuera de la hora.

EL NIÑO DE SIETE AÑOS

El niño de siete años atraviesa prolongados períodos de calma y concentración, durante los cuales elabora interiormente sus impresiones, abstraído del mundo exterior.

Es una edad de asimilación, una época en que sedimenta la experiencia acumulada y se relacionan las experiencias nuevas con las antiguas. La bipolaridad explosiva cede el lugar a la consolidación interna; por consiguiente, parece más introvertido que el niño de seis.

Personalidad

Está camino de adquirir una mejor conciencia de sí mismo. Absorbe impresiones de lo que ve, de lo que lee, de lo que oye, y las elabora en sus propios pensamientos. La mayor parte de los niños de siete años se preocupan por sus actos, se avergüenzan de sus errores, de sus temores y, sobre todo, de que los vean llorar.

Es serio con respecto de sí mismo y respecto de cualquier responsabilidad que se le asigne, en especial si se trata de responsabilidades escolares o fuera de la casa.

Tiene cierta inclinación a quejarse abundantemente, siente que la gente es mala e injusta y, a medida que reflexiona sobre las situaciones, le preocupa lo que la gente piense de él; teme que no lo quieran o que piensen que no se ha comportado bien.

Es común que los niños con cáncer puedan creer que son culpables por haber enfermado, por consiguiente, es necesario explicarle y reiterarle, las veces que sea necesario, que ni él ni nadie tiene la culpa de lo sucedido.

Actividad corporal

Es más prudente en su manera de afrontar nuevos trabajos, demuestra una nueva comprensión de las alturas y se comporta con prudencia cuando trepa o juega en las alturas. Repite incansablemente una actividad hasta dominarla; su interés por el piano o la danza posee un importante componente motor.

Una postura favorita, especialmente para el varón, es acostarse boca abajo en el suelo, apoyándose en un codo y moviendo las piernas mientras lee, escribe o trabaja.

Ojos y manos

Su postura es más tensa y unilateral que a los seis años, es capaz de mantener la misma posición durante un periodo más prolongado de tiempo.

En sus dibujos, representa la figura humana dotándola de proporciones relativas más correctas que antes.

Los movimientos periféricos le distraen menos que a los seis. Su tarea le absorbe y mantiene la mirada dentro de un ángulo pequeño. Todavía tiene inclinación a tocar todo lo que ve, a tomarlo con las manos y manipularlo.

Comida

Expresa claramente sus gustos y aversiones, mas no con tanta intensidad como a los seis. Comienza a superar sus aversiones, comiendo conscientemente alimentos que le desagradan.

Maneja medianamente bien los cubiertos y muestra menos inclinación por hacer uso de los dedos. Aún le resulta difícil tomar algunos alimentos con el tenedor o la cuchara, para lo que utilizará algún trozo de pan o algo similar para ayudarse.

Dormir

La hora de acostarse sigue siendo entre las 19 y 20 horas. Algunos son capaces de prepararse solos, incluso, bañarse sin ayuda; pero la mayoría prefiere la compañía de un adulto que pueda prestarle cierta ayuda y recordarle lo que tiene que hacer.

Es común que el sueño se retrase hasta las 21 o 22 horas, debido a que cuenta toda clase de pensamientos o aventuras escolares. Siente cierto afecto por su cama y puede llegar a desarrollar algún sentimentalismo respecto a ella.

Ha abandonado casi por completo la necesidad de ir al baño, y las madres expresan que duerme profunda e ininterrumpidamente. Despierta entre las siete y ocho horas por la mañana y, a menudo, los domingos suele levantarse más tarde.

Expresión emocional

Es una edad de sentimientos; su relación con los demás es mejor, aunque hay desequilibrio con sus propios sentimientos. Tiene una tendencia inicial a retraerse ante las situaciones, en lugar de permanecer en ellas y resistir como lo hace el niño de seis años.

Llora menos que antes y, cuando lo hace, sus razones son más subjetivas; sin embargo, chilla más, da gritos y alaridos para responder a su madre o proclamar sus críticas ante la vida.

Se establece metas demasiado elevadas, quiere ser perfecto. Es concienzudo y escrupuloso, es menos egoísta y le gusta compartir sus cosas. Está orgulloso de sus habilidades, de ser bueno, de sus posesiones, de su hogar y su familia.

Temores

Sus temores se focalizan en sí mismo, en su interior y en sus actos. No quiere experimentar nuevas situaciones por sí mismo; tiene miedo de sus deberes escolares, porque no sabe cómo empezarlos; teme ser tímido, que se burlen de él y del castigo físico.

Teme a los lugares altos y a las sombras; confunden la ropa colgada en un sillón con figuras extrañas. Cree que habrá fantasmas en el sótano o en el armario.

Relaciones interpersonales

Comienza a ser un verdadero miembro del grupo familiar, listo para aceptar algunas responsabilidades domésticas. Es menos empecinado y testarudo que antes, se le puede controlar e influir fácilmente; es cortés, comprensivo y capaz de verdadero afecto.

No sólo son buenas las relaciones del niño con la madre, sino que establece muy buenas relaciones con el padre. Es muy cariñoso con su hermano menor, especialmente si es un bebé. Admira a su hermano mayor y, por lo general, se encuentra sometido a su influencia.

No exige compañía, como a los seis años; pasa largos periodos jugando solo o mirando televisión. A menudo juega bien con otros niños de su edad; sin embargo, muchos tienen dificultades con niños mayores debido a que los intimidan.

Las diferencias sexuales no están claramente delimitadas; pero comienza a aparecer cierta discriminación hacia el sexo opuesto.

Juegos

En sus actividades motrices gruesas, es muy prudente, mas no temeroso. Hay un marcado retorno hacia colorear y recortar. Le gustan los juegos de mesa y los rompecabezas; exige mayor realismo en los mismos. Puede manejar mejor la dinámica, porque su interés por ganar no es tan marcado como antes.

Deidad

El lugar de Dios en el mundo, es una de las preocupaciones del niño de siete años. Si se le dice que Dios está en el cielo, él se pregunta dónde está el cielo, cómo llego ahí y si vive en una casa. También se pregunta cómo Dios está en todas partes y cómo puede verlo todo. En ocasiones se vuelve un poco escéptico.

Tiempo

El sentido del tiempo se torna más práctico, más detallado, más seriado. La mayor parte de los niños de esta edad, especialmente los varones, saben leer la hora en un reloj. Está interesado en programar su día; también tiene conciencia del paso del tiempo entre un mes y otro.

Está especialmente interesado en el espacio como elemento que le brinda un lugar en el mundo. Muestra una mayor comprensión sobre los puntos cardinales y aún no puede distinguir entre derecha e izquierda, excepto en relación con su propio cuerpo.

EL NIÑO DE OCHO AÑOS

Es una edad expansiva: es “persona”, es menos pensativo y menos retraído que a los siete; es más rápido en sus propias reacciones y comprende mejor las reacciones de los demás.

Velocidad, expansividad y valoratividad son rasgos que caracterizan su conducta. El niño está extendiéndose dentro de la cultura, ensayando y aplicando los sentimientos básicos de significados construidos durante el año anterior.

Comienza a parecer más maduro, incluso en su aspecto físico; es más sano, más robusto y se fatiga menos que a los siete.

Personalidad

Quiere conocer gente, visitar lugares y hacer cosas constantemente. Tiene conciencia creciente de sí mismo como persona. Está en proceso de convertirse en un individuo, en un miembro del mundo social.

El adulto ya no le habla en tono condescendiente, sino que conversa con él. Tiene más conciencia de la forma en que difiere de los demás: si usa lentes, si es zurdo o si no trabaja igual que sus compañeros.

Se identifica con facilidad con los personajes de sus libros, programas de televisión o películas. No le agradan las advertencias continuas que necesitaba a los siete: ahora quiere indirectas sugestivas, mediante palabras o miradas que le indiquen lo que se espera de él.

Actividad corporal

Los movimientos corporales del niño de ocho tienen fluidez, gracia y equilibrio. Camina con libertad, tiene conciencia de su propia postura y recuerda, en ocasiones, que debe sentarse erguido. Le gustan las actitudes teatrales y la expresión mediante una gran diversidad de posturas y gestos.

Valor y atrevimiento son característicos del niño a esta edad. Muestra una mayor disposición hacia el aprendizaje de técnicas nuevas.

Ojos y manos

Hay un incremento de velocidad y de fluidez en las operaciones motrices finas. El acercamiento y la prensión son rápidos, suaves y hasta elegantes. Puede mantener fija la mirada más tiempo, parpadeando, mas si quiere hablar con alguien, desvía la mirada en esa dirección.

Aunque es activo hacedor de cosas, comienza a ser también un buen observador. No toca todo lo que ve con tanta frecuencia como antes.

Comida

El rasgo típico de los ocho años, es un hambre voraz. Las curvas de peso aumentan rápidamente y el niño es objeto de burlas por motivo de su gordura.

Maneja los cubiertos medianamente bien, aunque algunos varones todavía mantienen la cuchara y el tenedor boca abajo. Recurren mucho menos a los dedos y la mayoría de los niños son capaces de cortar su propia carne.

Dormir

La hora de acostarse es alrededor de las 20 o 20:30 horas. Por lo general, cumple con los preparativos para acostarse mejor cuando esta sólo, que cuando está con su madre; sin embargo, también tratará de hacer lo posible por quedarse más tiempo despierto.

El sueño es ordinariamente profundo y se define al niño de ocho años como un “magnífico durmiente”, ya que raramente las pesadillas perturban su dormir. En general, su periodo de sueño ha disminuido a diez horas y se levanta entre las 7 y 7:30 horas de la mañana.

Expresión emocional

Es menos sensible, menos concentrado en sí mismo y menos propenso a retraerse de las situaciones. Cree saber más de lo que en realidad sabe, adoptando un tono “sabelotodo”. Es impaciente, sus intereses son de poca duración y pasa rápidamente de una cosa a la otra.

Todo lo dramatiza, incluso él mismo. El niño estalla en llanto en numerosas ocasiones, sobre todo si está cansado, desilusionado o se siente ofendido.

Percibe muy bien los errores de los demás, especialmente los de su madre, de la cual demanda mucha atención. Pero también es autocrítico y tiene conciencia de que los demás pueden querer burlarse de él, por consiguiente, adopta una actitud de prevención.

Temores

Aunque el niño de ocho años conserva un número de temores sin resolver de sus seis y siete años, afronta la vida con valentía y con decisión de conquistarla. Aún tiene miedo de pelear, fracasar o de que otros encuentren fallas en él; sin embargo, frecuentemente, no admite tenerlos. Domina ahora los temores espaciales en la casa: ya no tiene miedo al sótano. Las niñas temen a los hombres extraños, aunque estos sean amables y sólo traten de ayudarlas.

Relaciones interpersonales

Le agrada un sistema de recompensas, siendo suficiente un sistema de puntos. A esta edad, la relación entre la madre y el niño es complicada y sutil: lo que ella hace por él no es tan importante como lo que ella piensa y siente con respecto a él.

Las relaciones con sus hermanos menores son relativamente buenas, mas ha perdido algo de su actitud de hermano mayor.

Es la edad en la que comienzan a surgir los “mejores amigos”, los cuales generalmente son del mismo sexo, y la relación entre ellos es muy íntima y exigente.

Se muestran periodos más largos de juego pacífico entre niños de la misma edad; sin embargo, juegos sin supervisión adulta, pueden terminar en discusiones o con el retiro de alguno de los participantes.

Juegos

Aborrece jugar solo. Cualquier cosa que haga, quiere hacerla con un adulto o con otro niño, y no sólo exige la presencia de otra persona, sino también su completa participación y atención. La acción es la característica de su juego, incluso sus dibujos están llenos de ella.

A los varones les encanta coleccionar cosas, no sólo por la cantidad, sino por la calidad y la clasificación.

A ambos les gusta dramatizar; en especial a las niñas, les gusta montar pequeños espectáculos y representaciones teatrales. Los juegos de mesa alcanzan su apogeo a esta edad.

Deidad

Se produce un resurgimiento del interés activo por la religión. El niño acepta como realidad lo que ha elaborado en su propia mente y aquello que se le ha hecho creer a los seis y siete años. Le agrada ir a la doctrina, y aprender pasajes y salmos de La Biblia. Se convierte en un participante activo, sin pensar tanto lo que hace.

Tiempo

Comienza a adquirir mayor responsabilidad con respecto al tiempo. El aumento de su velocidad para la acción le hace menos vulnerable a las exigencias del tiempo. Ha disminuido su habilidad de conocer la hora; sin embargo, está pendiente de preguntar a los demás y es sumamente consciente de la puntualidad. Se interesa por el pasado lejano, por la historia antigua.

Por lo general, tiene una noción suficientemente clara de los puntos cardinales y puede distinguir la derecha de la izquierda en los demás.

EL ESTRÉS Y EL SISTEMA INMUNOLÓGICO

En los últimos años, el estudio de la interacción entre la conducta, función neural y endocrina y los procesos inmunes, han desarrollado un amplio campo de investigación dando lugar a una nueva disciplina, la psiconeuroinmunología (PNI).

La función del sistema inmunológico consiste en protegernos contra los microorganismos que causan las enfermedades y contra otros elementos que pueden ser dañinos para el cuerpo. Las células del sistema inmunológico (glóbulos blancos o leucocitos) circulan por todo el cuerpo a través de la sangre y se encuentran en distintos órganos: médula ósea, *timo*, ganglios linfáticos y bazo. Hay diferentes tipos de glóbulos blancos, siendo los linfocitos los más importantes.

Para cumplir su función, el sistema inmunológico recibe información del sistema nervioso central (SNC) y del sistema endocrino. El SNC recibe información de los órganos sensoriales, de los sistemas inmune y endocrino, y, de esta manera, controla y regula sus respuestas.

A su vez, la función del sistema endocrino es recibir información del cerebro y del sistema inmune, y, mediante la secreción de hormonas, regular la actividad de éstos. El cerebro tiene así una función triangular dirigida al mantenimiento de la *homeostasis*, que integra estrechamente los tres sistemas señalados.

Los organismos vivientes tienen la capacidad de ajustarse a una cantidad, variedad e intensidad de estímulos, siempre y cuando, estos oscilen dentro de un rango que no altere la homeostasis del organismo. Si la cantidad y la calidad de estos estímulos están por debajo o por encima de ese rango, el equilibrio se ve perturbado y esta deficiencia o exceso puede ser considerado como estrés.

La respuesta al estrés está controlada por el SNC y los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: nervioso autónomo, endocrino e inmune. Los principales efectores de la respuesta al estrés son el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y el

sistema nervioso simpático. La activación de estas dos vías se traduce en el aumento de la concentración en la sangre de ciertas hormonas, como el cortisol y las catecolaminas (*adrenalina* y *noradrenalina*). De la concentración de estas hormonas en la sangre, depende el funcionamiento del sistema inmunológico. Por ejemplo, los aumentos bruscos de cortisol y de adrenalina están relacionados con una disminución del número de glóbulos blancos en circulación, al igual que la disminución de la actividad de las células asesinas naturales (NK).

Se ha observado también, que influyen en el sistema inmunológico otras hormonas que se liberan en los estados de estrés, por ejemplo, la *hormona del crecimiento*, la *prolactina* y los opiáceos naturales (*endorfina beta* y *encefalina*). A nivel celular, estas hormonas se fijan a los receptores en los glóbulos blancos y, de este modo, los afectan.

Igualmente, existe cierta relación entre la duración del estrés y la importancia de los cambios inmunitarios: cuanto más prolongado es el estrés, por ejemplo, mayor es la disminución de ciertos tipos de glóbulos blancos. Lo anterior conlleva un consecuente aumento en la susceptibilidad para contraer infecciones, así como la prolongación de la duración de las enfermedades y el tiempo de cicatrización de las heridas.

En conclusión, se piensa que el sistema inmunológico juega un papel primordial en la vigilancia tumoral, y en la prevención del progreso y diseminación metastásica de los tumores; también se observa que las variables psicológicas que alteran la inmunidad pueden verse implicadas y contribuir, de alguna manera, en la aparición y progreso del cáncer. La actividad de las células asesinas naturales (NK) es el punto de conexión más destacado entre variables psicológicas y cáncer.

REDUCCIÓN DEL ESTRÉS POR MEDIO DEL EJERCICIO

La posibilidad de reducción de los síntomas de ansiedad y depresión por medio del ejercicio, contribuyó para que varios psicoterapeutas compararan el ejercicio con diversos tipos de psicoterapias tradicionales, demostrando que, tanto el ejercicio aeróbico como anaeróbico, presentan un valor similar a cualquier procedimiento de psicoterapia tradicional.

La práctica del ejercicio puede transformar radicalmente el estado de salud física y mental, ejerciendo efectos positivos sobre los estados mentales depresivos, angustiosos o estresantes debido a la producción de determinados neurotransmisores a nivel cerebral (*endorfinas*), que facilitan el control del estrés y producen sensación de placer y bienestar.

Además, hace que los receptores sobre los que actúa la adrenalina sean más sensibles a estas moléculas. Es decir, que con menor cantidad de adrenalina se produzca un mismo efecto. De este modo, los niveles de adrenalina circulantes son cada vez menores, influyendo no sólo en el estrés, sino también en factores de riesgo como la hipertensión arterial.

El ejercicio en niños con cáncer

Los efectos secundarios a corto, medio y largo plazos asociados al tratamiento y al cáncer son alteraciones de la función neuro-psicológica, alteraciones motoras, retraso del crecimiento, alteraciones endocrinas y cardíacas, *osteopenia*, obesidad y la atrofia muscular (*sarcopenia*); con el consiguiente deterioro de la fuerza muscular y de la *capacidad funcional* de los niños.

Este estado de catabolismo muscular implica una menor capacidad de los músculos para generar fuerza y una menor cantidad de masa muscular disponible para consumir oxígeno durante el ejercicio.

Además, la función metabólica de las fibras musculares está alterada por la terapia *inmunosupresora*, principalmente su metabolismo aerobio. Debido a las nombradas alteraciones en la función muscular, los niveles de actividad física y, por tanto, el gasto calórico total de los niños o sobrevivientes de esta enfermedad son demasiado bajos, y significativamente menores que los de un niño sano.

Debido a una baja autoestima y/o a una sobreprotección por parte de los padres y cuidadores, los niños con cáncer tienden a subestimar su potencial para realizar actividad física. La sarcopenia y la alteración de la función muscular se agravan y perpetúan por el estilo de vida sedentario que suelen seguir, ya que el sedentarismo tiene un efecto catabólico sobre el tejido músculo-esquelético.

Como resultado de la sarcopenia, la aparición de fatiga durante actividades físicas de la vida diaria, como juegos al aire libre, se convierte en un problema constante y en una fuente de frustración para estos niños. Sólo el entrenamiento físico programado puede romper el círculo vicioso que forman el sedentarismo y la intolerancia al ejercicio.

