

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



Intervención Psicoterapéutica en un grupo de niños y niñas de 9 a 13 años diagnosticados con Enfermedades Malignas, tendiente a mejorar su percepción de Calidad de Vida, sus Estrategias de Afrontamiento y sus niveles de Ansiedad.

POR
YELANIA LIZZETH TEJEIRA MARTÍNEZ

**Tesis presentada en cumplimiento
de los requisitos exigidos para
Optar por el grado de
Maestría en Psicología Clínica.**

PANAMÁ 2007

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

PROGRAMA DE MAESTRIA EN: Psicología Clínica

FACULTAD DE: Psicología

NÚMERO DE CODIGO:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Yelania L. Tejeira
 Céd. 8-730-136

TITULO QUE ASPIRA Maestría en Psicología Clínica

TEMA DE LA TESIS: Investigación Psicoterapéutica con un grupo de
 niños y niñas diagnosticados con Enfermedades
 Malignas con la finalidad de mejorar su percepción de
 Calidad de Vida, sus Estrategias de Afrontamiento y
 reducir sus niveles de ansiedad.

RESUMEN EJECUTIVO:

NOMBRE DEL ASESOR: Mgter. Ricardo A. López J.

FIRMA DEL ASESOR: _____

APROBADO POR:

COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO

DEDICATORIA

A mi madre Sonia Edith, ejemplo de mujer y de apoyo a todos los que le rodeamos. Es ella mi fuente de inspiración.

A mi papá Luís, por inspirarme e instarme a culminar esta fase de mi vida profesional.

A mis hermanos y sobrinos por su compañía y apoyo incondicional.

A mis compañeros y compañeras de trabajo por acogerme e inspirarme en ayudar a superar las dificultades que nos rodean.

A mis profesores y colegas que siempre me facilitaron e inspiraron en este trabajo.

Especialmente dedico este trabajo a todos los niños y niñas que sufriendo, me dieron alegría y me enseñaron lo que es tener esperanza...

A todos Ustedes dedico este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme vida, salud y una familia.

A la Universidad de Panamá por sus enseñanzas y conocimientos en el área de Psicología Clínica que escogí como mi profesión.

A los médicos y otros profesionales de la salud, quienes me facilitaron el trabajo con esta población de niños que viven en circunstancias difíciles.

Al profesor Ricardo López, asesor de esta tesis por su permanente confianza y solidaridad.

Para todos aquellos que directa e indirectamente me apoyaron en el desarrollo de este trabajo y en mi formación personal.

INDICE GENERAL

PORTADA	i
REGISTRO DE TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2

CAPITULO I MARCO TEORICO PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MALIGNAS

1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LA SALUD.....	6
1.1. Definición de la Psicología Clínica y de la Salud.....	7
2. PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD INFANTIL.....	9
3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LAS ENFERMEDADES EN LOS NIÑOS.....	10
4. LA INFANCIA INTERMEDIA.....	11
5. LA PSICOTERAPIA.....	13
5.1. La psicoterapia breve.....	15
5.2. La Psicoterapia de Niños y Niñas.....	17
6. EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....	23
6.1. Calidad de Vida y Salud.....	26

6.2. Enfermedad Maligna y Calidad de Vida.....	26
6.3. Calidad de Vida en Oncopediatría.....	28
7. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	29
7.1. Estrategias de Afrontamiento en niños y niñas con enfermedades malignas.....	31
8. ANSIEDAD.....	32
8.1. Ansiedad: aspectos fisiológicos, cognitivos y motores.....	34

CAPITULO II
LA PSICOONCOLOGÍA Y LAS ENFERMEDADES MALIGNAS EN NIÑOS Y NIÑAS

1. LA PSICOONCOLOGÍA.....	38
1.1. Definición y objetivos de la Psicooncología.....	38
2. PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.....	40
3. ENFERMEDADES MALIGNAS.....	42
3.1. Leucemia Linfoblástica Aguda.....	42
3.2. Linfomas.....	43
3.3. Tumores cerebrales.....	44
3.4. Tumor de Wilms.....	45
3.5. Retinoblastoma.....	46
3.6. Osteosarcoma.....	47
3.7. Neuroblastoma.....	47

3.8. Rbdomiosarcoma.....	48
4. DATOS ESTADISTICOS.....	49
5. REACCIONES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES MALIGNAS.....	50
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	51

CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. METODOLOGÍA.....	57
1.1 El Problema.....	57
1.2. Justificación.....	58
1.3. Planteamiento del problema.....	60
1.4. Objetivos de la investigación.....	61
1.4.1. Objetivos generales.....	61
1.4.2. Objetivos específicos.....	61
1.5. Hipótesis conceptual.....	62
1.6. Hipótesis estadísticas.....	62
1.6.1. En relación a la percepción de Calidad de Vida.....	62
1.6.2. En relación a las estrategias de Afrontamiento.....	65
1.6.3. En relación a la Ansiedad.....	79
1.7. Modelo de análisis estadístico.....	81
1.8. Diseño y estrategia de investigación.....	82
1.9. Definición de variables.....	83

1.9.1. Variable independiente.....	83
1.9.2. Variables dependientes.....	83
1.10. Definiciones conceptuales.....	83
1.10.1. Intervención psicoterapéutica.....	83
1.10.2. Intervención psicoterapéutica mixta.....	83
1.10.3. Intervención psicoterapéutica grupal.....	84
1.10.3.1. Diseño de sesiones individuales.....	85
1.10.3.2. Diseño de sesiones grupales.....	89
1.10.4. Calidad de vida.....	90
1.10.5. Estrategias de afrontamiento.....	92
1.10.6. Ansiedad.....	93
1.11. Población y muestra.....	94
1.11.1. Población objetivo.....	94
1.11.2. Muestra.....	95
1.12 Técnica de muestreo.....	95
1.12.1. Criterios de inclusión.....	96
1.12.2. Criterios de exclusión.....	96
1.12.3. Confidencialidad.....	97
1.13. Procedimiento.....	97
1.14. Técnicas de medición e instrumentos.....	98
2. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	104
2.1. Datos demográficos de la Muestra.....	105

2.2. Resultados Cuantitativos.....	108
2.2.1. Inventario de Calidad de Vida.....	108
2.2.2. Escala de Estrategias de Afrontamiento.....	116
2.2.3. Escala de Ansiedad.....	180
2.3. Análisis de los resultados.....	188

**CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1. CONCLUSIONES.....	197
1.1. En relación a la muestra.....	198
1.2. En relación al tratamiento.....	200
2. RECOMENDACIONES.....	202
2.1. En relación a la muestra.....	202
2.2. En relación a la Psicoterapia.....	203
 BIBLIOGRAFIA.....	 205
ANEXOS.....	213

INDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE GRÁFICAS

INDICE DE ANEXOS

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Datos Demográficos del Grupo Experimental.....	105
Cuadro N° 2 Datos Demográficos del Grupo Control.....	105
Cuadro N° 3 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control de la Escala Total de la variable Calidad de Vida.....	108
Cuadro N° 4 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control de la Escala Psicosocial de la variable Calidad de Vida.....	109
Cuadro N° 5 Comparación entre el Pre test y el Post test del grupo experimental de la Escala Total de la variable Calidad de Vida.....	110
Cuadro N° 6 Comparación entre el Pre test y el Post test del grupo experimental de la Escala Psicosocial de la variable Calidad de Vida.....	112
Cuadro N° 7 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control de la Escala Total de la variable Calidad de Vida.....	114
Cuadro N° 8 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control de la Escala Psicosocial de la variable Calidad de Vida.....	115
Cuadro N° 9 Comparación entre el Pre test del grupo experimenta y del grupo control del factor As Buscar Apoyo Social, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	116

Cuadro N° 10 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Rp Concentrarse en resolver el problema, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	117
Cuadro N° 11 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Es Esforzarse y tener éxito, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	118
Cuadro N° 12 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Pr Preocuparse, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	119
Cuadro N° 13 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Ai Invertir en amigos íntimos, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	120
Cuadro N° 14 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Pe Buscar pertenencia, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	121
Cuadro N° 15 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Hi Hacerse ilusiones, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	122
Cuadro N° 16 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Na Falta de afrontamiento o no – afrontamiento, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	123
Cuadro N° 17 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Rt Reducción de la Tensión, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	124

Cuadro N° 18 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor So Reducción de la Tensión, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	125
Cuadro N° 19 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Ip Ignorar el problema, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	126
Cuadro N° 20 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Cu Autoinculparse, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	127
Cuadro N° 21 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Re Reservarlo para sí, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	128
Cuadro N° 22 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Ae Buscar apoyo espiritual, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	129
Cuadro N° 23 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Po Fijarse en lo positivo, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	130
Cuadro N° 24 Comparación entre el Pre test del grupo experimenta y del grupo control del factor Ap Buscar ayuda profesional, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	131
Cuadro N° 25 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Dr Buscar diversiones relajantes, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	132
Cuadro N° 26 Comparación entre el Pre test del grupo experimenta y del grupo control del factor Fi Distracción física,	

de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	133
Cuadro N° 27	
Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor As Buscar Apoyo Social, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	134
Cuadro N° 28	
Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Rp Concentrarse en resolver el problema, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	136
Cuadro N° 29	
Comparación entre el Pre test y post test del grupo experimental del factor Es Esforzarse y tener éxito, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	138
Cuadro N° 30	
Comparación entre el Pre test y post test del grupo experimental del factor Pr Preocuparse, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	139
Cuadro N° 31	
Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Ai Invertir en amigos íntimos, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	141
Cuadro N° 32	
Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Pe Buscar pertenencia, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	143
Cuadro N° 33	
Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Hi Hacerse ilusiones, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	145
Cuadro N° 34	
Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Na Falta de afrontamiento o no – afrontamiento, de la variable Estrategias de Afrontamiento..	147

Cuadro N° 35 Comparación entre el Pre test y post test del grupo experimental del factor Rt Reducción de la Tensión, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	149
Cuadro N° 36 Comparación entre el Pre test y post test del grupo experimental del factor So Reducción de la Tensión, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	151
Cuadro N° 37 Comparación entre el Pre test y post test del grupo experimental del factor Ip Ignorar el problema, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	152
Cuadro N° 38 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Cu Autoinculparse, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	153
Cuadro N° 39 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Re Reservarlo para sí, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	154
Cuadro N° 40 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Ae Buscar apoyo espiritual, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	155
Cuadro N° 41 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Po Fijarse en lo positivo, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	157
Cuadro N° 42 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Ap Buscar ayuda profesional, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	158

Cuadro N° 43 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Dr Buscar diversiones relajantes, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	159
Cuadro N° 44 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo experimental del factor Fi Distracción física, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	160
Cuadro N° 45 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor As Buscar Apoyo Social, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	162
Cuadro N° 46 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Rp Concentrarse en resolver el problema, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	163
Cuadro N° 47 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Es Esforzarse y tener éxito, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	164
Cuadro N° 48 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Pr Preocuparse, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	165
Cuadro N° 49 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Ai Invertir en amigos íntimos, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	166
Cuadro N° 50 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Pe Buscar pertenencia, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	167
Cuadro N° 51 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Hi Hacerse ilusiones, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	168

Cuadro N° 52 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo del factor Na Falta de afrontamiento o no – afrontamiento, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	169
Cuadro N° 53 Comparación entre el Pre test y post test del grupo control del factor Rt Reducción de la Tensión, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	170
Cuadro N° 54 Comparación entre el Pre test y post test del grupo control del factor So Reducción de la Tensión, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	171
Cuadro N° 55 Comparación entre el Pre test y post test del grupo control del factor Ip Ignorar el problema, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	172
Cuadro N° 56 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Cu Autoinculparse, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	173
Cuadro N° 57 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Re Reservarlo para sí, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	174
Cuadro N° 58 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Ae Buscar apoyo espiritual, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	175
Cuadro N° 59 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Po Fijarse en lo positivo, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	176
Cuadro N° 60 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Ap Buscar ayuda profesional, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	177

Cuadro N° 61 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Dr Buscar diversiones relajantes, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	178
Cuadro N° 62 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Fi Distracción física, de la variable Estrategias de Afrontamiento.....	179
Cuadro N° 63 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.....	180
Cuadro N° 64 Comparación entre el Pre test del grupo experimental y del grupo control del factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.....	181
Cuadro N° 65 Comparación entre el Pre test y el Post test del grupo experimental del factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.....	182
Cuadro N° 66 Comparación entre el Pre test y el Post test del grupo experimental de la Escala Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.....	184
Cuadro N° 67 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.....	186
Cuadro N° 68 Comparación entre el Pre test y Post test del grupo control del factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.....	187

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No 1 Edades de los sujetos	106
Gráfica No 2 Enfermedades de los Sujetos.....	106
Gráfica No 3 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental de la Variable Calidad de Vida, Escala Total.....	110
Gráfica No 4 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	111
Gráfica No 5 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	135
Gráfica No 6 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	137
Gráfica No 7 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	140
Gráfica No 8 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	142
Gráfica No 9 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	144
Gráfica No 10 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	146
Gráfica No 11 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	148

Gráfica No 12 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	150
Gráfica No 13 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	156
Gráfica No 14 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	161
Gráfica No 15 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	183
Gráfica No 16 Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental. de la Variable Calidad de Vida, Escala Psicosocial.....	185

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1	
Historias Clínicas.....	214
Anexos N°2	
Nota de Consentimiento Informado.....	245

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es validar la efectividad de una intervención psicoterapéutica mixta breve (individual y grupal), a un grupo de niños y niñas que sufren una enfermedad maligna, como lo son Leucemia Linfoblástica Aguda, Tumor de Wilms, Osteosarcoma, Neuroblastoma y Meduloblastoma, y que se encuentran en tratamiento médico por estas condiciones. Mediante un diseño de investigación cuasi-experimental de estudio de caso y tipo pretest – posttest, con grupo control, se evalúan las variables dependientes Percepción de Calidad de Vida relacionada con la Salud, Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad. Se estableció un nivel de significancia de alfa 0.05. Se concluye que es la ansiedad la principal condición que afecta a estos niños luego del impacto del diagnóstico médico. La psicoterapia diseñada resultó efectiva en mejorar la Percepción de Calidad de Vida, la mayoría de las Estrategias de Afrontamiento y en el control de la Ansiedad. No se lograron cambios significativos en cuatro de los factores de la Escala de Afrontamiento como son: Concentrarse en resolver el Problema (Rp), Invertir en amigos Íntimos (Ai), Buscar apoyo Espiritual (Ae), Distracción Física (Fi). Esto nos indica que la psicoterapia breve mixta (11 sesiones individuales y 5 grupales) no fue suficiente como para eliminar todos los temores y angustias por la vida, ya que el problema de salud persiste, siguen siendo vulnerables, objeto de tratamientos muchas veces invasivos y sufren de malestares asociados a estos. Sin embargo, en forma general desarrollaron Mecanismos de Afrontamiento y mejoraron significativamente su Percepción de Calidad de Vida.

SUMMARY

The objective of our research is to validate the effectiveness of a brief mixed (group and individual) therapeutic intervention, in a group of children that suffer malignant illnesses such as Acute Lymphoblastic Leukemia, Wilms Tumor, Osteosarcoma, Neuroblastoma and Medulloblastoma. These children are in current medical treatment for their condition. The dependent variables: perception of life quality related to health, facing strategies and anxiety, are evaluated using a quasi-experimental case study research design, which includes pretest – posttest with control group. We established a 0.05 alpha significance level. We concluded that the anxiety is the main affecting condition in these children after the impact of the medical diagnosis. The psychotherapy designed was more effective in improving the perception of life quality, most of the facing strategies and in the anxiety control. No significant changes were achieved in four of the factors of the Facing Scale such as: Focus in Solving the problem (Rp), Investing in intimate friends (Ai), Search for spiritual support (Ae), Physical distraction (Fi). These results show that brief mixed psychotherapy (11 individual sessions and 5 group sessions) is not enough to eradicate all life fears and distress, because their health condition continues and they are still vulnerable to invasive treatment and the symptoms related to it. Even though, they developed facing distress mechanisms, improved considerably their perception of life quality and their anxiety levels were reduced.

INTRODUCCIÓN

El impacto de un diagnóstico de una enfermedad maligna produce un cúmulo indescriptible de emociones. Las reacciones más comunes incluyen: confusión, negaciones, miedos, ansiedades, culpa, tristeza y depresión. Además, se pierde el sentido de seguridad, la creencia en Dios y hasta el significado de la vida. Muchos padres experimentan estas mismas reacciones durante el desarrollo de la enfermedad de sus hijos. No importa cuál de estas emociones se experimenten, tanto niños como niñas, son todas válidas y representan mecanismos de afrontamiento ante estas situaciones, por lo general, inesperadas.

Estas enfermedades tienen un curso incierto para cada sujeto y en cada una de las etapas, requiere tratamientos y procedimientos que ponen a prueba, lastiman y agraden al individuo en todas las esferas del funcionamiento, ya sea en lo biológico, en lo psicológico o en lo social. (Rivas, L. 2004).

Las enfermedades malignas, cuando aparecen en niños o niñas alteran el normal desarrollo de estos, se perturba su ritmo escolar, las atenciones y cuidados de los otros en casa también sufren y toda la familia en general. (Candlelighters, Cancer Foundation, 2005). Todos se preguntan por la etiología de estos procesos, cuál va a ser el futuro de estos jóvenes, cuándo podrán regresar a casa y en qué condiciones quedarán.

Por otro lado, todos los actores involucrados en el manejo de los pacientes con enfermedades malignas deben hacer un duelo, como respuesta a una situación tan dolorosa. Aunque se experimentan reacciones comunes en la mayoría de los casos, cada persona y familia vive este duelo a su manera. (Gómez, L. ,2003).

Todas estas enfermedades generan deterioro físico y psicológico y además, afectan sus relaciones sociales. En lo físico este deterioro se caracteriza por una pérdida progresiva de peso, cansancio, falta de apetito, insomnio, dolor físico, pérdida de cabello y ulceraciones. Hay que tomar en cuenta que los tratamientos existentes se aplican de acuerdo a la gravedad y ubicación y, tienden a asociarse para intentar obtener el efecto deseado, siendo estos la cirugía, radioterapia o quimioterapia.

En cuanto al deterioro psicológico, el sólo hecho de saber que se padece una de estas enfermedades supone un enorme estrés psíquico que se manifiesta por ansiedad o depresión generada por la incertidumbre de la enfermedad, la idea de una muerte próxima, la falta de control a nivel personal y social y el deterioro físico. Las enfermedades malignas como las aquí tratadas, afecta todas las instancias psíquicas, desde lo más externo y consciente, hasta lo más inconsciente del sujeto. Cuando de niños y niñas hablamos, la emergencia de una enfermedad lo deja indefenso, ya que no cuenta con los mecanismos afectivos ni cognitivos necesarios para emprender acciones más integradas y sofisticadas.

La mayoría de los niños y niñas no comprenden la dimensión del problema, pero identifican a través de sus padres, que algo malo está ocurriendo y desde este punto, comienza a darle significado mental a la enfermedad y a dimensionar su condición. Pero sin dudarle, cada día en el hospital junto con sus tratamientos le confronta con el dolor, la pérdidas de sus relaciones objetales más significativas y por que no decirlo, con la muerte.

Para los padres la muerte es algo impensable y nunca una posibilidad real. ¿Por qué nos pasó esto a nosotros? es siempre la pregunta, y aunque los tratamientos han avanzado mucho y todos les den ilusión, una sensación de desesperanza les invade. En niños y niñas la auto-percepción de su calidad de vida, es decir, de su percepción de salud, de su vitalidad, el dolor, satisfacción con la vida y habilidad para competir

se ve alterada y desde ese momento su adherencia a los tratamientos decae y el pronóstico de éxito de los tratamientos se afecta.

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad de evaluar la efectividad de una intervención psicoterapéutica mixta breve, es decir, individual y grupal con niños y niñas de 9 a 13 años, que han sido diagnosticados con una enfermedad maligna. Surge de nuestra experiencia diaria de trabajo en el Hospital del Niño como psicóloga, y de mis estudios de Maestría en Psicología Clínica con el deseo de ayudar a estos niños y niñas y a sus familias, en este momento difícil de sus vidas.

Mediante un diseño de investigación cuasi-experimental de estudio de caso y tipo pretest – postest, con grupo control. Se valora la efectividad de la psicoterapia sobre las variables dependientes Percepción de Calidad de Vida relacionada con la Salud, Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad.

Este trabajo para su mejor comprensión se presenta dividido en varias secciones. El capítulo primero presenta el Marco Teórico para una Intervención Psicoterapéutica, el segundo capítulo, explora un campo nuevo dentro de la Psicología clínica, la Psicooncología y las Enfermedades Malignas en niños y niñas, en el capítulo tercero presentamos la metodología de la investigación, los resultados y el análisis de los mismos. El capítulo cuarto está destinado a presentar las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I
MARCO TEORICO PARA UNA INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
MALIGNAS

*“La ciencia moderna aún no
ha producido un medicamento
tranquilizador tan eficaz como
son unas pocas palabras”.*

Sigmund Freud.

1. La Psicología Clínica y de la Salud

En fecha reciente se han experimentado cambios importantes en los conceptos referentes a la salud. La vieja controversia entre salud física y mental se ha superado gracias al reconocimiento que tiene la influencia biológica, sociológica, física y psíquica en los procesos de enfermedad. A esto le conocemos como el modelo biopsicosocial. Gracias a este cambio, se ha reconocido la importancia de la colaboración de equipos interdisciplinarios, así como también, la participación más activa de la Psicología como elemento de prevención y tratamiento. Esto remarca la importancia que tiene el comportamiento en la génesis y desarrollo de algunas enfermedades. (Oblitas, L., 2003).

Por su parte, en las últimas cinco décadas, la Psicología Clínica ha pasado de la dedicación exclusiva a la evaluación por medio de informes, al desarrollo de terapias psicológicas altamente efectivas. Además, sus posibilidades no se reducen a la intervención única de los pacientes, si no también evaluando los desajustes producidos por las enfermedades, que suelen tener repercusiones negativas en el comportamiento de los sujetos, lo que ha llevado a descubrir algunas de las carencias del modelo bio-médico, incluso en los diagnósticos, siempre basados en las anormalidades bioquímicas y excluyendo otros factores igualmente necesarios, como por ejemplo, la subjetividad del paciente cuando informa sus dolencias, habilidades que el médico en este caso, puede favorecerse de la Psicología a través del entrenamiento en comunicación, cómo hacer una entrevista, relajación, etc. (Rodríguez, F., Vásquez, A., Pérez A., y Fernández, H. ,2003).

La misma definición de la Organización Mundial de la Salud en 1946 define el término salud como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social", esciarcenciando que no es sólo "salud" la ausencia de enfermedad como hasta ese momento se había venido considerando, dejando así, a la psicología el campo abierto en todos los ámbitos concernientes a la salud, pues hace insistencia en la salud mental y física, así

como en la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales. (Oblitas, L., 2003).

Deben tomarse en cuenta las importantes aportaciones de la psicología social, hay que recordar que es el propio contexto social el que determina, entre otras cosas, las actitudes y, como consecuencia, los comportamientos de las personas en todo lo referente a la salud y la enfermedad, al dar contenido precisamente a estos dos conceptos y construir así los esquemas comportamentales consecuentes. Del mismo modo, los grupos sociales modulan los comportamientos sobre el mantenimiento y la promoción de la salud, así como los de prevención de la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1998).

Tanto la psicología Clínica como la Psicología Social han apuntado a la promoción de hábitos de vida saludables. Según Nelson y Dannerfer :

“En investigaciones realizadas desde las ciencias de la salud, llama la atención la marcada variabilidad entre individuos en lo concerniente a patrones de cambio y estabilidad, es decir, las grandes diferencias que podemos encontrar a veces en la forma de desarrollarse y envejecer de las personas. Esas diferencias son fruto de la interacción de lo biológico-genético por un lado y el ambiente, la cultura y el comportamiento, por otro”. (Nelson y Dannerfer, 1992).

Hoy día, es indiscutible la relación entre la Psicología Clínica y la salud, y esta relación posibilita al individuo a que pueda ejercitar su capacidad para desarrollarse y que pueda realizar cambios que conduzcan a su crecimiento y a su evolución personal, todo dentro del concepto de salud mental.

1.1. Definición de la Psicología de la Salud

Podríamos definirla como:

"la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la

prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar". (Oblitas, L.2003).

Según otros autores, como Matarazzo (1980), la Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones explícitas educativas y de formación, tanto científicas, como profesionales de la disciplina de la psicología para:

- a. Promoción de estilos de vida saludables.
- b. Prevención de enfermedades: modificando hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- c. Tratamiento de enfermedades específicas como pueden ser la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el sida, etc. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- d. Evaluación y mejora del sistema sanitario.

La Psicología de la salud podría entenderse como la especialización dentro de la psicología que se ocupa de la salud física. Comprende a la salud mental cuando ésta afecta el bienestar físico de las personas.

La Psicología Clínica de la Salud integra dos campos de especialización separados previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, la primera dedicada a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y centrada en los tratamientos; y la segunda a los fenómenos y trastornos psicológicos relacionados con los problemas médicos o de salud en general, centrándose también en la prevención y promoción de la salud, añadiendo la perspectiva social en todos los casos (modelo biopsicosocial). (Oblitas, L., 2003).

2. Psicología Clínica de la Salud Infantil

Este campo nace a partir del descubrimiento y constante confirmación de que algunos tipos de patrones conductuales se relacionan con enfermedades orgánicas, de la urgente necesidad de considerar al paciente pediátrico en su totalidad, en vez de enfocarse en los componentes físicos y hacer una diferenciación importante en las necesidades propias de un niño.

En la práctica de la Psicología de la salud infantil, se presentan varios tipos de problemas que comprenden un número significativo de desórdenes psicológicos, de desarrollo, afectivos, conductuales, educativos y de manejos del niño y el adolescente, en diversos y muy variados ambientes asociados todos a un diagnóstico médico específico. (Osorio, Bazán, Paredes, y Osorio, 2004).

Los conceptos y la práctica de la Psicología de la salud infantil han sido desarrollados como respuesta al esfuerzo multidisciplinario de atención al niño. Las características más comunes que pueden ser consideradas como propias de la Psicología infantil son:

- a. La Psicología de la Salud Infantil está vinculada con la Psicología Clínica Infantil.
- b. Es un campo dentro de la Psicología del cuidado de la salud, que se relaciona con la salud física y la enfermedad, además de estudiar la relación de los factores biológicos, psicológicos y sociales de la salud física y la enfermedad.
- c. El Psicólogo dedicado a la Psicología de la Salud infantil típicamente trabaja en ámbitos médicos o de atención de la salud; en los cuales se incluyen hospitales, clínicas, centros de desarrollo, guarderías, escuelas, centros deportivos, etc. , es decir, ámbitos no psiquiátricos.
- d. Estos psicólogos pueden funcionar en diversos roles, en diversos momentos y con frecuencia, ejercen varios papeles al mismo tiempo. (Osorio, M. ,1997)

Algunos aspectos básicos distinguen a la Psicología de la Salud infantil de la Psicología tradicional:

- a. Un marco de atención a la salud para la práctica multidisciplinaria.
- b. Un énfasis en la práctica que comprenda una apreciación del proceso de desarrollo.
- c. Un modelo de consulta con médicos, padres, tutores, profesores, entrenadores, educadoras y enfermeras.
- d. Una orientación práctica hacia técnicas de tratamiento que han demostrado efectividad y optimización del tiempo.
- e. A partir de la experiencia adquirida se están creando programas integrales de atención holística al paciente pediátrico. (Osorio, M., 1997).

3. Psicología de la salud y las enfermedades en los niños

Dado que la psicología infantil se ocupa de observar los cambios que se presentan en la conducta por efectos del crecimiento, el desarrollo y la experiencia, ésta ha dedicado buena parte de su existencia al estudio de las enfermedades y su repercusión en la vida de los niños.

La investigación del desarrollo del niño y el efecto de las experiencias tempranas, tiene mucho que ofrecer a los padres en su orientación del cómo ellos pueden evitar o hacer mínimas las dificultades que tengan la posibilidad de producir problemas psicológicos y de conducta. (Angrilli, A., y Helfart, L., 1981).

Hace ciento cincuenta años, cuando abrieron por primera vez las salas infantiles en los hospitales, se permitía a los padres permanecer con sus hijos y amamantarlos si era necesario, sin embargo, a finales del siglo XIX se produjo un cambio en el sistema de visita de los padres y se prohibió que estos estuvieran con sus hijos mucho tiempo, ya que podían llevar infecciones a la sala y no es hasta 1940 cuando las publicaciones de René Spitz sobre el hospitalismo y el marasmo, así como efecto de la privación de las madres que la cosas comenzaron a cambiar. Los trabajos de J. Bolwby y Robertson de 1952 ayudaron a cambiar el panorama de los niños hospitalizados.

El niño o niña con alguna enfermedad, ya sea aguda o crónica, experimenta múltiples fuentes de estrés, los que potencialmente causan desajustes emocionales o conductuales y estos se encuentran en alto riesgo para desarrollar dificultades psicológicas que pueden mostrar antes o después de una hospitalización. (Harbeck – Weber, 1995).

En resumen una enfermedad en niños tiene los siguientes efectos:

- a. Efectos directos: dolores generalizados, malestar, inquietud, irritabilidad, alteraciones del apetito y sueño entre otros.
- b. Efectos reactivos: regresión emocional y conductual, depresión, ansiedad clínicamente significativa, interpretaciones erradas de la realidad, fantasías sobre cambios en su imagen corporal, alteraciones de la adaptación social, etc.

4. La Infancia Intermedia

Dado que este trabajo de investigación esta centrado en niños y niñas entre 9 y 13 años, queremos hacer ahora algunas reflexiones, a manera de síntesis, de este periodo de la vida que conocemos como la infancia intermedia.

El desarrollo entre los 6 y 12 años puede parecer lento. El crecimiento físico se reduce de manera notable a excepción de un salto repentino hacia el final de este periodo y aunque las habilidades motoras continúan mejorando los cambios son menos espectaculares en esta etapa que en las precedentes. (Papalia, D., Olds, S. 2002).

Niños y niñas ganan un promedio de 7 libras y de 5 a 8 centímetros por año y esto continua así hasta la llegada de la adolescencia. Los índices de crecimiento varían según la raza, el origen y el nivel socioeconómico. Por lo general estos suelen tener buen apetito y necesitan una buena carga energética tanto para el crecimiento como para el juego. La nutrición deficiente puede causar problemas en las relaciones familiares; las madres responden con fuerza ante la inapetencia de los niños o por su descuido en su alimentación por estar prestando más atención a otros aspectos de su vida.

Las habilidades motoras durante esta etapa aumentan con la edad y se aprecian diferencias significativas en relación al sexo: los niños tienden a correr más rápido, saltar más alto, lanzar más lejos y mostrar más resistencia que las niñas. Después de los 13 años la brecha entre los dos sexos se amplía. Sin embargo, parece claro que buena parte de la diferencia de las habilidades motoras entre los sexos se debe a las discrepancias de expectativas y participación. Estas diferencias parecen a veces estar más determinadas por la cultura.

En relación al desarrollo cognoscitivo los niños y niñas en la infancia intermedia, se encuentran en la fase que Piaget denominó etapa de las operaciones concretas (puede utilizar símbolos, pensar lógicamente acerca del aquí y el ahora) y al final de ésta, alcanzan el llamado periodo del pensamiento operacional, es decir, pueden utilizar símbolos para llevar a cabo operaciones: actividades mentales en sentido contrario a las actividades físicas que fueron la base de la mayor parte del pensamiento inicial. Por primera vez la lógica se hace realidad.

En esta etapa los niños y niñas son menos egocéntricos que antes y más hábiles en tareas que exigen razonamiento lógico, tales como la conservación. Sin embargo, su razonamiento aún se haya muy limitado por el aquí y el ahora.

Desde el punto de vista del desarrollo de la personalidad en gran medida el autoconcepto se desarrolla en la infancia intermedia y muchos de los aspectos que surgen en esta época predominan y perduran. Esto adquiere gran significado en nuestro trabajo de investigación.

La autoestima, es un desarrollo importante que también se logra durante este periodo de la infancia intermedia y esta asociada al estado de ánimo dominante el cual, a su vez afecta la competencia. Si seguimos a Erikson los niños pertenecientes a la infancia intermedia atraviesan la cuarta crisis llamada: industriocidad versus la inferioridad. El

problema que se debe resolver en ésta, es la capacidad del niño y niña para el trabajo productivo, según la demanda de una cultura. La virtud de este periodo es la competencia.

La autovalía completa de los niños se origina en dos fuentes principales: cómo se ven los niños y qué tanto apoyo reciben. Los sentimientos frente a la apariencia física, así como el apoyo de los padres y de los compañeros son tremendamente importantes. (Papalia, D., Olds, S. 2002).

5. La Psicoterapia

La Psicoterapia es una forma de tratamiento psicológico para problemas de naturaleza emocional que tiene sus bases en el establecimiento de una especial relación entre el sujeto y el terapeuta. Es un medio para lograr un objetivo que debe traducirse en el bienestar del paciente.

Las condiciones por las que se establece esta especial relación deben caracterizarse por lo singular de esta unión, es decir, debe lograrse por una forma no antes experimentada por los sujetos.

Independientemente del tipo de psicoterapia que se establezca hay algunos elementos comunes que deben asumirse:

- a. Toda psicoterapia, independientemente de su marco teórico y técnico, comparten elementos comunes;
- b. todas las psicoterapias incluyen factores curativos;
- c. las emociones juegan un rol central en la psicoterapia;
- d. el constructo "*self*", es importante en la psicoterapia;
- e. las experiencias tempranas tienen un impacto en el desarrollo humano;
- f. las experiencias interpersonales negativas, son por lo general la base de la patología;

- g. la relación terapeuta - paciente, es la llave del cambio, y
- h. la cultura y la familia juegan un rol central en la salud y la enfermedad. (Pipes, R., Davenport, D. 1990).

Muchos autores coinciden que entre los elementos comunes de toda psicoterapia están:

- a. una relación emocionalmente cargada, que debe proveer un balance óptimo de cambio y apoyo, de forma tal que de la oportunidad para el desarrollo del *self* en la forma más sana posible.
- b. una nueva forma de ver los problemas (incluyendo una forma cognitiva de los mismos) y las potenciales soluciones a estos.
- c. reforzar el uso de nuevas formas adaptativas (enfrentamiento)
- d. un terapeuta sirve como modelo y que refuerza nuevas aceptaciones de sí mismo.

Estos cuatro procesos frecuentemente se traslapan y complementan unos con otros.

La alianza terapéutica, entendida como “una alianza de trabajo que depende del terapeuta, el paciente y del encuadre” (Greenson 1965, citado por Rivas L. 2004), es también un factor fundamental en la psicoterapia de los pacientes oncológicos; por las regresiones que sufren y que hacen muy especial esta alianza de trabajo y que requieren de mucho cuidado en su manejo, sobretodo en sus aspectos transferenciales.

Toda psicoterapia se rige por principios como son: flexibilidad, adaptabilidad, armonía, apoyo, voluntariedad. La meta de cualquier psicoterapia es aliviar al paciente de los síntomas que los perturban o librarlo de las características discordantes de su personalidad, todo lo cual está interfiriendo con su adaptación satisfactoria respecto al mundo y los eventos. Por lo tanto, ésta tiene un trabajo reparador (Colby, M., apuntes 2001).

La psicoterapia para pacientes oncológicos trátase de niños o de adultos implica un alto grado de disponibilidad emocional y material por parte del terapeuta, lo cual obliga al mismo, a demostrar mucha empatía y flexibilidad en el manejo del tratamiento. (Rivas, L. 2004).

Una buena parte del trabajo terapéutico consiste en facilitar la expresión emocional de disgusto, ansiedad o inconformidad con el médico y su tratamiento de forma tal que se facilite el camino para la adhesión del paciente al proceso y a los médicos. Esto en ninguna forma significa aliarse y hacerse cómplice, ya que sería perjudicial para el mismo.

El propósito de toda intervención psicoterapéutica con pacientes que sufren una enfermedad maligna es la de producir los cambios necesarios que permitan afrontar mejor su enfermedad y sus tratamientos. De esta forma mejoramos su percepción de calidad de vida relacionada a la salud y al mismo tiempo optimizamos sus niveles de ansiedad.

5.1. La Psicoterapia Breve

La psicoterapia breve o de objetivos limitados tiende a ser focalizados con tres objetivos:

- a. El establecimiento de un foco en la terapia y sobre el cual se organizará el tratamiento. Esta es la tarea más importante que delimita la diferencia entre la psicoterapia breve y la psicoterapia a largo plazo,
- b. ayudar al paciente a alcanzar su realización en el área focal,
- c. el logro de mejoras en la situación vital del paciente como una consecuencia de su readaptación. (Grossman, S. 2003).

Tal cual lo estableció Malan en 1963, que en la psicoterapia de esta modalidad es necesario determinar un objetivo o área de trabajo en el cual se basa esencialmente la terapia, y que el terapeuta debe seguir.

En cualquier caso podemos calificar la psicoterapia breve como una terapia tanto de tiempo como de objetivos limitados, que denota una variación con respecto a la técnica clásica y modificaciones, en la teoría y en los procedimientos, cuando a niños nos referimos.

La conducción de la psicoterapia breve (no importa de que perspectiva estemos hablando, inclusive, de la terapia de relaciones objetales) no es necesario restringirla a una técnica psicodinámica exclusivamente (por ejemplo, interpretación, silencio, confrontación, interpretación de sueños, etc) tal cual nos dice Michael Stadter en 1996 “el uso de intervenciones como la hipnosis o técnicas cognitivas, Gestalt, o terapia de modificación de conducta puede ser un complemento de la teoría psicodinámica”.

Strupp y Binder en 1984 (citado por Stadter) indicaron que muchas veces la terapia breve involucra técnicas que son similares a la reestructuración cognitiva. El enfoque de Horowitz y otros en 1984, claramente incluye elementos similares a aquellos de la terapia cognitiva. Sin embargo, es necesario estar atentos al efecto del rol directivo del terapeuta durante la psicoterapia breve. Intervenciones no psicodinámicas pueden a menudo servir para hacer más expedito el progreso terapéutico en síntomas y en temas muy particulares.

La psicoterapia empleada en esta investigación que ha sido denominada intervención psicoterapéutica mixta no se restringe a un marco teórico específico e incorporamos elementos y procedimientos provenientes de distintos marcos conceptuales como lo son la teoría psicodinámica, la psicología conductual y enfoques cognitivos conductuales. Todo con el propósito de lograr una mayor adaptabilidad de estos niños y niñas a sus enfermedades y tratamiento y mejorar su percepción de calidad de vida.

A un nivel grupal la terapia se centra en las interacciones en el presente del sujeto con otros que se encuentran en igualdad de condiciones tanto físicas como emocionalmente. El trabajo de grupo se apoya en la consideración del grupo como una totalidad y por otro lado concibe lo expresado en el grupo como un producto del grupo por las vivencias

individuales. Estas consideraciones favorecen el proceso de integración y de desaprendizaje y re-aprendizaje necesario en toda psicoterapia. El trabajo de grupo favorece la libre expresión y da oportunidad para mejorar las comunicaciones distorsionadas de los sujetos.

En los últimos años ha surgido un interés creciente por la psicoterapia aplicada a niños (Avila y Poch, 1994). La psicoterapia breve con niños es una oportunidad para la reversibilidad o corrección en los desordenes de la niñez, abriendo caminos hacia un progreso normal dentro de los límites posibles.

5.2 La Psicoterapia de niños y niñas

La psicoterapia tiene una larga historia y qué tan larga se considera esta historia depende de cómo definamos psicoterapia. Aristóteles (384-322 a.c.) enfatizó en el rol de la catarsis en los traumas, en las comedias y en las artes para el alivio de los estados emocionales. De Aristóteles hasta nuestros días han transcurrido mucho tiempo y estas nociones se han teñido con la medicina, la religión y el espiritismo. (Shapiro y Shapiro, 1998. En Kazdin y Weisz, 2003).

El perfil de la psicoterapia como un área de estudio y de trabajo clínico ha sido delineado en los últimos 100 años. La discusión a cerca de la psicoterapia se ha enfocado en su mayoría para los adultos y la atención a niños y adolescentes es muy reciente. Así, la psicoterapia contemporánea parte de la contribución de Sigmund Freud (1856-1939) con su trabajo del pequeño Hans, a quien atendía con la intermediación de su padre, y del análisis de su hija Anna Freud (1895-1982).

Anna Freud hizo una gran contribución a la psicoterapia de niños, iniciando en 1920 y llegando a su punto culminante en 1960, en su clínica de Londres. Esta clínica originalmente se denominó Hamptead Clinic y luego fue llamada Centro Anna Freud.

Llegamos a conocer la psicoterapia de Anna Freud como una terapia basada en la educación.

La investigación de la efectividad terapéutica, se ha distinguido del trabajo clínico con niños y su trayectoria es realmente reciente. Cuando revisamos la literatura debemos iniciar por mencionar a Levitt que en 1957 y 1963 identificó una gran cantidad de estudios de tratamientos en niños y adolescentes. Por ejemplo, en 1957 reseñó 18 estudios y en 1963 identificó 22 estudios adicionales. Sus conclusiones fueron que estas terapias no eran tan efectivas en el tiempo como otros procedimientos. Solamente en niños, encontró que 67 al 73% de ellos, no se les había ofrecido un tratamiento efectivo. Esas mismas conclusiones fueron encontradas por Eysenck en 1960 y 1966.

La necesidad de tener un tratamiento efectivo en niños y adolescentes está empañada por el rango de problemas y retos que representa esta población. Para tal propósito Kazdin y Weisz (2003) han identificado que las disfunciones en estas edades se pueden categorizar en tres dimensiones: social, emocional y problemas conductuales; problemas de conductas de riesgo; y delincuencia.

En la primera dimensión se incluye un amplio rango de dificultades con respecto a la salud mental y están incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV) y de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Muchos de los desordenes aquí enumerados pueden presentarse a lo largo de toda la vida de una persona y no son únicos de niños y adolescentes. El criterio diagnóstico para éstos desordenes son similares o idénticos a cualquiera edad. Las categorías de desórdenes mayores de la infancia, niñez y la adolescencia se pueden incluir en las siguientes categorías:

- Retardo Mental.
- Trastornos del aprendizaje.
- Trastornos de las Habilidades Motoras.

- Trastornos de la Comunicación.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo.
- Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.
- Trastornos de la alimentación en la infancia o la niñez.
- Trastornos por tics.
- Trastornos de la eliminación.
- Otros desórdenes de la infancia y la adolescencia.

Los problemas de la segunda dimensión, clasificados como conductas de riesgo se refieren a otras complicaciones que también requieren intervención terapéutica.

Durante la adolescencia, se incrementa el número de actividades que pueden considerarse como conductas de riesgo, como lo son: consumo de sustancias ilícitas, robo, suspensión escolar, vandalismo y sexo precoz sin protección. Se le han denominado como conductas de riesgo, porque ellas aumentan las condiciones psicosociales adversas y sociales en contra de la salud, por ejemplo, el abuso de alcohol esta asociada con las tres causas más frecuentes de mortalidad entre adolescentes: accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios. (Windler, Shope y Bukstein, 1996. En Kazdin y Weisz, 2003).

La tercera dimensión hace alusión a la delincuencia que incluye todas aquellas conductas de violación a la ley, como lo son: el robo, uso de drogas, vandalismo, entre otras. Algunos de estos actos son ilegales tanto para adultos como para adolescentes. Los actos de estos jóvenes delincuentes se traslapan con los desórdenes psiquiátricos y problemas conductuales y la distinción entre la delincuencia y un desorden mental no siempre es clara, sin embargo, los adolescentes identificados como delincuentes, a menudo tienen una alta probabilidad de ser diagnosticados con un trastorno psiquiátrico. Más de 50 a 80% de los jóvenes delincuentes, tienen al menos una probabilidad de padecer de un desorden mental.

En el contexto de la psicoterapia de adultos ésta es definida como una especial interacción entre dos o más individuos en el cual una persona (paciente o cliente) es atendida por un problema particular y en el cual otra persona, (el terapeuta) provee condiciones para aliviar el malestar y la falla en su funcionamiento diario (Garfield, 1980; Walrond – Skinner, 1986. En Kazdin y Weisz, 2003).

Por otro lado podemos definir psicoterapia de niños y adolescentes como cualquiera intervención diseñada para aliviar la tensión, reducir conductas mal adaptativas, o mejorar el funcionamiento adaptativo por medio de consejería o de una intervención estructurada y planificada (Weisz, Weiss, Han, Granger, y Morton, 1995. En Kazdin y Weisz, 2003).

La interacción esta diseñada para modificar los sentimientos, pensamientos actitudes o acciones de las personas que son vistas en el tratamiento. Típicamente hay condiciones definidas para la interacción entre terapeuta y paciente. El paciente usualmente describe sus dificultades en la vida y solicita ayuda, el terapeuta provee condiciones de apoyo, aceptación, interpretación, etc. que fortalezcan la relación entre ambos. Todo esta diseñado para producir cambio. Estas consideraciones deben ser modificadas cuando se trata de psicoterapia de niños y adolescentes. Por ejemplo, los niños por lo general no piden ayuda, pero si sus padres para ellos, en algunos casos el terapeuta puede trabajar directamente con los niños o con los padres.

La meta de toda psicoterapia es lograr un ajuste tanto el plano intrapersonal como interpersonal y reducir la conducta mal adaptada y algunos otros elementos psicológicos del paciente.

Los retos más importantes de la psicoterapia de niños son los siguientes:

- Identificar con claridad la disfunción
- Enfrentar la disfunción

- Enfocar el tratamiento en lo que es pertinente a la disfunción y no en aquello que es propio de su desarrollo.

En la mayoría de los casos los niños y adolescentes no solicitan tratamiento o identifican por ellos mismos sus síntomas y problemas. Los niños pequeños no tienen la perspectiva para poder identificar sus propios impedimentos psicológicos, los obstáculos para su funcionamiento diario y no consideran la posibilidad de ir a terapia como opción de ayuda. Además, por lo general, los niños en su identificación de los problemas difieren del punto de vista de sus padres.

La psicoterapia de niños debe instrumentarse de manera diferente, según el nivel de desarrollo en el cual se encuentran, no es lo mismo el tratamiento del niño pre-escolar por la dependencia que tiene de sus padres, su limitada capacidad de auto-observación y el pensamiento mágico que impera en ellos y afecta de manera significativa la construcción de una alianza terapéutica.

La psicoterapia de niños en etapa de latencia, como los incluidos en esta investigación, difieren de las psicoterapias dirigidas a un pre-escolar o la de un adolescente. Según Sophie Lovinger (1998):

“El repertorio normal de conductas cuasi patológicas, tales como el lloriqueo, la hipersensibilidad, la infelicidad generalizada, los tics, y otras, hacen difícil evaluar al niño en latencia. El estilo de comunicación balbuceante, las numerosas fantasías y el saltar de un nivel de desarrollo a otro sin previo aviso, es ajeno al comportamiento adulto. Nos encontramos con niños que exhiben una conducta abiertamente desafiante, superficial y poco cooperadora o niños demasiado complacientes que se la pasan casi todo el tiempo viviendo en sus fantasías y excluyendo al terapeuta. Ambos tipos de niños frecuentemente ignoran o niegan lo que el terapeuta puede decir o interpretar”.

La terapia tiene sus bases en la comprensión del dinamismo del desarrollo y la comprensión de la conducta de éstos niños. Así como ayudarlos a encontrar un

funcionamiento adecuado, tanto cognitivo, como afectivo y defensivo y esto último, es la guía que orientó este trabajo de intervención psicoterapéutica.

Aunque los niños en latencia pueden parecer agradables, bajo la superficie encontramos cierta cantidad de rabia, resentimientos, miedo y ansiedad. Cuando de niños con enfermedades malignas se trata, cuando han sido invadidos y manipulados en su integridad física, cuando han sido llevados hasta el límite entre la vida y la muerte, las características que apreciamos “normales”, en otros niños, en ellos se encuentran magnificadas. A diferencia de los niños en que las fantasías se pueden despertar fácilmente, los niños con enfermedades malignas, están mucho más orientados hacia la realidad y alertas por lo que le está sucediendo.

Una lista de problemas básicos al realizar trabajo psicoterapéutico con niños, y otra que incluye los principios básicos de la terapia con niños fue presentada por Lovinger (1998) en su libro *From initial therapeutic contact to termination*.

Problemas Básicos:

- a. Dado que el niño no viene a terapia por su propia voluntad y no establece el contacto inicial, no se tiene que someter a las reglas.
- b. Como el niño no tiene visión de largo plazo, la incomodidad, esfuerzo y ansiedad causados por el tratamiento pesan más que la idea de ganancias futuras.
- c. El niño actúa más que habla. La conducta domina la terapia.
- d. El niño se siente más amenazado por la terapia que los adultos y las defensas son más rígidas.
- e. Desde que todos los niños tienden a externalizar sus conflictos interiores en forma de batallas con el medio ambiente, buscan soluciones ambientales más que cambios internos.

Principios Básicos en la Terapia de Niños:

- a. Aceptar al niño en el nivel de desarrollo en que se encuentre.
- b. Diga la verdad.
- c. Manténgase alerta al nivel de sentimientos expresado por el niño.
- d. Mantenga un profundo respeto por el niño.
- e. El niño dirige y el terapeuta sigue. No se debe intentar dirigir las acciones o conversaciones del niño.
- f. El terapeuta debe seguir los pasos del niño. El terapeuta no acelera la terapia.
- g. El terapeuta establece límites realistas que favorecen el rapport.

6. El concepto de Calidad de Vida

En 1948 la OMS, definió como salud “el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Este concepto, si bien es cierto ha evolucionado, no es nuevo. Es el nombre nuevo a un antiguo concepto contenido en el de bienestar general. (Sala, V.,2000).

La Calidad de vida incluye un estado de salud funcional, la percepción de buena salud, satisfacción con la vida y la habilidad para competir. Tanto la percepción general de salud, como la vitalidad, el dolor, y la discapacidad pueden ser influenciadas por las experiencias personales y la expectativas de una persona.

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y las habilidades de competir, con limitaciones, pueden afectar la Calidad de Vida, dos personas con el mismo estado de salud, tienen diferente percepción personal de salud y satisfacción con la vida. (Velarde, E., 2001).

El problema al momento de definir el concepto radica en que la Calidad de Vida “es un macro concepto integrador de diferentes disciplinas que involucra elementos tan diversos y complejos como la satisfacción de los recursos propios y sociales, el ajuste con las creencias, las percepciones, las expectativas y los logros personales”. (Sala, V. 1998).

Flanagan J. en un artículo publicado en 1982 y que tituló *Quality of Life Scale*, enumera 15 componentes del concepto Calidad de Vida:

- Confort material
- Salud y seguridad personal
- Relaciones familiares
- Hijos/ nietos.
- Relación material
- Amistades
- Aprendizaje
- Comprensión de uno
- Trabajo
- Auto.expresión creativa
- Ayuda a los demás
- Participación en asuntos públicos
- Socialización
- Actividades de descanso
- Actividades recreativas.

Como apreciamos, para Flanagan son tan variados los elementos que se relacionan con la Calidad de Vida que podemos decir que estamos envueltos de manera cotidiana en actividades que generan en nosotros un sentido de bienestar general y que determinan nuestra percepción. Estos 15 elementos pueden guiar la investigación y modificar en alguna forma la manera como se orientan programas institucionales.

No es fácil comprender este concepto en todas sus dimensiones y un poco más difícil aún, su evaluación. Es necesario contar con un sustrato teórico que permita la comparación entre diferentes pacientes en distintas fases de sus tratamientos. La ausencia de un modelo teórico que provea de una base para la medición, la predicción, la explicación y la intervención fuera de límites empíricos, continúa siendo un impedimento en la investigación actual de la calidad de vida. Su definición conceptual y operacionalización se han convertido en una tarea muy difícil, dada la complejidad de su propia naturaleza, lo que condiciona que en las distintas investigaciones realizadas aparezca definida de forma ambigua y puede ser confundido con muchos otros términos, especialmente el de bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad.

Otro de los problemas al momento de definir Calidad de Vida, es la importancia dada a los indicadores subjetivos u objetivos o si deben identificarse o no los indicadores de evaluación social o individual. En los últimos años han sido criticados los estudios de calidad de vida basados en datos exclusivamente objetivos por brindar una información descriptiva y sesgada al no incorporar la dimensión subjetiva psicosocial.

Las tendencias actuales hacen énfasis en conceptualizar la calidad de vida como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida, y por tanto, dependen de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno. Los modelos contemporáneos actuales subrayan el papel de la satisfacción que surge del bienestar físico y psicológico, y que requieren mediciones subjetivas, no por ello menos acertadas o científicas (Eiser, Ch., 1995).

Para la psicología, la Calidad de Vida se convierte en un constructo básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria, o sea, que aunque valora los componentes del bienestar soportados sobre bases materiales, se centra en la percepción y estimación de estos factores materiales, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes

de la misma. Renunciar a uno de los dos polos o enfoques entorpecería la evolución teórica de este constructo y, por ende, el propio desarrollo científico de las investigaciones. (Abreu, María del C.y otros, 2005)

Para los efectos de esta investigación nos centraremos en el concepto de Calidad de Vida relacionado con la salud, más que a otros aspectos que podrían estar relacionados a ella; esto debido a la influencia que tienen los tratamientos médicos invasivos en los niños y niñas con enfermedad maligna.

6.1. Calidad de Vida y la Salud

Entendemos que la Calidad de Vida relacionada con la Salud es la concerniente al impacto de una enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario, el bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y procedimiento médico. Se relaciona además, al impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria. Por otro lado, la Doctora Laura A. Schwartzmann de la Facultad de Medicina de la Universidad de Uruguay, define este concepto como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. (Schwartzmann, L. 2000). Por esto, el concepto de Calidad de Vida relacionado con la Salud es una noción multidimensional.

6.2. Enfermedad Maligna y Calidad de Vida

McAnarney 1985, señala que el desarrollo psicosocial puede constituir un verdadero desafío para los niños afectados por una enfermedad maligna. La interferencia en el crecimiento y desarrollo pueden ocasionar trastornos de conducta, dependencia, aislamiento social, depresión y problemas en el apego al tratamiento. En algunos casos, las consecuencias pueden ser más graves que la enfermedad misma y están relacionados con el logro de tareas específicas y con la etapa del desarrollo en que se encuentran.

En los niños y niñas de 9 a 13 años, puede haber distorsión del concepto de sí mismos, alteración de la imagen corporal, temor al rechazo de los padres, miedo a la independencia y duda sobre su autoeficiencia. (McAnarney, ER., 1985).

En el caso de los adolescentes afectados por enfermedades malignas, y dado los cambios en la función social que los acompaña, pueden desarrollar sentimientos de pérdida de autoestima y ambivalencia. Korin D. (1992) citando a Rolland señala que en su modelo de familia – enfermedad, éste distingue tres dimensiones en la enfermedad crónica: a) dimensión psicosocial que se clasifica de acuerdo al inicio del padecimiento (agudo vs gradual), al curso de la enfermedad (progresivo, constante o recurrente), al resultado final (fatal, acortamiento de la vida y posible muerte súbita del paciente) y a la invalidez que produce (nula, moderada o intensa); b) relacionada con la fase de la enfermedad (crisis inicial, fase crónica, período terminal); c) la tercera dimensión está ligada al sistema familiar y la perspectiva de desarrollo del adolescente, que indican la necesidad de considerar al adolescente con enfermedad crónica como un grupo unitario sin importar las diferencias de los procesos fisiopatológicos subyacentes.

Tanto en niños como en adolescentes, su potencial de rehabilitación y el nivel final de recuperación están relacionados con la autoestima, por lo que es de suma importancia conocer la percepción de Calidad de Vida en este grupo de enfermos.

En Panamá, en un estudio realizado en el 2004, en el Instituto Oncológico Nacional por la psicóloga Lina Rivas, para evaluar la efectividad de una estrategia terapéutica, utilizó como una de sus variables la Calidad de Vida. Se estudiaron 30 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y fueron atendidas paralelamente al tratamiento médico. Encontró que la intervención psicoterapéutica es eficaz y necesaria en estas pacientes.

6.3. Calidad de Vida en Oncopediatría

El desarrollo alcanzado, por la ciencia en el diagnóstico y tratamientos de los cánceres en la infancia, es lo que ha condicionado un aumento de la sobrevida en los últimos 20 años. La literatura en los últimos tiempos hace énfasis en el impacto psicológico de esta enfermedad tanto en el paciente como en los familiares. Dadas las características limitantes e incapacitantes de este padecimiento y la amenaza explícita o no de la muerte, las frecuentes visitas al médico y la necesidad de hospitalización pueden generar en el paciente y su familia muchas vivencias negativas. (Abreu, M., Grau, J., Chacon, M., y Pire, T., 2000).

Algunos retos que impone la oncopediatría contemporánea están relacionados con la disponibilidad de métodos adecuados para la evaluación de la calidad de vida en estos enfermos. La calidad de vida en niños con cáncer implica dar solución a importantes problemas metodológicos relacionados con su evaluación en general, y en particular con la evaluación de la calidad de vida referida a la salud en pacientes con enfermedades malignas.

A pesar de numerosas definiciones que se han dado sobre este concepto, no hay un acuerdo acerca de si debe identificarse a través de indicadores subjetivos u objetivos, o si los indicadores de evaluación social o individual son los más importantes. La tendencia actual hace énfasis en conceptualizar la calidad de vida como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida y, por lo tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones que los niños hagan. Los modelos contemporáneos actuales subrayan el papel de la satisfacción que surge del bienestar físico y psicológico.

7. El Afrontamiento (*coping*):

Uno de los temas de mayor interés para la ciencia psicológica ha sido entender la adaptación de los seres humanos, esto adquiere gran relevancia cuando la persona se enfrenta a eventos o circunstancias inesperados o extraordinarias en su vida como es, recibir un diagnóstico de alguna enfermedad crónica o maligna. El término afrontar en un sentido común, indica aceptar o resolver, alguna situación difícil que preocupa a las personas.

El término afrontamiento se usa para explicar cómo los niños se adaptan a su enfermedad y tratamiento. Lazarus (1966) define el afrontamiento como un proceso que se activa cuando se percibe la amenaza, interviniendo entre la amenaza y los resultados observados y tiene como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza.

En términos teóricos, Lazarus y Folkman (1984), definen formalmente las estrategias de afrontamiento como: “los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas internas y/o externas que son evaluadas como impuestas o excedentes a los recursos de las personas”.

Estos mismo autores, señalan cuatro características del término afrontamiento:

- a. Es un proceso cognitivo, no un rasgo de personalidad, que tiene etapas: anticipación, impacto y post-impacto.
- b. Las respuestas de afrontamiento no son innatas, son siempre conductas y cogniciones que necesitan de un esfuerzo extra para combatir situaciones que son percibidas como nocivas.
- c. No puede ser evaluado sólo con resultados positivos. La teoría del afrontamiento aclara que afrontar es cualquier conducta emitida únicamente a favor de minimizar el estrés, no importando si los resultados son negativos o positivos. Se ha hecho una distinción entre los efectos de un tipo de “mal afrontamiento” y del “buen afrontamiento”, o bien lo que

Lazarus en 1980 identificó como adecuado o inadecuado, o lo que Lazarus y Folkman en 1984 reconocieron como el afrontamiento efectivo o ineficaz. Lo característico de mal afrontamiento es el hecho de que la gente enfrente su insatisfacción a través de vicios que incrementan su vulnerabilidad a las enfermedades o dañarse su componente fisiológico por efecto del estrés vivido; en el buen afrontamiento se encuentran todas aquellas conductas benéficas para la salud que conduzcan a una alta adherencia terapéutica.

La selección y efectividad de las técnicas de afrontamiento son influenciadas por dos factores:

“en el primero se incluyen los antecedentes y características personales, como: la edad, inteligencia, cognición, desarrollo emocional, filosofía de vida, religión, etc.; mientras que en la segunda se hace referencia a las características de la enfermedad física y el ambiente socio-cultural”. (Berger, Freeman y Sack, en 1990, citado en Holleb, 1990).

d. No siempre puede ejercer un dominio ambiental, no siempre es sujeto a control.

El afrontamiento tiene como función: la regulación de la emoción y/o decrementar el estrés; y el manejo del problema que está causando el estrés.

Para los efectos de nuestro trabajo de investigación, evaluamos las 18 estrategias de afrontamiento descritas por Frydenberg y Lewis (2000), en La Escala de Afrontamiento para Adolescentes y que puede ser usada con los niños y niñas de la edad de la muestra, según las instrucciones de la escala. A través de distintas intervenciones terapéuticas se pretende otorgar a los niños y niñas con enfermedad maligna, herramientas con las que puedan afrontar de forma activa y positiva los distintos procedimientos a los que son sometidos durante su tratamiento. Estas 18 estrategias están bien descritas en el capítulo III de este trabajo.

7. 1. Estrategias de Afrontamiento en niños y niñas con enfermedad maligna

No existe una sola forma de afrontamiento para hacer frente a las enfermedades malignas en niño y niñas. La adaptación debe ser considerada como un proceso dinámico y flexible que depende de las siguientes variables:

- a. Variables personales: dependen de la edad del niño, su nivel de desarrollo psico-evolutivo con la metas cognitivas, motoras y sociales que debe alcanzar en cada etapa y el grado de comprensión de la enfermedad, favorecido o no por la actitud ante la comunicación del diagnóstico.
- b. Variables propias de la enfermedad: tipo de cáncer, pronóstico y fase de la enfermedad, con etapas diferenciadas; diagnóstico, tratamiento, recaídas o recurrencias y desenlace.
- c. Variables ambientales: la adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, las características del funcionamiento familiar, la presencia de otros estresores, el apoyo social y económico y el medio socio cultural.

Los estudios realizados con niños y niñas con cáncer confirman que éstos, incluso los más pequeños, tienen conciencia de que su enfermedad reviste una gravedad especial, pero a la vez, observan que los adultos, en muchos casos, no quieren que ellos se enteren, lo que les lleva a disimular u ocultar lo que van captando, produciéndose un fenómeno denominado “pretensión mutua” o “conspiración del silencio”, por el cual se impide que los niños puedan comunicar sus temores, ocasionándoles sentimientos de soledad y aislamiento.

La creencia en esa necesidad de tener que aparentar “normalidad”, se incrementa conforme se produce el deterioro del menor, aumentando por una parte la ansiedad de los padres de decir algún inconveniente o “meter la pata”, haciendo la relación más tensa o difícil y provocando por otro lado, mayor aislamiento, ansiedad y desconfianza en el

niño. (Pedreira, J., Palanca, J., 2001). Esta actitud oculta sus emociones y lo que puede ser de mayor problema, es que esta respuesta le lleve a tomar una decisión negativa y abandonen la propuesta de tratamiento por contar con una inadecuada información o bien por el temor que genera la noticia o de que puede existir una influencia social o de la red familiar que induce a esta conducta de abandono.