La capacidad máxima del organismo para consumir oxígeno se encuentra disminuida en los pacientes (-20%) y supervivientes de cáncer (-13%). Es conocida como consumo de oxígeno pico (VO_{2pico}) y se suele expresar como volumen de oxígeno consumido por unidad de tiempo relativo a la masa corporal durante un ejercicio gradual hasta la extenuación.

Este hecho es de relevancia clínica, pues el VO_{2pico} está considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el mejor indicador de condición física y capacidad aeróbica en los seres humanos. Esta variable es también un indicador válido del estado de salud de una persona y tiene un alto poder de predicción de la tasa de sobrevivencia de individuos sanos y enfermos.

Adicionalmente, cuando aumenta el VO₂pico de una persona por medio del entrenamiento físico, también mejora su calidad de vida, lo cual es importante en poblaciones enfermas.

Estudios científicos muestran cómo el VO₂pico de los adultos con cáncer, aumenta significativamente con el entrenamiento aeróbico, especialmente si éste se combina con ejercicios de fuerza gracias a los beneficios que el ejercicio físico regular y programado tiene sobre los tejidos encargados de transportar oxígeno a los músculos y sobre la función de estos últimos. Como resultado se atenúan la atrofia muscular y la *caquexia*, provocadas tanto por el tumor en sí, como por la terapia anticancerosa, al atenuar la respuesta inflamatoria, aumentar la función inmune, la tasa de *síntesis proteica* y la actividad de *enzimas anti-oxidantes*.

El entrenamiento físico es especialmente efectivo en la edad infantil y pre-adolescente, debido a la mayor plasticidad de los tejidos corporales en las dos primeras décadas de la vida, y a que los niños con cáncer no padecen el estado de deterioro crónico del paciente adulto con cáncer.

A continuación, se presentan algunos estudios donde se reportan los beneficios del entrenamiento físico en pacientes pediátricos con cáncer.

Marchese V.G., LA de Chiarello y Lange B.J. (2002) (Tennessee, E.E.U.U)

Mostraron cómo un programa de cuatro meses de duración, realizado en el domicilio de los pacientes y que consiste en ejercicios de dorsiflexión del tobillo, estiramientos de los miembros inferiores y ejercicio aeróbico, mejoraba la función muscular y el bienestar de niños de cuatro a diez años de edad en fase de tratamiento de mantenimiento contra Leucemia Aguda Linfoblástica (LLA).

Shore S. y Shephard R.J. (1999) (Toronto, Canadá)

Mostraron resultados similares tras un programa de ejercicio aeróbico extra-hospitalario de doce semanas, en adolescentes con edad media de catorce años, los cuales recibían quimioterapia contra diversos tipos de cáncer.

Dimeo F.C., B. Rumberger, y J. Keul (1998) (Alemania)

Probaron un programa de ejercicio con cuatro mujeres y un varón durante seis semanas, siendo el resultado más significativo que los pacientes experimentaron una clara reducción de fatiga y pudieron sobrellevar actividades normales de la vida diaria sin limitaciones.

Dr. Lucia Mulas (Madrid, España)

En el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, se instaló un gimnasio intrahospitalario, el cual está conformado por bicicletas estáticas y numerosas máquinas de ejercicios con pesas, diseñadas específicamente para las dimensiones corporales de la población infantil y pre-adolescente, involucrando a diversos grupos musculares. A pesar de un importante recelo inicial de la comunidad médica sobre la eficacia y seguridad de que los niños realicen ejercicios con pesas, desde mediados de los años ochenta se sabe que este tipo de entrenamiento no tiene contraindicación alguna, por el contrario, los niños experimentan mejoras en su autoestima, se divierten mientras se ejercitan, incrementan su masa muscular y mejoran el estado de su salud en general.

Por el momento, no existe ningún estudio que muestre que el entrenamiento programado produzca algún efecto negativo sobre los pacientes y sobrevivientes de cáncer, sea cual sea su edad. Por el contrario, en la bibliografía médica existe un consenso sobre los beneficios del entrenamiento en la capacidad funcional y el bienestar de estos pacientes.

Por lo tanto, el ejercicio se trata de una terapia complementaria completamente segura. En todo caso, el ejercicio intenso estaría contraindicado en algunas circunstancias, como la anemia o caquexia severa (pérdida de peso > 35% del peso anterior a padecer la enfermedad).

ORÍGENES DE LA DANZA COMO TERAPIA

La danza ha sido la forma artística que crearon los seres humanos para expresar diferentes sentimientos, lograr cohesión dentro de la comunidad, evitar temores, y acceder a nuevos conocimientos sobre el mundo y sobre sí mismos.

A lo largo de la Historia, los hombres se han expresado moviéndose, mediante un ritmo común. Bailaban antes de la cosecha, la caza, las guerras, en tiempos de transición, nacimiento, pubertad, adolescencia, virilidad y muerte.

La danza ha sido utilizada como herramienta terapéutica desde la antigüedad, en diversas manifestaciones como la curación por medio del ritmo, los rituales de grupo y el trance a través del movimiento. Sin embargo, esta concepción catártica y terapéutica se olvidó por mucho tiempo, debido al desarrollo de la danza como un arte formal y al auge de corrientes dualistas que separaban la mente del cuerpo.

A principios del siglo XX, en tiempos del expresionismo, los bailarines reencontraron las posibilidades naturales de la expresión corporal. Después de un largo periodo de estandarización y formalización de la danza clásica, la danza moderna reemplazó el contenido de la danza occidental con dos nociones clave: la espontaneidad y autenticidad de la expresión, y la conciencia del cuerpo; temas que evocaron una completa serie de emociones y relaciones.

Las grandes pioneras representaban como temas el conflicto humano, la desesperación, la frustración y la crisis social. Con frecuencia, la coreografía de la danza moderna cristaliza una vieja forma del ritual; esa clave innovadora lleva directamente a la esencia de la danza como terapia.

El cambio en la danza no fue algo aislado, sino parte del cambio revolucionario que tuvo lugar en el clima intelectual de fines del siglo XIX y comienzos del XX. Pensamientos innovadores desbordaban de un campo a otro, creando un ambiente

de mutuas influencias e inspiración. Son muchas las fuentes que nutren la danza moderna y contemporánea, y en ellas se forman las futuras danza terapeutas.

Francois Delsarte (1811-1871), primer cantante lírico, trabajó con el gesto de cantantes y actores; estudió el movimiento natural del hombre, su forma de caminar, de hacer las cosas cotidianas del día a día. A partir de sus observaciones formuló leyes para interpretar el movimiento, las cuales, de acuerdo a su creencia, gobiernan el movimiento expresivo inconsciente.

Entre los bailarines sobre los que tuvo influencia se encuentra Isadora Duncan (1878-1927), quien buscó, en el antiguo teatro griego, elementos para un nuevo vocabulario de movimiento. Es reconocida como la pionera de la danza moderna norteamericana, y expresó opiniones que, hoy en día, comparten algunos psicoterapeutas en Danza Movimiento.

Por ejemplo, en su danza, los artifices del bailar desaparecen y los grandes ritmos de la vida pueden brotar a través del instrumento físico. Las profundidades del inconsciente emergen a la luz de nuestro día social. Estas profundidades se encuentran de modo inconsciente en todos nosotros (Rosemont, 1981 en H. Panhofer).

Las teorías de análisis de movimiento, creadas por Rudolf Laban (1879-1958), alrededor del 1900, son integradas en el uso terapéutico del movimiento y la danza, cincuenta años después.

Laban afirma que el cuerpo es una unidad que consta de tres partes: cuerpo, mente y espíritu; cada una de ellas está relacionada con el movimiento y son independientes. En todo existe un proceso dual, sentimos y pensamos, y ello afecta al movimiento del cuerpo.

En la década de los sesenta, las teorías de Laban y su discípulo inglés, Warren Lamb, se popularizaron entre las danza terapeutas en Estados Unidos. Estas teorías,

que incluyen un método de notación del movimiento, aportan un lenguaje para describir a los pacientes en términos de su movimiento. Clasifican el movimiento en términos de “esfuerzos y formas” y con relación al uso de coordenadas espaciales.

Laban entiende el movimiento corporal en forma multifacética y compleja. Considera el potencial del movimiento como medio expresivo del pensamiento, consciente e inconsciente, de los sentimientos y emociones, conflictos e, inclusive, como vehículo a través del cual las sociedades transmiten modos de comportamiento.

Sus conclusiones surgen de la investigación del movimiento en la danza clásica, la danza moderna y el movimiento de la persona en su quehacer cotidiano, así como en el trabajo que el obrero realiza para la industria británica durante la Segunda Guerra Mundial.

Desarrolló un sistema que llamó kinetografía o Labanotation, el cual describe qué parte del cuerpo se mueve, cuándo y dónde; al igual que los movimientos en términos de esfuerzos. Lamb agregó el concepto de forma, resultando el sistema “esfuerzo y forma (effort-shape)”.

“Effort-shape” es un método de descripción de los cambios en la cualidad del movimiento en términos de esfuerzos y adaptaciones al espacio. Estos dos conceptos básicos, interconectados y combinados, son ampliamente usados por los danza terapeutas y analistas del movimiento, desarrollados en sistemas estandarizados y sistematizados como instrumentos de evaluación diagnóstica y orientación terapéutica (Bartenieff, 1980 en D. Fischman).

LAS PIONERAS DE LA DANZA COMO TERAPIA

Tras varios años de actividad como coreógrafos y docentes, muchos comenzaron a observar con mayor atención a sus estudiantes. Algunos, mayormente las mujeres, se habían psicoanalizado, ya que en esa época ésta era la principal forma de tratamiento psicoterapéutico. Todos estaban familiarizados con las teorías psicoanalíticas de la época de Freud y posteriores a él, y con las interpretaciones de la interacción entre la psique y las emociones.

Gracias a las influencias que recibieron y a sus propias inclinaciones, algunos profundizaron en sus conocimientos psicoanalíticos, mientras que otros estudiaron a H. S. Sullivan, Carl Jung, Alfred Adler, entre otros autores. Este marco de referencia les transmitió una comprensión del desarrollo y del comportamiento humanos, el cual les permitió observar de modo diferente los movimientos de las personas con quienes trabajaban.

Las pioneras de la danza como terapia comprendieron la influencia del movimiento sobre ellas y el significado que tenía en sus vidas. Se preguntaron cómo afectaba la danza a los demás y qué se podía aprender a través de las danzas que cada uno exploraba por sí mismo.

Una de ellas fue Marian Chace (1896-1970), quién actuó en la compañía de Ruth St. Denis y de Ted Shawn (Denishawn) en la década de 1930, considerada como la pionera y fundadora de la Danza Movimiento Terapia. Fue coreógrafa y luego impartió enseñanza en su propio estudio en la ciudad de Washington. Se preguntó por qué había alumnos que acudían a las clases de danza sin el propósito de ser profesionales.

Observó cómo se movía cada uno y, paulatinamente, modificó su enseñanza, poniendo el acento en las necesidades individuales. Organizó clases para sus alumnos que condujeron a una integración del cuerpo y de sus movimientos, lográndose así una armonía personal. En 1942, algunos profesionales de la salud

mental conocían su obra y la invitaron a trabajar al St. Elizabeths Hospital (una gran institución federal a la que acudían veteranos de la Segunda Guerra Mundial).

En su trabajo con pacientes esquizofrénicos y psicóticos, Chace desarrolló su propia concepción del tratamiento, antes de la invención de los *medicamentos psicotrópicos* (Sandel et al., 1993 en H. Wengrower). Formó a muchos profesionales y, entre 1966 y 1968, fue elegida como la primera presidenta de la American Dance Therapy Association (Asociación Norteamericana de Danza Terapia).

A medida que los pacientes se reunían, los saludaba y les explicaba quién era ella y por qué estaba allí. Solía comenzar con vales, por ser una música bastante neutra, probablemente no asociada con muchos recuerdos personales. Algunos pacientes se incorporaban de forma inmediata al círculo que ella organizaba, mientras que otros esperaban; Chace les permitía darse el tiempo que necesitasen para incorporarse a la sesión.

Otros, a su vez, nunca se unían al círculo, lo que no impedía que se les reconociera en sus respectivos asientos como parte del mismo; de ese modo y a su manera, ellos también participaban.

La intensidad, la energía, la intimidad, las risas y la forma de compartir, variaban en las diferentes sesiones. A través del movimiento y, quizás, verbalmente, se podía expresar toda una serie de emociones. Cada individuo, tras relacionarse con otros, se retiraba con una percepción diferente, más clara de sí mismo, cuando previamente, tal vez, hubiese estado aislado. Esto último, se lograba gracias a una conciencia sensible de las expresiones de movimiento simbólico que se proponía, corroboraba y a las que respondía (Sandel et al., 1993 en H. Wengrower).

Los estudios de Paul Schilder (1886-1940) acerca de la imagen corporal, son también de gran valor para la danza terapia. Formó parte del grupo de investigadores que en el Bellevue Hospital, alrededor de los años cuarenta, investigó y experimentó el uso verbal y no verbal de las técnicas proyectivas. Lo acompañaron Laretta

Bender en psicología y Francisca Boas en danza terapia, Margaret Naumberg en arte terapia y Adolf Wollman en títeres.

Irmgard Bartenieff (1890-1981) fue una danza terapeuta y terapeuta física que creó su propio enfoque conocido como los “Fundamentos Bartenieff”. Su objetivo educativo tiene como propósito el desarrollo eficiente y expresivo del movimiento, resaltando los aspectos espaciales del mismo, incorporándolo a una organización motora competente.

Luego de graduarse como terapeuta física en la Universidad de New York en 1943, comenzó a trabajar con víctimas de polio en el Willard Parker Hospital. Fue allí donde desarrolló la práctica que posibilitó su conceptualización, los fundamentos y la filosofía basada en el uso del movimiento para promover la salud mental. Trabajando con niños deprimidos por sus limitaciones físicas, encontró juegos de movimiento para atender sus necesidades especiales. Enfatizó la movilización de formas de movimiento que tendían a integrar necesidades emocionales y motivacionales con necesidades físicas.

Trudi Schoop (1904-1999) había sido, antes de la Segunda Guerra Mundial, una bailarina y mimo conocida en toda Europa; cuando se mudó a California comenzó a trabajar con pacientes hospitalizados y desarrolló su propia perspectiva profesional. Recurrió a las exploraciones creativas y al juego natural; trabajó con fantasías y con la conciencia corporal, logrando un movimiento expresivo y cambios posturales.

Liljan Espenak (1905- 1988), después de terminar sus estudios sobre la psicología individual de Alfred Adler con Mary Wigman, se preparó en el Instituto Adler. Intentó que cada uno de sus pacientes y alumnos encontrara la libertad en el movimiento con la coordinación aprendida del cuerpo e improvisaciones rítmicas, logrando cambios en su estilo de vida.

En esta terapia se realizaban juegos de roles que deberían ayudar a los pacientes a aprender a manejar distintas situaciones. Además, se ejecutaban ejercicios de

estiramiento y fortalecimiento que permitían realizar movimientos de la manera más expresiva posible. Utilizó la música para resaltar o liberar emociones; trabajó con niños con necesidades especiales, y personas con trastornos neuróticos y psicosomáticos en terapias de grupo o individuales.

La expresión “activar y motivar”, de George Deaver, sintetizaba su propio pensamiento. Desarrolló investigaciones observando y describiendo la comunicación no verbal en la interacción familiar y en sesiones de grupo. Trabajó con *pacientes catatónicos*, desarrollando una habilidad especial para llegar a ellos a través del movimiento (Levy, 1992 D. Fischman).

Otra figura importante fue Mary Whitehouse (1910-2001), quién elaboró progresivamente su propia manera de trabajar en la década de 1950, atribuyendo sus concepciones a sus estudios de danza con Mary Wigman, en Alemania, y a su propio análisis jungiano.

Trabajó con personas a las que hoy conocemos como neuróticos normales, es decir, cualquier persona que, en algún momento, siente un desequilibrio, o a quien sobrepasa cierta incompreensión física o emocional, y que necesita trabajar, comprender e integrar dicho conflicto de manera más satisfactoria.

Comenzó a ver la conexión que había entre la expresión en el movimiento espontáneo y genuino de sus alumnos, y el fluir de un material simbólico que se compartía al finalizar dichas clases. Así dio origen a lo que hoy se conoce como "Movimiento Auténtico (Authentic Movement)".

Esta técnica toma la idea psicoanalítica de dejar fluir el material inconsciente a través de la relajación del ego y sus mecanismos de defensa, para que se dé una expresión espontánea de sentimientos, ideas y emociones. Así, podríamos identificar la técnica del "Authentic Movement" con lo que Jung definía como "Active Imagination", poniendo énfasis en la comunicación no verbal, el movimiento.

Por último, tenemos a María Fux (1922), bailarina, coreógrafa y danza terapeuta argentina, quien creó, hace más de cuarenta años, una metodología con la que desarrolló su labor de artista en la danza terapia. Con ello, aporta una gran ayuda a la discapacidad, ya que en sus métodos utiliza estímulos musicales y visuales, donde las imágenes propician que los sordos dancen en integración con los grupos, dando la posibilidad de decir al cuerpo "sí, se puede". También trabaja con alumnos con síndrome de Down, personas con dificultades de aislamiento o soledad, adultos mayores, entre otros. Tiene centros de danza terapia con su nombre en Italia, en Trieste, Florencia y Milán; y en Madrid, España.

Hoy en día, existen especialistas en Danza Movimiento Terapia por casi todas las partes del mundo: Europa, América Latina, África, Asia, Australia, Oriente Medio, Estados Unidos y Canadá. Muchos de estos cuentan con asociaciones activas, teniendo entre las más importantes:

- ADTA (Estados Unidos)
- ADMTE (España)
- BRECHA (Argentina)
- APID (Italia)
- GADT (Grecia)
- DMTUK (Holanda, Alemania, Reino Unido)
- APDMT (Francia, Noruega, Finlandia, Portugal)

DANZA TERAPIA

Hoy en día, la danza terapia junto con la arteterapia, musicoterapia y dramaterapia son consideradas *psicoterapias* o terapias artísticas creativas.

La Asociación de Danza Movimiento Terapia Española la define como el uso terapéutico del movimiento y de la danza dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica del individuo, para promover la integración emocional, cognitiva y física.

De acuerdo con la Asociación de Danza Terapia de Inglaterra, se define como el uso psicoterapéutico del movimiento y la danza, en el cual, la persona puede construir un proceso creativo para buscar su integración emocional, cognitiva, física y social.

La Asociación Americana de Danza Terapia la define como un proceso que fomenta el bienestar emocional, cognitivo y físico de la persona, facilitando así, el crecimiento emocional y la integración del cuerpo-mente.

Es un sistema que integra diversas disciplinas como la danza, la expresión corporal, el teatro, la *eutonía*, la psicomotricidad, la composición coreográfica y la musicoterapia.

Durante mucho tiempo, la danza terapia se apoyó en elementos intuitivos; sin embargo, actualmente, con el avance de las ciencias sociales, se puede relacionar con las grandes teorías psicoanalíticas.

La danza terapia se utiliza en el proceso de comunicación no verbal, la cual ayuda a la auto-percepción. Un movimiento o postura puede encerrar tres o cuatro ideas simultáneas, las cuales desprenden información del inconsciente y personalizan las emociones. Por ello, el movimiento posibilita la expresión emocional de sentimientos profundamente guardados o de aquellos que no se pueden expresar con palabras; al mismo tiempo, incrementa la autoestima, la creatividad y la productividad. Este

procedimiento trata, entonces, de facilitar la comunicación honesta y abierta de lo que una persona siente, reduciendo la ansiedad y distorsión de la realidad.

Aproximadamente el 30% de las personas tratadas con danza terapia muestran un efecto comparable con el de otras técnicas psicosociales, lo que crea una actitud positiva (Goodill S, en Sebiani, 2005).

Numerosos estudios presentan que la actividad física y el ejercicio aumentan la producción de ciertos neurotransmisores en el cerebro (*endorfinas*), produciendo una sensación de bienestar y reduciendo estados negativos (Lane A, Redding E y Whyte G, en Sebiani, 2005); contribuyendo a mejorar las funciones del sistema inmunológico. Además, el movimiento total del cuerpo, como la danza, mejora la función de otros sistemas como el circulatorio, respiratorio, esquelético y muscular.

Se trabaja individualmente, en parejas y en grupos. Parte de los aspectos que se trabajan dentro de la danza terapia son el ritmo, la creatividad y la espontaneidad; así como, el uso de las improvisaciones, símbolos, metáforas y ejercicios de relajación (Meekums B, 2002).

Las sesiones cuentan con un calentamiento, estiramiento, movilización y relajación de tensiones. Se recomienda que el metabolismo aeróbico participe y que se utilicen grupos musculares mayores, para así mejorar el consumo máximo de oxígeno y la resistencia aeróbica.

Otras destrezas que se deben entrenar son la flexibilidad, el equilibrio y la *capacidad funcional*. Si se comparan las recomendaciones de distintas terapias de ejercicio, se encuentra que la frecuencia debe ser de, por lo menos, tres a cinco días por semana, con una intensidad del 50-75% del consumo máximo de oxígeno o entre el 60-80% de la frecuencia cardiaca máxima, con una duración de 20 a 30 minutos de ejercicio continuo, según Moncada (2004); y en una intensidad del 30-60% de la intensidad máxima permitida, debiendo aplicarse de cuatro a veinte semanas, según DeVries

(1981). Por lo cual, se concluye que la danza cumple con estos parámetros y aporta otros beneficios emocionales para el mejor desempeño del paciente.

Beneficios de la danza terapia

- Aumenta la capacidad de percepción y propiocepción.
- Produce una mayor tonicidad muscular y enderezamiento postural.
- Mejora notablemente la amplitud articular y, por ende, la flexibilidad y agilidad.
- Desarrolla la apreciación artística.
- Aumenta la capacidad de comunicación.
- Desarrolla una mayor seguridad y confianza en sí mismo, elevando la autoestima.
- Clarifica el ego, minimiza la tensión, ansiedad y agresividad.
- Reduce la desorientación cognitiva y kinestésica.
- Incrementa la capacidad de expresión, placer, diversión y espontaneidad.
- Reduce la presión arterial, la depresión, estrés y el dolor crónico.
- Aumenta la formación de *células T* y la capacidad de control (Dibbel-Hope, 2000 en Sebiani, 2005).

Aplicaciones de la danza terapia

Se emplea en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

- Trastornos del desarrollo motriz.
- Dificultades en el aprendizaje, problemas socio-afectivos, madurativos o de adaptación.
- Trastornos psiquiátricos.
- Depresión, trastornos de ansiedad y adicción.
- Niños hiperactivos y con dificultades en las relaciones sociales.
- Autismo.
- Mal de Parkinson.
- Víctimas del abuso sexual o violencia.
- Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia).

- Síndrome de Down.
- Enfermedades crónicas como cáncer, VIH, *fibromialgia*.

Danza Movimiento Terapia y Danza Terapéutica

En el camino que va desde la educación en la danza hasta la Danza Movimiento Terapia, nos encontramos con la Danza Terapéutica, cuya valiosa contribución es la que realizan los profesores de danza trabajando en escuelas especiales, residencias psiquiátricas, hospitales, entre otros, con el objetivo de llevar la danza a poblaciones con alguna discapacidad psíquica o física, utilizando los efectos terapéuticos de la danza y del movimiento. Ejemplo de esto son María Fux en Argentina, o Wolfgang Stange en Gran Bretaña (bailarín y coreógrafo director de la compañía AMICI).

Con el fin de comprender mejor el enfoque que tendrá el Programa de Danza Terapia para niños con cáncer, se presenta a continuación un cuadro comparativo que establece similitudes y diferencias entre la Danza Movimiento Terapia (DMT) y la Danza Terapéutica (DT).

**Cuadro comparativo entre Danza Movimiento Terapia y Danza Terapéutica
(Meekums 2002, en H. Panhofer)**

CAMPO	DANZA MOVIMIENTO TERAPIA	DANZA TERAPÉUTICA
Límites	<p>Hora de comienzo y de cierre; normas establecidas por el grupo.</p> <p>Limitación de las relaciones (p.ej., se evita el contacto social fuera del grupo).</p>	<p>Las horas de comienzo o de cierre pueden estar más relajadas.</p> <p>Las normas que rigen al grupo pueden ser más o menos relajadas o estrictas.</p> <p>Las relaciones se extienden más allá del grupo.</p>
Estructura de la sesión	Muy probable, pero correspondiendo a objetivos terapéuticos y a la contribución de los pacientes. Flexible.	Muy probable. No es necesario que corresponda con la contribución del alumno.
Tamaño típico de un grupo	1-10 personas.	4-30 personas.
Representaciones para una audiencia externa	No, poco probable.	Posible.
Énfasis en componentes estéticos	No.	Posible.
Utilización de materiales	Probable. Puede servir como objetos transicionales (Winnicott, 1971), o para ayudar a ampliar el vocabulario del movimiento.	Probable. Sirve para estimular la creatividad.
Objetivos	Dirigidos hacia las necesidades terapéuticas del grupo y de la población específica.	Educativas y artísticas, terapéuticos en un sentido amplio.
Fundamentos teóricos	Incluye teóricas psicológicas (dinámicas de grupo, psicología del desarrollo, teoría de las diferentes orientaciones psicológicas, psicopatología), y observación y análisis del movimiento.	No es necesario incluir teorías psicológicas u observación y análisis de movimiento.
Poblaciones	Abierto para todos, pero sujeto a un proceso de evaluación.	En un principio abierto para todos, aunque más indicado para grupos específicos.
Capacidades requeridas para el líder del grupo	Experiencia en llevar grupos con una gran variedad de movimientos. Competencias adicionales, entre otras, la capacidad de trabajar en situaciones de estrés.	Experiencia en llevar grupos y la modalidad de movimiento requerido.
Terapia personal requerida	Sí.	No.

Supervisión clínica requerida	Sí.	No.
Nivel de formación académica requerido	Estudios de posgrado.	No se requiere ninguna formación formal.
Trabajo con dinámicas de grupo y relaciones interpersonales	Seguramente.	Posible.
Trabajo con imágenes internas y el simbolismo de los pacientes	Seguramente.	Posible.
Aflicción versus disfrute	Se trabaja activamente con la angustia, pero también está permitido disfrutar y se utiliza para equilibrar. Se evita el “rescate” por parte del terapeuta.	Puede evitar la angustia y enfatizar el disfrute. El líder puede actuar como “chaman”, rescatando al grupo entero a través de la utilización del “self”.
Evaluación verbal de sesiones	Sí.	No es necesario.
Utilización del contacto físico entre terapeuta y paciente	No es lo habitual.	Ocurre como parte normal de las interacciones (p.ej., el profesor corrige una postura del alumno).
Evaluación basada en formulaciones psicológicas del movimiento	Sí.	No son necesarios.

En DMT, el psicoterapeuta tiene conocimientos específicos sobre el desarrollo de la personalidad y está formado para provocar interacciones en movimiento que benefician al paciente; trabaja de manera indirecta, no prescribe las emociones que un paciente tiene que expresar, ni enseña cómo deberá moverse. Por lo tanto, en DMT, excluyendo el calentamiento, el movimiento es improvisado y no corregido por el terapeuta.

En cambio, en la Danza Terapéutica el profesor utiliza movimientos específicos para recrear en los participantes una determinada sensación; puede pedirles, por ejemplo, que salten o que balanceen sus brazos libremente para sentirse vivos o alegres. En la Danza Terapéutica, la estructura de los movimientos es creada y su ejecución es corregida por el profesor de danza.

DANZA TERAPIA EN ONCOLOGÍA

La medicina está en la posición de contribuir a la restauración de la salud y del sentido de bienestar integral del paciente. Por tanto, la danza terapia es una forma reconocida de terapia complementaria, utilizada en los hospitales y centros de cáncer para pacientes oncológicos y su cuidado integral, logrando un efecto positivo sobre su calidad de vida y adherencia al tratamiento médico.

A continuación, se mencionarán algunos de los trabajos e investigaciones más relevantes que se han hecho en el mundo, sobre la danza terapia y su efecto en oncología.

Método Lebed (1980), fue creado por Sherry Lebed Davis y sus hermanos, los doctores Marc Lebed y Joel Lebed, después del diagnóstico de cáncer de mama de su madre, quien fue bailarina de salón profesional.

El método comenzó en el Centro Médico Albert Einstein, en Philadelphia, y es un programa de danza y ejercicio, diseñado originalmente para pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, es beneficioso para las personas con otros tipos de cáncer, con condiciones de fatiga crónica, fibromialgia, depresión, artritis reumatoide, *esclerosis múltiple* y mal de Parkinson.

“Creative Rhythms” es una extensión de dicho método, especializado en niños con cáncer y otras enfermedades crónicas, para rehabilitarlos física y emocionalmente, ayudando al sistema circulatorio, al movimiento de los fluidos del sistema linfático, a mantener su masa muscular, disminuir la fatiga y depresión, y recuperar risas y diversión. En la clase, cada niño participa con su propio ritmo, haciendo las paradas y descansos que ellos consideren necesarios. Actualmente, es aplicado en muchas ciudades de E.E.U.U. y en otros países del mundo.

Cohen. S. O. y Walco. G. A. (1999), realizaron un estudio con niños y jóvenes con cáncer, en el cual aseguran que la danza terapia integra el cuerpo, la mente y el espíritu de los pacientes. Proclaman la necesidad de ampliar el equipo salud en los centros médicos, para incluir a profesionales en los campos de la psicooncología,

tales como la danza terapia, la cual, enfatiza la visión holística de cuerpo-mente y ofrece un nuevo camino para explorar las complicadas interrelaciones de factores involucrados en el cáncer.

Dibbel-Hope S. (2000), en su estudio aborda los efectos psicológicos del paciente con cáncer de mama y cómo la Danza Movimiento Terapia ayuda en la adaptación psicológica de estos pacientes de sexo femenino. Principalmente, examinó la perturbación del estado de ánimo, el aumento de nivel de angustia, la distorsión de la imagen del cuerpo y la disminución de la autoestima.

Pinto y Trunzo (2004), recomiendan el ejercicio para mujeres jóvenes y adultas con estados iniciales de cáncer de mama, ya que encuentran diferencias significativas en las actitudes sexuales, imagen corporal y en los disturbios del estado de ánimo.

Rainbow (2005), durante su estudio en mujeres con cáncer de mama, realizado en Hong Kong, observó mejoras en la autoestima y diferencias significativas en la reducción de la percepción del estrés. Este beneficioso programa, contaba con relajación, interacción cuerpo-mente, crecimiento personal y espiritual, ya que a través del trabajo del cuerpo, la mente puede cambiar y se enriquece el alma.

Wilfredo Victoria y Diana L. Román (2006), psicólogos de la Universidad Nacional de Bogotá, crearon una terapia de danza para niños con cáncer entre nueve y once años, en el Hospital de la Misericordia, la cual pretende mejorar la autoestima y devolverle independencia al cuerpo. Ellos creen que el baile y la música permiten a los niños convivir con la patología y tener más autonomía física, con lo que pueden generar una disposición mental más favorable con su realidad. No es que la danza los cure, pero con la psicoterapia basada en la música hay mayor aceptación y comprensión del proceso, pues "lo que importa es el individuo, dejarlo jugar, hacerle entender que, a pesar de su enfermedad, puede contar consigo mismo".

Susan Osofsky-Ross, es sobreviviente de cáncer de mama, fue bailarina, coreógrafa y trabajó como maestra en el Boston Ballet School.

A raíz de su diagnóstico, dirige un programa llamado "I Hope You'll Dance" en el Emerson Hospital en Concord, *Massachusetts*, el cual consiste en una clase de danza terapia para hombres y mujeres que se encuentren en la lucha contra el cáncer.

La oncóloga hematóloga Susan Sajer, asegura que la asistencia de pacientes a este tipo de programas, les permite tener una participación activa en su tratamiento, permitiéndoles regresar a su vida diaria con mayor vigor y entusiasmo.

En mujeres que recibieron tratamiento para el cáncer de mama, el doctor Jack McGrath, del Emerson Hospital, afirma que el estiramiento reduce la hinchazón en el brazo, así como parte del tejido cicatrizado, por lo tanto, hay menos dolor y mayor rango de movimiento.

Susan Osofsky-Ross dirige programas similares en la Universidad de Lesley, en el Instituto de Cáncer Dana-Farber y en el Hospital de South Shore.

Fundación Andrea Rizzo, fue creada en memoria de Andrea quien fue bailarina, maestra de educación especial y estudiante del último año de danza terapia en la Universidad Estatal de Nueva York.

Sobrevivió a un cáncer infantil y su sueño era convertirse en danza terapeuta para brindar a los niños con cáncer y capacidades especiales el maravilloso regalo de la danza. Tristemente, en mayo del 2002 perdió la vida en un accidente; por lo que sus familiares y amigos han hecho posible que este sueño sea realidad.

Esta fundación, sin fines de lucro, brinda un programa de Danza Movimiento Terapia para niños y adultos jóvenes con cáncer, en diferentes instalaciones médicas y en salones de clase para niños con capacidades especiales.

Los danza terapeutas que participan en este programa están registrados en la Asociación Americana de Danza Terapia (ADTA); además, la fundación basa sus

programas de movimiento y expresión en la dirección de profesionales de la danza del más alto nivel. California, Connecticut, Florida, Massachusetts, Nueva York, Rhode Island, Indiana y New Jersey, son estados en donde se imparte este programa.

PROGRAMA DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER ENTRE 5 Y 8 AÑOS

Teniendo en cuenta la información anterior, y habiendo establecido el enfoque y límites del programa, se considera importante establecer una definición de danza terapia que se apegue de manera más precisa al programa.

Por lo tanto, se define como danza terapia el uso terapéutico del movimiento y de la danza para conseguir que interactúen, tanto el cuerpo como la mente del individuo, para liberar emociones, sentimientos, y mejorar el bienestar físico y mental.

El programa que se propone consiste en una clase que utiliza la danza como terapia para ayudar o complementar el tratamiento y rehabilitación de niños con cualquier tipo de cáncer.

La clase tendrá duración de una hora y podrá realizarse de una a tres frecuencias a la semana, dependiendo de las características del grupo y la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el niño.

Los niños podrán encontrarse en tratamiento o en etapa de *remisión* o vigilancia. Si se encuentran en tratamiento, es recomendable que la clase no sea el mismo día de la aplicación de éste, sino algunos días posteriores, no porque pueda causarle daño, sino porque probablemente el niño no tendrá el estado anímico óptimo para disfrutar y aprovechar la clase. Hay que recordar que el tratamiento y sus efectos secundarios son distintos para cada niño, habrá quien pueda asistir ese mismo día a su clase y habrá quien no podrá hacerlo durante el resto de su tratamiento.

Si el niño se encuentra en etapa de remisión o vigilancia podrá asistir cualquier día de la semana, siendo recomendable para esta etapa de dos a tres frecuencias por semana.

La clase se basa en ejercicios de iniciación a la danza clásica en los que se trabaja el ritmo, la coordinación, la flexibilidad, la fuerza muscular, la musicalidad, la expresión corporal y la interpretación, finalizando con una técnica de relajación, la cual, además

de cumplir su función dentro del programa, es un recurso que podrán utilizar cuando se sientan en alguna situación de estrés, miedo o dolor.

La estructura de la clase y de cada ejercicio está diseñada en base a una historia, motivación, instrumento y/o apoyo musical que facilite su aprendizaje y realización, buscando que el niño pueda lograrla sin que esto signifique una situación de estrés para él.

Si se compara con una estructura normal, resulta menos densa en cuanto a la cantidad de información que se maneja, más dinámica y pedagógica en su manera de enseñarse, brinda un mayor espacio de interpretación y creatividad y es menos estricta en la búsqueda de la limpieza técnica. Lo anterior no significa que no la habrá o que los niños podrán realizar lo que ellos deseen, si no que la propia estructura y manejo de clase contribuirán para que esta limpieza se dé, siendo el objetivo principal que los niños puedan rehabilitarse y fortalecerse muscularmente a través de la técnica de danza clásica, no, por el contrario, buscar un fortalecimiento muscular para lograr dicha técnica.

Los objetivos del programa serán los siguientes:

- Ofrecer un espacio el cual permita crear redes de apoyo que disminuyan los sentimientos de soledad y aislamiento.
- Consolidar la conciencia corporal y elevar la autoestima, la cual puede verse afectada ante los cambios provocados por el tratamiento.
- Reducir el estrés, ansiedad y depresión relacionados con los tratamientos médicos y con la hospitalización.
- Crear un marco que facilite la expresión de las experiencias del niño a través de imágenes simbólicas y de improvisación recurriendo al movimiento, la danza y la música.
- Disfrutar de los aspectos placenteros y curativos propios de la utilización activa del cuerpo, a través de la expresión creativa de la danza y la música.
- Contribuir a la rehabilitación y fortalecimiento de los músculos del cuerpo reduciendo los efectos secundarios propios del tratamiento contra el cáncer.

- Aplicar y desarrollar técnicas de relajación.

Es importante recalcar que el proceso y resultado en cada niño será diferente, y dependerá de factores como el tipo de cáncer y estadio del mismo; la etapa, duración y tipo de tratamiento; el grado de los efectos secundarios causados en el niño; y el número de frecuencias de la clase; por lo tanto no se busca que todos los niños logren lo mismo y en el mismo tiempo, sino que cada uno vaya trabajando y mejorando en la medida de sus posibilidades.

Para lograr lo anterior se requiere prestar atención al manejo de la clase, tratando de mantener un ambiente positivo y agradable, evitar comparaciones, gritos y refuerzos negativos, dirigirlos y enseñarlos teniendo alerta todos los sentidos para poder identificar hasta dónde y cómo exigirle a cada uno, siendo sensibles y comprensibles ante situaciones de cansancio o cualquier necesidad que surja a lo largo de la clase.