8. Ansiedad

La ansiedad se presenta como un fenómeno universal humano y se habla de ella hace más de 5000 años. Con este término nos referimos a los sentimientos de tensión o aprehensión que pueden surgir como resultado de estar expuestos a altos niveles de estrés. Este último término, estrés, se refiere a “propiedades objetivas del estímulo de una situación; la amenaza alude a la percepción idiosincrásica que tenga el individuo de una situación particular como peligrosa física o psicológicamente” (Spielberger, 1972). De esta manera el estrés se refiere al conjunto de cambios que se observan en el organismo ante una sobre exigencia real del medio.

Por su parte, la ansiedad es “una reacción emocional evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante, sin importar si existe algún peligro presente”. (Reynolds C. y Richmond ,B. 1997). Así, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una situación amenazante, sea esta más o menos probable.

Siguiendo a Sandín y Chorot (1995), “la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión)”.

Este es un mecanismo adaptativo y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Sin embargo, la ansiedad se torna clínica en las siguientes situaciones:

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.
- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología; cogniciones, neurofisiología y respuesta motoras de defensa o ataque.

Una cantidad de ansiedad (normal) es necesaria para realizar ciertas tareas y para resolver problemas de un modo eficaz. Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad (visto como nivel de motivación) y rendimiento (desarrollo de una tarea, mecanismo de resolución de problemas).

Cuando hablamos de la relación entre ansiedad y rendimiento tenemos que reconocer que esta relación se da en forma de U invertida, según la Ley de Yerkes-Dodson (1908): “Un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano”.

La ansiedad clínica tiene varios conceptos relacionados como el miedo y las fobias. Se tratarían de reacciones equivalentes, pero en el primer caso se produciría ante una situación de amenaza real, mientras que en el segundo serían ante un peligro no real o sobredimensionado. En cualquier caso a nivel operacional, muchos autores identifican dichos conceptos como sinónimos (Sandín y Chorot, 1995).

8.1. Ansiedad: aspectos fisiológicos, cognitivo y motor

Hoy día conocemos muy bien como funciona la ansiedad a nivel fisiológico. Según nos dice Oblita (2006), sabemos que su activación está regulada por el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino. El Sistema nervioso autónomo es el primero en entrar en acción, una vez identificada cualquier amenaza, siendo capaz de responder a las exigencias del medio de un modo prácticamente automático e involuntario. Está formado por una división simpática y una parasimpática que, en general, actúan sobre los mismos órganos, aunque sus efectos son mayoritariamente contrapuestos. En general, el sistema simpático adrenal regula actividades relacionadas con el gasto de energía almacenada, produciendo estimulación sobre todos nuestros órganos y funciones, liberando energía para prepararnos para la lucha o huida. Es el responsable de la elevación de la frecuencia cardíaca (taquicardia), de la presión arterial, la dilatación de los bronquios, el aumento de la tensión muscular, entre otros efectos. Este sistema estimula a la médula de las glándulas suprarrenales liberando adrenalina al torrente sanguíneo. Esta hormona produce estimulación al llegar a todos los órganos, reforzando así el efecto del sistema simpático sobre el corazón, los pulmones o el hígado.

El parasimpático, tiene una función inversa, es decir, inhibe. De ese modo disminuye la frecuencia cardíaca, relaja los músculos en general y produce un estado de relajación. El sentido de bienestar de una persona se basa en que ambos sistemas están en equilibrio u homeostasis.

El Sistema Neuro Endocrino o hipotálamo-hipófiso-suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad, al igual que con las respuestas de estrés, postulándose un incremento de activación en el citado eje. Ellos postulan que:

“Los glucocorticoides (cortisol) secretados por el sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal unidas a las del SNS de adrenalina y noradrenalina y a las del sistema hipófiso-tiroideo (tiroxina, etc.) conforman el patrón de respuesta totalitario que implica a prácticamente cualquier sistema

neuroendocrino del organismo. Mason (1968) defiende que la respuesta neuroendocrina del organismo implica prácticamente a cualquier hormona". (Piqueras, Martínez, Ramos y otros, 2006),

Además, otras sustancias de tipo hormonal como las prostaglandinas o los neuropéptidos (endorfinas, encefalinas, etc.) también pueden alterarse por el estrés.

A pesar que el incremento de la activación del sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal parece más relacionado con los estresores crónicos, también se ha relacionado con los estresores agudos tradicionalmente más vinculados a la ansiedad (Sandín, 2001). Por tanto, los sistemas hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y médulo-suprarrenal se activan significativamente durante las respuestas de estrés y ansiedad.

Además de las respuestas fisiológicas, otros factores psicológicos asociados a la ansiedad son las respuestas cognitivas y conductuales. El modelo cognitivo-conductual del papel de los factores psicológicos en el curso de las enfermedades físicas se basa en la combinación de dos modelos: a) el modelo conductual, que destaca la influencia de la conducta misma en la salud-enfermedad (Ribes, 1990) y b) el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986).

Siguiendo a Lazarus y Faulkman (1986), el efecto de cualquier situación estresante (operación, problema médico, etc.) va a depender de tres procesos cognitivos: la evaluación primaria (sería el primer mediador psicológico del estrés y daría lugar a evoluciones del tipo amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio); la evaluación secundaria (correspondiente a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación y que sería determinante para la respuesta de estrés, porque dependerá de que el individuo se sienta desafiado, asustado u optimista que la emoción sea de ira, miedo o placer) y; re-evaluación (procesos que acontecen cuando se ha puesto en marcha alguna de las soluciones a los problemas presentados).

Las respuestas motoras son conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar: escape que pueden derivar en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, entre otras.

CAPITULO II
LA PSICOONCOLOGÍA Y LAS ENFERMEDADES MALIGNAS EN
NIÑOS Y NIÑAS

*“¿No sabes que la fuente de todas
las miserias, para el hombre, no
es la muerte si no el miedo a la
muerte?”.*

Epicteto

1. LA PSICOONCOLOGÍA

El interés por los aspectos psicológicos de la enfermedad del cáncer es relativamente reciente, y los factores que contribuyeron a su desarrollo son: en primer lugar, se dieron cambio en la forma de ver el cáncer, ya que dejó de percibirse como una enfermedad invariablemente mortal. El diagnóstico de cáncer fue revelado más frecuentemente al mejorar el pronóstico y aumentar el optimismo en la población. En segundo lugar, se efectuó un esfuerzo para brindar un cuidado más humano y espiritual a los pacientes con cáncer terminal, y en tercer lugar, se empezó a reconocer que determinadas variables psicológicas y del estilo de vida de las personas constituían factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer.

Por lo tanto la comunidad científica comenzó a reconocer que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que esta se desenvuelve e influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, a la vez que en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud.

Las variables psicológicas influyen siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

1.1. Definición y objetivos de la Psicooncología

El cáncer siempre ha ido acompañada de secuelas psicológicas, más o menos identificadas por la comunidad científica. Sin embargo, no es hasta 1992 que se desarrolló el término psico-oncología y a pesar de esto, la Psico-oncología ha llegado a ser consustancial a la oncología. El psicólogo formado en oncología e integrado en un

equipo multidisciplinario oncológico, debe ocupar dentro de este grupo las tareas de soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz. El especialista en psicooncología se ocupa de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y conductuales asociados al cáncer desde dos perspectivas: por un lado se podría denominar el aspecto psicosocial que corresponde a las respuestas psicológicas de los pacientes y de sus familiares en las diferentes fases de la enfermedad y, del otro, como el aspecto psico-biológico que comprende al conjunto de factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la respuesta inmunológica y de alguna forma sobre la morbilidad y mortalidad que hacen que determinados estilo de vida, hábitos, creencias y conductas puedan afectar la evolución de la enfermedad.

Podemos definir la Psicooncología como una sub-especialidad de la oncología que tiene los siguientes objetivos fundamentales:

- a. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer.
- b. La prevención secundaria: mediante la detección e intervención en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer.
- c. La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión. El objetivo último es mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

d. La investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamentales para propiciar su desarrollo y crecimiento. (Piqueras, J., García, L., Linares V., y otros, 2006).

2. PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Una mención especial podemos hacer en la psicooncología cuando hablamos de niños, ya que un pujante campo se abre cada día más y se le conoce como psicooncología pediátrica. Esta zona de sub especialidad intenta manejar todos los aspectos que rodean el proceso de la enfermedad, entre estos la hospitalización, ya que los niños por su edad se constituyen en una población altamente vulnerable y que requieren una atención especializada. A los niños, la separación de sus padres por efectos del tratamiento, constituye en la mayoría de los casos una situación de mucho estrés. Aunque la intensidad de las respuestas infantiles disminuye con la edad, el menor en edad escolar de 3 a 6 puede llegar a manifestar reacciones extremas en el momento de la separación de personas significativas. Este panorama es complejo ya que las reacciones de los niños dependen de las reacciones de sus padres, que suelen ser atribuidas a la calidad de esta relación y de las reacciones específicas en la interacción de sus padres con sus hijos ante cualquier situación.

En un estudio realizado en 1997 en el hospital universitario de Cartagena, por Sandoval G., De Diego y Fernández J. se observó que el 25% de los menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada, siete días más tarde, mostró, que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%.

La afectación emocional de los niños con cáncer, como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a partir de que ella se prolonga. Así, la psicooncología pediátrica señala que la hospitalización puede causar reacciones

inmediatas, es decir, en el mismo momento de separación (gritos, llantos, negación) o después de ésta, con conductas como regresión, rechazo hacia los padres, etc. (Priego y otros, Hernández, Soto y Soria, 1990).

Es importante considerar además, que quien se forma como especialista en la psicooncología debe adquirir los conocimientos básicos en oncología pediátrica, manejo del dolor, complicaciones producidas por los tratamientos oncológicos, las perspectivas teóricas y de investigación de las estrategias de afrontamiento, neuropsicología, sobre la crisis familiar y el proceso de adaptación de los hermanos, el duelo que produce la pérdida de la salud, y en ocasiones de la vida, ya que deberá conocer los principios de manejo del duelo como parte de los cuidados paliativos.

Al trabajar como apoyo del oncólogo debe conocer cada una de las condiciones y etapas de los padecimientos, de forma tal, que pueda disminuir la ansiedad del niño y de los padres ante las crisis que produce la noticia del diagnóstico y, posteriormente favorecer la adherencia al tratamiento con las técnicas psicológicas que son de mayor efectividad.

En Panamá este es un campo insipiente y el psicólogo esta dando sus primeros pasos e intentando poco a poco formar parte de los distintos grupos multidisciplinarios encargados de la atención y el tratamiento de los niños y niñas con cáncer. Además pretende incorporarse en las distintas ramas de la psicooncología, como es el caso de las unidades de cuidados paliativos pediátricos, la intervención terapéutica y la rehabilitación, interviniendo en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, enfermeras, auxiliares) en todas las diferentes fases de la enfermedad como el diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión con el objetivo de mantener o recuperar la calidad de vida que esta siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

3. ENFERMEDADES MALIGNAS

A continuación presentamos las enfermedades malignas más frecuentes en niños. Los datos estadísticos aquí presentados de incidencia y sobrevida fueron obtenidos por la autora mediante entrevista con los médicos especialistas (hematólogos y oncólogos), que atienden a estos niños en la ciudad de Panamá, a nivel público como privado. Los datos corresponden a información del último semestre del año 2004, el año 2005 y al primer semestre del año 2006.

3.1. Leucemias

Leucemia es el término que abarca varios tipos de cáncer del sistema hematopoyético (cáncer de la sangre). Las leucemias, según su cuadro clínico se dividen en agudas y crónicas, a su vez, la leucemia aguda se divide en dos tipos: a) leucemia linfocítica o linfoblástica aguda, llamada también LLA. Este tipo de cáncer generalmente empeora rápidamente si no se administra tratamiento. Es el tipo de cáncer más común en los niños, y b) leucemia mielógena, también conocida como mieloide, mielocítica o linfocítica aguda. En la leucemia, células malignas remplazan la médula ósea normal, originando anemia, disminución de las plaquetas y disminución de los glóbulos blancos. En general, la médula ósea produce células madre (células inmaduras) que se convierten en glóbulos maduros. Existen 3 tipos de glóbulos maduros:

- a. Glóbulos rojos que transportan oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.
- b. Glóbulos blancos para defensa contra infecciones y enfermedades.
- c. Plaquetas que ayudan a prevenir hemorragias mediante la formación de coágulos de sangre.

Las células se clasifican según su apariencia en el microscopio; para ver estas células las mismas son tratadas con una tinción especial que cambia el color de las diferentes partes de las células, la mayoría requiere un tinte citoquímico especial para ayudar a identificar ciertas características dentro de la células leucémicas. A menudo son necesarias pruebas más complejas para decidir el tipo de leucemias que tiene el niño y

esto es importante, porque los diferentes tipos tienen pronósticos diferentes y se tratan de formas diferentes.

En la LLA, un número demasiado alto de células madre se convierte en un tipo de glóbulo blanco llamado linfocitos. Estos linfocitos se denominan también linfoblastos o células leucémicas. Son tres los tipos de linfocitos:

- a. Linfocitos B que producen anticuerpos para ayudar a controlar infecciones.
- b. Linfocitos T que ayudan a los linfocitos B a generar los anticuerpos que controlan infecciones.
- c. Células agresoras naturales que atacan las células cancerosas o a los virus.

Los linfocitos en la LLA no controlan infecciones demasiado bien. Asimismo, a medida que aumenta la cantidad de linfocitos en la sangre y la médula ósea, disminuye la capacidad para glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas sanas. Esto puede resultar en infección, anemia y hemorragia fácil.

3.2. Linfomas

Es un término que abarca una variedad de cánceres del sistema linfático, una red de nódulos, órganos (tales como el bazo, el timo y las amígdalas) y vasos sanguíneos que ayudan a formar el sistema inmunológico.

Los linfomas se desarrollan en algún lugar del sistema linfático. Algunas veces pueden sentirse o verse debajo de la piel. Los linfomas también pueden aparecer más internamente dentro del cuerpo, a veces dentro de un órgano (comúnmente en el intestino, la médula ósea, el cerebro o el hígado). Se pueden presentar muchos síntomas tales como, agrandamiento del bazo, obstrucciones en hígado, dolores en el recto, ritmo

cardiaco irregular, problemas digestivos y sangrado interno. Con mucha frecuencia el linfoma causa fiebre, pérdida de peso inexplicable y sudores nocturnos.

El linfoma de cerebro, llamado linfoma primario del sistema nervioso central puede causar muchos síntomas como problemas de concentración, parálisis que afecta un lado del cuerpo, pérdida del habla o la capacidad para entender el lenguaje, confusión, pérdida repentina de la memoria y manía.

Según sus tipos de células los linfomas pueden agruparse en dos categorías: la enfermedad de Hodgkin (EH) y el linfoma de No Hodgkin (LNH). La mayor diferencia entre ellos es el tipo de células que afectan. En términos generales podemos decir que el EH es más fácil de tratar en sus primeras etapas, cuando el cáncer aun no se ha propagado mas allá del sistema linfático. El linfoma más difícil de tratar es el que se propaga a la médula ósea o el que se desarrolla en el cerebro.

El linfoma más común es la enfermedad de Hodgkin. Todos los demás tipos de linfomas se denominan linfomas no Hodgkin. Estos últimos no ocurren con tanta frecuencia. Como ocurre con la mayoría de los cánceres, no se conoce la causa de los linfomas no Hodgkin. Sin embargo, existen estudios que sugieren que la causa es viral. (AIDS MEDS, 2006)

3.3. Tumores Cerebrales

Es una masa dentro del cerebro y cuyo origen esta en el crecimiento descontrolado de células derivadas, bien de componentes propiamente cerebrales, o bien provenientes de células tumorales localizadas en otras zonas del organismo (metástasis).

El tumor intracraneal como todo aquel proceso expansivo neofornativo que tiene origen en alguna de las estructuras que contiene la cavidad craneal como el parénquima encefálico, meninges, vasos sanguíneos, nervios craneales, glándulas, etc.

Se trata de una masa anormal de nueva aparición que crece y tiene origen en las estructuras anteriormente mencionadas. Se puede deducir que un tumor puede causarle daño al cerebro de dos maneras: ya sea invadiendo tejidos vecinos (tumor maligno) o, presionando otras áreas del cerebro debido a su propio crecimiento. Los síntomas de estos tumores aparecen cuando el tejido cerebral ha sido destruido o cuando aumenta la presión en el cerebro. (Ondasalud. com, 2006.)

Cada año aproximadamente se reportan de 17 a 24 casos nuevos. Como grupo los tumores cerebrales ocupan el tercer lugar en incidencia de patología en el Hospital del Niño. La sobrevivida en el Hospital del Niño es del 40% de todos los casos diagnosticados en los últimos 5 años.

3.4. Tumor de Wilms

También conocido como nefroblastoma, es un tumor maligno del riñón, porque células muy primitivas (blastema metanéfricos) que debieron dar origen a los tejidos normales del riñón, crecen sin control. A veces se pueden regar a otras partes del cuerpo. Casi siempre se presenta como una masa en niños pequeños con buen estado general, y es descubierto por los padres mientras lo bañan o cambian. En un cuarto de los casos se puede encontrar hipertensión atribuido a un aumento en la producción de renina.

El pronóstico del tumor de Wilms ha evolucionado de menos de 50% en los años 50 hasta una tasa de curación del 90% con los protocolos contemporáneos en países avanzados.

El pronóstico dependerá de la extensión del tumor y de ciertas características histológicas, como son la anaplasia focal y la neuroblastomatosis (es un precursor del tumor de Wilms) y se encuentra en un cuarto de los casos. Los investigadores favorecen la quimioterapia o radioterapia preoperatoria.

La incidencia del Tumor de Wilms es 4 a 5 casos por año en el Hospital del Niño. La sobrevida, cuando son estadios temprano, es de 80%, pero cuando son estadios avanzados es del 40%. Esto se ha cumplido así en los últimos 5 años.

3.5. Retinoblastoma

Es un tumor que se origina específicamente en la retina. El mismo es hereditario. Cuando el mismo se descubre en etapa temprana, en muchos casos se puede salvar la visión, además, de la vida. Si la momento de su diagnóstico ya está demasiado grande se tendría que sacrificar el ojo para salvar la vida del paciente.

Típicamente se presenta como leucocórea (ojo de gato o estrabismo). El compromiso bilateral, se relaciona con la forma hereditaria del mismo y usualmente es multifocal y suele diagnosticarse en niños más pequeños (la edad media de diagnóstico es de 8 meses), en comparación con el unilateral (la edad media de diagnóstico es de 25 meses). La enfermedad unilateral es casi siempre unifocal.

Cuando da metástasis lo hace a través del nervio óptico hacia el sistema nervioso central o bien hacia la cámara anterior o la orbita. En los casos de retinoblastoma bilateral debe descartarse un pinealoblastoma, condición que cuando aparece se conoce como retinoblastoma “trilateral”.

El pronóstico empeora en los casos de compromiso extraocular, y las posibilidades de curación son prácticamente nulas cuando hay compromiso del LCR.

Todos los años se diagnostica de 2 a 3 casos en el Hospital del Niño, de ello 1 casi siempre es bilateral. La sobrevida global de ellos es de 80%. En estadios avanzados, con compromiso del sistema nervioso central, la posibilidad de sobrevida es de menos del 10%.

3.6. Osteosarcoma

Es un tumor de células mesenquimales primitivas, multipotenciales productoras de osteoides. El 90% de los osteosarcomas ocurren en los huesos largos, típicamente en metáfisis, y el pico de incidencia coincide con el momento de máximo crecimiento somático, en la adolescencia, siendo más temprano en las mujeres que en los hombres. Las estadísticas actuales muestran una incidencia de 4 nuevos casos por cada menor de quince años.

El síntoma más frecuente es el dolor, que usualmente es insidioso y localizado en el área del tumor y puede asociarse a una fractura patológica. El segundo síntoma más común es el edema, también puede haber historia de un miembro que duele cuando se levanta peso. Los síntomas sistémicos como fiebre y pérdida de peso no son comunes. Los huesos más frecuentemente afectados son el fémur distal, la tibia proximal (alrededor de la rodilla, el húmero proximal). La enfermedad metastásica masiva puede verse en un 20% de los casos, implicando muy sombrío.

En cuanto al tratamiento, la cirugía siempre jugará un papel vital. Antes de que se desarrollara la cirugía de conservación de miembros, la única opción posible era la amputación. Hoy en día esta opción se reserva para aquellos casos en donde es imposible la resección del tumor primario. (Achú, M., 2005) .

La incidencia de esta enfermedad es de 2 casos por año y la sobrevida es de 20% en le Hospital del Niño.

3.7. Neuroblastoma

Este padecimiento se origina de células de la cresta neural del sistema nervioso central. Típicamente se presenta como una masa abdominal en niños, aún cuando es posible la presentación intra-torácico en los más pequeños. En un quinto de los casos la enfermedad esta localizada y existen además los casos de enfermedad extensamente diseminados. El neuroblastoma tiene una naturaleza propia que lo hace diferente a cualquier otro tumor. Hay una amplia gama de comportamientos desde aquel tumor que empieza a desaparecer solo tal como apareció, otros necesitan de quimioterapia, radioterapia, cirugía, aparte o combinada. Otros son tumores extremadamente agresivos que no responden a tratamiento.

Hay múltiples factores que influyen en la respuesta a tratamiento, empezando por la edad del paciente y la extensión del tumor, siendo de buen pronóstico los pacientes de menos de un año de edad. Hay características biológicas del tumor que se correlacionan con buenas respuestas.

Todos los años hay de 2 a 3 casos nuevos en el Hospital del Niño y la sobrevida es alta del 85 al 90%.

3.8. Rabdomyosarcoma

El rabdomyosarcoma es una enfermedad en la que empiezan a crecer células cancerosas (malignas) en el tejido muscular. El rabdomyosarcoma es un tipo de sarcoma, es decir, un cáncer del hueso, los tejidos blandos o los tejidos conectivos (por ejemplo, tendones o cartílagos). El rabdomyosarcoma comienza en los tejidos blandos en un tipo de músculo llamado músculo estriado. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo.

Se encuentran varios tipos de sarcomas en niños y en adultos jóvenes. Las células cancerosas deben observarse bajo un microscopio para determinar el tipo de sarcoma. El

rabdomiosarcoma es el tipo de sarcoma más común que se encuentra en los tejidos blandos de los niños.

Constituyen las dos terceras partes de los tumores de tejidos blandos y se derivan de células progenitoras de músculo estriado. La localización más frecuente es en cabeza y cuello (40%), seguido del tracto genitourinario (20%). En cuanto al tipo histológico, el tipo embrionario, incluyendo al botrioides, corresponde al 60% de los casos y predomina en la localización de la cabeza y cuello; el tipo alveolar ocurre en las extremidades y en el tronco y su incidencia se calcula en un 20%, el tipo indiferenciado ocurre en un 10%.

Se presentan 4 casos nuevos por año en el Hospital del Niño y la sobrevida es del 60%. Se hace la salvedad que la sobrevida de los pacientes oncológicos depende del estadio que se presenta al momento del ingreso, y la mayoría de estos casos llegan en estadios muy avanzados al Hospital del Niño.

4. DATOS ESTADÍSTICOS

A continuación presentamos un cuadro que resume desde el año 2000 hasta el 2004 el total de diagnósticos de enfermedades malignas que se presentaron en el Hospital del Niño.

AÑO	TOTAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES MALIGNAS
2000	26
2001	44
2002	72
2003	62
2004	55
2005	38

Fuente: Boletines Estadísticos del Hospital del Niño
Unidad de Quimioterapia del Hospital de Niño

5. REACCIONES EMOCIONALES DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDAD MALIGNA

El cáncer en la niñez produce estrés interna y externamente, porque altera la relación de estos con su medio ambiente. En el niño, las enfermedades malignas afectan su comportamiento tanto en la familia, como en la escuela y con sus amigos. La adaptación del niño a la enfermedad es complicada por las respuestas de afrontamiento de los adultos y de los niños que forman parte de su entorno.

Al igual que los padres la primera pregunta que se hace el niño es “¿porqué yo?”, la depresión y la ansiedad no son poco comunes. Greenberg y Meadows (1991) observaron que el 17% de pacientes infantiles oncológicos exhibían síntomas de algún trastorno del estado de animo y que el 30% experimentaba trastornos de angustia de separación y temor durante el curso de la enfermedad. Es conocido que los niños con cáncer experimentan ira, generalmente dirigida hacia sus padres, hermanos, amigos o personal de salud o manifiestan irritabilidad u otras alteraciones del comportamiento.

Entre los efectos secundarios del tratamiento, Die Trill (1989) menciona:

- a. Angustia y dolor asociado a pruebas medicas invasivas.
- b. Alopecia y la vergüenza que esta produce ante los demás.
- c. Cambios en la imagen corporal debido a las alteraciones de peso, erupciones, cicatrices y perdida de órganos y extremidades.
- d. Nausea y vómitos producido por la quimioterapia.
- e. Mayor aislamiento del niño por la susceptibilidad a las infecciones.
- f. Fatiga que produce reducciones en los niveles de actividad y motivación.
- g. Cambios en el afecto: ataques de cólera, irritabilidad por la enfermedad o por el tratamiento.
- h. Dolor que puede ser aumentado por la depresión y por los niveles de ansiedad.
- i. Trastornos mentales orgánicos (delirium).
- j. Efectos a largo plazo del tratamiento como deterioro cognitivo, infertilidad, etc.

Como consecuencia de su experiencia con la enfermedad el niño o la niña puede mostrar las siguientes conductas: falta de cooperación con una prueba médica o tratamiento, comportamiento regresivo y fobia escolar. Muchos niños sufren de cambios de humor; pueden experimentar un sentimiento de pérdida de control resultando un acting out o retraimiento.

Por otro lado, las percepciones del niño o niña sobre la vida pueden diferir enormemente de las de sus compañeros lo que hace necesario una mayor comprensión sobre la etapa de desarrollo, así como también, de las necesidades especiales de estos infantes.

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Ansiedad:** estado emocional persistente en el tiempo y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades y se asocia a preocupación excesiva, se caracteriza por: nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, temblores, cefaleas, sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de la boca, mareos, hiperventilación. La ansiedad provocada por una enfermedad crónica determina la aparición de un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.
- **Benigno:** término que describe los tumores no cancerosos, que tienden a crecer en forma lenta y no se propagan.
- **Biopsia:** obtención de una muestra de tejido que luego se examina con microscopio.
- **Blastos:** células sanguíneas inmaduras.

- **Calidad de Vida:** involucra el grado en el cual las satisfacciones individuales están incorporadas al pensamiento y percepciones de los sujetos.
- **Cáncer:** grupo de enfermedades que en todas sus formas provocan el crecimiento y el cambio incontrolado de células del cuerpo. La mayoría de los tipos de cáncer forman una masa o bulto que se denomina tumor el cual puede invadir y destruir tejidos sanos.
- **Disnea:** dificultad o dolor al respirar.
- **Displasia:** anomalía en el desarrollo de los tejidos.
- **Enfermedades crónicas:** son aquellas que presentan una invalidez permanente o residual, una alteración patológica irreversible, o aquella que requiere períodos de supervisión, observación, atención y rehabilitación prolongados.
- **Enfermedad Maligna:** se define como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo”. De acuerdo con otra definición, se trata de un “proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible”.
- **Estrategia de Afrontamiento:** son las respuestas de los organismos ante el estrés y que representan estilos y estrategias individuales. Se conoce en inglés como “coping”. Las estrategias de afrontamiento son conductas ante diversas demandas de sus experiencias vitales y/o más o menos cotidianas

- **Intervención Psicoterapéutica:** tratamiento para los problemas de naturaleza emocional donde una persona debidamente entrenada establece una relación profesional con un o unos pacientes con la finalidad de intervenir en los patrones perturbados de conducta o de restablecer un equilibrio psíquico perdido. Puede ser individual o grupal. Cuando se focaliza en un tema, se establece límite de tiempo y se declaran explícitamente los objetivos se le clasifica como: psicoterapia breve.
- **Leucemia:** corresponden a la proliferación clonal descontrolada de células hematopoyéticas en la médula ósea. Es la más común de las enfermedades malignas pediátricas.
- **Linfoma:** corresponden a la infiltración por células neoplásicas del tejido linfoide.
- **Maligno:** termino utilizado para describir aquellos tumores cancerosos que tiende a crecer con rapidez, pueden invadir y destruir los tejidos normales cercanos y se pueden propagar.
- **Médico Oncólogo:** especialista en el diagnóstico y tratamiento del cáncer mediante la quimioterapia y otras formas de medicación.
- **Metástasis:** propagación de células tumorales hacia otras zonas del cuerpo.
- **Neuroblastoma:** este cáncer se caracteriza por tumores que parten de la glándula adrenal, pecho y abdomen. Es altamente maligno y se expande rápidamente.
- **Patologías Incorporadas:** quedan incluidas las enfermedades y lo sinónimos que las designen en la terminología médica habitual: cáncer.

- **Pronóstico:** predicción de la evolución de una enfermedad; perspectiva de cura de un paciente.
- **Quimioterapia:** el uso de drogas para eliminar células cancerosas, prevenir su reproducción o enlentecer su crecimiento.
- **Radioterapia:** tratamiento con rayos de alta energía que se utiliza para matar o reducir las células cancerosas. La radiación puede provenir del exterior del cuerpo (radiación externa) o de los materiales radioactivos colocados directamente en el tumor (radiación interna o con implante).
- **Recaída del Tumor:** reaparición de éste en cualquier sitio luego de un período en que se había recobrado la salud.
- **Remisión:** desaparición parcial o total de los signos y síntomas del cáncer producto de un tratamiento. Período durante el cual la enfermedad se encuentra bajo control. La remisión puede no ser la cura de la enfermedad.
- **Resonancia magnética nuclear (RMN):** procedimiento de diagnostico que utiliza una combinación de imágenes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y de las estructuras internas del cuerpo.
- **Retinoblastoma:** cáncer en el ojo. A menudo presente desde el nacimiento y en 40% de los casos es hereditario.
- **Sistema inmunológico:** sistema conformado por líquidos linfáticos, ganglios linfáticos, el sistema linfático y glóbulos blancos. Su función consiste en proteger al cuerpo de infecciones y enfermedades.

- **Terapia adyuvante:** tratamiento utilizado como complemento del tratamiento principal. Se refiere a la terapia hormonal, la quimioterapia, la radioterapia o la inmunoterapia que se desarrolla luego de la cirugía para aumentar la probabilidad de cura de una enfermedad o para minimizar los síntomas.
- **Terapia alternativa:** utilización de una terapia no probada en lugar de una terapia estándar (probada).
- **Tomografía computarizada (CAT):** procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de rayos X y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo y mucho mejor que las radiografías comunes.
- **Transplante de Médula Ósea:** consiste en tomar células que se encuentran en la médula ósea (células madres), filtrarlas y devolvérselas al paciente. Por este método se llevan células sanas de la médula ósea a una persona después de eliminar la médula ósea enferma.
- **Tumor:** masa o bulto anormal de tejidos los cuales pueden ser benignos o malignos.
- **Tumores sólidos:** corresponden a la presencia de una masa sólida formada por células neoplásicas, ubicada en cualquier sitio anatómico.
- **Tumor de Wilms:** es un cáncer del riñón. Tiene una gran incidencia en niños de dos a tres años.

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

*“Vivir es nacer en cada
instante”*
Erich Fromm

1. METODOLOGÍA

Una vez concluida la revisión de los aspectos conceptuales y teóricos que sustentan esta investigación, en esta sección presentaremos los siguientes aspectos metodológicos: planteamos el problema de investigación, puntualizamos nuestros objetivos, establecemos el tipo de estudio, definimos las variables, formulamos las hipótesis de investigación, definimos nuestra muestra, escogemos el nivel de significancia con que realizaremos nuestras pruebas de hipótesis, definimos nuestros instrumentos y además, describiremos nuestro procedimiento de recolección de los datos.