La terapia de danza es considerada segura, ya que no se conocen efectos secundarios negativos, pero no cura el cáncer, por lo tanto no debe sustituir la atención y el tratamiento suministrado por el equipo médico. Como la terapia de danza es una forma de ejercicio, es recomendable comunicar al médico que esta terapia se está realizando.

ESTRUCTURA DE PROGRAMA DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER ENTRE 5 Y 8 AÑOS

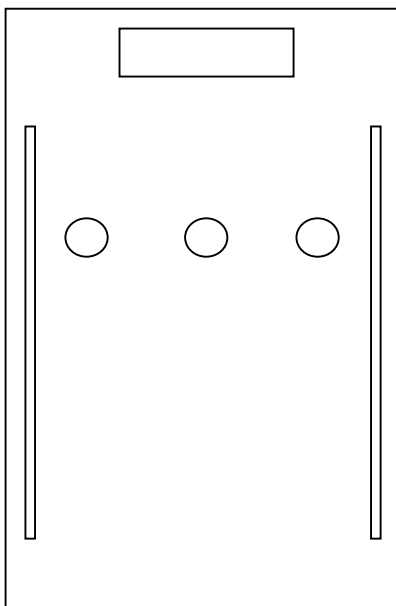
1. Entrada y saludo ¹ 2 3

Posición inicial: formando una fila, en 1ª pos. de pies cerrada de perfil, espalda recta, abdomen elevado, manos en la cintura, cuello largo, cabeza al frente.

Música: 4/4

Ejercicio	Cuentas
Entra la primera niña con corridita en media punta (3c) se coloca en su lugar en 1ª pos. de pies cerrada en face (1c)	4c
Entra la número 2	4c
Entra la número 3	4c
Cabeza hacia abajo (2c), regresa al frente (2c)	4c
Total	16c

Nota: Entran por el lado derecho (dirección # 2).



2. Calentamiento: “Darle vida a nuestro muñeco”

Historia: El niño es un muñeco sin vida y, al escuchar la música, despierta y comienza a darle vida y movimiento a cada parte de su cuerpo.

Posición inicial: Parados en 2ª pos. paralela en face, brazos relajados a los lados del cuerpo, cabeza ligeramente inclinada hacia el lado izquierdo y ojos cerrados.

Introducción: Abre los ojos (2c) y coloca cabeza recta al frente (2c)

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Círculo con la cabeza hacia la derecha (hacia el lado derecho 1c, atrás 1c, hacia el lado izquierdo 1c, adelante 1c)	4c
Repite comenzando hacia el lado izquierdo	4c
4 círculos con los hombros hacia atrás (1c c/u)	4c
Repite hacia adelante	4c
4 círculos con las muñecas hacia atrás, con los brazos extendidos a los lados del cuerpo, ligeramente despegados de la cadera (1c c/u)	4c
Repite hacia adelante	4c
4 círculos con los brazos hacia atrás (1c c/u)	4c
Repite hacia adelante	4c
4 estiramientos alternados de brazos hacia el techo (1c c/u)	4c
Flexión del torso hacia adelante tocando el piso con las manos, con piernas estiradas (3c), recupera torso (1c)	4c
Repite últimas (8c)	8c
Flexión del torso hacia el lado derecho (2c), recupera (2c) (manos en la cintura)	4c
Repite hacia el lado izquierdo (manos en la cintura)	4c
Repite últimas (8c)	8c
Total	64c

Nota: Pose final como muñeco (talón al lado en flex, demi plié en la pierna de base, brazos a los lados formando la mitad de un rectángulo con palmas hacia el frente, cabeza ligeramente inclinada hacia el lado derecho).

3. Ejercicio para la colocación correcta de la espalda: “Espalda de princesa y de viejita”

Historia: Se inicia con la postura de la espalda redondeada o jorobada simulando una viejita(o); para lograr la posición derecha y alargada de la espalda y cuello, se da la imagen de la postura de una princesa o príncipe.

Posición inicial: Sentados en el piso en face, con las piernas flexionadas en posición paralela con las plantas de los pies apoyadas en el piso, manos sujetando las rodillas por los lados, espalda redondeada, cabeza hacia adentro recargando la frente sobre las rodillas.

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Extiende la espalda hacia arriba en posición recta (2c), sostiene (4c), regresa a la posición inicial (2c)	8c
Repite 3 veces más	24c
Total	32c

Nota: Este ejercicio se realiza sólo el 1^{er} semestre, con el objetivo de entender la posición correcta de la espalda. Los primeros dos meses se usa la secuencia que se muestra en el cuadro del ejercicio; posteriormente, se puede agregar el estiramiento de las piernas y pies, al mismo tiempo que la espalda, llevando los brazos a 1^a pos. allongée con los dedos apenas rozando el piso y regresando a la posición inicial en la cuenta # 8. Para el 2^o semestre este ejercicio se suprime y se pasa, después del calentamiento, al ejercicio de pies.

4. Ejercicio de pies: “Levantemos el puente”

Historia: Los pies son como el puente de los grandes castillos, cuando vienen los príncipes o las personas buenas, se levanta el puente (flex) y, cuando vienen los malos o las personas que no deben pasar, se baja el puente (punta).

Posición inicial: Sentados en el piso en face, con piernas unidas y estiradas en posición paralela, pies apuntados, brazos a los lados en 1^a pos. allongée con los dedos ligeramente rozando el piso, espalda recta y cabeza al frente.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
Flex de pies (flex 1c, sostiene 3c)	4c
Apunta pies (apunta 1c, sostiene 3c)	4c
Repite todo 3 veces más	24c
Flex pie derecho (flex 1c, sostiene 3c)	4c
Flex pie izquierdo y apunta al mismo tiempo el pie derecho	4c

(flex 1c, sostiene 3c)	
Repite últimas (8c), 3 veces más	24c
Total	64c

5. Ejercicio de preparación para el trabajo de demi plié: “Remar”

Historia: El niño se encuentra dentro de una canoa o pequeña barquita y tiene su propio remo, los pies y piernas deben de mantenerse juntos porque la canoa es muy estrecha. La flexión de las rodillas se acompaña del movimiento de los brazos, flexionándolos y estirándolos junto con las piernas (remando).

Al hacer la flexión lateral del torso es como si se estuviera asomando a ver el agua, cuidar no perder el resto de la colocación del cuerpo.

Al hacer la flexión del torso hacia adelante, se le dice que está pasando por una cascada, así que hay que esconderse para no mojarse.

Instrumento: Un remo (hecho de cartón y plástico).

Posición inicial: Sentados en el piso en face, con piernas unidas y estiradas en posición paralela, pies apuntados, manos sujetando el remo, espalda recta y cabeza al frente.

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Flexión de rodillas en paralelo con plantas de los pies en el piso (2c), estira regresando a la posición inicial (2c), repite 2 veces más (8c)	12c
Pequeña flexión del torso hacia el lado derecho (1c), sostiene (2c), regresa al frente (1c)	4c
Flexión de rodillas en paralelo con plantas de los pies en el piso (2c), estira regresando a la posición inicial (2c), repite 2 veces más (8c)	12c
Pequeña flexión del torso hacia el lado izquierdo (1c), sostiene (2c), regresa al frente (1c)	4c
Flexión del torso hacia adelante (2c), sostiene (4c), regresa a la posición inicial (2c), repite (8c)	16c
Flexión de rodillas en paralelo con plantas de los pies en el piso (2c), estira regresando a la posición inicial (2c), repite 2 veces más (8c)	12c
Pequeña flexión del torso hacia el lado derecho (1c), regresa al frente (1c)	2c
Pequeña flexión del torso hacia el lado izquierda (1c), regresa al frente (1c)	2c
Total	64c

6. Relajación y movilización de diferentes partes del cuerpo para llegar a una posición establecida: “Paleta helada”

Historia: El cuerpo es una paleta helada, que comienza a derretirse por partes y a congelarse (regresando a la posición inicial) al meterla en refrigeración.

La historia puede variar, por ejemplo, “Medusas de mar”, que al venir el tiburón esconden sus tentáculos para no ser vistas y protegerse de él, o “Espaguetis crudos y cocidos”.

Posición inicial: Acostados boca arriba, con las piernas unidas y estiradas en posición paralela, pies apuntados, espalda recta, abdomen elevado, brazos a los lados del cuerpo con palmas hacia el techo, cuello largo, mirada hacia el techo.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
Movimiento libre pies y piernas (8c), regresa a la posición inicial (8c)	16c
Movimiento libre de torso y brazos (8c), regresa a la posición inicial (8c)	16c
Movimiento libre de todo el cuerpo (8c), regresa a la posición inicial (8c)	16c
Repite últimas 16c	16c
Total	64c

Nota: Durante el 1^{er} semestre se trabaja la movilización de todo el cuerpo las cuatro veces; ya dominado, en el 2^o semestre se trabaja la movilización de diferentes partes del cuerpo de manera independiente, como se muestra en el cuadro del ejercicio.

7. Ejercicio para las piernas: “Nadar”

Historia: El niño se encuentra en el mar como si estuviera nadando, cuando comienza a hacerlo rápido es porque un tiburón, ballena, o cualquier otro animal, lo viene persiguiendo; cuando pasa el peligro es tiempo del descanso.

Posición inicial: Acostados boca abajo, con las piernas unidas y estiradas en posición paralela, pies apuntados, espalda recta, abdomen elevado, brazos doblados una mano sobre la otra debajo de la barbilla y cuello largo.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
Sube pierna derecha por detrás del cuerpo (1c), baja (1c)	2c
Repite 7 veces más alternando piernas	14c
(6c) de movimiento rápido y alternando de piernas hacia arriba y hacia abajo como si estuviera nadando, descansa (2c)	8c
(6c) de movimiento rápido y alternando de piernas hacia arriba y hacia abajo como si estuviera nadando, descansa (2c)	8c
Repite primeras 16c	16c
Total	48c

Nota: Una vez dominado, se pueden incluir los brazos para acompañar el movimiento, elevando el contrario a la pierna.

8. Ejercicio de espalda: “Gato feliz y enojado”

Historia: El niño es un gato que al estar enojado adopta la posición de espalda redondeada y cabeza hacia adentro; al estar feliz sucede lo contrario. Acompañar el movimiento con la expresión de la cara.

Al sentarse y voltear hacia los lados, el gato está asegurándose que nadie lo está observando y así poder jalar una bolita de estambre o una pelota para jugar.

Instrumento: Dos pelotas pequeñas hechas de estambre (que quepan en sus manos), las cuales tienen un pequeño anexo para que entre el dedo índice y puedan estar ahí durante todo el ejercicio.

Cuando están hincados, las pelotas quedan encima de las palmas de las manos; al sentarse, las pelotas caen, quedando colgadas de los dedos índices para realizar el resto del ejercicio.

Posición inicial: Hincados en el piso en face, imitando la posición de un felino sobre cuatro patas, rodillas y palmas de las manos apoyadas en el piso, con los dedos hacia enfrente, espalda redondeada, cabeza y cuello hacia adentro.

Música: 4/4

Ejercicio	Cuentas
Arquea la espalda lo más que se pueda	4c
Redondea la espalda, recogiendo el abdomen	4c
Repite 2 veces más (8c c/u)	16c
Arquea la espalda lo más que se pueda	4c
Se sienta sobre sus pies, espalda recta, brazos flexionados frente al cuerpo y manos como garras a la altura del pecho, quedando	4c

colgadas las pelotas de estambre al frente del cuerpo	
Cabeza hacia el lado derecho (1c), regresa al frente (1c)	2c
Estira brazo al frente (1c), regresa agarrando la pelota de estambre (1c), repite 2 veces más, soltando la pelota al estirar el brazo (4c)	6c
Repite últimas (8c) hacia el lado izquierdo	8c
Repite últimas (16c)	16c
Total	64c

Opción 2: “En el mar”

Historia: El varón será el rey Tritón o Poseidón y la niña la Sirenita, al hacer el cambré es como si estuviera saliendo del mar para ver qué hay afuera del océano.

Las piernas y pies deben de permanecer juntos, ya que estos seres en vez de piernas tienen cola.

Posición inicial: Acostados boca abajo, con las piernas unidas y estiradas en posición paralela, pies apuntados, espalda recta, abdomen elevado, brazos flexionados a los lados del cuerpo con palmas de las manos en el piso (formando la mitad de un rectángulo), cuello largo, rozando ligeramente el piso con la punta de la nariz.

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Cambré (sube 2c, sostiene 4c, regresa 2c)	8c
Repite 3 veces más (8c c/u)	24c
Sube a cambré pegando al mismo tiempo los pies a la cabeza (4c), regresa a la posición inicial (4c)	8c
Repite	8c
Total	48c

Nota: Se enseña primero sólo el cambré, posteriormente la posición de pies a la cabeza y, ya dominados, se pueden unir en un mismo ejercicio.

9. Ejercicio de sensopercepción

Instrumentos:

1. Dos bolas pequeñas de unicel pintadas de color rojo.
2. Dos pom poms (bolitas hechas de nylon con textura suave) color rosa.
3. Dos ramos de plumas pequeñas color amarillo.

4. Una compresa sellada, aproximadamente de 10 cm x 10 cm, rellena de bolitas azules de hidrogel (este instrumento tiene propiedades térmicas, si se desea frío, meterlo al refrigerador unas horas antes de la clase, y si se desea caliente dejarlo un rato al sol).

5. Una canasta para colocar los instrumentos e irlos tomando durante el ejercicio.

Posición inicial: Sentados en el piso en face, con piernas cruzadas y espalda recta, cabeza al frente y brazos relajados a los lados del cuerpo.

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Utilizando el instrumento #1 se realizarán movimientos en círculos sobre la piel de manos y brazos	16c
Utilizando el instrumento #2 se realizarán movimientos rectos, cortos y largos sobre la piel de manos y brazos	16c
Utilizando el instrumento #3 se realizarán movimientos hacia afuera sobre las partes de la cara y hacia arriba y abajo sobre el cuello	16c
Utilizando el instrumento #4 se realizarán movimientos libres sobre cualquier parte del cuerpo	16c
Total	64c

Nota: Se puede utilizar cualquier tipo de instrumento, la finalidad es que el niño pueda sentir diferentes texturas, agradables o desagradables y temperaturas frías, templadas o calientes.

Opción 2:

Colocar contenedores con frijol, arroz, lentejas, piedras, arena, entre otros, para que el niño introduzca sus manos o pies (sin zapatillas), experimente un momento y posteriormente pase al siguiente contenedor.

Al final se pregunta, cuál le agrado a cada uno o cuál le desagradó, y por qué.

Opción 3:

Utilizar tapetes con diferentes telas, texturas o grosores y ponerlos formando un círculo, para que el niño vaya pasando por cada uno de ellos y experimente con sus pies (sin zapatillas), las diferentes sensaciones.

Al final se pregunta, cuál le agrado a cada uno o cuál le desagradó y por qué.

10. Caminar y equilibrio: “Equilibrista”

Historia: El niño es el equilibrista del circo y tiene que hacer su acto sobre la cuerda floja caminado muy derecho sin mirar al piso ni perder su colocación, o podrá caerse.

El relevé (equilibrio en la cuerda floja) es el acto de mayor dificultad, para el cual se requiere sostener la posición correcta y mucha concentración.

Instrumento: Las niñas utilizarán un paraguas y los varones un sombrero.

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cabeza al frente, cuello largo y manos sosteniendo el paraguas enfrente del cuerpo sobre el hombro derecho, varones manos sobre la cintura.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
4 pasos por jeté (2c c/u)	8c
Junta pies en 1ª cerrada (1c), sostiene (1c)	2c
Relevé (sube 1c, sostiene 4c, baja 1c), eleva el paraguas al subir el relevé y lo regresa a la posición inicial al bajar el relevé	6c
Repite desde el principio	16c
Total	32c

Nota: Este ejercicio se realiza avanzando de la parte trasera del salón hacia el frente y, una vez dominado, puede realizarse en diagonal.

11. Ejercicio de passé cerrado y cambio de peso: “El minero”

Historia: El niño es un minero (como los enanitos de Blancanieves) y está en busca de diamantes u otras piedras preciosas, al hacer la 4ª pos. cerrada y el movimiento con el pico, es porque ha encontrado algo. De vez en cuando preguntarle antes del ejercicio de qué color le gustaría encontrar su piedra.

Instrumento: Un pico hecho de cartón.

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, cabeza al frente, manos sosteniendo el pico, recargándolo sobre el hombro izquierdo.

Ejercicio	Cuentas
Sube passé (1c), sostiene (2c), baja (1c)	4c
Repite 3 veces más alternando piernas (4c c/u)	12c
Passé (1c), sostiene (1c), cambio de peso hacia adelante (4ª pos. cerrada) (1c), sostiene (1c)	4c
Pica con el instrumento (1c), regresa el pico al hombro (1c), repite (2c)	4c
Regresa a passé (1c), sostiene (1c), baja a 1ª pos. cerrada (1c), sostiene (1c)	4c
Se limpia el sudor (mano sobre la frente, estira brazo al lado del cuerpo)	2c
Cambia el pico al hombro derecho	2c
Repite desde el inicio comenzando con la pierna izquierda	32c
Total	64c

Nota: La primera secuencia es la siguiente: *sube passé 1c, baja passé 1c, sostiene 2c* y repite alternando piernas tres veces más, con el objetivo de buscar el empuje del piso, la reacción de la pierna hacia arriba y el cambio de peso de manera natural. Posteriormente se trabaja *sube passé 1c, sostiene 1c, baja passé 1c, sostiene 1c*, y repite alternando piernas tres veces más. Finalizando con la cuenta marcada en el cuadro del ejercicio, buscando mantener el equilibrio sobre una sola pierna, registrando la posición correcta del passé y del resto del cuerpo.

La secuencia utilizada para el cambio de peso a 4ª pos. cerrada y la acción de picar, se mantienen igual durante las tres secuencias, por ser las que mejores resultados arrojan.

12. Port de bras: “El girasol”

Historia: El niño canta una canción al mismo tiempo que realiza el movimiento; la letra es la que se encuentra entre paréntesis en el cuadro del ejercicio. Una vez enseñada la letra, se acompaña de música; en ocasiones puede hacerse cantando la canción solo en la mente.

Posición inicial: Hincados y sentados sobre los pies en face, espalda alargada hacia adelante, abdomen elevando rozando las piernas y brazos a los lados del cuerpo con las manos viendo hacia la parte de atrás del salón.