1.1. El Problema

Las enfermedades malignas, como el cáncer y la leucemia, independientemente del área del cuerpo que afecte impacta sobre el psiquismo, lo agota y lo amenaza con gastar todos sus recursos psicológicos. Tanto al sujeto, como a su familia le hace enfrentar la muerte. En el caso de los niños, niñas y de los adolescentes parecen ser estas situaciones más dramáticas. Ellos están tan indefensos, carecen de independencia y muchas veces no llegan a entender el verdadero significado de su enfermedad. Asisten al tratamiento orientados por el amor de sus padres.

Las enfermedades, aunque un proceso humano esperado, todos en nuestra sociedad las tratamos de evitar y en ellas no necesariamente se cumple aforismo médico que dice: que las medicinas deben actuar rápido y sin dolor. Muchas veces estos niños, niñas y adolescentes se sienten peor de como llegaron al hospital; además ven sorprendidos el deterioro físico que las mismas producen.

¿Cómo afecta la percepción de calidad de vida, los mecanismos de afrontamiento y los niveles de ansiedad a los sujetos que padecen Enfermedades Malignas?

¿Cómo influyen estas condiciones o enfermedades en el logro de una buena calidad de vida, en los mecanismos de afrontamiento y en el manejo de la ansiedad?

Estas son las preguntas que orientan esta investigación e iniciamos convencidos de que una intervención psicoterapéutica bien orientada y con base en las necesidades de estos niños y niñas, será de utilidad para mejorar la percepción de calidad de vida y por lo tanto, mejorar sus estrategias de afrontamiento y reducir sus niveles de ansiedad ante la enfermedad que les aqueja.

1.2. Justificación

Cómo enfrentan los pacientes el diagnóstico de una enfermedad maligna? Muchas investigaciones nos relatan que estos pacientes presentan dificultades en expresar sus sentimientos hostiles (LeShan, 1993); desarrollan una pobre imagen corporal asociada a una baja autoestima y depresión (Hesse- Biber y otros, 1987; Noles, Cash y Winstead, 1985; Silberstein, Striegel – Moore, 1988); altos niveles de ansiedad y pánico (Kazak et. al., 1997); inhibiciones conductuales, miedos a realizar cosas nuevas (Stehbens, et. al., 1983); baja expresión emocional, problemas conductuales, estrés postraumáticos (Stuber, Nader et. al., 1991); frustraciones relacionados con su desempeño escolar (Kazak, Christakis, Alderfer y Coiro, 1994); pérdida de la independencia, dificultades en su habilidad para atraer al sexo opuesto, especialmente durante la adolescencia y preocupaciones acerca del futuro (Stevens y Dunsmore, 1996).

Existen numerosos factores que pueden predecir mejor el ajuste psicológico para manejar emocionalmente las enfermedades crónicas. Como se ha mencionado frecuentemente en la literatura, entre menos estos pacientes crean que su apariencia física es afectada por su enfermedad, mejor será su ajuste y afrontamiento a la misma (Pendley et. al., 1991). Por otro lado, el tener altos niveles de apoyo de la familia, de sus compañeros, de la escuela y del hospital predice un mejor ajuste (Kazak, 1994; Varni et.al., 1994).

El entrenamiento en destrezas sociales ha demostrado apoyar este ajuste y afrontamiento. “El entrenamiento en habilidades sociales se hipotetiza como facilitadora de la adaptación mediante la enseñanza al niño de un conjunto de destrezas que son particularmente relevantes con la enfermedad y su tratamiento” (Varni, Katz, Colegrove y Dolgin, 1993).

Otros factores que adicionalmente se han relacionado con un ajuste positivo son el uso de estrategias de afrontamiento saludables; la ausencia de dificultades de aprendizaje, la ausencia de limitaciones funcionales y físicas y el hecho de no venir de un hogar mono-parental (Kasak, 1994; Kasak, Christakis, Alderfer y Coiro, 1994; Mulhern et. al., 1989).

La ansiedad como mecanismo de alarma del organismo se activa inmediatamente cuando el joven y su familia tienen que enfrentar el diagnóstico. El dolor y la ansiedad van de la mano a cada momento durante el tratamiento y en algunas ocasiones estas emociones dominan su psiquismo y pueden llegar a paralizarlo. Además en muchos casos la separación de los padres se constituye en una experiencia que se denomina ansiedad de separación. Muchos de estos jóvenes, especialmente cuando están hospitalizados por periodos prolongados, pierden contactos con sus progenitores y familiares sumiéndose en cuadros depresivos.

Desde hace mucho tiempo, es conocido por la psicología, como la ansiedad puede alterar la vida mental y a la vez alterar la fisiología normal del organismo, por lo tanto, muchos de los tratamientos se obstaculizan por los altos niveles de ansiedad que se presentan en estos casos o por otro lado, desarrollando reacciones severas psicósomáticas que pueden confundir al médico y al equipo de salud que lo está tratando. Muchas personas describen el tratamiento como un “soporte seguro o como un paraguas” y muchas familias piensan que el tratamiento le da una protección mágica al paciente, pero cuando este recae o se presenta una crisis la familia se siente

vulnerable y desamparada. Por lo tanto, sobrevivir algunas de estas experiencias o enfermedades crónicas requiere el fortalecimiento de la esperanza y el manejo del miedo que constantemente les amenaza.

Por todo lo anteriormente expuesto en esta sección, el diseño de una intervención psicoterapéutica debe considerar por un lado los aspectos individuales de cada joven, el estado general de salud, su percepción de calidad de vida, sus estrategias mentales de afrontamiento, los niveles de ansiedad y toda la dinámica familiar que se genera a partir del diagnóstico.

Una intervención psicoterapéutica para que resulte efectiva debe considerar los típicos mecanismos de defensa como la negación, el desplazamiento, la identificación y la dependencia (Holland, 1990). Además, tenemos que tomar en consideración en el diseño de intervención terapéutica que el predominio y el grado de estructuración de los mecanismos de defensa están determinados por el grado de fortaleza y de organización psíquica, es decir, de cuán completo y flexible se ha estructurado el ego en el desarrollo de la personalidad.

1.3. Planteamiento del problema

¿El grupo de niños y niñas de 9 a 13 años diagnosticados con Enfermedades Malignas sometidos a tratamientos médicos, que participen en el Programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto, reportarán mejoría en su percepción de calidad de vida, sus mecanismos de afrontamiento y en el manejo de la ansiedad?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivos Generales

- Identificar el grado de impacto que tiene sobre la percepción de calidad de vida, las estrategias de afrontamiento y la ansiedad, el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad maligna en un grupo de niños y niñas de 9 a 13 años.
- Reconocer la efectividad del programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto aplicado a un grupo de niños de 9 a 13 años con un diagnóstico de enfermedad maligna.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la percepción de calidad de vida, las estrategias de afrontamiento y la ansiedad de niños y niñas con un diagnóstico de enfermedad maligna.
- Elaborar una historia clínica y el diagnóstico multiaxial de cada uno de los niños y niñas que participen de este estudio y que padezcan de una enfermedad maligna.
- Mejorar la percepción de calidad de vida, de un grupo de niños de 9 a 13 años diagnosticados con enfermedades malignas mediante la aplicación de un programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto.
- Perfeccionar las estrategias de afrontamiento de un grupo de niños de 9 a 13 años diagnosticados con enfermedades malignas

mediante la aplicación de un programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto.

- Disminuir los niveles de ansiedad de un grupo de niños de 9 a 13 años diagnosticados con enfermedades malignas mediante la aplicación de un programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto.
- Evaluar la efectividad del programa de Intervención Psicoterapéutica.

1.5. Hipótesis conceptual

El grupo de niños y niñas de 9 a 13 años diagnosticados con Enfermedades Malignas, sometidos a tratamientos médicos por esta condición, que participen en el Programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto, reportarán mejoría significativa en su percepción de calidad de vida (Escala Total y Escala Psicosocial), sus mecanismos de afrontamiento(As, Rp, Es, Pr, Ai, Pe, Hi, Na, Rt, So,Ip, Cu, Re, Ae, Po, Ap, Dr, Fi) y en el manejo de la ansiedad(Total y Preocupación Social/Concentración).

1.6. Hipótesis Estadísticas

1.6.1. En relación a la Percepción de Calidad de Vida

Pre test del Grupo Experimental y Pre test del Grupo Control

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Escala Total de la variable Percepción de Calidad de Vida.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Escala Total de la variable Percepción de Calidad de Vida.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Escala Psicosocial de la variable Percepción de Calidad de Vida.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la variable Escala Psicosocial del Cuestionario de Percepción de Calidad de Vida.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

Pre test y post test del grupo experimental

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para el factor Escala Total de la variable Percepción de Calidad de Vida.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para el factor Escala Total de la variable Percepción de Calidad de Vida.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la factor Escala Psicosocial de la variable Percepción de Calidad de Vida.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la variable Escala Psicosocial del Cuestionario de Percepción de Calidad de Vida.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 < X_2$

Pre test y post test del grupo control

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Escala Total de la variable Percepción de Calidad de Vida.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Escala Total de la variable Percepción de Calidad de Vida.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la factor Escala Psicosocial de la variable Percepción de Calidad de Vida.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la variable Escala Psicosocial del Cuestionario de Percepción de Calidad de Vida.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

1.6.2. En relación a las Estrategias de Afrontamiento

Pre test del Grupo Experimental y Control

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor As de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la factor As de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Rp de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Rp de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Es de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Es de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Pr de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Pr de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ai de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ai de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Pe de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Pe de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor H_i de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor H_i de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor N_a de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor N_a de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor R_t de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor R_t de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor S_o de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor So de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ip de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ip de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la factor Cu de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la factor Cu de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Re de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Re de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ae de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ae de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Po de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Po de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ap de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Ap de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Dr de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Dr de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Fi de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la factor Fi de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

Pre test y Post test del Grupo Experimental

H₀: Los puntajes del factor As de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor As de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: X₁ ≥ X₂

H_i: X₁ < X₂

H₀: Los puntajes del factor Rp de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Rp de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes del factor Es de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Es de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes del factor Pr de la Escala de Afrontamiento serán iguales o menores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Pr de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \leq X_2$

H_i: $X_1 > X_2$

H₀: Los puntajes del factor Ai de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Ai de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes del factor Pe de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Pe de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes medias del factor Hi de la Escala de Afrontamiento será igual o mayor antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Hi de la Escala de Afrontamiento será mayor después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes del factor Na de la Escala de Afrontamiento serán iguales o menores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Na de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \leq X_2$

H_i: $X_1 > X_2$

H₀: Los puntajes del factor Rt de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: del factor Rt de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \leq X_2$

H_i: $X_1 > X_2$

H₀: Los puntajes del factor Ip de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Ip de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \leq X_2$

H_i: $X_1 > X_2$

H₀: Los puntajes del factor Cu de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Cu de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes del factor Re de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Re de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \leq X_2$

H_i: $X_1 > X_2$

H₀: Los puntajes del factor Ae de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H_i: Los puntajes del factor Ae de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H₀: $X_1 \geq X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: Los puntajes del factor Po de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

Hi: Los puntajes del factor Po de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H0: $X_1 \geq X_2$

Hi: $X_1 < X_2$

H0: Los puntajes del factor Ap de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

Hi: Los puntajes del factor Ap de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H0: $X_1 \geq X_2$

Hi: $X_1 < X_2$

H0: Los puntajes del factor Dr de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

Hi: Los puntajes del factor Dr de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H0: $X_1 \geq X_2$

Hi: $X_1 < X_2$

H0: Los puntajes del factor Fi de la Escala de Afrontamiento serán iguales o mayores antes de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

Hi: Los puntajes del factor Fi de la Escala de Afrontamiento serán mayores después de recibir el tratamiento psicoterapéutico.

H0: $X_1 \leq X_2$

Hi: $X_1 > X_2$

Pre test y Post test del Grupo Control

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor As de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la factor As de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Rp de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Rp de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Es de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Es de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Pr de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Pr de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ai de la escala de afrontamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ai de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Pe de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Pe de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Hi de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Hi de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Na de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Na de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Rt de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Rt de la escala de afrontamiento.

H₀: X₁ = X₂

H_i: X₁ ≠ X₂

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor So de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor So de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ip de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ip de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Cu de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Cu de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Re de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Re de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ae de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ae de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Po de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Po de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ap de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ap de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Dr de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Dr de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor F_i de la escala de afrontamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor F_i de la escala de afrontamiento.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

1.6.3. En relación a los Niveles de Ansiedad

Pre test del grupo experimental y el Pre test del grupo control

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Escala Total de la variable Ansiedad.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Escala Total de la variable Ansiedad

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para el factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

Pre test y Post test del grupo experimental

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para el factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para el factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para el factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 < X_2$

Pre test y Post test del grupo control

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Ansiedad Total de la variable Ansiedad.

H₀: $X_1 = X_2$

H_i: $X_1 \neq X_2$

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para el factor Preocupación Social/Concentración de la variable Ansiedad.

H₀: $X_1 = X_2$

Hi: $X_1 \neq X_2$

1.7. Modelo de Análisis estadístico

El manejo de información general será realizada mediante la estadística descriptiva, medias, moda y desviación estándar.

La entrevista psicológica se clasificará y transcribirá según los parámetros establecidos en la clínica psicológica y se evaluará de forma cualitativa.

Para los análisis estadísticos de pruebas de hipótesis se utilizarán pruebas no paramétricas: la Prueba de Rangos Signados de Wilcoxon y la prueba de U de Mann-Whitney para muestras relacionadas.

El nivel de significancia alfa de 0.05 se ha establecido. Por lo tanto, tenemos un porcentaje de confianza del 95% y un margen de error o porcentaje en contra de $\pm 5\%$. (Hernández, S. 1988).

Los datos estadísticos serán procesados mediante el programa XLSTAT, versión 2007 para Windows.

1.8. Diseño y Estrategia de Investigación

Se trata de un diseño de investigación tipo Estudio de Caso de Intervención Terapéutica. (Sampieri, R.,1996). Es esta una investigación Cuasi-experimental, ya que no es posible asignar los sujetos aleatoriamente a grupos y compararlos. Este tipo de diseño es el más indicado para esta investigación, ya que nos permite estudiar fenómenos que serían inabordables desde una metodología experimental más estricta y porque se aplica a situaciones en las que se da de forma natural la conducta bajo estudio. Además permite evaluar la efectividad y eficacia de programas, su planificación y su control. (Borges Del Rosal, A., 2002). Este grupo se comparara con otro llamado grupo control en “lista de espera”.

El diseño puede reseñarse así:

G₁	Pretest	X	Posttest
G₂	Pretest	0	Posttest

donde,

- G₁**= grupo experimental
G₂= grupo control en lista de espera
Pretest= primera evaluación de las variables dependientes
X= intervención psicoterapéutica mixta
0= ausencia de intervención
Posttest= segunda evaluación de las variables dependientes

1.9. Definición de las Variables:

1.9.1. Variable Independiente:

Intervención Terapéutica Mixta (Sesiones individuales y grupales).

1.9.2. Variables Dependientes:

1. Calidad de Vida.
2. Estrategias de Afrontamiento.
3. Ansiedad.

1.10. Definiciones Conceptuales:

1.10.1. Intervención Psicoterapéutica

Es una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional donde una persona debidamente entrenada establece una relación profesional con un o unos pacientes con la finalidad de intervenir en los patrones perturbados de conducta. Esta puede ser individual o grupal. La intervención terapéutica individual es focalizada, de objetivos limitados, es decir, terapéutica breve.

1.10.2. Intervención Psicoterapéutica Mixta

La intervención psicoterapéutica menos estructurada y grupal, con los niños en tratamiento médico es la que la literatura psicológica señala como la indicada para pacientes con enfermedades crónicas. (Trijsburg y otros, 1992). Es un espacio especial y compartido de elaboración de las ansiedades, temores, frustraciones, miedos y reforzamiento de las estrategias mentales de afrontamiento ante las amenazas internas y externas. Cuando combinamos ambos esfuerzos le denominamos Programa

Psicoterapéutico Mixto y que se realizará según la siguiente modalidad: 5 sesiones grupales con los niños y niñas y 10 sesiones individuales y una sesión de seguimiento. Todos los niños continuarán con sus citas médicas.

1.10.3. Intervención Psicoterapéutica Grupal

Las terapias de grupo ofrecen elementos reparadores específicos que le dan una cualidad única al proceso terapéutico. (Setton, Lea. 1995). Constituyen la reproducción en un espacio pequeño de lo que ocurre en la sociedad los cuales permiten la reproducción de algunos procesos psico-sociales.

Cuando focalizamos la terapia grupal y enfocamos el trabajo en un tiempo limitado le denominamos intervención psicoterapéutica grupal breve. (Seruya, B., 1997). Su objetivo es la mejora de situaciones o problemáticas particulares del paciente.

Los factores generales terapéuticos del grupo que orientan esta investigación son:

- a. **Universalidad:** sentimientos de experiencia compartida; recapitulación de la propia vida (prioridades, significados, valores, soledad, impotencia); evitar el sentimiento de victimización del paciente y de conmiseración.
- b. **Explicitación:** damos sentido a la experiencia. “es un grupo de jóvenes con enfermedad”.

Información: el grupo es fuente de educación para la salud de sus miembros.

- c. **Validación del sufrimiento:** el grupo presta atención individualizada a cada uno de los miembros tomando en consideración que lo que ocurre a cada uno es relevante y merece la atención de los demás.

- d. **Imagen positiva de cambio:** la existencia de jóvenes y padres en diferentes estadios de cambio permiten dar esperanza de que es posible estar mejor. Se favorece la comparación positiva entre los diferentes momentos de cada uno de los miembros del grupo.
- e. **Confiar y compartir con los demás:** permite la ventilación emocional, la reconstrucción narrativa más tolerable y tranquilizadora. Se fomenta la expresión de sentimientos.
- f. **Empatía y cohesión:** la creación de lazos emocionales que facilitan el cambio y el insight para que todo no quede en un plano intelectual. Se desarrolla una comprensión y empatía por el dolor del otro.

Para los efectos de este trabajo se concebirá la psicoterapia breve de grupo bajo los siguientes parámetros: se realizarán 5 sesiones con el grupo de niños y niñas de una hora y media cada sesión.

1.10.3.1 Diseño de las sesiones individuales:

Sesión 1

Establecer una alianza terapéutica. Favorecer los elementos transferenciales positivos. Discutir el diagnóstico médico. Brindar apoyo emocional ante el impacto del diagnóstico. Hacer un enganche emocional con las partes sanas del paciente. Establecer junto con el niño o niña el foco o tema central de la psicoterapia que vamos a iniciar. Explorar los miedos y ansiedades relacionados con este tratamiento de naturaleza emocional. Establecer las reglas y los límites realistas de la terapia individual y grupal para favorecer el rapport. Formular un contrato terapéutico.

Sesión 2

Hacer conexión con la sesión anterior. Proporcionar conocimientos intelectuales sobre la experiencia que está viviendo. Discutir el significado emocional de la enfermedad. Preparación ante el cambio del cuerpo mediante dibujos y juego. Solidificar la relación médico-paciente. Manejar las ansiedades propias acerca de la salud y el cambio en las actividades diarias. Ejercicio de relajación para el manejo de la ansiedad.

Sesión 3

Hacer conexión con la sesión anterior. Explorar y manejar los sentimientos (miedos, tristeza, enojo, preocupación) con relación a los tratamientos y la enfermedad mediante el juego. Facilitar la catarsis. Incrementar de la auto-estima, mediante la auto descripción. Ofrecer seguridad y apoyo. Activar sus mecanismos saludables de afrontamiento.

Sesión 4

Hacer conexión con la sesión anterior. Elaborar el duelo por las pérdidas en el esquema corporal mediante el uso de muñecos, películas y cuentos. Facilitar la expresión de temores con respecto al resto de la familia. Explorar los posibles trastornos en el sueño o sueños transferenciales. Ofrecer consejo y guía, asignando algunas tareas para realizar en casa y con otros miembros de la familia. Manejar la ansiedad mediante la relajación autógena.

Sesión 5

Hacer conexión con la sesión anterior. Expresar gráficamente sus principales estados emocionales y el cambio en la imagen corporal. Manejar las dificultades para relacionarse con sus pares, amigos, compañeros de escuela y/o vecinos. Enfrentar los problemas conductuales. Reforzar un estilo de vida saludable familiar, social y escolar. Facilitar la expresión de sus ansiedades de separación y temores a la soledad. Reconocer la importancia de mantener el vínculo con la escuela, compañeros y maestros. Realizar ejercicios de relajación.

Sesión 6

Hacer conexión con la sesión anterior. Identificar conductas auto-destructivas mediante el diálogo y juego. Valorar el ser diferente y apreciar la parte positiva de la enfermedad. Lograr que los síntomas sean asintónicos. Recapitulación y re-aprendizaje del tema ansiedad y emociones ante la enfermedad.

Sesión 7

Hacer conexión con la sesión anterior. Favorecer los mecanismos adaptativos del ego (adaptación a la realidad, control de impulsos y la utilización de las defensas). Demostrar los mecanismos para enfrentar los retos. Identificar los mecanismos sanos y disfuncionales de afrontamiento. Reforzar los mecanismos sanos de afrontamiento al dolor y la enfermedad. Ejercicio de relajación.

Sesión 8

Hacer conexión con la sesión anterior. Medidas y controles de la ansiedad mediante la relajación. Discutir sobre el uso cotidiano de defensas contra la ansiedad y los miedos. Reforzar su imagen corporal, auto-imagen, autoestima y el auto-concepto. Anticipar la terminación del tratamiento psicoterapéutico. Manejar las ansiedades de separación. Dialogar sobre el futuro y la esperanza de vida y el fortalecimiento de la relación familiar. Ejercicio de relajación.

Sesión 9

Hacer conexión con la sesión anterior. Analizar la esperanza de vida y el por qué de la vida y de todas las expectativas, reales o fantaseadas de los pacientes. Recapitular los mecanismos de afrontamiento mejorados, así como también la modificación de la percepción de su calidad de vida. Reforzar de los logros alcanzados.

Sesión 10

Hacer conexión con la sesión anterior. Cierre y despedida. Manejar de la separación y terminación de la dependencia emocional con el terapeuta. Terminación en transferencia positiva.

Sesión 11

Esta es una sesión de seguimiento (un mes después). Revisar las ganancias terapéuticas, mantenimiento del apoyo a los mecanismos de afrontamiento positivos. Valorar los esfuerzos y adherencia al tratamiento médico. Reforzar los mecanismos adaptativos familiares y personales. Reconocimiento del manejo apropiado de la ansiedad. Despedida.

1.10.3.2. Diseño de las sesiones grupales.

Estas sesiones son un auxiliar para el aprendizaje psicoterapéutico que va parejo con el manejo individual. Las mismas fueron realizadas luego de cada dos sesiones individuales.

Sesión 1

Dinámica de grupo de integración al trabajo grupal. Establecimientos del encuadre y las reglas del trabajo en grupo. Conocerse unos a otros, compartir historias comunes y expresión de sentimientos. Introducción sobre qué son las emociones.

Sesión 2

Manejo en grupo de auto- imagen, auto-concepto y desarrollo de la auto-estima, dividido en dos partes, la primera dirigido a mirar cómo se ven y cómo se sienten consigo mismo, y la segunda el cómo lo ven los demás. Las dinámicas de grupos y los sociodramas usando la reflexión de sentimientos facilitarán este trabajo.

Sesión 3

Introducción sobre lo que son los miedos, manejadas por medio de dinámicas. Facilitar la libre expresión de temores. Dramatizaciones y sociodramas. Uso de dibujos y artes plásticas.

Sesión 4

Identificación de conductas auto-destructivas y que afectan su salud. Valorar el ser diferente y la parte positiva de la enfermedad. Identificar mecanismos sanos de afrontamiento. Dinámicas de grupo y juego con finalidad catártica.

Sesión 5

Trabajar las metas y obstáculos del grupo. Se retoman los temas trabajados durante todas las sesiones anteriores, con la finalidad de evaluar el aprendizaje cognitivo y los cambios emocionales y a la vez reforzarlos.

Cierre y despedida.

1.10.4. Calidad de Vida

El concepto de Calidad de Vida involucra el grado en el cual las satisfacciones individuales están incorporadas al pensamiento y percepciones de los sujetos. Este concepto es uno de esos términos en lo que parece implícita una comprensión espontánea y global del si mismo, una transparencia de tal magnitud que casi nadie se interroga mucho por el mismo.

Si nos atenemos a la definición de la Real Academia Española de la Lengua esta nos dice: “es el conjunto de propiedades que, sea en el grado que sea, son inherentes al hecho diferencial de lo humano”. Es decir, el conjunto de todo aquello que le es propio al ser humano como tal ser; aquello que es propio de la condición humana. Por lo tanto, y de acuerdo a esta definición, una mejor calidad de vida implica una presencia activa y elevada, en cantidad y en calidad, de las propiedades intrínsecamente humanas.

Ahora, qué es lo intrínsecamente humano, pues bien, es ser actor de la propia existencia; es capacidad de tomar direcciones; es libertad de expresión y existencia; es compartir emociones; es estar saludable, es poseer una espiritualidad y así muchas otras cosas más.

Para algunos autores, entre estos Schalock (1996), el concepto de Calidad de Vida comprende ocho dimensiones:

Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Todas estas dimensiones tienen posibilidad de mejorar en cualquier persona, independientemente de la persona que se trate.

Para Flanagan (1982), los componentes de la Calidad de vida son: confort material, salud y seguridad personal, relaciones familiares, amistades, aprendizaje, comprensión de uno mismo, trabajo, auto-expresión creativa, socialización, descanso y recreación.

Es la calidad de vida diferente a la calidad de vida relacionada con la salud (C.V.R.S.)?. Cuáles son los componentes de la C.V.R.S.? Abordemos el tema diciendo que la Organización Mundial de Salud ha dicho que salud: “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de malestar o enfermedad”. (OMS, 1948). De esta definición podemos partir a decir que: calidad de vida relacionado con la salud se relaciona con el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario. Se trata pues, de la percepción que tiene el niño/niña o adolescente en relación al bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y tratamiento; se refiere al impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria.(Agda, L., 2004).

La OMS (1994) ha dicho: “Calidad de Vida es la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”.

Por esta razón, el consenso que tenemos sobre la Calidad de Vida relacionada con la salud es subjetiva, multidimensional, incluye sentimientos positivos y negativos y por otro lado, es variable en el tiempo. (WHOQOL, 1995).

Para los efectos de este trabajo decimos que la Calidad de Vida relacionada con la salud en el caso de niños y niñas incluye cuatro dimensiones que son:

- a. Funcionamiento físico: acerca de la salud y actividades
- b. Funcionamiento emocional: hace referencia a los sentimientos
- c. Funcionamiento social: en relación a cómo se siente con otros
- d. Funcionamiento escolar: en relación a su rendimiento académico

Las mismas serán evaluadas mediante el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL) traducido, versión 4.0.

1.10.5. Estrategias de Afrontamiento (“Coping”):

Los términos estilos y estrategias de afrontamiento son usados en Psicología como las respuestas de los organismos ante el estrés. El estrés es el término que introdujo Hans Selye en 1926 para explicar la respuesta a toda demanda que se le haga al individuo. El término estrés es muy amplio y conceptualiza tanto la experiencia y la presencia de un desafío situacional un agente con recursos escasos. Las estrategias de afrontamiento son conductas y/o estilos de las personas ante diversas demandas de sus experiencias vitales y/o más o menos cotidianas (Arjona, J., y Guerrero, S., 2003).

El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solo las

emociones suscitadas por el evento estresante. (Fierro, 1997). Son acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a la situación.

En esta investigación utilizamos la Escala de Afrontamiento (ACS) tercera edición, de Frydenberg y R. Lewis (2000), como instrumento para estudiar la forma de afrontar los problemas de los niños y niñas con enfermedad maligna. Los 18 factores que reflejan las estrategias de afrontamiento son: buscar apoyo social (As), concentrarse en resolver el problema (Rp), esforzarse y tener éxito (Es), preocuparse (Pr), invertir en amigos (Ai), buscar pertenencia (Pe), hacerse ilusiones (Hi), usar efectivamente las habilidades sociales (Na), reducción de la tensión (Rt), acción social (So), ignorar el problema (Ip), autoinculparse (Cu), reservarlo para sí (Re), buscar apoyo espiritual (Ae), fijarse en lo positivo (Po), buscar ayuda profesional (Ap), buscar diversiones relajantes (Dr), distracción física (Fi).

Se diferenciaron cuatro grandes dimensiones claramente diferenciadas:

- Acción Positiva Esforzada: donde intervienen los factores Rp, Es, Pr.
- Huida Intropunitiva: definidas por Na, Rt, Cu.
- Acción Positiva Hedonista: compuesta por Dr, Po, Hi, Pe, Ai, Ip, Fi.
- Introversión: Re,

Las escalas del ACS son indicadores de la frecuencia con que la persona utiliza cada una de las 18 estrategias diferentes.

1.10.6. Ansiedad

Es un estado emocional persistente en el tiempo y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, no estando restringida a una situación particular como en las fobias. La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas. Tiene componentes como nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, temblores, cefaleas, sudoración,

palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de la boca, mareos, hiperventilación. (Spielberger, Ch.,1990).

La ansiedad asociada a la preocupación por los síntomas físicos, provocados por una enfermedad crónica determina la aparición de un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

La ansiedad ha sido estudiada ampliamente por la Psicología. Tenemos que diferenciar lo que es el miedo, la ansiedad y la angustia; miedo es la emoción que surge ante un peligro de origen externo y concreto; la angustia es la manifestación somática de esa experiencia y la ansiedad es la experiencia subjetiva que surge ante un peligro de origen interno y no concreto. En la práctica los tres términos se encuentran estrechamente relacionados y se utilizan como sinónimos. (Hernández, E., 2003).

La importancia clínica de la ansiedad recae sobre la intensidad con la que se presenta y el manejo ejercido por el sujeto sobre ella, logrando o no ajustarse y superar la situación o evento desencadenante. El nivel de ansiedad experimentado por los sujetos varía de un sujeto a otro y dependerá, por una parte de la situación específica y por la otra, del grado de maduración alcanzado por el sujeto por lo tanto, la experimentación de la ansiedad depende del nivel de desarrollo evolutivo de ese niño o niña, la situación provocadora y de los mecanismos de defensa de que se disponga. No debemos olvidar los factores constitucionales y hereditarios, la familia y el medio social.

1.11. Población y muestra

1.11.1. Población Objetivo

Nuestra unidad de análisis, es decir, quiénes van a ser medidos son niños y niñas de 9 a 13 años de edad diagnosticados con enfermedades malignas que reciben atención y tratamiento médico para su condición. Por las características de este estudio desconocemos el tamaño de la N.

1.11.2. Muestra:

Se trata de una muestra de niños y niñas de 9 a 13 años con diagnóstico de enfermedades malignas, es decir, un subgrupo con el que trabajaremos y que cumplan con los criterios de inclusión y que deseen y aprueben participar en el estudio mediante la firma del Consentimiento Informado (ver anexo No. 2)

1.12. Técnica de Muestreo:

Dado que no tenemos conocimiento exacto de la cantidad de niños y niñas que componen la población en estudio la muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico sujeto-tipo, cuyo objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información y no la cantidad y estandarización. (Hernández, Sampieri, 1996). Este mismo autor agrega: “ la ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas previamente en el planteamiento del problema”. (Hernández, S., op.cit).

La participación en uno u otro de los grupos fue intencionalmente asignado según la fecha de diagnóstico. Así, el primer grupo recibirá el tratamiento psicoterapéutico

diseñado en esta investigación y el segundo, nuestro grupo de comparación o en lista de espera recibirá el tratamiento psicoterapéutico posteriormente. Por consideraciones éticas el segundo grupo recibirá el mismo tratamiento psicoterapéutico inmediatamente después de recibirlo el primer grupo.

1.12.1. Criterios de Inclusión:

- a. Tener un diagnóstico de enfermedades malignas (linfoma, leucemia, tumores cerebrales, tumor de Wilms, retinoblastoma, osteosarcoma, rhabdomyosarcoma o neuroblastomas).
- b. Tener entre 9 y 13 años.
- c. El diagnóstico de enfermedad maligna debió ser efectuado entre diciembre del 2005 y abril de 2006. Para la lista de espera del grupo control, se tomarán en cuenta todos los diagnósticos de enfermedad maligna efectuados entre mayo y agosto de 2006.
- d. Tener uno o los dos padres responsables por su salud.
- e. Firmar nota de consentimiento informado.

1.12.2. Criterios de Exclusión:

- a. Retardo Mental.
- b. Haber culminado su tratamiento médico.
- c. No poseer un diagnóstico definitivo.
- d. Pobre motivación tanto del niño/niña como de su padre o responsable, para participar del programa.
- e. Estar en una condición crítica de salud que no le permita movilidad o vitalidad para participar del programa.
- f. No consentir su participación en el programa de intervención psicoterapéutica.

- g. Expresar su deseo de abandonar el tratamiento psicoterapéutico en cualquiera de sus fases.
- h. Estar fuera del período contemplado en los criterios de inclusión.

1.12.3. Confidencialidad

La participación en este estudio de investigación y los registros de la misma se mantendrán con la mayor confidencialidad posible, según las leyes nacionales e internacionales que protegen a los sujetos que participan en investigaciones. Al concluir el estudio la información reunida será procesada en un informe final donde los datos se protegerán mediante números y nunca mediante el nombre.

1.13. Procedimiento

Nuestro primer paso en el desarrollo de esta investigación fue la consulta bibliográfica, tanto de textos especializados en enfermedades malignas como de Internet sobre los temas de calidad de vida con niños enfermos y sobre los mecanismos de afrontamiento. Posteriormente, consultamos con los médicos especialistas oncólogos pediátricos. Con toda esta información preparamos nuestro diseño de investigación y los parámetros científicos sobre los cuales podríamos evaluar la efectividad de nuestra intervención psicoterapéutica. Los sujetos que participaron de nuestro estudio (tanto del grupo experimental como control) nos fueron referidos por trabajadores sociales, médicos especialistas y pediatras hemato-oncólogos que laboran en el sector público como privado.

A cada uno de los niños y sus padres que fueron seleccionados para esta investigación porque cumplían con los criterios de selección se les informó sobre sus derechos y se les pidió que firmaran la nota de consentimiento informado. Los

primeros seis sujetos participarían del grupo experimental y los siguientes seis, formarían nuestro grupo de comparación o grupo control. Todos al final participarían del tratamiento por el respeto ético.

A todos se les aplicó las pruebas del Pre-test y Pos-test en el momento indicado por el diseño estadístico. Una vez evaluada las variables dependientes procedimos con nuestro tratamiento psicoterapéutico, desde el mes de agosto de 2006 hasta diciembre de ese mismo año. Para diciembre se midió por segunda vez las variables dependientes para los dos grupos (Post-test) Para el grupo control iniciamos en diciembre el tratamiento correspondiente y programamos continuar hasta mayo de 2007.

Desde diciembre de 2006 iniciamos la redacción de este trabajo, así como también, las pruebas de hipótesis y los análisis estadísticos correspondientes.

1.14. Técnicas de Medición e instrumentos:

a. Entrevista clínica psicológica individual.

La entrevista psicodiagnóstica descriptiva que usamos en esta investigación sigue los lineamientos aprendidos en nuestros cursos de la maestría en psicología clínica y los fundamentos desarrollados por Othmer y Othmer S., del libro DSM-IV La Entrevista Clínica. La entrevista se desarrolla en cuatro dimensiones y por lo tanto tiene cuatro componentes: relación, técnica, estado mental y diagnóstico. La entrevista descriptiva parte del concepto de que los trastornos psiquiátricos se manifiestan con un conjunto de signos, síntomas y conductas características, un curso previsible, una respuesta al tratamiento de algún modo específica y a menudo una incidencia familiar (DSM-IV, 1995).

El objeto de la entrevista dirigida a los síntomas es clasificar los síntomas y las disfunciones del paciente con arreglo a categorías diagnósticas definidas según el DSM-IV. Un diagnóstico de tales características ayuda a predecir el curso futuro (pronóstico) y a seleccionar empíricamente el tratamiento más eficaz, aunque tal vez no permita extraer conclusiones sobre sus causas.

Al evaluar los síntomas presentados por los niños niñas de esta investigación observamos el comportamiento de estos y los motivamos a describir sus problemas detalladamente. Al hacer las entrevistas hemos convertido nuestras percepciones en signos y síntomas para un diagnóstico descriptivo (trastornos en los ejes I y II del DSM-IV). Así mismo, hemos incluido la evaluación de la adaptación y la habilidad para enfrentarse a diversas situaciones, su manera personal de tratar con su entorno y se ha realizado además una valoración de sus problemas psicosociales, ambientales y de salud.

En todos los casos que evaluamos mediante la entrevista clínica hemos observado el impacto de las enfermedades médicas, los factores estresantes vitales y los conflictos interpersonales que complican su ajuste y pronóstico.

b. Inventario de Calidad de Vida Pediátrico PedsQL, traducido.

Este inventario fue creado por el Dr. James W. Varna para evaluar la percepción de calidad de vida de niños y niñas en aspectos relacionados con la salud y en especial para aquellos con enfermedades agudas y crónicas. Es un inventario tipo likert que consta de 23 ítems, multidimensional, de rápida aplicación, práctico, desarrollado para niños de 2 a 18 años. Es un inventario de fácil aplicación e interpretación, cuyos reactivos son transformados a puntuaciones inversas y linealmente transformados a un puntaje escalar de 0-100, de manera tal que altas puntuaciones indican una mejor percepción de calidad de vida en relación a la salud. Para invertir las puntuaciones, se transforman los puntajes de 0 a 4 de la siguiente

manera: 0=100, 1=75, 2=50, 3=25, 4=0. La confiabilidad de este instrumento es de 0.88 y su validez señala que muestra la distinción entre niños saludables y niños con condiciones de salud agudas y crónicas.

En la creación de los puntajes escalares, la media es computada como la suma de ítems sobre el número de ítems contestados. Si más del 50% de ítems en una escala no son contestados, el puntaje escalar no debe ser tomado en cuenta.

Los 23 ítems del 23 PedsQI evalúa cuatro escalas que son:

- Funcionamiento Físico : 8 reactivos.
- Funcionamiento Emocional: 5 reactivos.
- Funcionamiento Social: 5 reactivos
- Funcionamiento Escolar: 5 reactivos.

Además considera otras escalas en forma de resumen como son la Escala Psicosocial, Escala de Funcionamiento Escolar y Escala de Funcionamiento Físico.

Para la creación de la Escala Psicosocial la media es computada a partir de la suma de los ítems sobre el número de ítems respondidos en las escalas ítem emocional, social y funcionamiento escolar. La puntuación en la escala de funcionamiento físico es la misma que el puntaje en la escala de Funcionamiento Físico. Para la creación de la Escala Total la media es computada mediante la suma de todos los ítems sobre el número de ítems respondidos a toda la escala.

c. Escala de Afrontamiento, ACS.

Esta escala fue creada por Erica Frydenberg y Ramón Lewis de *The Australian Council for Educational Research Ltd* y adaptado al Español por Jaime Perefía y Nicolás Seisdedos de Editorial TEA, S.A. de España y tiene como finalidad la evaluación de las estrategias de afrontamiento, en inglés “*coping*”. Esta escala, si

bien es cierto, fue originalmente concebida para adolescentes, la experiencia ha demostrado que puede ser aplicado a niños y niñas de menor edad y en adultos. La Escala de Afrontamiento es tanto un instrumento de investigación como de terapia y orientación, que permite examinar las conductas de afrontamiento. Puede ser utilizada por psicólogos, educadores, consejeros y otros profesionales para obtener información sobre cómo actúan los sujetos en diversas situaciones.

Este inventario tipo auto-aplicable está compuesto por 80 elementos o reactivos, 79 de ellos de tipo cerrado y 1 abierto que permite evaluar con confiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptualmente y empíricamente. Estos reactivos se puntúan mediante una escala tipo Likert de cinco puntos. Para esta prueba se le han calculado la validez de constructo y el análisis factorial apoya la existencia de las 18 dimensiones. La confiabilidad es de 0.65.

Las 18 estrategias de afrontamiento son las siguientes:

Buscar Apoyo Social (As): Estrategia que consiste en una inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su resolución.

Concentrarse en resolver el problema (Rp): Es una estrategia dirigida a resolver el problema que lo estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista y opciones.

Esforzarse y tener éxito (Es): Es la estrategia que describe compromiso, ambición y dedicación.

Preocuparse (Pr): Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura.

Invertir en amigos íntimos (Ai): Se refiere a la búsqueda de relaciones personales íntimas.

Buscar pertenencia (Pe): Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, preocupación por lo que los otros piensan.

Hacerse ilusiones (Hi): Es la estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva.

La estrategia de Falta de afrontamiento (Na): Consiste en elementos que reflejan la incapacidad personal para tratar del problema y el desarrollo de síntomas psicosomáticos.

Reducción de la tensión (Rt): Se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión.

Acción social (So): Se refiere al hecho de dejar ue otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades.

Ignorar el problema (Ip): Es la estrategia de rechazar conscientemente la existencia de un problema.

Autoinculparse (Cu): Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen.

Reservarlos para sí (Re): Es la estrategia expresada por elementos que reflejan que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas.

Buscar apoyo espiritual (Ae): Se trata de elementos que reflejan el empleo de oración y la creencia en la ayuda de un Dios.

Fijarse en lo positivo (Po): Es la estrategia que trata de buscar atentamente el aspecto positivo de la situación. Incluye el ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado.

Buscar ayuda profesional (Ap): Es la estrategia consistente en buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros.

Buscar diversiones relajantes (Dr): Se caracteriza por elementos que describen actividades de ocio como leer, pintar,

Distracción física (Fi): Se trata de elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc.

d. Escala de Evaluación de Ansiedad C-MAS-R

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada, C-MAS-R, subtitulada “lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse de manera individual o a grupos de personas. Se responde con un “sí” o un “no”. La respuesta sí, indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niños, mientras que la respuesta no, indica que el reactivo por lo general no lo esta describiendo.

Las respuestas “Sí” se cuentan para determinar la puntuación de Ansiedad Total. Esta prueba también nos brinda la oportunidad de obtener otras cuatro puntuaciones de subescalas además e la puntuación de ansiedad total. Estas subescalas se denominan:

- a. Ansiedad Fisiológica
- b. Inquietud/ Hipersensibilidad
- c. Preocupaciones Sociales/ Concentración y
- d. De Mentira.

Debido a que los resultados se derivan de las respuestas afirmativas del niño o niña, una puntuación elevada indica un alto nivel de ansiedad o mentira en esa subescala.

Los autores de esta prueba son los Doctores Cecil B. Reynolds y Bert O. Richmond y diseñaron la misma para sujetos con un nivel de lectura aproximado de tercer grado.

Dos aspectos de la confiabilidad de la CMAS-R son la exactitud o precisión de las calificaciones al momento de la evaluación y, debido a que la prueba se basa en la teoría de la ansiedad manifiesta como rasgo, la estabilidad de las calificaciones a lo largo del tiempo. La consistencia interna del CMAS-R se realizó a través de la prueba

estadística Kuder-Richardson, coeficiente alfa y el valor obtenido es de 0.83, lo que nos indica que posee una alta consistencia interna a lo largo del tiempo. La confiabilidad es de 0.80 tanto para niños como niñas independientemente de la edad y del sexo. Así mismo esta prueba posee una validez estadística alta y la bibliografía sustentada en la bibliografía existente. Muchas investigaciones en psicología en Panamá han utilizado de manera confiable este instrumento de medición.

2. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Esta sección la presentaremos en dos momentos. El primer momento esta dedicado a la presentación cuantitativa de los resultados y las respectivas pruebas de hipótesis; el segundo, está dedicado al análisis y discusión de estos resultados.

2.1. Datos Demográficos de la Muestra:

TABLA No. 1
GRUPO EXPERIMENTAL

SUJETO	EDAD AÑOS/meses	SEXO	ESC/ GRADO	DIAG. DSM- IV	DIAG. MÉDICO
E-1	11,0	M	VI	F06.4	Leucemia Linfoblástica Aguda
E-2	12,6	F	VII	F06.4	Osteosarcoma
E-3	10,10	M	V	F06.4	Leucemia Linfoblástica Aguda
E-4	13,7	F	VI	F06.4	Osteosarcoma
E-5	11,0	M	V	F06.4	Linfoma No Hodking
E-6	9,10	F	V	F06.4	Neuroblastoma
*E-7	10,2	F	V	F06.4	Tumor de Wilms

FUENTE: Evaluación de la autora Y. Tejeira

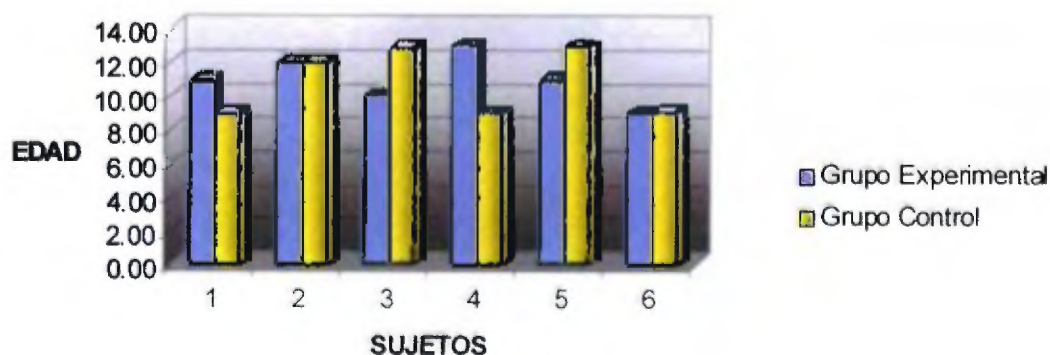
* Murió nov/06

TABLA No. 2
GRUPO CONTROL

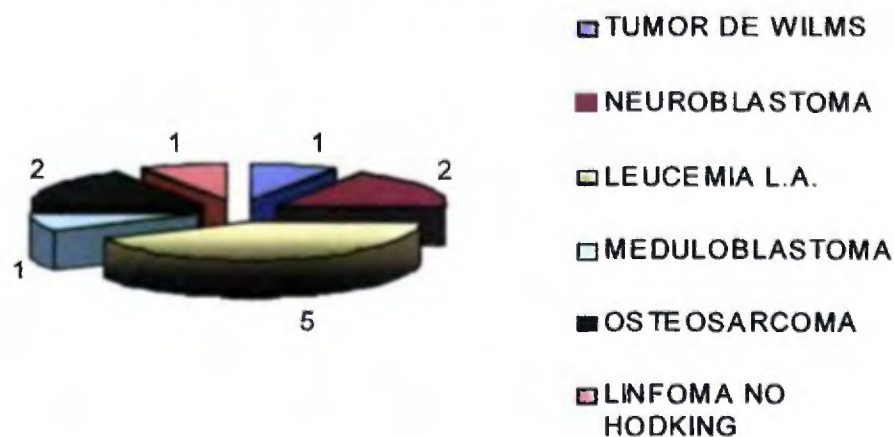
SUJETO	EDAD AÑOS/MESES	SEXO	ESC/ GRADO	DIAG. DSM-IV	DIAG. MÉDICO
C-1	9,1	M	IV	F06.04	Tumor de Wilms
C-2	12,7	M	VI	F06.04	Neuroblastoma
C-3	13,0	M	VII	F06.04	Leucemia Linfoblástica Aguda
C-4	9,2	F	III	F06.04	Meduloblastoma
C-5	13,3	M	VI	F06.04	Leucemia Linfoblástica Aguda
C-6	9,11	M	IV	F06.4	Leucemia Linfoblástica Aguda

FUENTE: Evaluación de la autora Y. Tejeira

GRAFICA No.1
EDADES



GRAFICA No. 2
ENFERMEDADES DE LOS SUJETOS
GRUPO EXP. Y GRUPO CONT.



Como apreciamos en la Tabla No. 1 y 2 y en las gráfica 1 y 2 que describen las características de la muestra según sexo, edad, escolaridad y diagnóstico médico y psicológico, apreciamos que en el grupo experimental la muestra estuvo compuesta por 3 niños y 4 niñas al inicio del tratamiento psicoterapéutico. En este grupo perdimos a una niña, ya que falleció en noviembre de 2006, porque se le presentaron complicaciones

médicas que requirieron hospitalización y posteriormente nos enteramos por los padres que había fallecido. Así, el grupo quedó constituido por 6 sujetos, con una edad promedio de 11 años y 5 meses. El más pequeño 9 años, 10 meses y el mayor de 13 años, 7 meses. La escolaridad promedio para este grupo es de quinto grado y el 100% de ellos tienen un diagnóstico, basado en el DSM-IV, de Trastorno de Ansiedad debido Enfermedad médica.

En el grupo control la muestra estuvo constituida por 6 sujetos, 1 del sexo femenino y 5 del sexo masculino. La edad promedio para este grupo es de 10 años y 7 meses, el mayor de 13 años y 3 meses y el menor 9 años, 1 mes. La escolaridad promedio es de quinto grado y el 100% de ellos tienen un diagnóstico clínico psicológico, basado en el DSM-IV, de Trastorno de Ansiedad debido Enfermedad médica.

Para ambos grupos la enfermedad médica de mayor frecuencia (5 casos) es la Leucemia Linfoblástica Aguda (tal cual nos informa la epidemiología médica nacional), seguido de Neuroblastoma (2 casos) y Osteosarcoma (2 casos). El Tumor de Wilms, Neuroblastoma y Linfoma No Hodking, 1 caso cada uno.

2.2. Resultados Cuantitativos

2.2.1. Inventario de Calidad de Vida Pediátrico PedsQL (traducido)

CUADRO N° 3

Escala Total: Funcionamiento Físico+Funcionamiento Emocional+Funcionamiento Social+Funcionamiento Escolar

Comparación entre los Pre test del Grupo experimental y Grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp	124	88	127	117	98	119
Pre- Cont	127	108	99	109	128	99

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	112.17	15.59
6	111.67	12.99

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	16.500
Esperanza	18.000
Varianza (U)	38.727
p-valor	0.846
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= $0.846 > 0.05$ no se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la Escala Total no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 4**Escala Psicosocial: Funcionamiento Emocional+Funcionamiento****Social+Funcionamiento Escolar****Comparación entre los Pre test del Grupo experimental y Grupo control**

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp	90	60	90	80	70	85
Pre- Cont	90	80	65	75	100	65

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Psicosocial obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Psicosocial obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	79.17	12.01
6	79.17	13.93

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	18.500
Esperanza	18.000
Varianza (U)	38.182
p-valor	0.972
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.972 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la Escala Psicosocial no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 5

Escala Total: Funcionamiento Físico+Funcionamiento Emocional+Funcionamiento Social+Funcionamiento Escolar

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre -Exp	124	88	127	117	98	119
Pos- Exp	285	271	302	282	271	295

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	112.17	15.59
6	284.33	12.55

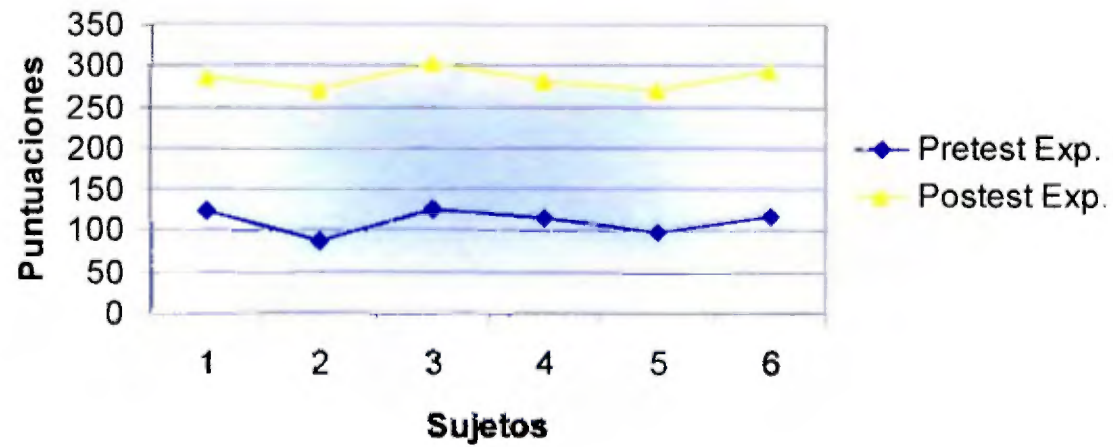
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0
Esperanza	10.500
Varianza (U)	22.750
p-valor	0.031
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.031<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo experimental en la Escala Total varían significativamente

GRÁFICA No. 3
Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Calidad de Vida
Escala Total



CUADRO N° 6**Escala Psicosocial:** Funcionamiento Emocional+Funcionamiento

Social+Funcionamiento Escolar

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre Exp	90	60	90	80	70	85
Post Exp	220	215	240	220	215	230

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Psicosocial obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Psicosocial obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	79.17	12.01
6	223.33	9.83

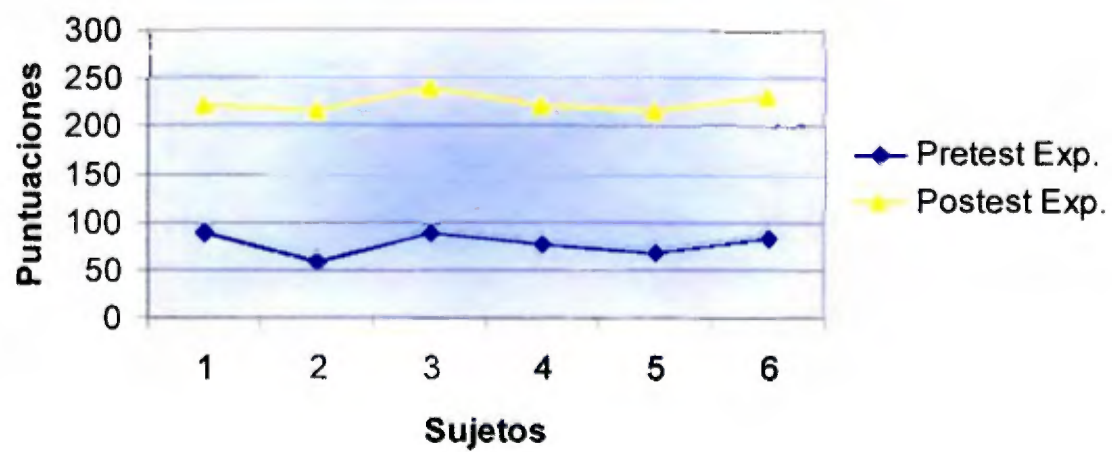
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0
Esperanza	10.500
Varianza (U)	22.625
p-valor	0.036
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.036<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H₁).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo experimental en la Escala Psicosocial varían significativamente.

GRÁFICA No. 4
Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Calidad de Vida
Escala Psicosocial



CUADRO N° 7

Escala Total: Funcionamiento Físico +Funcionamiento+Emocional+Funcionamiento Social+Funcionamiento Escolar.

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Cont	127	108	99	109	128	99
Pos- Cont	104	114	98	109	129	104

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Total obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Total obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	111.67	12.99
6	109.67	10.89

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	8.500
Esperanza	10.00
Varianza (U)	22.375
p-valor	0.833
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.833>0.05 se acepta la hipótesis nula (H₀) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo control en la Escala Total no varían significativamente.

CUADRO N° 8

Escala Psicosocial: Funcionamiento+Emocional+Funcionamiento Social+Funcionamiento Escolar.

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre Cont	90	80	65	75	100	65
Post Cont	70	75	70	75	95	65

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Psicosocial obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Psicosocial obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	79.17	13.93
6	75.00	10.49

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	14.00
Esperanza	9.000
Varianza (U)	20.875
p-valor	0.325
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.325>0.05 se acepta la hipótesis nula (H₀) y se rechaza la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo control en la Escala Psicosocial no varían significativamente.

2.2.2. Escala de Afrontamiento

CUADRO N° 9

As: Buscar Apoyo Social

Comparación entre los Pre test del Grupo Experimental y Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp	40	40	52	36	40	48
Pre-Cont	44	36	40	48	40	52

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de As obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de As obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	42.67	6.02
6	43.33	5.89

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	16.500
Esperanza	18.000
Varianza (U)	35.864
p-valor	1.063
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.063 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala As no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 10**Rp: concentrarse en Resolver el Problema**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	40	44	32	36	44	60
Pre -Cont	44	36	60	44	36	32

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Rp obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Rp obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	42.67	9.69
6	42.00	10.04

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	19.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	36.82
p-valor	0.485
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.485 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Rp no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 11

Es: Esforzarse y tener Éxito

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	40	36	38	32	40	48
Pre -Cont	40	36	38	32	40	58

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Es obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Es obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	39.00	5.33
6	39.00	5.33

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	18.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	37.09
p-valor	0.814
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.814 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Es no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 12**Pr: Preocuparse**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	88	84	100	92	96	88
Pre -Cont	100	100	88	96	84	94

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Pr obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	91.33	5.89
6	93.67	6.50

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	14.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	37.636
p-valor	0.879
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= $0.879 > 0.05$ no se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Pr no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 13**Ai: Invertir en Amigos Íntimos**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	20	24	32	24	32	24
Pre -Cont	32	32	20	20	24	24

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Ai obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Ai obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	26.00	4.90
6	25.33	5.46

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	20.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	34.36
p-valor	0.481
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.481 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Ai no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 14

Pe: Buscar Pertenencia

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	48	40	48	4	48	40
Pre -Cont	44	40	40	44	48	48

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Pe obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Pe obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	44.67	3.93
6	44.00	3.58

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	20.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	34.36
p-valor	0.242
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.242 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Pe no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 15**Hi: Hacerse Ilusiones**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	36	40	32	36	32	36
Pre -Cont	32	32	40	40	36	32

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Hi obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Hi obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	35.33	3.01
6	35.33	3.93

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	18.500
Esperanza	18.00
Varianza (U)	34.36
p-valor	0.182
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.182 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Hi no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 16**Na: Falta de Afrontamiento**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	96	80	92	96	100	96
Pre -Cont	100	96	100	92	96	92

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Na obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Na obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	93.33	7.01
6	96.00	3.58

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	15.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	35.182
p-valor	0.987
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.987 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Na no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 17**Rt: Reducir la Tensión**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	92	80	72	92	80	76
Pre -Cont	96	76	80	80	72	92

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Rt obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Rt obtenidos por los sujetos el grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	82.00	8.29
6	82.67	9.35

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	17.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	36.818
p-valor	0.792
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.792 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Rt no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 18**So: Acción Social**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	50	60	40	50	40	40
Pre -Cont	40	40	60	60	40	50

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de So obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de So obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	46.67	8.16
6	48.33	9.83

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	16.50
Esperanza	18.00
Varianza (U)	33.136
p-valor	0.182
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.182 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala So no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 19

Ip: Ignorar el Problema

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	70	70	60	55	55	60
Pre -Cont	55	60	60	60	55	55

Hipótesis

H0: No existen diferencias entre los puntajes de Ip obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Ip obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	60.00	5.48
6	59.17	5.84

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	20.50
Esperanza	18.00
Varianza (U)	33.41
p-valor	1.01
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.01 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Ip no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 20**Cu: Autoinculparse**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	70	75	85	75	70	85
Pre -Cont	85	70	75	85	85	70

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Cu obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Cu obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	76.67	6.83
6	78.33	7.53

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	16.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	34.36
p-valor	0.242
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.242 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Cu no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 21**Re: Reservarlo para Sí.**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	100	95	90	95	100	90
Pre -Cont	95	90	100	100	95	95

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Re obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Re obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	95.00	4.47
6	95.83	3.76

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	16.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	34.36
p-valor	0.481
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.481 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Re no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 22**Ae: Buscar Apoyo Espiritual**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	35	35	20	25	35	25
Pre -Cont	20	20	35	35	25	25

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Ae obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Ae obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	29.17	6.65
6	26.67	6.83

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	22.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	34.36
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Ae no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 23**Po: Fijarse en lo Positivo**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	20	25	25	25	20	20
Pre -Cont	25	25	20	20	20	25

Hipótesis

H0: No existen diferencias entre los puntajes de Po obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Po obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	22.50	2.74
6	22.50	2.74

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	18.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	29.455
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= 1.00>0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Po no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 24**Ap: Buscar Ayuda Profesional**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	20	25	20	20	25	20
Pre -Cont	25	20	20	25	20	25

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Ap obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Ap obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	21.67	2.58
6	22.50	2.74

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	15.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	28.636
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Ap no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 25**Dr: Buscar Diversión Relajante**

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	42	21	42	21	21	42
Pre -Cont	21	21	42	42	42	21

Hipótesis

H0: No existen diferencias entre los puntajes de Dr obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Dr obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	31.50	11.50
6	31.50	11.50

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	18.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	29.455
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= 1.00 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Dr no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 26

Fi: Distracción Física

Comparación entre los pre test del grupo experimental y grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre - Exp	21	21	21	21	21	21
Pre -Cont	21	21	21	21	21	21

Hipótesis

H0: No existen diferencias entre los puntajes de Fi obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes de Fi obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	21.00	0.00
6	21.00	0.00

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	18.00
Esperanza	18.00
Varianza (U)	0.000
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la escala Fi no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 27

As: Buscar Apoyo Social

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp.	40	40	52	36	40	48
Post- Exp.	92	88	92	96	96	92

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor As obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor As obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	42.67	6.02
6	92.57	3.01

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

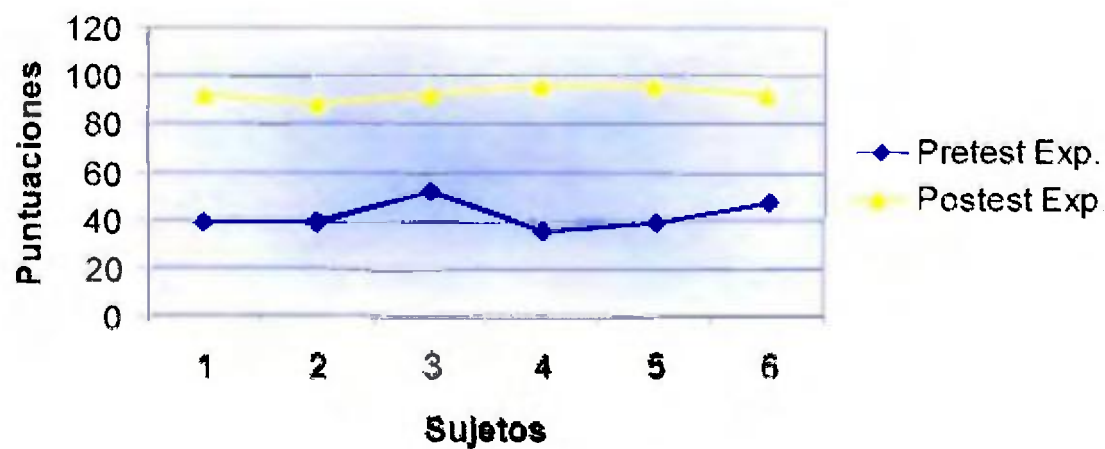
V	0
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.750
p-valor	0.016
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.016 <0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor As, varían significativamente para el grupo experimental.