Ejercicio	Cuentas
Brazos a 5ª pos., rozando los brazos por el piso (<i>Sale el sol</i>)	2c
Recupera la espalda, brazos en 5ª pos. (<i>Despierta la flor</i>)	2c
Abre y cierra las manos 2 veces (<i>Cae la lluvia</i>)	2c
Recupera los glúteos, quedando hincados sobre sus dos rodillas, brazos en 5ª pos. (<i>Crece la flor</i>)	2c
Abre brazo derecho a 2ª pos., el izquierdo permanece en 5ª pos. (<i>El aire</i>)	1c
Port de bras de 3ª de 5ª a 3ª de 5ª (1c c/u), 3 veces (<i>sus pétalos, movió y movió</i>)	3c
Movimiento de los dedos de la mano derecha y mirada hacia la mano en movimiento (<i>un pajarito</i>), el brazo izquierdo permanece en 2ª pos.	2c
Mano derecha hacia la muñeca izquierda, trazando una diagonal imaginaria (<i>en ella</i>)	1c
Brazo derecho a preparatoria (<i>posó</i>)	1c
Port de bras de 3ª de preparatoria a 3ª de preparatoria, brazo derecho en preparatoria, (1c c/u), 2 veces, (<i>pasaron las horas</i>)	2c
Abre brazo derecho a 2ª pos. (<i>la noche llegó</i>)	2c
Port de bras a 5ª pos. subiendo por fuera y baja la cabeza (<i>el sol se escondió</i>)	2c
Abre brazos a 2ª pos. y sube cabeza hasta el frente (<i>y la luna salió</i>)	2c
Port de bras a preparatoria (<i>entonces la flor</i>)	2c
Se sienta, bajando los glúteos a los pies (<i>a dormir</i>)	1c
Baja y alarga espalda hacia el frente con abdomen elevado rozando las piernas, es decir, regresa a la posición de inicio del ejercicio (<i>se acostó</i>)	1c
Estiramiento de espalda	4c
Repite	32c
Total	64c

Opción 2: “Nacimiento de una mariposa”

Historia: Es el relato de una mariposa que acaba de brotar, descubre que tiene alas y con ellas puede volar; los varones pueden ser águilas.

Posición inicial: Agachados en cuclillas en face, con los brazos abrazando las piernas por los lados y la cabeza hacia adentro.

Introducción: Rompe el capullo y se para en 1ª pos. cerrada de pies, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, cabeza al frente y brazos relajados a los lados del cuerpo.

Ejercicio	Cuentas
Sube brazo derecho (1c), baja (1c)	2c
Sube brazo izquierdo (1c), baja (1c)	2c
Suben ambos brazos hasta topar las muñecas (1c), bajan (1c)	2c
Suben ambos brazos hasta topar las muñecas (1c), bajan hasta 2ª pos. (1c)	2c
Port de bras hacia adentro hasta cruzarse las muñecas (1c) regresa a 2ª pos. (1c) repite (2c)	4c
Port de bras alternado brazos uno hacia arriba y el otro hacia abajo (1c c/u), 4 veces	4c
Corridita en relevé hacia el frente acompañada del movimiento de los brazos, como si estuviera volando	4c
Paso, junta pies en relevé en 1ª pos. cerrada (1c), sostiene (3c), mostrando sus alas (5ª pos. allongée), hacia el frente del salón	4c
Corridita en relevé libre por el salón acompañada del movimiento de brazos, como si estuviera volando	4c
Paso, junta pies en relevé en 1ª pos. cerrada (1c), sostiene (3c), mostrando sus alas (5ª pos. allongée), hacia el frente del salón	4c
Total	32c

Nota: El movimiento de los brazos va acompañado de la cabeza.

13. Ritmo: “Orquesta casera”

Instrumentos: Tambor, pandereta y maracas.

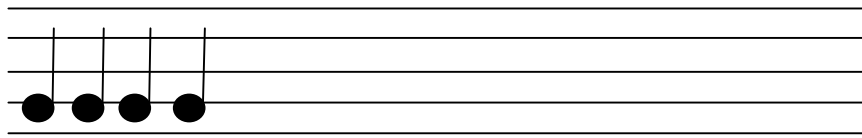
En grupos más grandes se pueden repetir los instrumentos y agregar pequeñas marimbas, claves, guantes sonoros, cascabeles, castañuelas, entre otros.

Posición inicial: Sentados en el piso con piernas cruzadas y espalda recta.

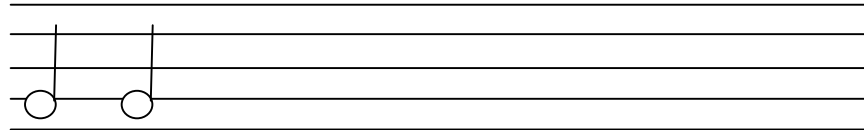
Música: 2/4, 4/4

Este ejercicio busca enseñar a los niños a escuchar y seguir el tiempo de la música, al igual que conocer las figuras musicales y su valor. Primero marcan la misma secuencia todos juntos y, posteriormente, se pueden elaborar diferentes combinaciones. Incluso, es posible que los alumnos realicen sus propias secuencias, para marcarlas en tríos, parejas o solos, dependiendo de las características del grupo.

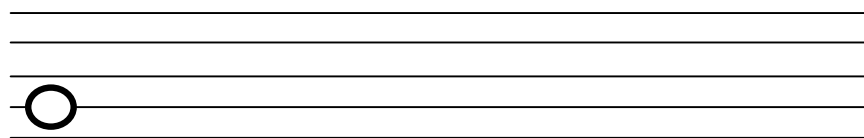
Primero se enseñan las negras. Valor = 1.



Posteriormente, se les enseñan las blancas. Valor = 2.

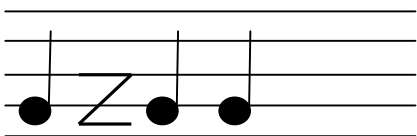


Y por último, las redondas. Valor = 4.

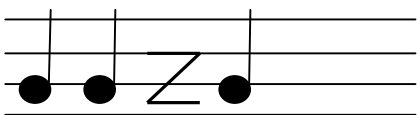


También pueden elaborarse secuencias que incluyan silencios en diferentes cuentas, por ejemplo:

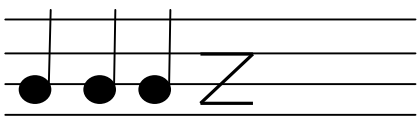
1 negra, un silencio y 2 negras.



2 negras, 1 silencio y una negra.



3 negras y un silencio.



Estas últimas combinaciones son las que se muestran en el video; cada niña tiene una secuencia y la va repitiendo alternadamente.

Nota: Como actividad extra se pueden elaborar algunos instrumentos para este ejercicio.

14. Pequeña combinación: “Jarabe tapatío”

Posición inicial: Parados en face, en 1ª pos. ligeramente abierta de pies, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, manos en la cintura.

Instrumento: Las niñas usarán un rebozo y los varones un sombrero.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
Extiende talón derecho en flex al lado (1c), cruza con punta de pie derecho sobre izquierdo (1c)	2c
Pie al glúteo, alternando piernas (3 veces)	2c
Repite las 4c, 3 veces más	12c
Cambio de dirección del cuerpo $\frac{1}{4}$ hacia la derecha con pequeños pasitos en relevé avanzando hacia la nueva dirección y baja en la última cuenta en 1ª pos. cerrada	2c
3 aplausos	2c
Repite 3 veces más las últimas 4c, girando $\frac{1}{4}$ en cada repetición hasta completar la vuelta	12c
Repite desde el inicio	32c
Movimiento lateral de cintura hacia la derecha (1c), repite hacia la izquierda (1c)	2c
3 movimientos laterales de cintura, alternando los lados	2c
Repite últimas (4c), 2 veces más	8c
Sale con corridita en 1ª cerrada, hacia el lado derecho (dirección # 2)	4c
Total	80c

Opción 2: “La juguetería”

Historia: Se escoge a cuatro niños, cada uno será un muñeco de la juguetería, el resto del grupo interpreta a los niños que llegan a jugar con ellos.

Inician desde su lugar, haciendo la mímica de darle cuerda al muñeco # 1, en este caso la muñeca de cuerda, la cual da unos pequeños pasos hacia el frente quedando por delante del semicírculo y, junto con los demás niños, hace el pequeño baile descrito en el cuadro del ejercicio. Cuando termine, regresa a su lugar y, nuevamente, los niños dan cuerda al siguiente muñeco y así, sucesivamente, hasta terminar.

En caso de que haya varones, se dividen los muñecos: las mujeres hacen la muñeca de cuerda y la española, y los varones, el muñeco soldado y el chino.

En el caso de ser un grupo pequeño, se puede escoger un menor número de muñecos, o los mismos muñecos podrán bailar como el muñeco en turno.

Brazos de los muñecos.

Muñeca de cuerda: Brazos a los lados del cuerpo con las palmas de las manos hacia el frente, como si se estuviera formando la mitad de un rectángulo.

Instrumento: Un moño grande para la cabeza.

Chino: Brazos a los lados del cuerpo, como si se estuviera formando la mitad de un rectángulo con las manos cerradas, saliendo sólo el dedo índice.

Instrumento: Un sombrero chino en forma de triángulo.

Soldado: Manos sosteniendo el rifle, en diagonal sobre el pecho.

Instrumento: Un rifle.

Española: Mano derecha agarrando el abanico y la otra en la cintura.

Instrumento: Un abanico.

Posición inicial: Todos los alumnos forman un semicírculo y se colocan parados en 1ª pos. cerrada, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, cabeza al frente, manos en la cintura. Los muñecos con los brazos descritos arriba.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
Darle cuerda a la muñeca de cuerda , <i>el muñeco se queda en pose</i> (los demás niños, mímica desde su lugar, brazos al frente realizando el mov. de tomar una palanca imaginaria y girarla hacia la derecha simulando dar cuerda)	2c
Camina hacia adelante en 2ª pos. ligeramente abierta en relevé 4c, <i>los demás siguen desde su lugar dándole cuerda</i>	4c
Pose en 2ª pos. ligeramente abierta (1c), sostiene (1c), <i>los demás niños desde su lugar comienzan a hacer lo mismo que el muñeco</i>	2c
Acerca mano derecha a la boca (1c) y extiende lanzando un beso (1c), repite con la mano izquierda	4c
2 ramassés a 90° (2c c/u)	4c
Una vuelta en relevé juntando ambas piernas hasta llegar a 1ª pos. ligeramente abierta.	4c
Pasó por jeté hacia el lado derecho (1c), junta 1ª pos. ligeramente abierta de pies (1c)	2c
2c diciendo adiós con la mano derecha	2c
Repite hacia el lado izquierdo últimas (4c)	4c
Regresa a su lugar en 1ª pos. ligeramente abierta en relevé (4c), pose del inicio	4c
Darle cuerda al muñeco chino , <i>el muñeco se queda en pose</i> (los demás niños mímica desde su lugar, brazos al frente realizando el mov. de tomar una palanca imaginaria y girarla hacia la derecha simulando dar cuerda)	2c
Entra en demi plié en 1ª pos. cerrada, con pequeños pasitos arrastrando los pies (4c), <i>los demás siguen desde su lugar dándole cuerda</i>	4c

Junta pies en 1ª pos. cerrada (1c), sostiene (1c), (los demás niños, desde su lugar, comienzan a hacer lo mismo que el muñeco)	2c
Cruza brazos (1c), abre (1c), repite (2c)	4c
Gira torso y cabeza hacia el lado derecho (1c), regresa (1c)	2c
Repite hacia el lado izquierdo (2c)	2c
Vuelta en relevé moviendo los brazos hacia arriba alternándolos	4c
Pas de bourrée suivi en 1ª cerrada hacia el lado derecho (1c), demi plié (1c), salto hasta tocar los glúteos con los pies (1c), estira (1c)	4c
Repite hacia el lado izquierdo (4c)	4c
Regresa a su lugar en demi plié en 1ª pos. cerrada, con pequeños pasitos arrastrando los pies (4c), pose de inicio	4c
Darle cuerda al muñeco soldado , <i>el muñeco se queda en pose</i> (los demás niños, mímica desde su lugar, brazos al frente realizando el mov. de tomar una palanca imaginaria y girarla hacia la derecha simulando dar cuerda)	2c
Entra marchando hacia adelante (4c), (los demás, desde su lugar, siguen dándole cuerda)	4c
Junta pies en 1ª pos. cerrada (1c), sostiene (1c), (los demás niños, desde su lugar, comienzan a hacer lo mismo que el muñeco)	2c
Passé (1c), estira pierna al frente (1c), regresa a passé (1c), cierra a 1ª pos. (1c), repite con pierna izquierda (4c)	8c
Una vuelta marchando, (2c) por cada frente comenzando por el lado derecho	8c
Estira brazos con rifle al frente (1c), regresa al hombro derecho (1c)	2c
Repite hacia el lado izquierdo (2c)	2c
Regresa a su lugar marchando (4c), pose de inicio	4c
Darle cuerda a la muñeca española , <i>el muñeco se queda en pose</i> (los demás niños, mímica desde su lugar, brazos al frente realizando el mov. de tomar una palanca imaginaria y girarla hacia la derecha simulando dar cuerda)	2c
Entra con corridita hacia adelante (4c) (los demás, desde su lugar, siguen dándole cuerda)	4c
Se coloca en 1ª pos. ligeramente abierta (1c), sostiene (1c) (los demás niños, desde su lugar, comienzan a hacer lo mismo que el muñeco)	2c
Hombro derecho hacia el frente (1c), repite con izquierdo (1c), 3 mov. de hombros alternados hacia adelante (2c), abanico abierto al frente	4c
Repite comenzando con el hombro izquierdo (4c)	4c
Tendu adelante (1c), se inca (1c), sostiene (2c), se abanica (2c), se para (1c), cierra a 1ª pos. ligeramente abierta (1c)	8c
Chassé hacia el lado derecho terminado a tendu al lado (1c), ½ círculo con el brazo derecho y el abanico, entra por el centro del cuerpo (2c), cierra a 1ª pos. ligeramente abierta (1c)	4c
Sale con corridita (4c), pose de inicio	4c
Total	128c

15. Creatividad, cuento motor: “Tierra Mágica”

Posición inicial: Libre.

Ejercicio.

El maestro narra el cuento y los niños deben actuar la historia, muchas veces habrá que ayudarlos, buscando que al final puedan hacerlo solos.

Esta historia es sólo un ejemplo, se puede contar cualquier cuento que involucre fantasía, colores, olores, niveles, paisajes, es decir, que estimule la creatividad del niño y que le permita correr, saltar, agacharse, asustarse, reírse.

Historia: Erase una vez unos niños que querían tener una aventura, deseaban ir a un sitio donde nunca nadie hubiera estado. Para ello, prepararon sus mochilas y comenzaron a caminar por encima del arcoíris.

El arcoíris los llevó hacia Tierra Mágica, donde lo primero que hallaron fue un enorme río en el cual bebían agua caballos con cuernos y alas, de las que salían estrellas brillantes. ¡El agua era mágica!, hacia que la gente que se bañara en ella brillara y pudiera volar.

Tras el largo baño en el río, los niños estaban muy cansados, así que decidieron cruzarlo a través de unas piedras que lo atravesaban. Estando del otro lado del río, se dieron cuenta que estaban en un lugar lleno de plantas y animales gigantes. Las plantas eran tan bonitas y olorosas que los niños no querían pisarlas; pasaron a través de ellas con mucho cuidado, entonces un feroz león que intentaba cazar a los demás animales salió en su encuentro.

Una vez librados del león, los niños siguieron caminando, hasta que uno de ellos gritó: “¡cuántos saltamontes!, ¡miren cómo saltan!”. Estaban tan impresionados con su tamaño y, como se veían amigables, decidieron seguir su recorrido encima de ellos.

De repente, se encontraron con una bruja malvada y fea, llamada Dora, la cual tenía encarcelados a unos conejos muy bonitos y hambrientos, pues no les daba de

comer. Los niños se escondieron por un rato, hasta que la bruja salió a recolectar hongos al bosque, entonces liberaron a los conejitos y les dieron unas deliciosas frutas sabor chocolate, las cuales crecían en las ramas de un lindo árbol color rosa.

Los niños acabaron tan exhaustos que decidieron irse a descansar; pero mientras dormían, comenzó un fuerte ventarrón, por lo que todos tuvieron que correr y meterse a una cueva para refugiarse de la lluvia. Al finalizar la lluvia, los niños secaron sus ropas y se dispusieron a regresar a casa; mientras caminaban, se dieron cuenta que no sabían cómo regresar, así que comenzaron a sentirse tristes y a tener mucho miedo. Por suerte, en su desesperación, se encontraron con un pequeño duendecito quien los guió hasta un enorme barco, el cual, con tan solo desearlo, los llevaría de vuelta su hogar.

Colorín colorado este cuento se ha terminado.

Opción 2: *“Los pintores”*

Posición inicial: Parados de manera relajada, sosteniendo un pincel real o imaginario con una mano.

Música: 2/4, 3/4

Ejercicio.

Cada niño tiene un pincel, éste puede ser real o imaginario. Enfrente de cada uno hay un lienzo blanco (imaginario), en el cual podrán pintar lo que ellos deseen, moviendo el pincel como la música les transmita. Se utilizan diferentes tipos de música para producir en ellos distintas sensaciones. Posteriormente, se puede trabajar por todo el salón, como si un lienzo enorme lo cubriera en su totalidad, utilizando todas las partes de su cuerpo para dibujar.

Al finalizar se les pregunta, uno por uno, qué dibujaron.

Allegro

16. Sautés de 1ª posición: “Hacia adentro y hacia afuera”

Instrumento: Un aro.

Posición inicial: Parados atrás del aro en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, cabeza al frente y manos en la cintura.

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
Demi plié (2c), sauté (1c), estira (1c), 3 veces	12c
Demi plié (2c), sauté que avanza hacia adelante, entrando al aro (1c), estira (1c)	4c
Demi plié (2c), sauté (1c), estira (1c), 3 veces	12c
Demi plié (2c), sauté que avanza hacia adelante, saliendo del aro (1c), estira (1c)	4c
½ círculo con corridita hacia el lado derecho, llega por detrás del aro, donde comenzó el ejercicio (3c), demi plié (1c)	4c
Relevé	4c
½ círculo con corridita hacia el lado izquierdo, llega por delante del aro (3c), demi plié (1c)	4c
Relevé, sube brazos a 5ª pos. allongée	4c
Total	48c

17. Pequeños échappés: “Crucemos”

Instrumentos: Ocho aros.

Posición inicial: Parados atrás del aro, en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, manos sobre la cintura.

Introducción: Sostiene en la posición inicial (3c), demi plié (1c).

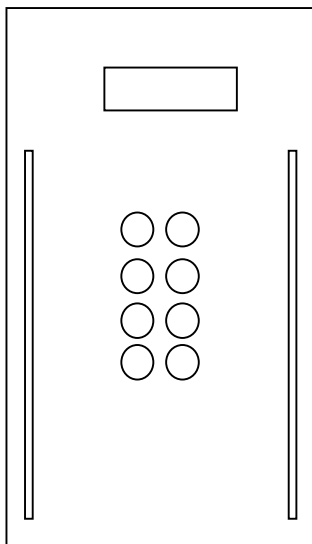
Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
4 pequeños échappés avanzado en avant (2c c/u)	8c
Total	8c

Nota: Los aros se colocan de dos en dos, en línea recta.