GRAFICA No. 5

**Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Estrategias de
Afrontamiento. Factor As: Buscar Apoyo
Social**



CUADRO N° 28**Rp: Concentrarse en resolver el problema**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp.	40	44	32	36	44	60
Post- Exp.	48	44	42	42	48	48

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rp obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rp obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	42.67	9.69
6	45.33	3.01

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

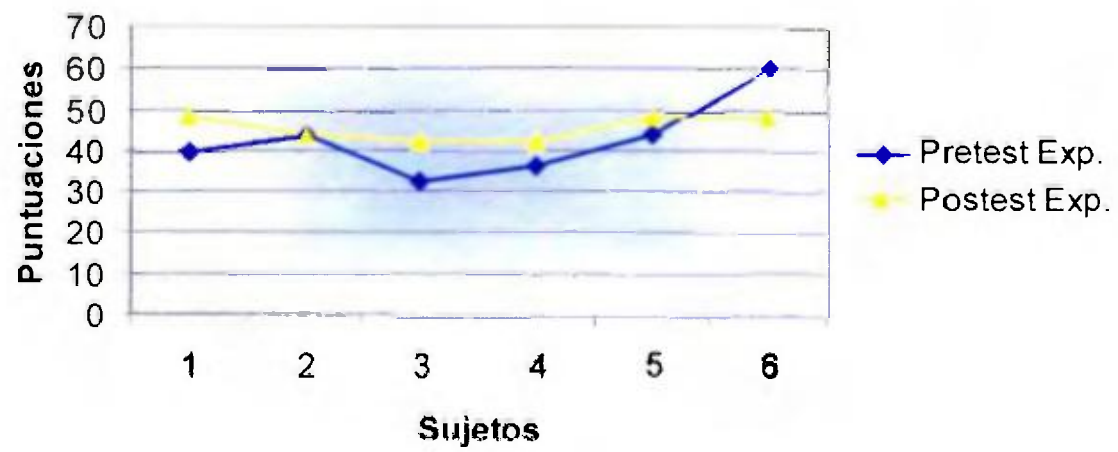
V	6
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.750
p-valor	0.219
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.219 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo experimental en la escala Rp, no varían significativamente.

GRAFICA No. 6

Comparación entre el Pretest y Postest del Grupo Experimental. Estrategias de Afrontamiento. Factor Rp: Concentrarse en Resolver el Problema



CUADRO N° 29**Es: Esforzarse y tener Exito**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	40	36	38	32	40	48
Post- Exp	72	76	70	60	60	72

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Es obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Es obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	39.00	5.33
6	66.67	7.45

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.750
p-valor	0.016
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.016<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Es, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 30

Pr: Preocuparse

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp.	88	84	100	92	96	88
Post-Exp.	40	32	40	40	36	32

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pr obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pr obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	91.33	5.89
6	36.67	3.93

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

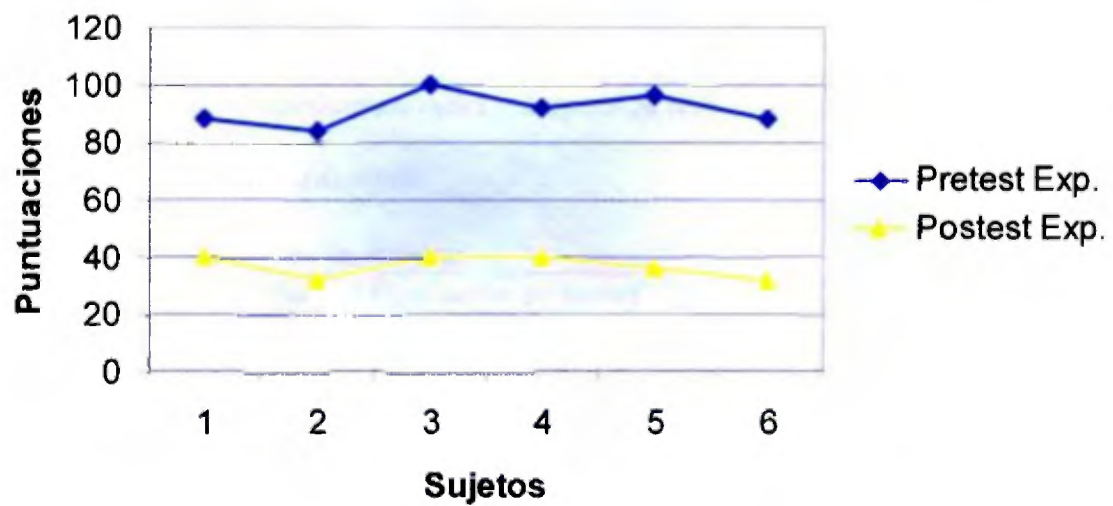
V	21.00
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.500
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Pr, varían significativamente para el grupo experimental.

GRAFICA No.7

Comparación entre el Pretest y Postest del Grupo Experimental. Estrategias de Afrontamiento. Factor Pr: Preocuparse



CUADRO N° 31

Ai: Invertir en Amigos Íntimos

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp.	20	24	32	24	32	24
Post-Exp.	24	32	32	24	28	24

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ai obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ai obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	26.00	4.90
6	27.33	3.93

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

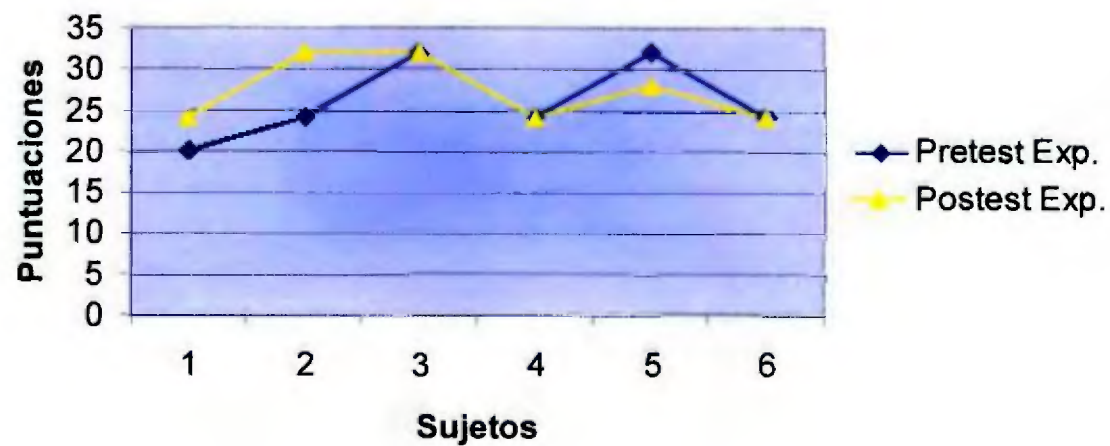
V	4.500
Esperanza	7.500
Varianza (V)	18.625
p-valor	0.791
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.791>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo experimental en la escala Ai, no varían significativamente.

GRAFICA No. 8

Comparación entre el Pretest y Posttest del Grupo Experimental. Estrategias de Afrontamiento. Factor Ai: Invertir en Amigos Intimos



CUADRO N° 32**Pe: Buscar Pertenencia**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	48	40	48	44	48	40
Post- Exp	88	92	96	88	92	92

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pe obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pe obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	44.67	3.93
6	91.33	3.01

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

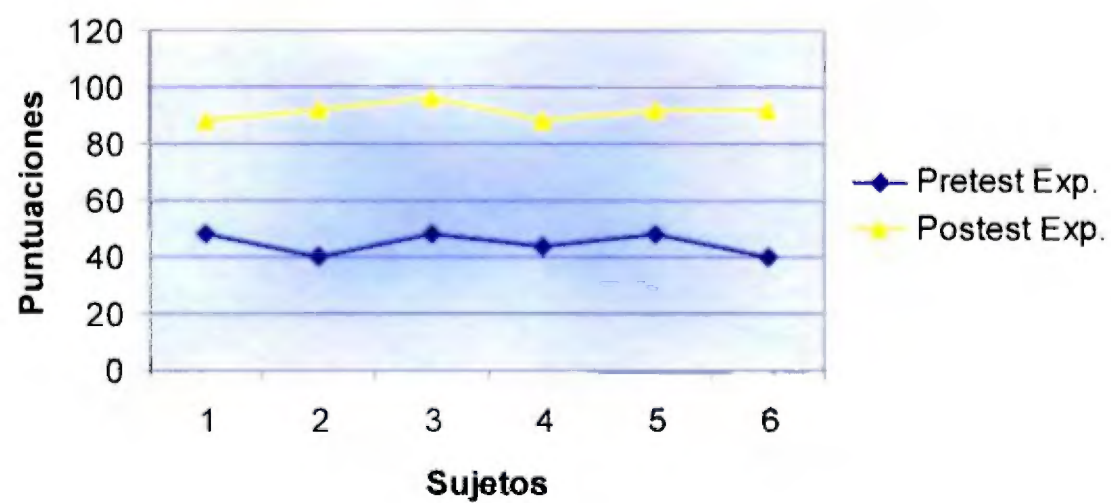
V	0
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.500
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (Ha).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Pe, varían significativamente para el grupo experimental.

GRAFICA No. 9

Comparación entre el Pretest y Postest del Grupo Experimental. Estrategias de Afrontamiento. Factor Pe: Pertenencia



CUADRO N° 33

Hi: Hacerse Ilusiones

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	36	40	32	36	32	36
Post-Exp	72	88	92	96	96	88

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Hi obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Hi obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	35.33	3.01
6	88.67	8.91

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

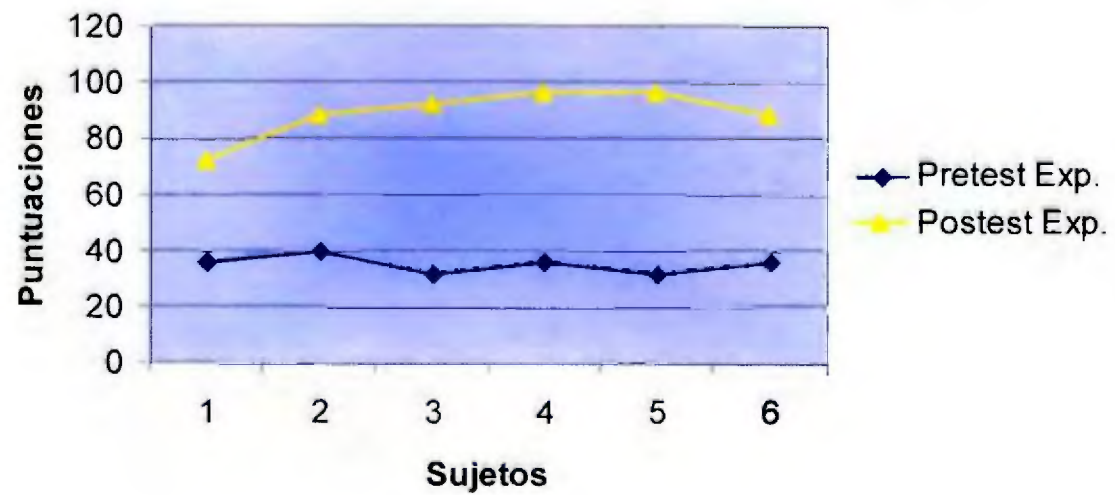
V	0
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.625
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (Ha).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Hi, varían significativamente para el grupo experimental.

GRAFICA No. 10

Comparación entre el Pretest y Postest del Grupo Experimental. Estrategias de Afrontamiento. Factor Hi: Hacerse Ilusiones



CUADRO N° 34**Na: Falta de Afrontamiento o no - afrontamiento**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	96	80	92	96	100	96
Post-Exp	40	40	42	36	32	36

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Na obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Na obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	93.33	7.01
6	37.67	3.67

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

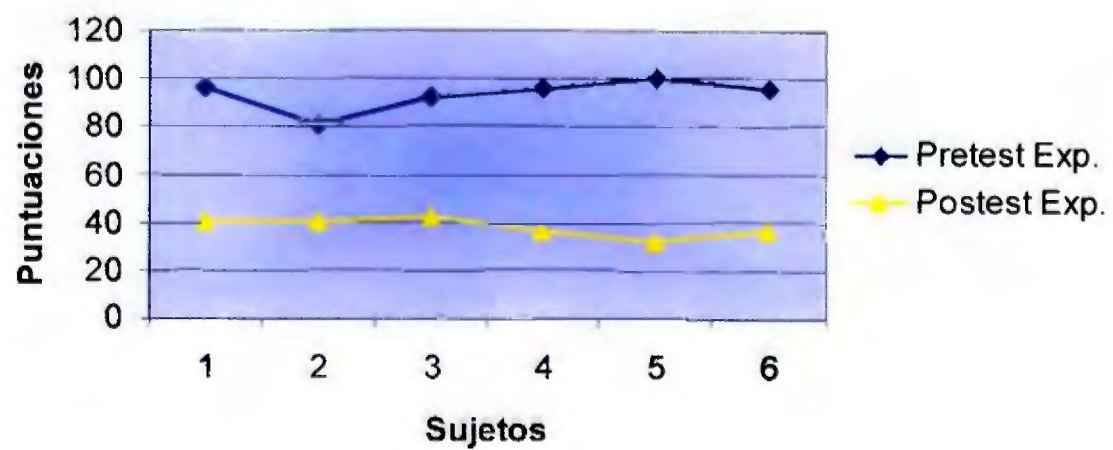
V	21.00
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.625
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (Ha).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Na, varían significativamente para el grupo experimental.

GRAFICA No.11

Comparación entre el Pretest y Postest del Grupo Experimental. Estrategias de Afrontamiento. Factor Na: Falta de Afrontamiento



CUADRO N° 35**Rt: Reducción de la Tensión**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	92	80	72	92	80	76
Post-Exp	40	42	32	36	32	32

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rt obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rt obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	82.00	8.29
6	35.67	4.46

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

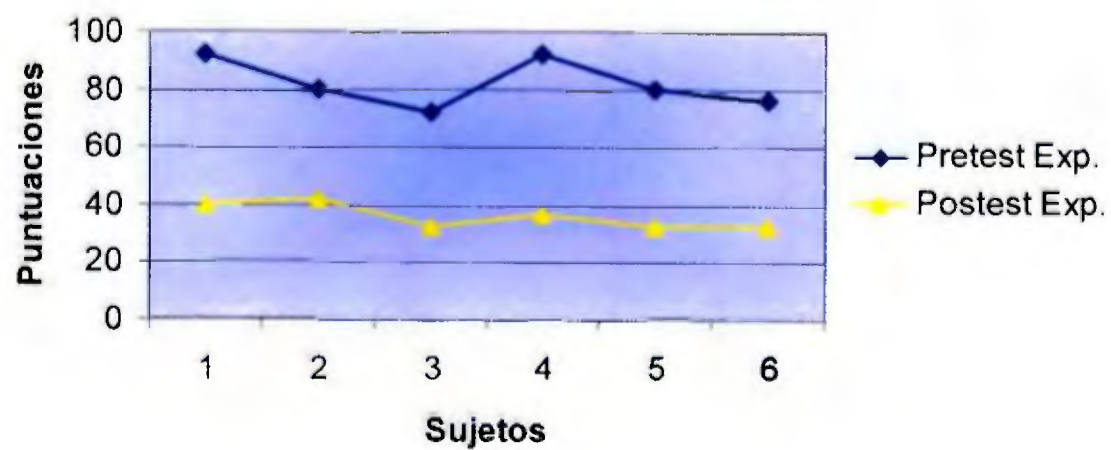
V	21
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.750
p-valor	0.016
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.016<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (Hi).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Rt, varían significativamente para el grupo experimental.

GRAFICA No. 12

**Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Estrategias de
Afrontamiento. Factor Rt: Reducción de
la Tensión**



CUADRO N° 36**So: Acción Social**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	50	60	40	50	40	40
Post-Exp	85	80	80	80	85	85

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor So obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor So obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	46.67	8.17
6	82.50	2.74

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.625
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alternativa (Hi).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor So, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 37

Ip: Ignorar el Problema

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	70	60	60	55	55	60
Post-Exp	70	60	60	55	55	60

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ip obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ip obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	60	5.48
6	60	5.48

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0
Esperanza	0.00
Varianza (V)	0.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo experimental en la escala Ip, no varían significativamente.

CUADRO N° 38**Cu: Autoinculparse**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp	70	75	85	75	70	85
Post- Exp	40	40	40	35	40	48

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Cu obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Cu obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	76.67	6.83
6	40.50	4.18

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	21
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.625
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis de investigación (Hi).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Cu, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 39**Re: Reservarlo para sí**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	100	95	90	95	100	90
Post-Exp	48	35	40	45	50	35

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Re obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Re obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	95.00	4.47
6	42.16	6.49

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	21
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.250
p-valor	0.017
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.017 <0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Re, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 40**Ae: Buscar Apoyo Espiritual**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	35	35	20	25	35	25
Post-Exp	35	35	20	25	35	25

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ae obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ae obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	29.18	6.66
6	29.18	6.66

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

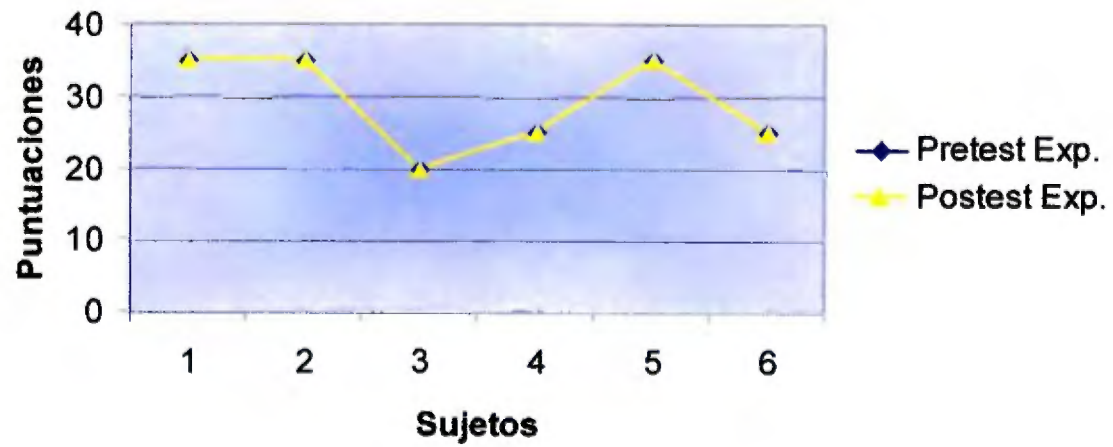
V	0
Esperanza	0.00
Varianza (V)	0.00
p-valor	0.974
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.974 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo experimental en la escala Ae, no varían significativamente.

GRAFICA No. 13

**Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Estrategias de
Afrontamiento. Factor Ai: Invertir en
Amigos Intimos**



CUADRO N° 41**Po: Fijarse en lo positivo**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	20	25	25	25	20	20
Post-Exp	55	60	65	60	65	65

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Po obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Po obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	22.50	2.74
6	61.66	4.08

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0.00
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.125
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación– 0.034<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis de investigación (Hi).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Re, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 42**Ap: Buscar ayuda profesional**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	20	25	20	20	20	25
Post- Exp	80	80	90	95	80	95

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ap obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ap obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	21.66	2.58
6	86.67	7.52

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0.00
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.500
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Ap, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 43**Dr: Buscar diversiones relajantes**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	42	21	42	21	21	42
Post- Exp	63	70	70	77	63	70

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Dr obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Dr obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	31.50	11.50
6	68.83	5.27

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0.00
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.625
p-valor	0.018
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.018 <0.05 se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis de investigación (Hi).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests en cuanto el factor Dr, varían significativamente para el grupo experimental.

CUADRO N° 44**Fi: Distracción Física**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Exp	21	21	21	21	21	21
Post-Exp	21	28	21	21	28	21

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Fi obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Fi obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	21.00	0.00
6	23.33	3.61

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

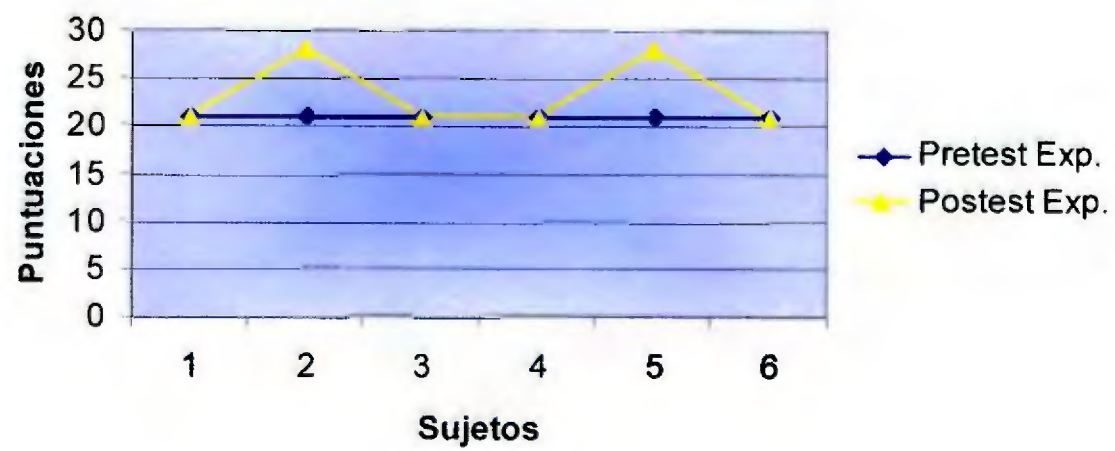
V	0
Esperanza	5.500
Varianza (V)	13.875
p-valor	0.163
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= $0.163 > 0.05$ se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo experimental en la escala Fi, no varían significativamente.

GRÁFICA No 14

**Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Estrategias de
Afrontamiento. Factor Fi: Distracción Física**



CUADRO N° 45

As: Buscar Apoyo Social

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	44	36	40	48	40	52
Post-Cont	52	36	40	64	40	52

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor As obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor As obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	43.33	5.89
6	47.33	5.89

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	5.000
Esperanza	7.500
Varianza (V)	18.750
p-valor	0.644
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.644>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala As, no varían significativamente.

CUADRO N° 46

Rp: Concentrarse en resolver el problema

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	44	36	60	44	36	32
Post-Cont	44	36	60	44	36	32

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rp obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rp obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	42.00	10.04
6	42.00	10.04

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	00.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Rp, no varían significativamente.

CUADRO N° 47**Es: Esforzarse y tener éxito**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	40	36	38	32	40	48
Post-Cont	40	36	38	32	40	48

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Es obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Es obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	39.00	5.33
6	39.00	5.33

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	37.09
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Es, no varían significativamente.

CUADRO N° 48

Pr: Preocuparse

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	100	100	88	96	84	94
Post-Cont	100	100	96	96	92	94

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pr obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pr obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	93.67	6.50
6	93.67	3.20

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	5.500
Varianza (V)	13.875
p-valor	0.0179
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.0179>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Pr, no varían significativamente.

CUADRO N° 49**Ai: Invertir en amigos Íntimos**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	32	32	20	20	24	24
Post-Cont	32	32	20	20	24	24

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ai obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ai obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	25.33	5.46
6	25.33	5.46

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	00.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Ai, no varían significativamente.

CUADRO N° 50**Pe: Buscar pertenencia**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	44	40	40	44	36	32
Post-Cont	44	40	40	44	36	32

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pe obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Pe obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	44.00	3.58
6	44.00	3.58

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	0.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	00.00
p-valor	1.00
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Pe, no varían significativamente.

CUADRO N° 51

Hi: Hacerse ilusiones

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	32	32	40	40	36	32
Post-Cont	32	32	40	40	36	32

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Hi obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Hi obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	35.33	3.93
6	35.33	3.93

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	0.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Hi, no varían significativamente.

CUADRO N° 52

Na: La estrategia de falta de Afrontamiento o no - Afrontamiento

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	100	96	100	92	96	92
Post- Cont	100	96	100	92	96	92

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Na obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Na obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	96.00	3.58
6	96.00	3.58

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	0.00
Esperanza	0.00
Varianza (V)	0.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Na, no varían significativamente.

CUADRO N° 53

Rt: Reducción de la tensión

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	96	76	80	80	72	92
Post- Cont	96	76	80	80	72	92

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rt obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Rt obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	82.67	9.35
6	82.67	9.35

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	0.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Rt, no varían significativamente.

CUADRO N° 54**So: Acción Social**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	40	40	60	60	40	50
Post-Cont	40	40	60	60	40	50

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor So obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor So obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	48.33	9.83
6	48.33	9.83

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	37.09
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala So, no varían significativamente.

CUADRO N° 55**Ip: Ignorar el problema**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	55	70	60	60	55	55
Post-Cont	55	70	60	60	55	55

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ip obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ip obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	59.17	5.84
6	59.17	5.84

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	00.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Ip, no varían significativamente.

CUADRO N° 56**Cu: Autoinculparse**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	85	70	75	85	85	70
Post-Cont	85	70	75	85	85	70

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Cu obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Cu obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	78.33	7.53
6	78.33	7.53

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	00.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.238>0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Cu, no varían significativamente.

CUADRO N° 57

Re: Reservarlo para sí

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	95	90	100	100	95	95
Post- Cont	95	100	100	90	95	100

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Re obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Re obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	95.83	3.76
6	96.67	4.08

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	5.500
Esperanza	7.500
Varianza (V)	18.625
p-valor	0.728
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.728 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Po, no varían significativamente.

CUADRO N° 58**Ae: Buscar apoyo espiritual**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	20	20	35	35	25	25
Post-Cont	25	25	35	35	25	25

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ae obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ae obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	26.67	6.83
6	28.33	5.16

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	0.00
Esperanza	5.500
Varianza (V)	13.875
p-valor	0.179
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.179 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Ae, no varían significativamente.

CUADRO N° 59

Po: Fijarse en lo positivo

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	25	25	20	20	20	25
Post-Cont	25	25	20	20	20	25

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Po obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Po obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	22.50	2.74
6	22.50	2.74

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	0.00
Esperanza	0.00
Varianza (V)	0.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Po, no varían significativamente.

CUADRO N° 60

Ap: Buscar ayuda profesional

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	25	20	20	25	25	20
Post- Cont	25	20	20	25	25	20

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ap obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Ap obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	22.50	2.74
6	22.50	2.74

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	00.00
Varianza (V)	00.00
p-valor	1.00
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=1.00 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Ap, no varían significativamente.

CUADRO N° 61**Dr: Buscar diversión relajante**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre-Cont	21	21	42	42	42	21
Post- Cont	21	21	56	42	42	56

Hipótesis

H0: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Dr obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Dr obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	31.50	11.50
6	39.67	15.76

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	00.00
Esperanza	5.500
Varianza (V)	14.000
p-valor	0.181
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.181 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H0).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Dr, no varían significativamente.

CUADRO N° 62**Fi: Distracción Física**

Comparación entre el Pre test y el Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre Cont	21	21	21	21	21	21
Post Cont	21	21	28	21	21	21

Hipótesis

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Fi obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes del factor Fi obtenidos por los sujetos del grupo control en el pre test y el post test.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desviación estándar
6	21.21	0
6	22.167	2.858

Prueba de Mann - Whitney (bilateral)

V	0.00
Esperanza	3.000
Varianza (V)	6.500
p-valor	0.327
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.327 >0.05 se puede aceptar la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post tests del grupo control en la escala Fi, no varían significativamente.

2.2.3. Inventario de Ansiedad: Lo que Pienso y Siento (CMAS-R)

CUADRO N° 63

Escala Ansiedad Total: Ansiedad Fisiológica + Inquietud/Hipersensibilidad + Preocupación Social/Concentración

Comparación entre los Pre test del Grupo experimental y Grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp	50	58	61	49	39	41
Pre- Cont	45	45	51	44	42	56

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	49.67	8.80
6	47.17	5.27

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	20.000
Esperanza	18.000
Varianza (U)	38.864
p-valor	0.784
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= $0.784 > 0.05$ no se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la Escala Ansiedad Total no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 64

Escala Preocupación Social/Concentración:

Comparación entre los Pre test del Grupo experimental y Grupo control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Exp	10	11	11	11	8	7
Pre- Cont	5	7	11	9	5	10

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Preocupación Social/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Preocupación Social/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	9.67	1.75
6	7.83	2.56

Prueba de Mann- Whitney (bilateral)

U	26.500
Esperanza	18.000
Varianza (U)	37.227
p-valor	0.268
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.268 >0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test en la Escala Preocupación Social/Concentración no varían significativamente en los grupos experimental y control.

CUADRO N° 65

Escala Ansiedad Total: Ansiedad Fisiológica + Inquietud/Hipersensibilidad +
Preocupación Social/Concentración

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental.

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre -Exp	50	58	61	49	39	41
Pos- Exp	43	46	46	38	35	39

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

H_i: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	49.67	8.80
6	41.17	4.53

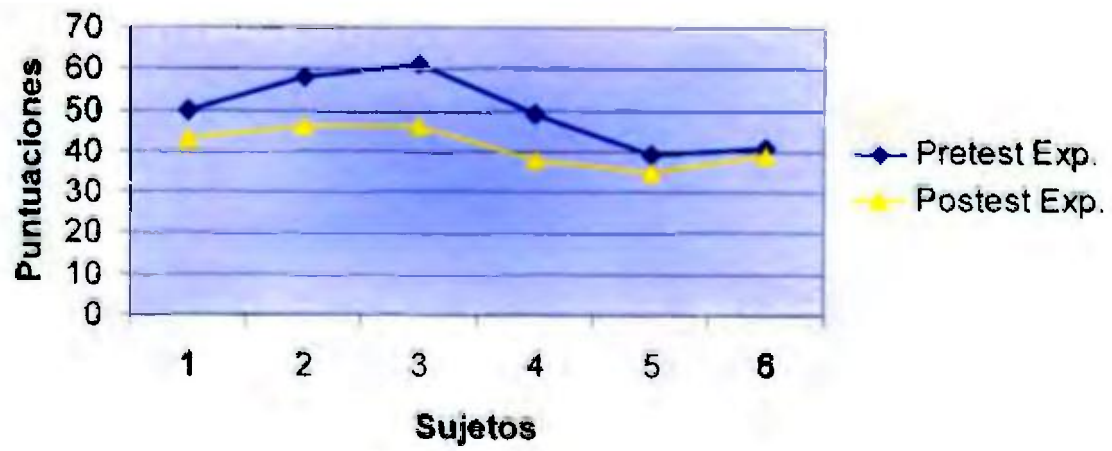
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	21
Esperanza	10.500
Varianza (U)	22.750
p-valor	0.016
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.016<0.05 se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis de investigación (H_i).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo experimental en la Escala Ansiedad Total varían significativamente

GRÁFICA No. 15
Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Ansiedad
Ansiedad Total



CUADRO N° 66**Escala Preocupación Social/Concentración**

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo experimental

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre Expe.	10	11	11	11	8	7
Post Expe	7	5	10	7	6	11

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Preocupación Social/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Preocupación Social/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	9.67	1.75
6	7.67	2.33

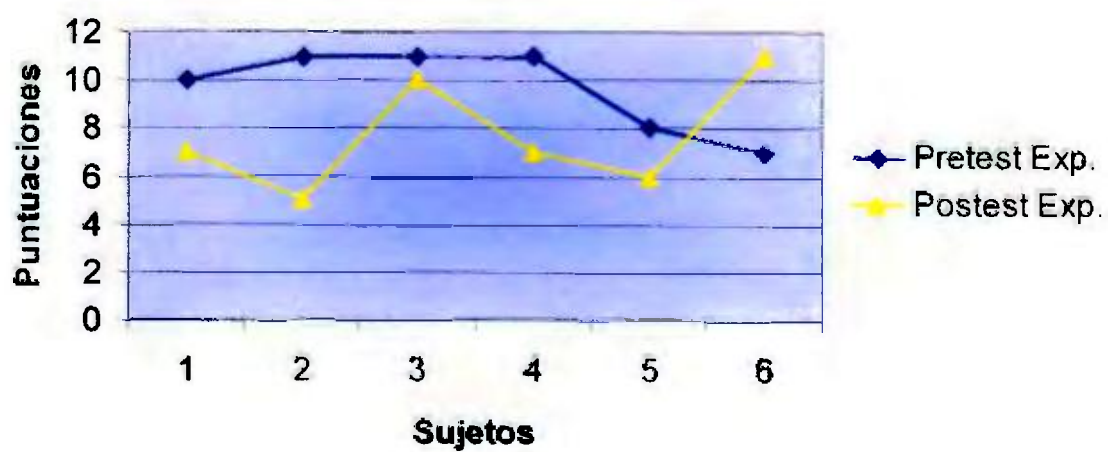
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	16.500
Esperanza	10.500
Varianza (U)	22.625
p-valor	0.013
alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.013 < 0.05 no se rechaza la hipótesis nula (H₀)

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo experimental en la Escala Preocupación Social/Concentración no varían significativamente.

GRÁFICA No. 16
Comparación entre el Pretest y Postest del
Grupo Experimental. Ansiedad
Preocupación Social / Concentración



CUADRO N° 67

Escala Ansiedad Total: Ansiedad Fisiológica + Inquietud/Hipersensibilidad +
Preocupación Social/Concentración

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre- Cont	45	45	51	44	42	56
Pos- Cont	47	44	47	46	45	53

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la Escala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	47.17	5.27
6	47.00	3.16

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	11.500
Esperanza	10.500
Varianza (U)	22.500
p-valor	0.916
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación= $0.916 > 0.05$ se acepta la hipótesis nula (H₀)

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo control en la Escala Ansiedad Total no varían significativamente.

CUADRO N° 68**Escala Preocupación Social/Concentración**

Comparación entre los Pre test y Post test del Grupo Control

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Pre Cont.	5	7	11	9	5	10
Post Cont	7	7	11	9	7	11

Hipótesis

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de Escala Preocupación Social/Concentración la obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala Preocupación Social/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Nivel de significación: alfa=0.05

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv. estándar
6	7.83	2.56
6	8.67	1.97

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (unilateral)

V	0.00
Esperanza	7.500
Varianza (U)	18.625
p-valor	0.105
Alfa	0.05

Decisión: En vista de que el nivel de significación=0.105>0.05 se acepta la hipótesis nula (H₀).

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pre test y post test del grupo control en la Escala Preocupación Social/Concentración no varían significativamente.

2.3. Análisis de los Resultados

Luego de la presentación de los resultados cuantitativos obtenidos y las respectivas pruebas de hipótesis, procederemos a su discusión y análisis con la finalidad de determinar la efectividad del tratamiento aplicado.

Análisis de los datos demográficos de la muestra de estudio:

Como hemos podido apreciar, para ambos grupos (experimental y control), el Trastorno por Ansiedad debido a la Enfermedad Médica se pudo hacer en el 100% de los casos, ya que cumplían con el requisito establecido en el manual. Los padres y sus médicos no eran conscientes de esta situación, ya sea porque la negaban los padres, por estar ellos envueltos en esta misma dinámica o porque los médicos no la consideraban como una condición relevante, frente al diagnóstico médico y pronóstico de los casos aquí estudiados. De esta forma podemos afirmar, y respondiendo a uno de los objetivos de esta investigación, que la ansiedad se constituye en la condición emocional que principalmente acompaña a todos estos diagnósticos de enfermedad maligna en niños y niñas. Este dato obtenido de las entrevistas clínicas (anexo No.1) indica que la ansiedad predominante, como síntoma esencial, las crisis de angustia, etc. prevalecen en el cuadro clínico y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. (Othmer, E., Othmer, S.,1996).

Estas respuestas son “reacciones del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar”..... (Laplanche, J., y Pontalis, J., 1993).

En relación a la escolaridad, algunos casos según las historias clínicas, presentaron problemas de rendimiento académico; han repetido de grado o han asistido a aulas especiales pero no presentan Retardo Mental. Nos llama la atención que en promedio ambos grupos han alcanzado hasta quinto grado. Si bien es cierto, que todos saben leer y

escribir, en este momento, a más de 6 meses del diagnóstico médico no podemos predecir cuál será el curso de su futuro rendimiento escolar.

Ahora pasaremos al análisis de los resultados en la variable Calidad de Vida:

Nuestra primera tarea fue la de comprobar que los grupos experimental y control no difieren y que sus varianzas se suponen, en términos estadísticos, son iguales. Esta es una condición necesaria para todo estudio que quiere valorarse como científico. En el cuadro No. 3 observamos los resultados de la medición pre-test para ambos grupos en la denominada Escala Total.

En la prueba utilizada para evaluar la percepción de calidad de vida (PesdsQL, versión 4), que se trata de un instrumento tipo Likert, a mayor puntuación mejor percepción de su calidad de vida. De esta forma apreciamos que cuando se promedian los resultados de la valoración de los sujetos en cuanto a su funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social y funcionamiento escolar estos dos grupos no son diferentes, y que a un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en el pre-test para ambos grupos, no varían significativamente, por lo que tenemos que aceptar nuestra hipótesis nula que afirmaba que no hay diferencias para ambos grupos. Así, se cumplía para estos grupos el criterio científico de igualdad inicial, antes del tratamiento. En todos los casos, tanto en el grupo experimental como en el control su percepción de calidad de vida está severamente afectada por el diagnóstico médico.

Podemos suponer que no se sienten bien con sus capacidades físicas, con su funcionamiento social, con sus sentimientos, en su interacción con otros niños, así como también, en su funcionamiento escolar. Esta percepción distorsionada en todas estas áreas, sin duda, altera el ritmo de desarrollo armónico esperado para todo niño o niña. Si a todo esto le sumamos que la ansiedad es el estado emocional predominante vemos como está alterada de manera significativa la vida de estos niños y niñas.

En el cuadro No. 4, se cumple con el mismo requisito anteriormente expuesto, pero ahora para el factor Escala Psicosocial (funcionamiento emocional, funcionamiento social y funcionamiento escolar). Aquí también debemos aceptar con un 5% de margen de error la hipótesis de igualdad de los grupos para este factor.

En el cuadro No. 5 se comparan las mediciones pre-test y post-test del grupo experimental en la Escala Total, en otras palabras, para valorar el efecto de nuestro tratamiento. Así vemos que el tratamiento psicoterapéutico puede estar relacionado positivamente con los cambios en la percepción de calidad de vida en general. Los resultados señalan que debe aceptarse la hipótesis de investigación que afirmaba que las puntuaciones en este grupo antes y después del tratamiento eran diferentes.

Los sujetos y sus padres reportaron al final de nuestra intervención a esta investigadora que se sentían mejor emocionalmente, tenían mejor disposición para atender sus asuntos de higiene personal, se atrevían a hablar con sus familiares o con sus amigos de sus problemas de salud y sentimientos y sobre todo podían atender de mejor manera las recomendaciones de los médicos.

Por otra parte en el cuadro No. 6, denominado comparación del Pre-test y del Post test del grupo experimental, pero ahora de la escala Psicosocial (promedio de las mediciones del funcionamiento emocional, social y escolar), las variaciones en las puntuaciones antes y después del tratamiento psicoterapéutico nos indican que debemos aceptar la hipótesis de investigación. Este grupo mejoró significativamente su percepción de calidad de vida en esta materia, tan importante para la adaptación social. Esto apunta a una mejoría subjetiva tanto en el plano intrapsíquico, como en el plano de la integración social. Si bien es cierto estos pacientes se ausentaban frecuentemente de la escuela, luego de terminado el tratamiento, los niños/as, reportaron mayor entusiasmo y deseos de continuar con sus estudios.

En el cuadro No. 7 se hace referencia a las mediciones pre-test y post-test para el grupo control. Como sabemos a este grupo no se le asignó ninguna manipulación psicoterapéutica y solamente les pusimos en una lista de espera de forma tal que se les atenderá psicoterapéuticamente más adelante. La segunda medición o post-test se realizó al mismo tiempo que el grupo experimental. Las pruebas estadísticas aplicadas nos indican que en el grupo control no se dieron cambios en su percepción de Calidad de Vida Total ni en la escala Psicosocial (Cuadro N° 8), y que en algunos casos su percepción fue más baja. Como este es nuestro grupo de comparación, fortaleza de nuestro diseño de investigación, podemos tener una buena certeza de que el tratamiento aplicado al grupo experimental logró mejorar las percepciones de calidad de vida de estos sujetos. El tratamiento psicoterapéutico fue efectivo en cuanto al reconocimiento y aceptación de la enfermedad, y por lo tanto, mejora el pronóstico del desarrollo de crisis y hospitalizaciones, así como el deterioro emocional.

A continuación pasaremos al análisis de los resultados en la variable Afrontamiento:

Como hemos apreciado esta variable aborda el tema desde 18 dimensiones o factores. Cada uno de ellos es considerado de forma independiente en esta investigación. Su medición se hace a través de puntajes escalares que nos permiten comparar los sujetos entre sí.

Siguiendo nuestro diseño de investigación y las hipótesis que orientan la misma, para todos estos 18 factores, se realizó inicialmente la comparación de las mediciones del pre test para el grupo experimental y del pre test para el grupo control para verificar el criterio de homocedasticidad o de equivalencia inicial de los grupos. (ver cuadros N° 9 al N° 26). En todos los factores se cumple con este criterio, por lo tanto, con una certeza de 95% y con un margen de error de sólo 5% podemos afirmar que los sujetos tanto del

grupo control como del experimental, no son diferentes en cuanto a sus estrategias de afrontamiento.

Ante el diagnóstico los sujetos, tanto del grupo experimental como del grupo control, reaccionan aislándose, no piden ayuda para sus temores y sus ansiedades, sus emociones detienen su capacidad intelectual de resolver problemas y no se esfuerzan por tener éxito en ninguno de los ámbitos de la conducta (lo intrapsíquico, lo social y lo corporal). Por otro lado, todos los sujetos se caracterizaron por profundos temores hacia el futuro y en especial por su salud. Desde el inicio de sus trastornos médicos han dejado de lado sus relaciones con sus amigos y han perdido sus esperanzas en la posibilidad de una salida positiva. No han conseguido nada que pueda reducir la tensión y lo peor ha sido que no cuentan con ninguna estrategia para hacer frente a sus temores y ansiedades por la enfermedad, por la hospitalización y por lo referente a los tratamientos médicos.

Así mismo, algunos de los sujetos se ven como responsables de sus problemas y prefieren retraerse sobre sí mismos más que participar activamente en la búsqueda de una solución. Con todo este panorama la evaluación de estas estrategias de afrontamiento nos indica que los sujetos están en incapacidad de poder fijarse en los aspectos positivos de su situación y menos buscar ayuda profesional o apoyo espiritual. Es así que no buscan diversiones ni distracciones físicas.

Cuando se hacen las comparaciones entre el pre test y post test del grupo experimental, es decir, la evaluación de la efectividad del tratamiento (ver cuadros N° 27 al N° 44), apreciamos que nuestra hipótesis de investigación que afirmaba que existían diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los sujetos del antes y después de recibir el tratamiento se confirmó estadísticamente con un margen de error de 5% para 14 de los 18 factores: buscar apoyo social (As), esforzarse y tener éxito (Es), preocuparse (Pr), buscar pertenencia (Pe), hacerse ilusiones (Hi), falta de afrontamiento (Na), reducción de la tensión (Rt), acción social (So), ignorar el problema (Ip), autoinculparse

(Cu), reservarlo para sí (Re), fijarse en lo positivo (Po), buscar apoyo profesional (Ap), buscar diversiones relajantes (Dr). Esto quiere decir que al concluir el tratamiento, se modificó, al menos cognitivamente, la inclinación de los sujetos a compartir el problema con otros, a hablar libremente de su condición médica y a expresar sus miedos y temores; así mismo disminuyeron los temores pesimista sobre el futuro.

La psicoterapia parece estar relacionada con el hecho de que los sujetos comenzaran a hacerse ilusiones realistas, a mostrar una variabilidad en sus estrategias de afrontamiento que de alguna manera reflejaron un intento de sentirse mejor y relajar la tensión percibida intrapsíquicamente. Todo esto fue notorio al culminar las sesiones de tratamiento, los niños preferían continuar con el mismo haciendo demandas trasferenciales con la terapeuta y dejaron de autoinculparse por sus problema. Pidieron referencias para continuar la ayuda profesional y les pudimos orientar de cómo buscar diversiones relajantes.

Sin embargo, la psicoterapia no logró cambios significativos en cuatro de las estrategias de afrontamiento evaluadas, como son: concentrarse en resolver el problema (Rp, cuadro N° 28), invertir en amigos íntimos (Ai, cuadro N° 31), buscar apoyo espiritual (Ae cuadro N° 40), distracción física (Fi, cuadro N° 44). Esto nos indica que la psicoterapia breve mixta no es suficiente como para eliminar todos los temores y angustias ya que el problema de salud persiste, siguen siendo objetos de tratamientos muchas veces invasivos y sufren de malestares asociados a estos. Si bien es cierto, que la psicoterapia de grupo es efectiva, la consolidación y la cohesión que se logra parecen sustituir la necesidad de tener otros amigos. Entre ellos se sentían bien, intercambiaban experiencias y sentían que tenían un destino común, pero esto no se generalizó hacia otros amigos del vecindario o de la escuela. No encontramos que la estrategia de afrontamiento relacionada con la búsqueda de apoyo espiritual cambiara, así como tampoco la distracción física. Esto último tiene su explicación en que de ninguna manera

estos niños o niñas tienen la energía o habilidades necesarias para realizar deporte y los padres, familiares y maestros tienden a sobreprotegerlos.

En relación a la evaluación los puntajes del pre test y post test del grupo control (del cuadro N° 45 al N° 62), que es nuestro grupo de comparación, y que además durante este periodo no recibió el tratamiento psicoterapéutico diseñado en esta investigación, no hubo variaciones entre la primera y segunda medición, por lo tanto a un nivel de significación de 0.05 debimos aceptar nuestra hipótesis nula que decía que ambas mediciones no son significativamente diferentes. En algunos factores como buscar apoyo social (As), preocupación (Pr), reservarlo para sí (Re), buscar diversiones relajantes (Dr), distracción física (Fi) las condiciones tendieron a agravarse con el paso del tiempo, esto hace pensar que una intervención psicológica es necesaria para evitar o tratar de evitar el deterioro emocional.

A continuación finalizaremos con el análisis de los resultados de la variable Ansiedad:

Para este trabajo hemos considerado conveniente seleccionar solo algunas subescalas, a manera de simplificar el análisis de esta variable. Se tomó en consideración la escala Ansiedad Total que corresponde al promedio de los valores encontrado en Ansiedad Fisiológica más Inquietud /Hipersensibilidad, más preocupación Social/Concentración; y la Escala Preocupación Social/ Concentración.

El cuadro N° 63 evalúa la comparación entre los pre test de grupo experimental y grupo control, para la escala Ansiedad Total. La conclusión nos señala que a un nivel de significación de 0.05% los puntajes obtenidos en esta escala no varían significativamente en ambos grupos y por lo tanto, debemos aceptar la hipótesis nula que afirmaba que no existían diferencias entre los grupos antes de iniciado el tratamiento.

El cuadro N° 64 compara las puntuaciones del pre test del grupo experimental y el control para la subescala preocupación social/Concentración y también a un nivel de significación de 0.05 los puntajes no varían significativamente entre los grupos por lo tanto, debemos aceptar la hipótesis nula de no diferencia entre los grupos antes de iniciado el tratamiento.

Esta medición cuantitativa tiene coincidencia con los hallazgos clínicos cualitativos encontrados en nuestras entrevistas clínicas que indicaban que la ansiedad era el factor predominante en todos los casos, la ansiedad parece ser un fenómeno universal y ocurre a través de líneas culturales. Es el indicador mas frecuente de problemas generales de salud mental; se cree que la ansiedad subyace a todas las formas de depresión y perturba de tal manera a estos niños y niñas que le ha restado competencia. La ansiedad en ellos ha alterado su progreso académico y además ha complicado sus relaciones con sus familiares. Raramente los niños reconocen el grado de ansiedad que experimentan ni asocian las fuentes de la misma. Evaluado así estadísticamente el grado de ansiedad de los niños y niñas de nuestra muestra podemos decir que cumplen con el requisito de igualdad antes de iniciado el tratamiento.

El cuadro N° 65 muestra la comparación del pre test y post test del grupo experimental, es decir después de la intervención psicoterapéutica. A un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos varían significativamente por lo tanto, apreciamos una disminución significativa del síntoma ansiedad y que se asocia a la intervención terapéutica realizada por nosotros.

El cuadro N° 66 presenta la comparación entre los pre test y post test del grupo experimental para la escala Preocupación Social/Concentración y obtenemos resultados similares a los mencionados con anterioridad. Por lo tanto, al concluir el tratamiento psicoterapéutico los sujetos del grupo experimental se mostraron más relajados y poco

comprometidos en los **asuntos sociales generadores** de ansiedad. Con una certeza de 95% los cambios podemos atribuirlos a la intervención psicoterapéutica y no al azar.

El cuadro N° 67 y N° 68 que hacen las comparaciones del pre test y post test para el grupo control en ambas escalas no mostraron diferencias significativas y más bien los niveles de ansiedad mostraron una tendencia hacia el aumento.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*“Todo lo que hagas en la vida dejará
huellas”.*

Paulo Coelho

1. Conclusiones

A modo de integración, a continuación presentamos las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de este estudio. Estas han sido derivadas a partir de los resultados obtenidos y tomando en consideración los objetivos e hipótesis planteadas.

1.1. En relación a la muestra

- El pequeño tamaño de la muestra y nuestra rigurosa selección dio como resultado una muestra bastante homogénea en cuanto al impacto psicológico – emocional del diagnóstico de una enfermedad maligna como las aquí estudiadas.
- Los sujetos fueron referidos por sus médicos con sus respectivos diagnósticos y con consecuencias imprevisibles, por lo tanto, no fue posible asumir otros controles estadísticos que fueran más rigurosos y que permitiesen extrapolar estos resultados más allá de la muestra estudiada.
- Los pacientes referidos al tratamiento psicológico habían recibido su diagnóstico de enfermedad maligna en los seis meses anteriores a nuestro contacto, por lo tanto, desconocemos las condiciones emocionales previas a nuestra evaluación.
- A pesar de que usamos un muestreo por conveniencia y no el muestreo al azar, los resultados de los pre test de los grupos experimental y control demostraron que ambos grupos en cuanto a su calidad de vida, estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad eran equiparables antes de iniciado el tratamiento y cumplían con la regla de homocedasticidad requerida en todo estudio

- La homogeneidad encontrada en la muestra en cuanto a edad, escolaridad y diagnóstico psicológico permitió la aplicación de una psicoterapia con cierta consistencia, a pesar del ajuste que se debió hacer por algunas diferencias individuales.
- La pérdida de un sujeto del grupo experimental que abandonó la terapia y posteriormente falleció, si bien es cierto no afectó el desarrollo de la investigación, permitió explorar en la psicoterapia de grupo algunos asuntos relacionados con el duelo y la muerte que les preocupan a todos.
- Todos los sujetos de este estudio a seis meses de realizado el diagnóstico de la enfermedad maligna, al inicio del tratamiento, estaban bajo un fuerte impacto emocional y la ansiedad dominaba por completo el aparato psíquico, en algunos casos paralizándoles en sus funciones vitales y en los casos más severos, se observó una detención del curso normal del desarrollo.
- La historia clínica es un instrumento de evaluación eficaz que permitió conocer que los trastornos de ansiedad estaban presentes y estos pudieron ser corroborados por el CMAS-R.
- Los niños y niñas estudiados pertenecen a una clase social con limitaciones económicas, lo cual restringe las facilidades de servicios de calidad y la asistencia de un equipo multidisciplinario completo.
- Es nuestra impresión que algunas características o circunstancias familiares parecen tener relación con la forma de reaccionar de los niños y niñas al tratamiento. Aquellos padres que mostraron más interés, colaboración y además

tenían un nivel de integración familiar más funcional, sus hijos lograron un mayor nivel de ajuste emocional, sin embargo, esta variable no formaba parte de nuestros controles, por lo tanto, no fue evaluada.

- A pesar de no ser una variable controlada o manipulada, esta investigadora tuvo que realizar frecuentes acercamientos con los padres en forma empática para que ellos desde sus casas colaboraran con el tratamiento seguido por sus hijos.

1.2. En relación al tratamiento

- La psicoterapia breve mixta como tratamiento destinado a mejorar la percepción de calidad de vida, mejorar las estrategias de afrontamiento y la ansiedad, resultó ser efectiva.
- No se lograron cambios significativos en cuatro de los factores de la Escala de Afrontamiento como son: concentrarse en resolver el problema (Rp), invertir en amigos íntimos (Ai), buscar apoyo espiritual (Ae) y distracción física (Fi). Esto nos indica que la psicoterapia breve mixta no es suficiente como para eliminar todos los temores y angustias, ya que el problema de salud persiste, siguen siendo objetos de tratamientos muchas veces invasivos y sufren de malestares asociados a estos.
- La percepción de calidad de vida relacionada con la salud mejoró significativamente al concluir el tratamiento, tanto en la Escala Total como en la Escala Psicosocial.

- Las 11 sesiones de tratamiento individual (una semanal) resultó ser un periodo aceptable para el manejo efectivo de la psicoterapia.
- La psicoterapia breve mixta logró contener las emociones perturbadoras que aparecían después de los tratamientos médicos invasivos. En algunos pacientes los logros fueron más evidentes que en otros.
- La psicoterapia con niños y niñas con estas características de enfermedad maligna se desarrolló, la mayoría del tiempo, en base a una transferencia positiva.
- Entre las principales dificultades en el desarrollo de la psicoterapia estuvieron el establecimiento del contacto inicial, el logro de una buena alianza terapéutica y la forma de comunicarnos. Algunos niños lograban expresar sus enojos y frustraciones en forma verbal, y otros lo hicieron en forma indirecta a través del juego y el dibujo. Sin embargo, por la edad de desarrollo en que se encuentran, estos niños parecían estar más orientados hacia la realidad que al juego cargado de fantasías.
- En cuanto al proceso evolutivo terapéutico, tanto la fase inicial como la fase final, resultaron ser las más difíciles de manejar, debido a las resistencias iniciales de los niños y niñas al tratamiento, a la sensación de indefensión y a la poca motivación. En la fase final de la psicoterapia, la terminación, el cierre y la despedida fueron complicadas por las sensaciones de abandono, dependencia y pérdida.
- La 5 sesiones de psicoterapia grupal, si bien se integran dentro de los logros aquí reseñados, nuestra impresión sería necesario extenderla.

- El tratamiento psicoterapéutico no incluyó a los padres o cuidadores, pero pudimos apreciar que estos juegan un papel importante en la dinámica de estos trastornos.
- Los niños y niñas acudieron al tratamiento psicoterapéutico traídos por sus padres y otros familiares por lo cual no pudimos conocer el valor real de la motivación de éstos para el tratamiento.
- La enfermedad maligna afecta el desarrollo bio-psico-social del niño o niña.
- El equipo médico debe enfatizar en que el tratamiento psicológico puede coadyuvar en los esfuerzos por mejorar la vida del paciente y así permitirles tener una mejor calidad de vida que la que se logra con los cambios físicos.

2. Recomendaciones

2.1. En relación a la muestra

- Replicar esta investigación con una muestra mayor, con una mayor variabilidad en las edades y tomando en consideración la variable socioeconómica y los niveles de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.
- La psicoterapia que se le debe proporcionar a estos niños debe iniciarse en el mismo momento que se le hace el diagnóstico y los centros de atención hospitalaria deben desarrollar un protocolo de atención que incluya una visión integral de los problemas de salud, esto incluye la variable psicológica y no solamente médica psiquiátrica. Cada profesional de la salud debe integrarse a un equipo, pero guardando su correspondiente identidad profesional.

- Es conveniente que esta población que sufre los estragos de una enfermedad maligna cuente con los apoyos gubernamentales o de organizaciones no gubernamentales (ONG), para facilitar la asistencia psicológica.
- Se debe incluir la evaluación de la percepción de calidad de vida en la valoración de estos niños ya desde el nivel hospitalario.
- Educar a los padres con suficiente tiempo sobre el problema emocional de sus hijos y la forma cómo deben manejarlos en casa o cualquier otro ambiente y que además puedan preparar a sus maestros u otros cuidadores.

2.2. En relación a la Psicoterapia

- Diversificar la psicoterapia haciendo diferencias para distintos grupos, como por ejemplo según edad, según diagnóstico y según el funcionamiento familiar.
- Sería conveniente que todo terapeuta que invada el campo de la psicoterapia para enfermedades malignas cuente con un co-terapeuta a fin de potencializar los esfuerzos terapéuticos y manejar los fenómenos contratransferenciales que se le presenten.
- Diseñar estrategias terapéuticas que incluya los padres y familiares de los niños y niñas.
- En toda psicoterapia, en los casos de enfermedades crónicas o malignas, el terapeuta debe establecer y mantener un foco de atención, y no dejarse tentar por abarcar otras problemáticas que pueden ir surgiendo a lo largo del tratamiento.

- En el diseño de las estrategias terapéuticas debe prestarse especial importancia a la fase inicial y final. Es necesario además, contar con un equipo terapéutico que facilite el trabajo y el manejo de los aspectos contratransferenciales.
- Sugerimos diversificar los programas de atención, atendiendo a las necesidades y características de los pacientes y en las que se incluyan más alternativas terapéuticas.
- Si bien es cierto el modelo psicoterapéutico aquí presentado es predominantemente individual, creemos conveniente, dada la magnitud de estos problemas, intentar una atención grupal de estos pacientes, para así, abarcar una mayor población.
- Recomendamos que se realicen estudios de investigación en donde puedan validarse las escalas de Calidad de Vida Pediátrico PedsQL, Escala de Afrontamiento para Adolescentes ACS y la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R.
- Seguir el curso y tratamiento de la enfermedad y brindar un apoyo psicoterapéutico flexible junto al equipo médico.
- Los mecanismos de defensa deben ser evaluados en términos de qué tan adaptativos son y cuánto promueven el enfrentamiento de la perturbaciones.
- La psicoterapia debe programarse con citas periódicas de seguimiento mas allá de las que aquí pudimos realizar.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. y Col. (1971). Adolescencia. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- ACHU, MARIA SABINA. (2006). Estadística de los Tumores Sólidos. Panamá: Universidad Latina.
- AINSWORTH, M. (1985). Patrones de Apego Niño-Madre: Antecedentes y Efectos en el Desarrollo. New York: Boletín de la Academia de Medicina. Vol. 61, No. 9.
- ANGUILLI, A., HELFAT, L. (1981). Psicología Infantil. pp.9-19, México: Cecsá
- AVILA, A. Y POCH, J. (1994). Manual de Técnicas de Psicoterapia. España: Siglo Veintiuno Editores S.A.
- BARRETO, M. (1993). Asistencia Psicológica a la problemática del Cáncer Infantil. España: Primeras Jornadas Internacionales de atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. ASPANION.
- BAYO, P., (1998). Intervención Educativa en el Niño Oncológico. España: Revista Entretodos.
- BLUM, R., (1984). Chronic Illness and Disabilities in Childhood and Adolescence. Estados Unidos: Edit. Grune & Straton, Inc.
- BOWLBY, J. (1973). Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books, Inc.
- CAPLAN, G. (1964). Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Edit. Paidós.
- COLBY, M. (2000). Apuntes de Clase Psicoterapia. Universidad de Panamá
- DEWALD, PAUL.(19985). Psicoterapia un Enfoque Dinámico. Buenos Aires: Edit. Toray Masson.
- DIE TRILL. (1989). Efectos Psicosociales del Cáncer en el Enfermo Pediátrico y su Familia. Libro de ponencias y comunicaciones de las Primeras Jornadas Internacionales de atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. pp97-112.
- EISER, CH. (1995). Choices in measuring quality of life in children with cancer a comment. Psychooncology. 4: 121-131.

- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C., AMIGO VÁZQUEZ, I., PÉREZ ÁLVAREZ, M. Y FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- FIERRO BARDAJÍ, A. (1997):Estrés y Afrontamiento y adaptación. En M.I. Hombrados (Coord.) Estrés y Salud. Editorial Promolibro. Valencia. España. Pág. 11 – 37.
- FORSEN A. (1991). Psychological Stress as a Risk for Cancer. E.U.: Rev. Psychotherapy Psychosomatic.
- FRYDENBERG, E. Y LEWIS, R. (2000), Escalas de Afrontamiento. Madrid: TEA ediciones.
- GRAU, RUBIO. (1998). Actitudes de los padres respecto a la escolarización de los niños oncológico. España: revista Entretodos.
- GRENSON, RALPH. (1965). Técnica y Psicoterapia Psicoanalítica. México: Edit. Siglo XXI.
- GREENBERG, H.S. Y MEADOWS, A.T. (1991). Psychosocial Impact of Cancer Survival on school-age Children an their parents. Journal of Psychosocial Oncology. 9:4,43-56.
- GROSSMAN SARIT (2003). Psicoterapia Psicoanalítica en un grupo de niñas que presentan déficit e inconstancias objetales. Tesis Universidad de Panamá.
- GUZMAN MARICELA, OBLITAS, LUIS A., (2006). Psicología de la Salud Infantil. Colombia: Psicom Editores.
- HARBECK-WEBER C., HEPPE, M.D. (1995). Prevention of emotional and behavioral distress in children experiencing hospitalization and chronic illness. pp 167-184. En Roberts Cm, Editor. Handbook of Pediatric Psychology. 2da ed. New York: The Guilford Press
- HESSE-BIBER,S.,CLAYTON – MATTHEWS, A. Y DOWNEY, J.A. (1987). The differential importance of weight and body image among college men and women. Estados Unidos: Genetic, Social and General Psychology Monographs, 113, 509 – 508.
- HOLLAND, J. ROWLAND, J. (1990). Handbook of Psychooncology. New York: Oxford University.
- HOLLEB, A. (1990). The American Cancer Society. Cancer Book. U.S.A.: Doubleday.

JENSEN, AB. (1991). Psychological factors in breast cancer and their possible impact upon prognosis. E.U.: Cancer Tret. Rev.

KARASU, B. (1998). The Psychoterapist Interventions. Estados Unidos: Aronson.

KAZDIN, A., WEISZ, J. (2003). Evidence – Based Psychotherapies for Children and Adolescents. New York: The Guilford Press.

KAZAK, A.E., MEESKE, K., PENATI,B., BARAKAT, L.P. CHRISTAKIS, D., MEADOWS, A.T., CASEY, R., y STRUBER, M. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivor of childhood leukemia and their mothers and father. Estados Unidos: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 120-129.

KAZAK, A.E., CHRISTAKIS, D.,ALDERFER,M.,Y COIRO,M.J. (1994). Young adolescent cancer survivors and their parents: Adjustment, learning problems, and gender. Estados Unidos: Journal of Family Psychology, 8, 74-84.

KERLINGER, F. (1998). Investigación del Comportamiento. México: McGraw Hill.

KORIN, D. (1992). Enfermedades crónicas de los pacientes adolescentes. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez OE, Editores. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington D.C.: Serie Paltex OPS.