Al saltar y caer en 2ª pos. cerrada, cada pie está dentro de un aro y, al cerrar a 1ª pos. cerrada, ambos pies quedan en el centro, afuera de los aros. Pasan de uno en uno, hasta llegar al final de los aros y regresan a su lugar de inicio con corridita. En este caso, por ser pocas alumnas pasan dos veces cada una.

1
2
3



18. Skips: “Recojamos la cosecha”

Historia: Los niños son campesinos y van a recolectar la verdura.

Instrumentos: Una canasta y tres verduras de plástico. Para los varones, buscar un contenedor más masculino. Las verduras se colocan al frente de las niñas, teniendo en cuenta que realizarán ocho skips para llegar a ellas.

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, manos en la cintura y la canasta colgando de el brazo izquierdo.

Introducción: Tendu adelante cerrado (2c), sostiene (2c).

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
8 skips (1c c/u), avanzando hacia adelante	8c
4 skips (1c c/u), rodeando las verduras, una vuelta completa por el lado izquierdo	4c
1ª pos. cerrada por detrás de las verduras (1c), sostiene (3c)	4c
Recoge una verdura haciendo un pequeño ramassé (2c), recupera espalda y coloca la verdura en la canasta (2c)	4c
Repite 2 veces más últimas 4c	8c
Sube relevé en 1ª pos. cerrada (1c), sostiene (3c), mostrando la canasta al frente del cuerpo con la cosecha recolectada	4c
Total	32c

Nota: Este ejercicio se realiza avanzando de la parte trasera del salón hacia el frente.

Opciones.

A continuación se presentan tres ejercicios más de allegro, debiendo alternarlos en las clases de manera que, al final, los niños conozcan todos los ejercicios.

Galops: “*Persiguiendo a la mariposa*”

Historia: Los niños se encuentran persiguiendo una mariposa y las niñas quieren evitar que ellos las capturen.

Al final, las niñas agitan la mariposa, festejando que la salvaron de los niños. En ocasiones, los varones pueden festejar que fue atrapada por ellos.

Instrumento: Varones, una pequeña red para atrapar a la mariposa. Niñas, una varita con una mariposa artificial al final.

Posición inicial: Parados de perfil en 1ª pos. cerrada de pies, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, una mano en la cintura y la otra sosteniendo el instrumento.

Introducción: Tendu al lado cerrado (2c), sostiene (2c).

Música: 6/8

Ejercicio	Cuentas
4 galops hacia el lado derecho (1c c/u), cierra 1ª pos. (2c), prepara tendu al lado con pierna izquierda (2c)	8c
4 galops hacia el lado izquierdo (1c c/u), cierra 1ª pos. (2c)	6c
Agita la mariposa festejando que la atrapó	2c
Total	16c

Nota: Este ejercicio se realiza avanzando de la parte trasera del salón hacia el frente, de manera horizontal, ya que están de perfil al público.

Pony galops: “*Unicornios mágicos*”

Historia: Cada niño tiene un aro de diferente color (no importa que se repita), dicho aro se coloca alrededor de la cintura y es sujetado por delante, simulando una especie de arnés y él, un unicornio.

Cada color tiene un significado, el cual los unicornios envían al mundo, a través de sus saltos.

Rojo: Amor, Verde: Esperanza, Blanco: Paz, Amarillo: Alegría, Azul: Confianza, Rosa: Amistad, Morado: Salud.

Cuando ya estén familiarizados con el ejercicio, se les motiva a escoger el sentimiento que quieran lanzar, aunque no coincida con los ya establecidos.

Instrumentos: Aros de diferentes colores.

Posición inicial: Formando un círculo, parados en 1ª pos. cerrada de pies, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, manos sobre el aro.

Introducción: Sostiene en la posición inicial (3c), demi plié (1c).

Música: 2/4

Ejercicio	Cuentas
4 pony galops (1c c/u), ½ vuelta para cambiar de lado (2c), sostiene (1c), demi plié (1c)	8c
Repite	8c
Total	16c

Grand allegro: “Volar”

Historia: Se le pide al niño que salte lo más grande y alto que pueda, como si quisiera volar por un instante.

Al principio podrán mostrarse algunos ejemplos.

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies, cuerpo mirando hacia la esquina inferior derecha del salón, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, cabeza hacia el frente, manos en la cintura.

Música: 3/4 vals brillante

Ejercicio	Cuentas
Corridita avanzando hacia la esquina # 4 (3c), paso a demi plié (1c), gran salto libre (1c)	5c
Sale corriendo hacia esta misma dirección	3c
Total	8c

Nota: Este ejercicio se realiza en diagonal y pasan uno por uno.

19. Interpretación: “Mi escultura”

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, brazos sueltos al lado del cuerpo.

Música: 2/4, 3/4

Ejercicio.

Se puede trabajar por parejas o tríos, una o dos personas, respectivamente, simulan ser de barro y se dejan moldear por su compañero.

Se le pide al niño que cree lo que él desee, usando todas las partes de los cuerpos de sus compañeros, colocándolas para lograr lo que imaginó y luego compartirlo.

Opción 2: “Pide un deseo”

Instrumento: Una varita mágica.

Música: 3/4

Ejercicio.

Las niñas son hadas madrinas y los varones magos.

Cada alumno piensa en alguien o algo en que quisiera transformarse. Cuando comience la música, un alumno hace el rol de hada o mago y apunta con su varita mágica a uno de sus compañeros (quienes están congelados en un círculo); esto significa que el deseo ha sido concedido. Dicho alumno tiene ahora la varita mágica y 16c libres, en donde comparte con el grupo cuál fue su deseo. Al finalizar, apunta a otro compañero y así, sucesivamente.

En caso de ser un grupo muy numeroso, pueden ir pasando de dos en dos y se escoge a uno que sea el mago o el hada madrina durante todo el ejercicio.

Las primeras veces, es recomendable que la maestra demuestre el rol de hada madrina y los niños vayan pasando a mostrar su deseo.

Opción 3: “La foto”

Música: 2/4, 3/4

Se forman pequeños grupos, siendo uno de cada grupo el fotógrafo. Se dan algunas cuentas libres para desplazarse por el salón, mientras el fotógrafo decide qué foto quiere tomar. Al apagar la música, el fotógrafo debe decirle a sus compañeros qué

escenario quiere, por ejemplo: un día en la playa, en el campo, la escuela, entre otros.

Cada niño busca un rol dentro de la escena y el fotógrafo les ayuda. La maestra puede intervenir para ayudarlos a usar diferentes niveles, frentes, roles.

20. Técnica de relajación: “Balanceo”

Posición inicial: Parados en 2ª pos. cerrada cómoda de pies, en face, espalda recta, brazos sueltos al lado del cuerpo.

Instrumento: Se utiliza un pañuelo de seda (colgado del dedo medio), el cual deben seguir con la cabeza, para ayudar en la concentración del movimiento de balanceo.

Consiste en imitar el movimiento de un balancín; se trata de realizar un movimiento de vaivén, del frente hacia atrás o de derecha a izquierda. La parte del cuerpo que se está relajando (un brazo, una pierna, la cabeza) debe estar distendida y blanda.

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Brazo derecho hacia adelante (1c), brazo derecho hacia atrás (1c)	2c
Repite 13 veces más (13c), última cuenta regresa brazo al lado del cuerpo (1c)	14c
Repite todo con el brazo izquierdo	16c
Repite el movimiento con ambos brazos hacia adelante y hacia atrás	16c
Movimiento hacia la derecha con ambos brazos y un pequeño cambio de peso (1c), repite hacia el lado izquierdo (1c)	2c
Repite 14 veces más	14c
Total	64c

Opción 2: “El soldadito de plomo y el hombre de chicle”

Posición inicial: Acostados boca arriba, con las piernas estiradas en posición paralela, pies apuntados, espalda recta, abdomen elevado, brazos a los lados del cuerpo con palmas hacia el techo, cuello largo, mirada hacia el techo.

Música: 3/4

Ejercicio.

Se le pide al niño que inhale profundamente contando del uno al cinco y, mientras lo hace, va tensando su cuerpo lo más que pueda, convirtiéndose en un soldadito de plomo; después se le pide que exhale, contando del cinco al diez, mientras se convierte en un hombre de chicle, poniendo el cuerpo lo más flojito que pueda.

Repetir cinco veces o hasta que se sienta relajado. Este ejercicio puede hacerse parado.

Opción 3: *“Mi corazón”*

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, brazos sueltos a los lados del cuerpo.

Ejercicio.

El niño comienza poniendo su mano en el pecho, pidiéndole que perciba los latidos de su corazón, cuando éste lo logre, notará que su respiración es lenta. Posteriormente, se le pide que corra por el salón por unos momentos y que, nuevamente, coloque su mano en el pecho, ahora se dará cuenta que su corazón está agitado al igual que su respiración. Se le dirige para que pueda normalizar el ritmo de su respiración.

Posteriormente, se hace la reflexión de que esto mismo sucede cuando se pone nervioso, y que puede controlarlo por medio de las técnicas de relajación realizadas al final de la clase.

Nota: Está técnica es muy adecuada al inicio del curso, para entender para qué sirve la técnica de relajación y cuándo usarla; una vez comprendido esto, se suspende y se utiliza cualquiera de las demás alternativas.

Opción 4: *“Tengo un globo en mi estómago”*

Posición inicial: Acostados boca arriba, con las piernas unidas y estiradas en posición paralela, pies apuntados, espalda recta, abdomen elevado, brazos sueltos a los lados del cuerpo con las palmas hacia el techo, cuello largo, mirada hacia el techo.

Música: 3/4

Ejercicio.

El niño se traga un globo imaginario, posteriormente, se le pide que lo infle, inhalando lo más lento y profundo que pueda, contando mentalmente hasta tres y sosteniendo el aire. Luego debe desinflarlo, exhalando lo más lento posible, contando 4, 5 y 6; esto se repite cinco veces o hasta que esté relajado. Las primeras veces, se puede poner algún objeto sobre el estómago, para observar cómo sube y baja al llenarse de aire.

Al estar dominado el exhalar, puede decir “RE, LA, JA, TE” y su nombre.

Opción 5: “Usando la imaginación”

Posición inicial: Acostados boca arriba, de manera cómoda y relajada.

Ejercicio.

Contar la siguiente historia:

Imagina que en la parte superior de tu cabeza hay una llave de agua. Al momento de abrirla, un agua fresca y cristalina va empezar a entrar por todo tu cuerpo; el agua es clara, transparente, y te va limpiando y relajando desde la parte superior de tu cabeza hasta la planta de tus pies. Déjala fluir libremente, deja que el agua se lleve tus preocupaciones, tus malestares, el dolor y la tensión que sientes.

Deja que esta agua cristalina refresque tu cara, tu cuello; déjala que fluya también por el interior de tus brazos, y que salga por las palmas de tus manos. Permite que el agua inunde tu cara, siéntela fresca recorrer tu espalda, tu pecho, tu abdomen y tus glúteos; siente cómo, al ir bajando, el agua te va dejando relajado y cómodo.

Esta agua, transparente y clara, está pasando también por tus piernas; siente cómo te va refrescando y relajando, bajando por los muslos, las rodillas, las pantorrillas, los tobillos, los pies y los dedos. Si tienes alguna molestia, tensión o dolor, siente cómo el agua se los va llevando, cómo los diluye y, a su paso, sólo deja relajación y bienestar.

Este ejercicio te permite relajar completamente tus músculos y tus órganos, todo tu cuerpo. Siente cómo el agua va desde tu cabeza hasta tus pies. Ahora ya estas completamente relajado.

Ahora toda el agua que está dentro de ti se está evaporando y tú con ella; permítele que suba muy lentamente, hasta formar una nube; ahora estás flotando en el cielo, te sientes completamente libre, como una nube y te mueves como el viento, sin importar a dónde te dirijas.

Siendo una nube, puedes observar debajo de ti el mar y decides integrarte a él, bajando lentamente; al hacerlo, sientes la frescura de las olas, y tu cuerpo, poco a poco, se integra al agua del mar; empiezas a sentir que eres grande, fuerte y lo disfrutas.

Ahora decides regresar a tu cuerpo, trayendo contigo la sensación de energía del mar, la libertad de la nube, y la claridad y frescura del agua; sientes cómo todo esto está fluyendo por tu cuerpo en armonía, sin que nada lo pueda evitar.

Siente cómo, al moverse por todo tu cuerpo esta energía, recuerdas tu belleza, tu piel se ve más suave, tus ojos más brillosos, te sientes más fuerte, más sano, más tranquilo, más contento.

Ahora vas a respirar profundamente y comenzarás, lentamente, a mover los pies, las piernas, el torso, las manos, los brazos, la cabeza y abrirás tus ojos.

Nota: Este tipo de técnica es muy útil para los padres, pues pueden leerse a sus hijos mientras recibe su tratamiento.

Nota 2: La técnica de relajación puede o no, ser acompañada de música. En algunas, se sugiere un $\frac{3}{4}$ lento o alguna pieza especializada en la relajación o meditación.

Nota 3: Debido a que el tiempo recomendado para lograr una verdadera relajación en un niño es alrededor de diez minutos, se recomienda manejar dos de las técnicas que se describen. Es conveniente utilizar primero el balanceo, con ayuda de

pañuelos; pues, además de iniciarlos en el proceso de relajación, contribuye a estudiar la musicalidad del $\frac{3}{4}$ o vals, a trabajar el seguimiento de la mirada hacia cierto movimiento u objeto y el cambio de peso de una manera natural. Una vez completada, se sigue con cualquiera de las técnicas de relajación descritas anteriormente.

21. Despedida.

Posición inicial: Parados en 1ª pos. cerrada de pies en face, espalda recta, abdomen elevado, cuello largo, cabeza al frente y manos sobre la cintura.

Música: 3/4

Ejercicio	Cuentas
Paso al lado (1c), cierra a 1ª pos. cerrada (1c)	2c
Cabeza hacia abajo (1c), regresa al frente (1c), la primera niña	2c
Despide la niña # 2 y la # 3, (4c c/u)	8c
Sale con corridita, hacia la dirección # 2 del salón	4c
Total	16c

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE DANZA TERAPIA PARA NIÑOS CON CÁNCER

En julio de 2010, en la ciudad de Mérida, Yucatán, se comenzó a trabajar para poner en marcha el programa de Danza Terapia, primero a través de la Asociación Mexicana de Ayuda a Niños con Cáncer (AMANC peninsular), sin obtener resultados positivos, ya que la principal función de esta asociación es recaudar recursos económicos para ayudar a solventar los tratamientos; el siguiente intento fue a través del albergue San Vicente de Paul, donde hospedan a niños que necesitan quedarse una o dos noches después de su tratamiento, pues no tienen la estabilidad suficiente para regresar a sus lugares de origen; esta opción fue descartada, debido a que los niños no se encontraban estables de salud, además se tendría una población variable, pues no siempre serían los mismos niños, e igualmente se observó que el lugar no cuenta con un espacio donde la clase pudiera desarrollarse.

Posteriormente, se contactó al psicólogo Agustín Rodríguez, quien es sobreviviente de cáncer infantil y dirige las intervenciones psicológicas de los niños internados en el Hospital General “Dr. Agustín H’Oran” (hospital de la Secretaria de Salud, donde se concentra la mayor población infantil oncológica del sureste y recibe apoyo de AMANC).

El proyecto fue de su agrado y propuso que se diera a todos los niños que estuvieran hospitalizados, sin importar su padecimiento, lo cual resulta muy lejano al planteamiento del programa, el cual se realizó específicamente para niños con padecimientos oncológicos.

Teniendo en cuenta que los niños con padecimientos oncológicos que se encuentran hospitalizados están recibiendo su tratamiento en ese momento, o tuvieron alguna complicación inesperada y se encuentran demasiado débiles o con las defensas muy bajas para poder estar en casa, el estado de salud, ánimo del niño y su familia no serían los óptimos para realizar el programa.

Ante tal situación, se contactó a la Dra. Beatriz Fernández, quien es sobreviviente de cáncer de mama y trabajó como voluntaria en un grupo de apoyo para mujeres con este tipo de cáncer. Al conocer el programa, éste le pareció muy interesante y, gracias a su amistad con la Dra. Gabriela Escamilla Asian y el Dr. Francisco Pantoja Guilén, quienes son médicos oncólogos pediatras del hospital H' Oran, se dio lugar una entrevista en la cual se presentó el proyecto y se entregó parte de la investigación para que pudieran conocerlo y evaluarlo.

Ambos médicos estuvieron encantados con lo que vieron y brindaron su apoyo, permitiendo colocar propaganda dentro del hospital y compartieron el contacto de la trabajadora social, quien proporcionó una lista de diez niños y niñas que vivían cerca de la ciudad y que tenían edades dentro del rango planteado.

A partir de ahí comenzó la labor de reclutamiento: se hicieron carteles (anexo 1), trípticos informativos (anexo 2) e invitaciones personalizadas para los niños; hubo la oportunidad de asistir en dos ocasiones al hospital para dar a conocer el proyecto, contactar a los padres mientras sus hijos recibían tratamiento, cuidando no abordarlos en un mal momento y con discreción, para no interrumpir las actividades del hospital; asimismo, se asistió a la reunión anual de niños con padecimientos oncológicos y se contactó de manera personal a cada uno de los diez niños que el hospital proporcionó.

Convencer a los padres no fue sencillo, para muchos resultaba demasiado novedoso participar en una terapia de danza, pues significaba esfuerzo físico para sus hijos, quienes muchas veces ni a la escuela asistían y aún más controversial si su hijo era varón. Fue de gran ayuda contar con el apoyo de los médicos, ya que al estar aprobado y recomendado por ellos, hizo que los padres sintieran más confianza.

El programa arrancó la segunda semana de septiembre de 2010 con seis niñas, de las cuales más adelante se presenta un breve expediente. La clase tenía lugar los sábados con horario de 10:30 a.m. a 11:30 a.m. en la academia "Fit and Live Studio", ubicada en la Avenida 26 x 19 # 292 en la colonia Miguel Alemán. El uso de la

academia fue una donación de las dueñas del inmueble. Al mes se consiguió que las niñas asistieran con uniforme, leotardo negro, calcetas blancas y zapatillas. Cabe mencionar que los uniformes fueron donados y/o patrocinados por algunas academias y otras personas varias.

Hubo que tener extremo cuidado con la higiene, pues al tener las defensas bajas, las niñas son muy susceptibles a contraer cualquier infección. El salón, el área común y el sanitario se limpiaban los sábados antes de cada clase, el material se desinfectaba con toallas cloradas y al finalizar la clase se realizaba una sesión de lavado individual de brazos hasta los codos y piernas.

Durante los primeros tres meses, con el objetivo de brindarle seguridad a los padres y niñas se contó con el apoyo de una auxiliar dentro del salón y de una persona encargada de atender y acompañar a los padres mientras se impartía la clase. Cuando se generó una relación de mayor confianza, y los padres y las niñas se familiarizaron con el lugar y la mecánica de la clase, se pudo prescindir de la ayuda externa.

Se contó con la asistencia por unas cuantas clases de dos varones de cuatro años de edad, pero no se logró su permanencia, pues ambos asistieron en meses diferentes, por lo que no coincidieron y al ver únicamente a niñas como compañeras fue difícil para los padres y los niños adaptarse.

Uno de los inconvenientes para lograr mayor población en el programa, fue la distancia. La mayoría de los niños que asisten al hospital H' Oran son de escasos recursos y viven en la parte sur de la ciudad o en pequeñas comunidades fuera de ella, no cuentan con vehículo propio y ambos padres trabajan fuera de casa; por esta razón se trató de buscar un lugar accesible, pero lo más cercano que se consiguió aún resultaba alejado, las niñas tenían que utilizar dos camiones y tardaban entre una hora y hora y media en llegar al lugar, más la hora de clase y la de regreso a casa, significaba mínimo tres horas del día, por esa razón y disponibilidad de lugar se optó porque la clase fuera únicamente los sábados.

En diciembre se realizó una clase pública a la que asistieron las familias de las niñas, la Dra. Beatriz Fernández y las directoras de “Fit and Live Studio”, con el objetivo de que los padres conocieran el trabajo y las niñas experimentaran desenvolverse frente a un pequeño público. Desafortunadamente, dos de las niñas no pudieron asistir pues una se enfermó de conjuntivitis y la otra se encontraba muy delicada de salud.

El semestre Febrero – Julio comenzó y finalizó con tres niñas en el mismo horario y lugar, en ocasiones se contó con la asistencia de Flor, una niña que vive fuera de la ciudad y que cuando tenía que quedarse por su tratamiento, la familia de una de las alumnas la hospedaba para poder acudir juntas a la clase. Debido a que su asistencia era demasiado esporádica no fue posible darle un seguimiento real; sin embargo, las ocasiones que la niña fue, aprovechó y disfrutó de la clase.

En el mes de abril asistieron a la función “Fantasía de princesas” que con motivo del Día del Niño presentó “El joven ballet de Yucatán”, agrupación de nivel respetable y programa adecuado para la edad de las niñas y para ser su primer contacto con un espectáculo de danza clásica.

En el mes de mayo las directoras de la academia invitaron a las niñas a participar en el festival de fin de cursos para representar algunos personajes que faltaban. Resultó muy difícil que las niñas asistieran los mismos días y horas que las alumnas de la academia, por lo que se decidió que tuvieran su propia coreografía.

Debido al poco tiempo restante para el festival, el último mes se agregó una frecuencia y se dedicó ambas clases a los ensayos, pues además del reto de memorizarlo, seguir la música y lograrlo técnicamente, una de las niñas fue sometida a un procedimiento quirúrgico, aunado a ausencias por motivos de gripe e infección, lo que mermó el desempeño del grupo. Por esta razón la semana previa al festival se decidió que bailaran con ayuda de un monitor y así asegurar un mejor desempeño en la función.

En este momento fue cuando más se notó la diferencia con un grupo de niñas en condiciones normales: se cansaban mucho más, había que pasarlo una vez y permitir tomar aire para poder corregir o trabajar sobre alguna parte en específico, nuevamente dar unos minutos y pasarlo de nuevo; antes de concluir la hora las niñas demostraban un cansancio fuerte.

El festival tuvo lugar el 1º de julio de 2011 en el auditorio “Cynthia Ricalde”, se llamó, “Diversión en el fondo del mar” y narra la historia del cumpleaños de “La Sirenita”; las niñas participaron con el papel de “Medusas” y se patrocinó el vestuario, fotos y dos boletos por niña.

Ese día fue mágico para las niñas y sus familias, disfrutaron el ensayo y la función, querían bailar todas las coreografías. Sus padres quedaron sorprendidos e hicieron comentarios como: “Maestra, no teníamos idea de lo que era, valió la pena tanto esfuerzo”.

Y aunque su desempeño en el escenario no fue perfecto, hay que recordar que es su primer año de contacto con la danza, que la frecuencia de la clase es una por semana, y que fue su primer enfrentamiento a un público y un escenario.

La constancia fue un aspecto relevante, debido a que se tenían ausencias por el clima, complicaciones familiares con respecto al trabajo de los padres o al transporte, enfermedad, complicaciones propias del tratamiento e, incluso, intervenciones quirúrgicas menores. Al ser solo una frecuencia por semana, la falta resultaba significativa; sin embargo, no hay duda de que hubo resultados positivos con cada una de las niñas.

Los logros físicos fueron notándose clase tras clase, en unas más rápido que en otras, pues hay que recordar que estos dependen de factores adicionales a la constancia, como la etapa de su enfermedad, y la fortaleza física con la que iniciaron el curso.

El trabajo de piso tuvo un buen progreso y resultado final, las niñas lograron comprender y realizar la postura correcta de espalada, piernas y pies, al igual que realizar los ejercicios satisfactoriamente.

El equilibrio sobre una sola pierna y el allegro tuvieron una mayor dificultad para lograrse; aunque si hubo mejoría en ellos, aún falta trabajo y mayor fortalecimiento de las niñas. Al principio, difícilmente lograban levantarse del piso, ahora falta que logren estirar bien las rodillas y apuntar los pies.

El avance en los ejercicios de improvisación y creatividad fue notorio en el segundo semestre, al principio había que intervenir de manera importante en cada uno y se lograba poco, ahora las niñas participan más y sus aportaciones son más variadas y creativas, aún falta que exploren y utilicen más partes de su cuerpo, pues se limitan a pequeños movimientos de pies y brazos.

El aspecto que logró cumplirse satisfactoriamente fue el emocional. Las niñas disfrutaban realizar la clase, lograr los ejercicios era un reto por el cual luchaban, y el refuerzo positivo y los logros contribuyeron a incrementar su seguridad y autoestima, mejoraron significativamente su manera de expresarse y de relacionarse con sus compañeras y en otras áreas de su vida, según comentan sus padres.

A manera de clausura, se realizó una segunda clase pública, en la cual los padres de las niñas pudieron notar su avance, compartieron comentarios positivos sobre el programa, expresaron su agradecimiento y los aspectos en los que el curso ayudó a sus hijas. Las tres niñas, y sus padres, desean continuar asistiendo a clases de danza clásica, si bien, en un lugar más accesible para ellos, pues, por diferentes razones personales, ya les resulta muy difícil seguir asistiendo al mismo sitio.

Se anexa un video en el que se presenta una clase de Danza Terapia completa, a manera de muestra, con el objetivo de que puedan apreciarse gran parte de los ejercicios planteados en la estructura, al igual que el desempeño de las niñas al haber transcurrido un año de aplicación. También se podrá observar parte del

desarrollo del programa, a través de pequeñas escenas del primer mes de sesiones, la clase pública de diciembre y la coreografía el día del festival.

De igual manera se anexa un disco con la música seleccionada y utilizada para cada uno de los ejercicios que se plantean en la estructura de la clase.

EXPEDIENTES

A continuación se presenta un breve expediente de cada alumno que asistió al programa de Danza Terapia, el cual tuvo inicio en septiembre de 2010 y concluyó en septiembre de 2011.

Nombre: Karla Pacheco Canul

Fecha de Nacimiento: 8/02/2004. **Edad al inicio del curso:** 6 años.

Diagnóstico: Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A.) **Etapas:** Tratamiento.

Dirección: C.63 # 452 x 140 y 142. Col. Nora Quintana. Mérida, Yucatán.

Karla no asiste a la escuela y recibe tratamiento cada semana desde hace tres años; en ocasiones, dicho tratamiento le provocaba un fuerte malestar que le impedía asistir a la Danza Terapia.

Tiene una situación compleja en casa, vive sola con su padre, quien se hace cargo de ella; tiene un hermano mayor que es independiente y vive en la ciudad de México, lo que le impide verlo frecuentemente.

Es una niña llena de energía, en ocasiones podría parecer que no tiene problemas de salud, es inteligente, despierta y muy ocurrente. Sin embargo, está sumamente consentida y tiene dificultad para seguir órdenes, en cierta manera resulta comprensible por la situación que vive; sin embargo, como se aclara al inicio de la presente investigación, una enfermedad no es motivo para olvidar que los niños requieren tener límites y disciplina. Al principio su padre no hablaba acerca del tema, pero con el tiempo externó su preocupación y su dificultad para tratarla y educarla.

En clase la niña ha mejorado este aspecto, es más disciplinada, interrumpe menos y tiene un trato más cordial con sus compañeras; al principio peleaba por el material, siempre quería ser la primera y tener toda la atención. Este aspecto ha sido su mayor logro y el cambio más notable en ella.

En cuanto a la clase, ha avanzado a buen ritmo, es participativa y coordinada, aunque le cuesta un poco comenzar con la derecha, pues es zurda y continuamente hay que recordárselo. Disfruta mucho la clase, en especial cuando los ejercicios son nuevos o cuando se les agrega algo.

Después del festival, es decir, los últimos dos meses del curso, su asistencia fue demasiado inconstante, debido a padecimientos propiciados por sus defensas demasiado bajas y una intervención quirúrgica para la extracción de un quiste, por lo que mermó su rendimiento en la clase muestra que se presenta; sin embargo, fue muy grato poder contar con ella para la clausura del curso.

Nombre: Berenice del Rosario Jiménez Dzul

Fecha de Nacimiento: 20/08/2004. **Edad al inicio del curso:** 6 años.

Diagnóstico: Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A.) **Etapas:** 1er semestre: Tratamiento. 2º semestre: Vigilancia.

Dirección: C. 6N Lote x 35 y 37 Col. Salvador Alvarado Sur. Mérida, Yucatán.

Berenice es la más pequeña de tres hermanas. Después de tres años y medio de tratamiento, alcanzó por fin la etapa de vigilancia, lo que coincidió con el inicio del segundo semestre del curso de Danza Terapia. Asiste al hospital una vez al mes a realizarse estudios; si todo sigue bien, Berenice estará en vigilancia por cuatro y medio años más, siendo cada vez más esporádicas sus visitas al hospital.

En un principio, su madre externó la preocupación que sentía por el bajo autoestima y falta de sociabilidad de su hija, los cuales estaban repercutiendo en su aprendizaje y desempeño en la escuela. Efectivamente, las primeras clases, Berenice era una niña demasiado introvertida, resultaba muy difícil hacerla participar en los ejercicios de improvisación o de expresión, pero, poco a poco, fue adquiriendo confianza y ahora participa gustosamente en ellos, se esfuerza mucho y ha sido la más constante del grupo.

Es una niña dulce, educada y servicial, es quien ha puesto el ejemplo de disciplina en el grupo: siempre es la primera en estar lista al darse una indicación o en ofrecerse a recoger y ordenar el material; posee buena memoria para los ejercicios, aunque se le dificulta seguir la música, tendiendo a adelantarse.

Ha sido la que más trabajo ha pasado para alcanzar logros físicos, sus músculos están muy debilitados, además de contar con sobrepeso, pero gracias a su esfuerzo, poco a poco, los ha ido consiguiendo.

La confianza que ha adquirido Berenice en sí misma es, sin duda, su más grande y notable logro, siendo de gran ayuda para su desarrollo en otros aspectos de su vida. Sus padres han sido de gran apoyo, pues siempre han estado dispuestos a hacer el esfuerzo necesario con tal de que su hija salga adelante.

Nombre: Handia Elizabeth Pérez Ukman

Fecha de Nacimiento: 11/07/2002. **Edad al inicio del curso:** 8 años.

Diagnóstico: Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A) **Etapas:** Vigilancia

Dirección: C.11 A # 934 x 71 B y 73 A Col. Jardines de Mulsay. Mérida Yucatán.

Handia es la cuarta hija de su familia, después de año y medio de tratamiento, ahora se encuentra en vigilancia, lo que coincidió con el primer mes del curso. Asiste a su revisión al hospital cada mes y a la fecha le faltan cuatro años más de vigilancia para declarar curada su enfermedad.

Es una niña cariñosa y madura, sus pláticas y reflexiones sobre las situaciones que se presentan siempre son muy certeras.

En clase es participativa y demuestra su gusto por la danza. Al principio le costaba concentrarse, teniendo que llamar su atención constantemente; mantener la concentración pasados los primeros quince minutos de la clase, resultaba aún más difícil. A medida que fueron avanzando las semanas, se logró que permaneciera atenta durante la mayoría de la clase, en ocasiones hay que llamar su atención pero sin necesidad de prestarle atención adicional.

Sus padres comentan que se ha vuelto más sociable y segura de sí misma, que su desempeño en la escuela, y su relación con sus compañeros y familiares han mejorado.

Técnicamente ha tenido un buen desarrollo, aún le cuesta un poco coordinar, pero ha mejorado significativamente; tiene lindo empeine y es la más fuerte de las tres, pues recibió quimioterapia por menos tiempo, lo que le ha permitido recuperarse con mayor prontitud.

Nombre: Ángela Xool Castillo

Fecha de Nacimiento: 9/07/2003. **Edad al inicio del curso:** 7 años.

Diagnóstico: Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A) **Etapas:** Tratamiento

Dirección: C. 44 # 286 Col. San Francisco. Izamal, Yucatán.

Angelita vive en la ciudad de Izamal, a una hora de distancia de Mérida, aproximadamente, y recibe tratamiento una vez cada semana.

Para asistir a la Danza Terapia su madre consiguió el servicio de una ambulancia de traslado (Izamal – Mérida), lo que implicaba salir de casa a las 7 a.m. para repartir a los pacientes con quien compartía el transporte y llegar a las 10:30 a.m. a la clase; al término, hacer un recorrido similar de regreso, lo cual resultaba un viaje largo. Sin embargo, tanto Angelita como su madre hicieron este esfuerzo por varios meses.

Angelita hace honor a su nombre, pues parece un pequeño ángel, es una niña dulce y bien portada, físicamente está muy delgada, con músculos muy debilitados y era la más delicada de salud, pero nada de esto le impedía disfrutar la clase.

Tristemente, a finales del primer semestre fue complicándose su estado de salud, en ocasiones, con cada quimioterapia tenía que pasar varios días en el hospital, por lo que se le dificultó seguir asistiendo a la Danza Terapia.

Nombre: María Fernanda Martín Unicab

Fecha de Nacimiento: 15/11/2002. **Edad al inicio del curso:** 7 años.

Diagnóstico: Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A.) **Etapas:** Vigilancia.

Dirección: C. 79 A # 488G x 30 A y 30 B Col. San Vicente Solís. Mérida, Yucatán.

Fernanda es la mayor de su casa, seguida de una niña y un varón. Después de dos años y medio de tratamiento se encuentra en su primer año de vigilancia, por lo que acude al hospital una vez al mes para sus revisiones de control.

Es una niña alegre, disciplinada y, en clase, era la que más rápido lograba realizar los ejercicios, tiene aptitudes naturales y muchos deseos de estudiar danza clásica.

Después de su tratamiento quedó muy delgada y propensa a contraer cualquier infección, varias veces faltaba por enfermedad, incluso, le fue imposible asistir a la clase pública de diciembre, pues contrajo conjuntivitis.

Durante el primer semestre una voluntaria de la fundación "Sueños de Ángel" (fundación yucateca que cumple los sueños de niños con cáncer) iba por la niña a su casa, la llevaba a la clase, la esperaba y la regresaba de vuelta. Para el semestre Febrero - Julio no pudo continuar, su madre entró a trabajar y, por lo tanto, Fernanda no pudo seguir asistiendo a la Danza Terapia.

Nombre: Sharet Sarai Grajales Herrera

Fecha de Nacimiento: 21/06/2002. **Edad al inicio del curso:** 8 años.

Diagnóstico: Astrocitoma Fibrilar Grado II **Etapas:** Tratamiento

Dirección: C.36 # 333 x 24 y 26 Col. Juan Pablo II. Mérida, Yucatán.

Sarai se encuentra en tratamiento, no asiste a la escuela y durante el primer semestre asistió a un par de clases, siéndole imposible continuar.

La niña tiene capacidades especiales a nivel mental y motriz. Su marcha no mantiene un ritmo, su espalda no se puede erguir completamente, le cuesta seguir

órdenes y expresarse. Únicamente quería jugar con el material y tenía constantes arrebatos durante la clase.

Ante tal situación, se le asignó una asistente, con la intención contar con atención personalizada, lo cual no fue suficiente. Realmente no se estaba cumpliendo ningún objetivo con la niña, de forma que se platicó la situación con su madre, quien al ver su desempeño comprendió que necesita otro tipo de terapia, en la que se le ejercite de manera asistida y con atención personalizada, para ayudarle a mejorar su lenguaje, desarrollo social y motriz.

ANEXO 1

DANZA terapia para niños oncológicos

Niños y niñas oncológicos en etapa de tratamiento, remisión o vigilancia.

Sábados 10:30 a.m. a 11:30 a.m.

Lugar: FIT & LIVE Dance Studio (Av.26 por 19 esquina # 292 Colonia Miguel Alemán)

Tel: 943 0605, 999 970 1348

Impartido por: Martha Paola Canales G. Graduada de la licenciatura en Enseñanza de la Danza con especialidad en Clásico de la Escuela Superior de Música y Danza de Monterrey (INBA).

Asistencia sin costo

Beneficios del programa

- Ofrece un espacio el cual les permite crear redes de apoyo que disminuyan los sentimientos de soledad y aislamiento.
- Consolida la conciencia corporal y eleva la autoestima, la cual puede verse afectada ante los cambios provocados por el tratamiento.
- Reduce el estrés, ansiedad y depresión relacionados con los tratamientos médicos y con la hospitalización.
- Crear un marco que facilita la expresión de las experiencias del niño.
- Contribuye a disminuir los efectos secundarios causados por los tratamientos.



Fotos Bailarina: Dave Friedman (ESMIDM)
Foto Bailarin: Jay Nolan

La danza terapia es considerada una terapia completamente segura.



Sábados 10:30 a.m. a 11:30 a.m.

Lugar: FIT & LIVE Dance Studio

(Av .26 x 19 esquina # 292

Colonia Miguel Alemán)

Tel: 943 06 05, 9999 70 13 48



Asistencia sin costo



Impartido por: Martha Paola Canales C.

Graduada de la Lic. en enseñanza de la danza
con especialidad en clásico. (Escuela Superior de
Música y Danza de Monterrey INBA)

Danza terapia para niños oncológicos



Niños y niñas en etapa de
tratamiento, remisión o
vigilancia

Foto: Dave Friedman (ESMDM)



Buscando contribuir a la restauración de la salud y del bienestar integral del paciente, la danza terapia es una forma reconocida de terapia complementaria, para pacientes oncológicos y su cuidado integral logrando un efecto positivo sobre su calidad de vida y adherencia al tratamiento médico.

Beneficios del programa

- * Ofrece un espacio el cual permite crear redes de apoyo que disminuyan los sentimientos de soledad y aislamiento.
- * Consolida la conciencia corporal y eleva la autoestima, la cual puede verse afectada ante los cambios provocados por el tratamiento.
- * Crea un marco que facilita la expresión de las experiencias del niño relacionadas con su enfermedad a través del movimiento, la música y la danza.
- * Aplica y desarrolla técnicas de relajación.
- * Reduce el estrés, ansiedad y depresión relacionados con los tratamientos, contribuyendo a elevar su sistema inmunológico.
- * Contribuye a disminuir los efectos secundarios causados por los tratamientos.



CONCLUSIÓN

A lo largo del trabajo fue posible adentrarse en aquello que sucede cuando una enfermedad como el cáncer se presenta; uno jamás está preparado para escucharlo, no sabe lo que sucederá, ni cómo reaccionará; es una constante lucha, día tras día, hasta lograr vencerla o tener que enfrentar el final.

Fue muy importante, para desarrollar el programa de danza terapia, conocer los temas expuestos en el marco teórico, para lograr comprender la situación, necesidades y limitaciones de estos niños y su familia, y así, poder ofrecer algo que realmente contribuya a mejorar su bienestar físico y emocional.

Como se menciona anteriormente, la terapia de danza en pacientes oncológicos es completamente segura; por el momento, no se ha encontrado ningún efecto negativo o algún factor que la contraindique. Lo interesante de este programa es que abarca los beneficios físicos que el ejercicio trae, a estos pacientes y sobrevivientes de cáncer, sumado a los beneficios psicológicos que la danza proporciona.

La estructura de clase que se plantea funciona para los dos primeros años de aplicación y dentro de las edades que se marcan; posteriormente, deberá complementarse y elevar su nivel, para seguir cumpliendo los objetivos del programa, los cuales nunca deberán perderse de vista.

El material deberá irse renovando o complementando en la medida que vaya siendo necesario, alguno podrá ser eliminado o sustituido por alguno que contribuya de manera diferente al ejercicio o brinde un enfoque lúdico distinto al anterior. Podrá incluirse trabajo con pelotas, ligas y pequeñas polainas o pesas las cuales podrán estar adheridas a los materiales, o utilizarse directamente en brazos y/o piernas.

Es importante recalcar que el avance de la estructura y el material utilizado dependerán de las características y necesidades específicas del grupo.

Después de algunos años de este tipo de terapia y, cuando el niño se encuentre más fuerte y mayor rehabilitado, podrá integrarse a una clase de danza clásica de las que se manejan como complemento a la educación. De esta manera, continuar ejercitándose, y realizando una actividad artística y recreativa que contribuirá de manera positiva en muchos aspectos de su vida.

A continuación, se presentan algunos factores que se observaron durante la aplicación del programa en la ciudad de Mérida, Yucatán, y que intervienen de manera importante en el éxito de su aplicación.

- Una falta de conciencia y conocimiento sobre el tratamiento integral y de rehabilitación en enfermedades como el cáncer, lo que causa cierta desconfianza en los padres o familiares de los niños hacia terapias de este tipo.
- Realizar la clase en un lugar que resulte más accesible para los padres, ya que la distancia fue causa de varias inasistencias y de poco alumnado. En muchos otros países, como se muestra en la investigación, los hospitales cuentan con salas destinadas para este tipo de terapias, lo cual resulta muy cómodo y seguro para los padres y sus hijos.

Con respecto a la localidad, existe un proyecto por parte de AMANAC Peninsular A.C., el cual consiste en habilitar un centro que funcione como casa albergue para niños en tratamiento, en el cual puedan recibir atención integral; lo que proporciona un lugar donde se podrá seguir aplicando el programa de danza terapia.

- Ofrecer mayor número frecuencias de la clase, de manera que los niños en posibilidad de hacerlo, asistan dos o tres veces por semana y, los que no pudieron asistir un día, tengan la posibilidad de hacerlo otro día, buscando, de esta manera, que no pase una semana sin que el niño asista a su clase.
- Una rechazo hacia la participación del género masculino en danza clásica, lo cual no resulta una novedad para las personas que nos encontramos en este

medio, por lo que fue muy difícil hacer el programa atractivo para padres con hijos varones.

Es importante no dejar atrás el programa de danza terapia que, como cualquier proyecto nuevo, puede costar trabajo introducirlo y hacer que resulte familiar. Éste es una manera de contribuir, a través de la danza, a crear una cultura de tratamiento integral y de rehabilitación en enfermedades complejas como el cáncer. En Yucatán, aún no se cuenta con un hospital oncológico dedicado y menos con un oncológico infantil; tristemente, se sigue luchando por la detección temprana y por poder cubrir el costo del tratamiento.

Es una realidad que el proyecto funciona y que trae beneficios positivos a pacientes oncológicos, pues proyectos similares se realizan en diferentes partes del mundo. Sólo es cuestión de tiempo y paciencia, de entender que es parte de un proceso y de un crecimiento a nivel económico, cultural y social de nuestro país y, especialmente, del sureste de él.

GLOSARIO

Adrenalina. Hormona segregada principalmente por la médula de las glándulas suprarrenales; es una catecolamina, también llamada epinefrina y suprarrenina. Actúa sobre diversos órganos y sistemas facilitando la transmisión del impulso nervioso de una fibra a otra. Prepara al organismo para la lucha, poniéndole en guardia ante una situación de estrés. Esta reacción incrementa el latido cardiaco, disminuye el flujo sanguíneo en el intestino y lo aumenta en los músculos esqueléticos. También incrementa los niveles de glucosa en sangre, al provocar que las células musculares y hepáticas desdoblén el glucógeno (reserva de glucosa). Además tiene un efecto broncodilatador.

Biopsia. Es la extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido para ser examinada por el patólogo en un laboratorio.

Capacidad funcional. Manifiesta las posibilidades que tiene el organismo para enfrentarse con el medio en que se desarrollan sus actividades. La gran mayoría de autores coinciden con que la capacidad de trabajo físico equivale al consumo de oxígeno máximo (VO_2 máx), que es el parámetro más utilizado y práctico en la evaluación de la condición física.

Caquexia. Es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad y anorexia (pérdida significativa del apetito, no anorexia nerviosa) en personas que no están tratando activamente de perder peso.

Células T. Pertenecen al grupo de leucocitos (glóbulos blancos) que son conocidos como linfocitos. Son los responsables de coordinar la respuesta inmune celular constituyendo el 70% del total de los linfocitos segregando proteínas o citoquinas. También se ocupan de realizar la cooperación para desarrollar todas las formas de respuestas inmunes, como la producción de anticuerpos por los linfocitos B.

Encefalina. Neurotransmisores opioides producidos en el sistema nervioso central como moduladores del dolor, temperatura corporal, hambre y funciones reproductivas. Su nombre deriva del hecho que producen los mismos efectos que los analgésicos derivados del opio.

Endorfinas. Una de las varias sustancias elaboradas por el cuerpo que pueden aliviar el dolor y dar sensación de bienestar. Las endorfinas son péptidos (proteínas pequeñas) que se unen con los receptores de los opioides del sistema nervioso central. Una endorfina es un tipo de neurotransmisor.

Endorfina Beta. Sustancia que posee propiedades analgésicas psicofarmacológicas.

Enzimas antioxidantes. Son esenciales para la sobrevivencia de las células aeróbicas, puesto que mantienen dentro de niveles aceptables las concentraciones de especies reactivas del oxígeno, producidas en los diversos procesos celulares.

Esclerosis múltiple. Es una enfermedad desmielinizante, neurodegenerativa y crónica del sistema nervioso central. Por el momento, no tiene cura; aunque existe medicación eficaz. Las causas exactas son desconocidas. Los pacientes pueden manifestar un amplio número de síntomas, con grandes variaciones de unas a otras, tanto en el tipo de síntomas como en su grado. Pueden clasificarse, según la zona del sistema nervioso afectada, en derivados del daño al nervio óptico, derivados del daño a la médula espinal (los relativos a la movilidad) y derivados del daño cerebral.

Eutonía. Es una disciplina creada por Gerda Alexander. Está destinada principalmente al autoconocimiento, haciendo una exaltación de los valores radicados en el cuerpo y logrando tomar conciencia de sus funciones. Apunta a un aprendizaje del organismo que sirve para equilibrar diversos aspectos de la vida, más allá del mero plano anatómico.

Fibromialgia. Es una afección común caracterizada por puntos de sensibilidad y dolor prolongados en todo el cuerpo en las articulaciones, los músculos, los tendones y otros tejidos blandos. Algunos de los problemas que comúnmente se asocian con

ella son: fatiga, rigidez en las mañanas, problemas de sueño, dolores de cabeza, entumecimiento de manos y pies, depresión y ansiedad. Puede presentarse por sí sola o aparecer junto con otras afecciones musculoesqueléticas, como artritis reumatoide o lupus.

Homeostasis. Es la tendencia de los organismos vivos y otros sistemas a adaptarse a condiciones nuevas y a mantener el equilibrio, a pesar de los cambios.

Hormona del crecimiento. Proteína elaborada por la glándula pituitaria que ayuda a controlar el crecimiento del cuerpo, y el uso de la glucosa y los lípidos. También se llama somatotropina.

Inmunosupresión. Se define como la inhibición de uno o más componentes del sistema inmunológico adaptativo o innato, que puede producirse como resultado de una enfermedad subyacente o de forma intencional, mediante el uso de medicamentos (inmunosupresores) u otros tratamientos, como radiación o cirugía, con el propósito de prevenir o tratar el rechazo de un trasplante o una enfermedad autoinmune.

Cuando una persona está bajo tratamiento inmunosupresor, o cuyo sistema inmune está debilitado por otra razón (p. ej., quimioterapia, radioterapia, sida o lupus), se dice que está inmunosuprimida.

Medicamentos psicotrópicos. Agentes químicos que afectan al cerebro y al sistema nervioso; alteran los sentimientos, las emociones y la conciencia de diversas formas.

Oncología. Especialidad de la Medicina Interna dedicada al diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Osteopenia. Significa baja densidad ósea y se caracteriza por una disminución de la masa ósea por debajo de los índices normales que corresponden a la edad, sexo y

raza de un individuo. La osteopenia no es una enfermedad, sino un marcador para el riesgo de fracturas.

Pacientes catatónicos. La catatonía es un signo y un síntoma que se presenta en la esquizofrenia catatónica; además, puede observarse en pacientes que padecen enfermedades del sistema nervioso central y, particularmente, dentro de la encefalitis o en procesos que están relacionados con patología de los ganglios basales (sobre todo cuando hay rigidez en los movimientos corporales), alteraciones límbicas y diencefálicas, en cuadros metabólicos, en procesos tóxicos y farmacológicos; es también frecuente en los trastornos afectivos.

Prolactina. Es una hormona normalmente presente en pequeñas cantidades en los hombres y las mujeres no embarazadas, ya que su principal acción es la de estimular la producción de leche tras el embarazo, durante toda la lactancia.

Psicoterapia. Es la aplicación de la psicología clínica al tratamiento de los problemas mentales a través de una relación terapéutica.

Recurrencia. Reparición del cáncer. Se dice que el cáncer ha recurrido cuando regresa al mismo órgano del tumor original (primario) o a otro órgano después de que el tumor original ha desaparecido.

Santuarios. Aquellos sitios anatómicos y/o fisiológicos en los cuales la quimioterapia no penetra.

Síntesis de proteínas. Proceso por el cual se componen nuevas proteínas a partir de los veinte aminoácidos esenciales. En esta síntesis, se transcribe el ADN en ARN.

Timo. Es un órgano del sistema linfático, sistema respiratorio y endocrino. Constituye uno de los controles centrales del cerebro en el organismo. Ejerce una clara influencia sobre el desarrollo y maduración del sistema linfático y en la respuesta inmune de nuestro organismo.

REFERENCIAS

Dr. Alvarado A. Salvador. "El psicólogo y su contribución en la Oncología." Marzo 2008. Gaceta Mexicana de Oncología. Documento PDF. Recuperado en Enero 2010. http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/gaceta_mexicana_oncologia/1%20El%20psicologo.pdf

Aktas, G. y Ogce, F. "Dance as a therapy for cancer prevention." Julio 2005. Pubmed.gov. Recuperado en Febrero 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16236009>

"Art Therapy, Dance Therapy, Music Therapy, and Imagery." Cancer Center, Stanford School of Medicine. Recuperado en Febrero 2010. <http://cancer.stanford.edu/information/alternativeTherapy/senses.html>

Battaglini, Claudio y otros. "The effects of physical exercise on cancer: a review." Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital Buenos Aires. Febrero 2003. Recuperado en Abril 2010. <http://www.efdeportes.com/efd57/cancer.htm>

"Cáncer infantil." Asociación Mexicana de lucha contra el Cáncer A.C. Recuperado en Noviembre 2009. <http://www.amlcc.org/cancer.html>

Coloccini María. "El estrés y el sistema inmunitario." *Revista Brújula Universitaria*. Universidad del Valle de Bolivia. Recuperado en Abril 2010. <http://www.univalle.edu/publicaciones/brujula/brujula2/pag11.htm>

"Creative Rhythms by The Lebed Method, For Children With Cancer, Lymphedema and other chronic Illness." Documento PDF. LebedMethod.com. Recuperado en Febrero 2010. http://www.lebedmethod.com/media/files/Creative_rhythms.Pdf

“Dance/Movement Therapy Studies.” Dance Movement Therapy. Recuperado en Febrero 2010.

<http://www.dancepsych.com/dancearticles.htm>

“DanceTherapy.” American Cancer Society. Recuperado en Febrero 2010.

http://www.cancer.org/docroot/ETO/content/ETO_5_3X_Dance_Therapy.asp?sitearea=ETO

“Danza contra el cáncer.” Septiembre 2006. Centro Virtual de Noticias. Recuperado en Enero 2010.

<http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-108011.html>

“Danza Movimiento Terapia.” ADMTE, Asociación de Danza Movimiento Terapia Española. Recuperado en Enero 2010.

<http://www.danzamovimientoterapia.com/?sec=3>

“El cáncer preguntas y respuestas.” Fundación Ana Vázquez. Recuperado en Noviembre 2009.

<http://fundacionannavazquez.wordpress.com/el-cancer-preguntas-y-respuestas/>

“Exercise: Rev up your routine to reduce stress.” MayoClinic.com. Recuperado en Marzo 2010.

<http://www.mayoclinic.com/health/exercise-and-stress/SR00036>

“Explicación básica de lo que es el Cáncer.” National Cancer Institute. Recuperado en Noviembre 2009.

<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>

Lic. Fischman, Diana (ADTR). “Danzaterapia: orígenes y fundamentos”. 2001. Documento PDF. Recuperado en Enero 2010.

http://www.brecha.com.ar/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf

Lic. Faur Ikonickoff Rosa. "Psicooncología Pediátrica, Una especialidad posible y necesaria en el servicio de Pediatría Oncológica". *Psicologiaoncológica.com*. Recuperado en Diciembre 2009.

<http://www.psicologiaoncológica.com/noticias-profesionales/2008-09-14.htm>

Gesell, Arnold y otros. *El niño de 5 a 10 años*. Barcelona, Paidós, 1998

Gómez, Beatriz, y Alfonso Escobar. "Estrés y sistema inmune." *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2006. 30 – 38

Gutiérrez, José y otros. "Estrategias de relajación y disminución del estrés." Documento PDF. Universidad de Guadalajara. Recuperado en Marzo 2010.

http://www.udg.mx/influenza/sites/default/files/node_images/Manual_de_manejo_del_estres.pdf

Lucia, Alejandro. "Cáncer en niños y ejercicio físico: la experiencia del Proyecto del Hospital Niño Jesús (Madrid)." Noviembre 2006. Documento PDF. Universidad Europea de Madrid. Recuperado en Marzo 2010.

http://www.foroganasalud.es/upload/documentos/conferencia_lucia_mulas.pdf

Méndez, Xavier y otros. "Atención psicológica en el cáncer infantil." *Psicooncología Vol. 1*. 2004: 139-154. Documento PDF. Recuperado en Enero 2010.

<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110139A.PDF>

Marchese, VG. "Effects of physical therapy intervention for children with acute lymphoblastic leukemia." Febrero 2004. Pubmed.gov. Recuperado en Abril 2010.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14752875>

"New Dance Therapy Class at the Bethke Cancer Center at Emerson Hospital - Support, Strength and Fun for Cancer Patients and Survivors." Emerson Hospital. Recuperado en Febrero 2010.

<http://www.emersonhospital.org/about/news/dancerel.aspx>

Panhofer, Heidrun, comp. *El cuerpo en psicoterapia, Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa, 2005.

Pacheco, Mónica y Luis Madero. "Oncología Pediátrica." *Psicooncología Vol. 0, Num. 1*. 107- 116. Documento PDF. Recuperado en Enero 2010.

<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0303110107A.PDF>

Rodríguez, Vivian. "El mejoramiento de la salud a través de la expresión corporal: un enfoque holístico." Marzo 2008. Documento PDF. Escuela de Educación Física, Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, Recuperado en Febrero 2010.

<http://www.latindex.ucr.ac.cr/reflexiones-87-1/reflexiones-87-1-09.pdf>

Salazar, Laura. "Danza para afrontar el cáncer pediátrico." Noviembre 2005. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado en Enero 2010.

<http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/83/14.htm>

Sánchez Mirian, otros. "Estrés y sistema inmune." Junio 2007. Instituto de Hematología e Inmunología de la Habana Cuba. Recuperado en Marzo 2010.

http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23_2_07/hih01207.html

Sebiani, Leonardo. "Uso de la danza-terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. (*Cáncer, fibrosis, sida*)." Septiembre 2005. Documento PDF. Universidad de Costa Rica. Recuperado en Febrero 2010.

http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/images/edicion_84_1_05/uso_de_la_danza.pdf

Shore S, Shepard RJ. "Immune responses to exercise in children treated for cancer." 1999. Pubmed.gov. Recuperado en Mayo 2010.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10573667>

Spinetta, Patricia Deasy, y otros. *Emotinal Aspects on Childhood Leukemia*. Fundación Natali Dafne Flexer (trad). Argentina: Fundación Bunge y Born, S.F.

“Tipos de Cáncer.” Fundación Natalí Dafne Flexer (FNDF). Recuperado en Diciembre 2009.

http://www.fundacionflexer.org/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=102

Wengrower, Hilda, y Sharon Chaiklin, coords. *La vida es danza, El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa, Mayo 2008.

REFERENCIAS MUSICALES

Danette Laura. *Pre-Ballet for Beginners*.

Harris Lisa. *The Magic Wand*.

Mitchell Steven y Corkery Gayle. *The Princess In The Tower*.

Mitchell Steven y Keatin Nan. *Introduction to Ballet Classics*.

Stanford Lynn. *Songs of my childhood Vol. 1*.

The Royal Academy of Dance. *Royal Pre- primary*.