KHAFIF, J. (2004). Estudio de los Efectos de una Intervención Psicoterapéutica Analítica Individual en Varones que Presentan formas Agresivas de Relacionarse con sus parejas. Panamá, Tesis UNIPAN.

LAPLANCHE J. (1994). Diccionario de Psicoanálisis. Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.

LAZARUS, R.S. Y FOLKMAN, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca (Publicación original: 1984).

LAZARUS, R.S. Y FOLKMAN, S. (1984). Stress Appraisal and Coping. U.S.A. Springer.

MALAN, D. (1963). La Psicoterapia Breve. Argentina: Centro Editor de América Latina S.A.

McANARNEY, ER. (1985). Social Maturation: a challenge for handicapped and chronically ill adolescents. Journal Adolescent health Care. 6:90-109.

- MARRONE, M. (2001). La teoría del Apego. España: Editorial Prismática.
- MARTINEZ y MARTINEZ, R. (1996). La Salud del niño y del Adolescente. México: Masson Salvat, III edición.
- NELSON, A.E. Y DANNERFER, D. (1992). Aged heterogeneity, Fact or Fiction? The fate of diversity in gerontological research. Gerontologist Rev.
- NOLES, S.W., CASH, T.F., Y WINSTEAD, B.A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. Estados Unidos: Journal of Consulting and Clinic Psychology, 53,88 – 94.
- OBLITAS, LUIS A., (2006). Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas. Colombia: Psicom Editores.
- OSORIO, G.M., (1997). Aplicación de un programa de habilidades de afrontamiento a pacientes pediátricos con leucemia. Comunicación presentada en la IV reunión de investigación del cáncer. México, D.F.
- OSORIO, G.M., BAZÁN, R.G., PAREDES, R.P., Y OSORIO, G.M. (2004). La Psicología de la Salud Infantil. Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Colombia: Psicom Editores.
- OTHMER, E., OTHMER, S.(1996). DSM-IV La Entrevista Clínica.Fundamentos. Tomo I. España: Edit. Masson.
- PAPALIA, D. y OLDS, S. (1997). Desarrollo Humano. Santa Fe de Bogota: McGraw-Hill.
- PEDREIRA, J.L., PALANCA, J. (2001). Psicooncología Pediátrica. En Condicionantes psicossomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia: agresividad, violencia, insomnio, medios de comunicación, SIDA. Pereira JL Editores (pp 207-222).
- PIPES, R. Y DAVENPORT, D. (1990). Introduction to Psychotherapy. Common Clinical Wisdom. E.U.: Prentice Hall. (pp 4).
- PIQUERAS, J., MARTÍNEZ, A., RAMOS V., RIVERO, R., GARCÍA, L.(2006). Ansiedad, Depresión y Salud. Colombia: Psicom Editores.
- PRIEGO, L.A., VALENCIA, C.M. (1998). El Síndrome de hospitalismo en niños menores de cinco (pp173-82) Revista México Psicológica., 5(2): 173-82. México.
- RIBES, E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.

RIVAS, LINA. (2004). Intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticados con cáncer de mama, tendientes a mejorar el Estado Psicológico y la Calidad de Vida durante los tratamientos. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.

SALAS, V. (1998). Depresión y Cáncer: Una apreciación. Buenos Aires: Revista Clínica Psicológica. Vol. VII, No. 3.

SALA, V. , GATTO, M. MARINO, A. (2000). Psico-socio-oncología. Buenos Aires: Edit. Data Visión.

SALA, V. , GATTO, M (1998). Psico-oncología: abordaje integral del paciente con cáncer. Buenos Aires: Biblioteca Médica Digital. Data Visión.

SAMPIERI, R. (1996). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.

SAMPIERI, R., FERNANDEZ, C., BAPTISTA, P.(2006) Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México: Edit. McGraw Hill.

SANDÍN, B. (2001). Estrés, Hormonas y Psicopatología. Madrid: Klinik.

SANDÍN, B. Y CHOROT, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología: Madrid: McGraw-Hill.

SANDOVAL, G.F., DE DIEGO G.E.M., FERNÁNDEZ, J.F. (2001). Calendario Quirúrgico en Pediatría. Bol. Pcdiatría, 41(1): 78-82. Colombia: Psicom editores

SCHALOCK, R.L. (1996). The quality of children's lives. In A.H. Fine y N.M. Fine (Eds.), Therapeutic recreation for exceptional children. Let me in, I want to play. Second edition. Illinois: Charles C. Thomas.

SCHWARTZMANN AGDA, L., (2004). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Seminario Introductorio- Uruguay: Departamento de Psic. Médica Universidad de la República Oriental.

SERUYA, BARBARA. (1997). Empathic brief psychothrapy. Estados Unidos: Aronson Edit.

SETTON, Lea. (1995). Apuntes de Psicoterapia USMA. Panamá.

SIMPSON, J. & ROHLES, W. Attachment Theory and Close Relationships. New York: The Guilford Press.

SPIELBERGER, CHARLES.,1990). Tensión y Ansiedad. México: Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C.V.

SPITZ, R.A. (1983). El Primer año de Vida del Niño. México: Fondo de Cultura Económica.

STADTER MICHAEL (1996). Object Relations Brief Therapy.U.S.A. Edit: Jason Aroson Inc.

STEVENS,M.M., Y DUNSMORE, J.C. (1996). Adolescents who are living whith life – threatening illness. En C.A. Corr y D.E. Balk editors, Handbook of adolescent death and bereavement (pp. 107-135)

STRAKER, N. (1998). Psychotherapy for Cancer Patients. E.U. : Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7:1-9.

WINNICOTT, D. (1982). La enfermedad Psicósomática en sus aspectos positivos y negativos. Buenos Aires: Revista de Psicoanálisis. No.62, pág. 11-22.

Artículos de Internet:

ABREU, M. DEL C.,GRAU, JORGE Y OTROS. (2000). Calidad de Vida en Oncopediatría: problemas y retos. Revista Cubana Oncología. 16(3:198 – 205)
<http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16-3-00/>

ALMANZA, J., STRAKER, N. Y HOLLAND, J. (1999). Psicoterapia psicodinámica en pacientes con cáncer.
<http://www.apm.org.mx/dreamweaver/Publicaciones/1999/3-4/psicoterapia.html>

ARJONA ARCAS, J.C. y GUÉRRERO MANZANO S. (2002). Un estudio sobre estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria Psicología Científica. Octubre de 2002 de la World Wide Web:
<http://www.psicologiacientifica.com/articulos/ar-arjona01.htm>.

BLEICHMAR, H. (1999). Del Apego al Deseo de Intimidad: las Angustias del Desencuentro. Aperturas Psicoanalíticas No. 2, julio 1999.
<http://www.aperturas.org/2bleichmar.html>

BORGES DEL ROSAL, A. (2002). Diseño de investigación en Psicología.
<http://www.ull.es/users/aborges/contenido%20diseno.htm>.

FLANAGAN, J.C. (1982). Quality of Life Scale.
<http://epi.minsal.d/cdvida/doc>.

FONAGY, P. (1999). Pathological Attachment and Therapeutic Action.
<http://www.psychematters.com/papers/fonagy3.htm>.

GOMEZ, LYDA. (2003). El Duelo en los Niños con Cáncer y sus Familias.
<http://www.Elduelo.gomez.org.htm>

GRAU RUBIO, CLAUDIA (2003). La Atención Educativa Integral del Niño Enfermo con Cáncer en la Escuela Inclusiva.
<http://www.cancerinfantil.org/ponencias/jorn12.html>

HERNÁNDEZ, EDUARDO (2003). La ansiedad infantil frente a la Hospitalización y cirugía.
<http://www.tupediatra.com/mny/adaptación-conductas/mnyv37.htm>.

VASQUEZ DOMINGUEZ, ROSARIO. (2005). Aplicación del Modelo de Atención Psicológica en Oncología Pediátrica.
<http://www.cancerinfantil.org/ponencias/jorn10.htm>

VELARDE, ELIZABETH. (2001). Evaluación de la Calidad de vida en el Adolescente con Enfermedad Crónica.
<http://by18fd.bay18.hotmail.msn.com/cgi-bin/getmsg>.

ANEXOS

ANEXO No. 1. Historias Clínicas

Grupo Experimental

Caso N° 1

I. Datos Generales:

Nombre: O.W.

Sexo: M

Fecha de Nacimiento: 3-10-1995

Edad: 11 años, 0 mes

Escolaridad: VI grado, Escuela Elisa Viuda de Garrido

Residencia: Buena Vista, Colón

Diagnóstico: Leucemia Linfoblástica Aguda

Nivel Socioeconómico: bajo

II. Historia Personal:

Es un producto no deseado, (sólo por la madre) pero con mucha angustia por parte del padre. Control prenatal normal, pero la madre tuvo mucha angustia durante el embarazo. Parto anterior por cesárea.

Hospitalizado por asma a los 8 meses.

Desarrollo motor y del lenguaje normal.

Desarrollo socio – afectivo: fue un niño muy mimado y consentido. Era muy apegado y dependiente de su madre. Siempre le ha costado hacer amigos, y por padecer asma no podía realizar deportes, ni hacer ejercicios fuertes en casa o juegos que lo agitaran mucho.

Su rendimiento académico es regular, aunque nunca ha repetido ningún grado, las maestras siempre lo han ayudado mucho y su abuela siempre ha dedicado su tiempo a estudiar con él para que finalmente avance en cada grado.

Fecha de diagnóstico médico: 5 de septiembre de 2005. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

El ambiente familiar es bueno, sus padres están separados desde que el tenía dos años, actualmente vive con la madre, su abuela materna y su hermano mayor.

La madre: tiene 39 años, trabajaba como aseadora en una empresa en la Zona Libre de Colón, y dejó de hacerlo desde el diagnóstico de W. Su relación con ella es buena.

El padre: tiene 42 años, trabaja como taxista, ayuda económicamente a la madre cuando el quiere. Su relación con W. no es buena, es poco cariñoso, y siempre lo ha considerado como enfermizo. Nunca se ha hecho totalmente responsable de su hijo. Visita a W. 2 veces al mes aproximadamente, lo cual W. resiente mucho.

Hermano: tiene 14 años, estudia el II años de secundaria. La relación es regular, no se comunican y pelean constantemente.

Abuela: de 61 años, viuda, trabaja cuidando niños. Es quien lo consiente y mimaba desde que nació y lo protege de los regañíos de su madre o de su hermano.

No hay antecedentes de enfermedades médicas severas en la familia.

IV. Examen del Estado Mental:

W. acude siempre puntualmente, su arreglo personal general se observa normal. Su peso y estatura corresponden a su edad cronológica. La actividad motora normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientado en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es limitado y su tono de voz es bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas relacionadas con el futuro y temores con respecto a su enfermedad. La percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es de tristeza.

Su actitud durante la entrevista fue variada, desde la negativista y poco cooperadora hasta lo que considero normal. Fue evidente el estado ansiedad, repetía constantemente las mismas ideas en torno a la mala relación con su padre, el temor a la enfermedad, sus ausencias en la escuela y la falta de amigos. Manifestó la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnóstico Multiaxial:

Eje I F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda.

F32.9 Trastorno Depresivo no especificado

Eje II Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III Leucemia Linfoblástica Aguda

Eje IV Z63.8 Problemas Paterno – filiales

Eje V EEAG = 65

Caso N° 2**I. Datos Generales:**

Nombre: A.M.

Sexo: F

Fecha de Nacimiento: 15-12-1994

Edad: 12 años, 6 meses

Escolaridad: VII grado, Primer Ciclo Panamá

Residencia: Calle sexta, Río Abajo

Diagnóstico: Osteosarcoma

Nivel Socioeconómico: bajo

II. Historia Personal:

El embarazo fue controlado sin mayores complicaciones, pero fue posterior a un aborto espontáneo. Parto normal, vaginal, sin mayores complicaciones.

Refiere la madre dos hospitalizaciones de A.M., a los 3 años por gastroenteritis y a los 7 años cuando fue diagnosticada con hepatitis.

Desarrollo motor y de lenguaje aparentemente normales.

Desarrollo socio-afectivos normal.

Actualmente presenta mal comportamiento, groserías, constantemente miente aunque no sea necesario, presenta bajo rendimiento escolar, apatía hacia el estudio, su madre refiere que no pone de su parte para salir mejor en la escuela. Se encuentra siempre muy irritable, brava, como molesta con los miembros de la casa en especial con su mamá.

Fecha de diagnóstico médico : 16 de diciembre de 2005. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Reside actualmente con su madre, el padrastro y sus hermanos. Tiene 5 años de vivir con su padrastro desde que su madre y él contrajeron matrimonio. Su madre tiene 31 años y trabaja como vendedora, la relación entre ellos es regular. Su padrastro tiene 35 años, ella lo conoce desde que tenía 2 años y la relación entre ellos siempre ha sido muy buena. Sus hermanos de 6 y 2 años la quieren mucho y aunque hay discusiones constantes, la relación es buena.

A su padre biológico de 32 años, quien es contador, la quiere mucho, ha estado siempre muy pendiente de ella, se hace cargo económicamente de ella y la ve dos veces por semana y los fines de semana siempre se va con él.

No hay antecedentes de enfermedades médicas severas en la familia.

IV. Examen Mental:

A.M. acude puntualmente, su arreglo personal se observa bueno, aseada y muy bien arreglada. Se observó poco contacto visual, gesticulaciones y ademanes faciales que indicaban desaprobación por la entrevista. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresiva.

Su actitud durante la entrevista fue negativista y poco cooperadora, sin embargo al final manifestó la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnostico Provisional:

- Eje I.** F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Osteosarcoma
- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Osteosarcoma
- Eje IV** Problemas relativos a la enseñanza (problemas académicos)

Eje V EEAG = 80**Caso N° 3****I. Datos Generales:****Nombre:** E.T.**Sexo:** M**Fecha de Nacimiento:** 9-6-1995**Edad:** 10 años, 10 meses**Escolaridad:** V grado, Escuela Medalla Milagrosa**Residencia:** San Pedro, Cerro Azul.**Diagnóstico:** Leucemia Linfoblástica Aguda**Nivel Socioeconómico:** medio - bajo**II. Historia Personal:**

Embarazo controlado, parto normal sin complicaciones. Niega patologías ni traumas craneales. Enfermedades: asma alérgica (inhaladores).

Desarrollo del lenguaje y motor normales

Desarrollo socio – afectivo normal.

Su rendimiento es muy regular, repitió el segundo grado. Aún no ha aprendido a leer correctamente.

Fecha de diagnóstico médico: 17 de mayo de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Vive con su padre de 41 años, quien labora en una empresa, y la relación con E.T. es regular ya que el padre no le tiene confianza. E.T. lo define como estricto y muy

serio. La madre de 37 años, ama de casa, con quien tiene muy buena relación y quien lo consiente mucho y lo protege siempre de los regaños de su padre.

Hermana de 19 años quien trabaja y estudia, relación regular, peleas frecuentes y celos, es media hermana por parte de madre.

IV. Examen Mental:

Acude puntualmente, su arreglo personal se observa ligeramente descuidado, pero aseado. La actividad motora es normal, pero se observa muy apático y distraído durante la entrevista. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresivo.

Su actitud durante la entrevista fue poco cooperadora, no se expresó espontáneamente. Manifestó mucha ansiedad relacionada con su tratamiento y su futuro, luego de comentado esto, su actitud fue considerado como normal. Manifestó la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnostico Provisional:

- Eje I.** F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje IV** Problemas relativos a la enseñanza (problemas académicos)
- Eje V** EEAG = 80

Caso N° 4**I. Datos Generales:****Nombre:** I. T.**Sexo:** F**Fecha de Nacimiento:** 20-11-1992**Edad:** 13 años, 7 meses**Escolaridad:** VI grado, Escuela Santa Isabel**Residencia:** Chepo, La Primavera**Diagnóstico:** Osteosarcoma**Nivel Socioeconómico:** bajo**II. Historia Personal:**

Segundo hijo, parto por cesárea, la madre mantuvo presión alta durante los últimos 6 meses, padeció preclancia. Nació al octavo mes, bajo peso y estuvo en incubadora 15 días. Asistió a fisioterapia por los 3 primeros meses, Según la madre, demoró para caminar y hablar, ambas actividades pasado el año y medio de edad. Padeció bronco - espasmo a los 2 años por lo cual estuvo hospitalizado nuevamente.

Desarrollo socio afectivo: normal.

Rendimiento académico: promedio. Falto un año a la escuela por falta de recursos.

Fecha de diagnóstico médico: 30 de abril de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Familia Nuclear. Madre de 35 años, ama de casa, buenas relaciones familiares, (dominante), controladora.

Padre de 35 años: trabaja en finca, mantiene muy buena relación, consentidor y cariñoso.

Hermano de 10 años, buena relación.

La abuela materna fallece de cáncer de mamas hace 3 años.

La abuela paterna fallece de cáncer de colon hace 7 años.

IV. Examen Mental:

Acude puntualmente, presenta buen arreglo personal general, ésta aseada. Su peso y estatura son acorde a su edad cronológica. La actividad motora es normal, pero se observa una postura inadecuada y apatía. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresiva

V. Diagnostico Provisional:

- Eje I.** F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia
Linfoblástica Aguda
- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje IV** Problemas económicos
- Eje V** **EEAG = 80**

Caso N° 5**I. Datos Generales:****Nombre:** R.H.**Sexo:** M**Fecha de Nacimiento:** 18-6-1995**Edad:** 11 años, 0 mes**Escolaridad:** V grado, Escuela Estado de Israel**Residencia:** San Miguelito, Villa Guadalupe**Diagnóstico:** Linfoma No Hodking**Nivel Socioeconómico:** bajo**II. Historia Personal:**

Antecedentes personales: La madre refiere que fue un embarazo deseado, no planeado y fue de alto riesgo, aunque tuvo un parto normal y fue hospitalizado por ictericia. A los 2 años fue hospitalizado por bronco- espasmo. Niega otras patologías o traumas craneales. Su desarrollo motor normal. A los 6 años asistió a terapia de lenguaje por cinco meses debido a que presentaba dificultades para mencionar algunas consonantes.

Repitió el primer grado, luego repitió el tercer grado, refiere la madre que sus maestros siempre lo han considerado como un niño de lento aprendizaje. Es muy travieso e inquieto.

Es un niño muy sentimental y sensible, se entristece y presenta problemas con el ritmo de sueño cada vez que suceden peleas y discusiones fuertes en casa.

En cuanto al desarrollo socio – afectivo podemos mencionar que R. es un niño amigable, quien tiene varios amigos, sin embargo, su madre nos dice que los amigos abusan de él.

Fecha de diagnóstico médico: 17 de mayo de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

El ambiente familiar no es bueno, vive dentro de una familia Extendida. Además de sus padres y hermanos, vive con dos tías paternas de 39 y 42 años, su abuela paterna de 70 años, el esposo de está de 72 años, y dos primos de 10 y 5 años. Entre la jubilación del esposo de la abuela, el sueldo de sus padres, el de una de sus tías y los aportes ocasionales de sus hermanos mantienen el hogar.

Constantemente hay discusiones y su padre en varias ocasiones abandona el hogar por algunas semanas y nuevamente regresa (la madre lo acusa de infidelidad). Sus hermanos todos mayores también están en algunas temporadas en casa y otras se van y cada vez traen consigo nuevas parejas. Además tiene un hermano que es homosexual, a quien su padre rechaza y el cual es motivo de peleas entre los padres.

La relación con sus hermanos de 24,26 y 28 años es escasa, al igual que la comunicación, ya que por ser el menor, no comparten ningún tipo de actividades.

Su madre de 45 años, trabaja como dependiente en un almacén y su padre de 46 años, trabaja como soldador independiente, este trabajo demanda mucho esfuerzo de su parte.

La relación con ambos es buena, lo quieren mucho y se preocupan por él.

Su abuela materna falleció de cáncer en el páncreas.

IV. Examen Mental:

R.H. acude bastante retrazado, siempre aseado y arreglado. Su peso y estatura se encuentran normal/bajo para su edad. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y está bien orientado en tiempo en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es limitado, tono de voz bajo, poco fluido. La

organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Sus expresiones afectivas son variantes, de ira o llanto. Su estado de ánimo es principalmente de tristeza. Fue muy cooperador durante la entrevista. No manifestó ansiedad. Su actitud en general fue considerada como normal. Reconoció la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnóstico Provisional:

- Eje I.** F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Linfoma No
Hodking
- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Linfoma No Hodking
- Eje IV** Z63.8 Problemas Paterno – filiales
Z63.0 Problemas Conyugales
Problemas económicos
- Eje V** **EEAG = 65**

Caso N° 6**I. Datos Generales:****Nombre:** D.H.**Sexo:** F.**Fecha de Nacimiento:** 11-8-1996**Edad:** 9 años, 10 meses**Escolaridad:** V grado, Escuela Dr. Ricardo J. Alfaro**Residencia:** La Siesta, Tocúmen**Diagnóstico:** Neuroblastoma**Nivel Socioeconómico:** medio - bajo**II. Historia Personal:**

Antecedentes personales: tercer producto por parto normal, sin complicaciones. Estuvo hospitalizada a los 15 días de nacida por bronquitis, es asmática, presento en tres ocasiones intoxicación por comida.

Hubo dificultades con el desarrollo del lenguaje, el cual inició pasado los 2 años y asistió al foniatra desde los 4 hasta los 6 años. De igual forma con el desarrollo del área motora, ya que durante sus primeros pasos sufrió fractura de tobillo, y estuvo paralizada durante un para de meses y asistió a fisioterapia.

El desarrollo socio – afectivo fue normal.

Actualmente presenta fobia a los truenos y le producen llanto. Tiene pesadillas recurrentes relacionadas con su propia muerte o la de algún familiar

Fecha de diagnóstico médico: 20 de octubre de 2005. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Vive con su madre de 37 años, su abuela materna de 69 años, sus tías de 42 y 32 años, sus primos de 12 y 13 años.

Sus hermanas por parte de madre de 12 y 14 años, con las cuales la relación es regular debido a la diferencia en los intereses y las actividades, sus hermanas siempre la han apartado y con sus primos sucede básicamente lo mismo porque estos son varones y juegan entre ellos, pero todos se quieren y protegen bastante.

Ve a su padre cada 2 meses ya que el vive en el interior, pero éste no se hace cargo de ella económicamente, por lo cual hay pleitos telefónicos frecuentes entre sus padres por esta situación.

Su hermana de 12 años y sus primos son de lento aprendizaje.

Su abuelo materno, se encuentra recluido por trastorno psiquiátrico.

IV. Examen Mental:

D.H. acude un poco retrazada y culpa inmediatamente a su madre y la llama irresponsable. Su arreglo y apariencia personal general son bastante buenos. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresiva.

Su actitud durante la entrevista fue variada, desde la apatía poca cooperación hasta lo considerado normal. Manifestó excesiva ansiedad hacia todo lo concerniente a su salud y su diagnóstico. Manifestó la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnostico Provisional:

Eje I. F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Neuroblastoma

Eje II Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III Neuroblastoma

Eje IV Sin diagnóstico

Eje V **EEAG = 70**

Grupo Control

Caso N° 1

I. Datos Generales:

Nombre: N.B.

Sexo: F

Fecha de Nacimiento: 21-7-1997

Edad: 9 años, 1 mes

Escolaridad: IV grado, Escuela Centro Básico Nuevo Arraiján

Residencia: Valle del Sol, Arraiján

Diagnóstico: Tumor de Wilms

Nivel Socioeconómico: bajo

II. Historia Personal:

Antecedentes personales: Embarazo no planeado, deseado, controlado, parto por cesárea, el cuello de N. B. venía envuelto en su cuello y perdió oxígeno al nacer, pero, su madre dice que solo estuvo un día en incubadora y luego se la dieron. Asistió a estimulación precoz durante los primeros 4 meses de vida únicamente.

Presento una convulsión por fiebre a los 4 años. Niega patologías ni traumas craneales.

Tanto el desarrollo motor como el del lenguaje de N. fueron tardíos.

Anteriormente jugaba y socializaba, actualmente presenta aislamiento social, rechaza a los demás, es agresiva con los miembros de la familia y con sus compañeros en la escuela. Presenta conductas no propias para su edad como lo son orinarse en la cama, llanto fácil, habla y juega sola.

Su rendimiento académico es regular, presenta de problemas con la atención y la memoria.

Fecha de diagnóstico médico : 20 de enero de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Vive con: Papá de 36 años, trabajador de mecánica, es muy afectuoso y cariñoso. No vivía con ella hasta hace 4 años, cuando sus padres vuelven a unirse después de cuatro años de estar separados. Presenta problemas con el alcohol.

Madre de 34 años, ama de casa, tienen buena relación.

Hermano de 8 años, quien presenta retraso mental, asiste a aula especial.

Hermano de 5 años, quien asiste a pre-kinder. Con ambos la relación es de peleas constante pero buena.

Niega otras psicopatologías familiares, ni traumas emocionales.

IV. Examen Mental:

N. acude puntual, su arreglo personal se observa normal, está aseada, le gustan las prendas con mucho brillo y color y usar accesorios. Su peso y estatura son acorde a su edad cronológica. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo varía de acuerdo a la situación y al conflicto familiar como depresivo.

V. Diagnóstico Provisional:

Eje I. F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Tumor de Wilms

- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Tumor de Wilms
- Eje IV** Problemas económicos
- Eje V** **EEAG = 70**

Caso N° 2**I. Datos Generales:****Nombre:** E.E.**Sexo:** M**Fecha de Nacimiento:** 12-11-1993**Edad:** 12 años, 7 meses**Escolaridad:** VI grado, Escuela Unión Centroamericana**Residencia:** Tatara, Pacora**Diagnóstico:** Neuroblastoma**Nivel Socioeconómico:** bajo**II. Historia Personal:**

Segundo producto, no planeado, no deseado, embarazo no controlado, hasta los 6 meses. Parto normal sin complicaciones. Padece de anemia falciforme desde los 4 años de edad.

Desarrollo Psicomotor: normal

Desarrollo del lenguaje: normal.

Rendimiento académico: Deficiente, asiste al aula especial, no hizo Kinder, refiere la madre que por falta de recursos.

Fecha de diagnóstico médico: 10 de febrero de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Vive con padre de 44 años, es técnico en industria, regular atención, no hay mucha comunicación, es poco cariñoso y siempre lo ha criticado por su falta de vitalidad.

Madre de 36 años, educadora en el interior, viaja constantemente, esta en el hogar los fines de semana. La relación siempre ha sido buena.

Antes de que su madre iniciara trabajos en el interior, peleaba constantemente con el padre y hubo violencia domestica que E.E, presencio y se mostró muy perturbado al relatar está parte de la historia.

Hermana de 16 años, estudia, refiere que la relación es regular.

Hermano de 8 años, con quien pelea mucho, pero la relación es buena.

Tía paterna de 34 años quien los cuida en la ausencia de la madre.

Primo de 3 años.

IV. Examen Mental:

Acude puntualmente, su arreglo y apariencia personal se observa descuidado, pero aseado. La actividad motora es inquieta, utiliza muchos manierismos. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo indica ansiedad.

Su actitud durante la entrevista fue buena, cooperadora. Mostró mucha angustia ansiedad inicialmente al hablar sobre la dinámica familiar, luego sobre su enfermedad, pero mas adelante su actitud en general fue considerada como normal. Manifestó la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnostico Provisional:

Eje I. F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia
Linfoblástica Aguda

Eje II Z03.2 Sin Diagnóstico

- Eje III** Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje IV** Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas relativos a la enseñanza (problemas académicos)
- Eje V** **EEAG = 80**

Caso N° 3**I. Datos Generales:****Nombre:** M.G.**Sexo:** M.**Fecha de Nacimiento:** 20- 5-1993**Edad:** 13 años, 0 mes**Escolaridad:** VII año, Primer Ciclo de Tocumen**Residencia:** Mañanitas, Tocumen**Diagnóstico:** Leucemia Linfoblástica Aguda**Nivel Socioeconómico:** Bajo**II. Historia Personal:**

Segundo producto, no planeado pero deseado por ambos padres. Embarazo controlado hasta el noveno mes. Nació por medio de un parto vaginal, sin complicaciones. A los 2 meses de nacido, padeció bronquitis y estuvo hospitalizado por 15 días. Luego de unos meses le diagnosticaron asma que poco a poco se fue controlando. Siempre realizo todas sus actividades deportivas o de juego con mucha supervisión pero sin restringirlo.

Desarrollo Psicomotor: normal**Desarrollo del lenguaje:** Asistió a terapia de lenguaje por tres meses a los 6 años.**Rendimiento académico:** Bueno.

Fecha de diagnóstico médico: 10 de febrero de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Vive con su madre de 39 años, quien trabaja como cajera en un almacén, su papá de 45 años quien trabaja como taxista y su hermano de 15 años, quien se encuentra viviendo con su abuela en Darién desde los 12 años por presentar problemas de conducta. Se ven en las vacaciones de medio año o en las regulares escolares, también visitan en días feriados, se llevan muy bien y desean estar juntos. Ya hay planes familiares de traérselos tanto a la abuela como a el hermano a vivir todos en Tocumen.

No hay historias de enfermedades médicas actuales. Ambos abuelos paterno y materno, murieron de cáncer de pulmón y de garganta respectivamente, hace algunos años.

IV. Examen Mental:

M. acude puntualmente, su arreglo personal general se observa normal. Su peso y estatura corresponden a su edad cronológica. La actividad motora normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientado en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es limitado y su tono de voz es bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas relacionadas con el futuro y temores con respecto a su enfermedad. La percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es de tristeza.

Su actitud durante la entrevista fue variada, desde la negativista y poco cooperadora hasta lo que considero normal. Fue evidente el estado ansiedad, repetía constantemente las mismas ideas en torno al temor que le tiene a la enfermedad y sus ausencias en la escuela. Manifestó la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnostico Provisional:

Eje I. F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia
Linfoblástica Aguda

- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje IV** Sin diagnóstico
- Eje V** **EEAG = 80**

Caso N° 4**I. Datos Generales:****Nombre:** Y.M.**Sexo:** F**Fecha de Nacimiento:** 30 - 4 -1997**Edad:** 9 años, 2 meses**Escolaridad:** III grado, Escuela República de Costa Rica**Residencia:** Valle Dorado, Chorrera**Diagnóstico:** Meduloblastoma**Nivel Socioeconómico:** bajo**II. Historia Personal:**

Antecedentes Personales: Embarazo no planeado pero deseado, controlado, muchos problemas emocionales durante el embarazo. Parto normal, sufrió de ictericia.

Niega otras patologías ni traumas craneales. Presenta alergia al exponerla al polvo.

Desarrollo motor y del lenguaje normal.

Desarrollo social afectivo normal, la madre refiere que es una niña muy sociable, extrovertida, tiene muchas amigas, es rival de su hermana menor desde que está última nació, constantemente busca como desplazarla y ser la mejor ante los ojos de su papá. Acepta tenerle miedo a la oscuridad y quiere siempre estar acompañada y dormir con sus padres.

El rendimiento escolar es de regular a bueno, se interesa mucho por los temas académicos y tiene mucha disposición para aprender.

Fecha de diagnóstico médico: 21 de noviembre de 2005. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Actualmente vive con: Madre de 29 años, trabaja como secretaria y tiene buena relación con está. El padrastro de 30 años quien es dependiente en un almacén y la quiere y consiente bastante, es su figura paterna desde que tenía 1 año $\frac{1}{2}$. Su padre biológico nunca ha vivido con ella, actualmente se encuentra detenido, la ultima vez que se vieron ella tenía 3 años de edad. No tiene relaciones de ningún tipo con él ni con la familia paterna. Tiene otros hermanos por parte del padre, pero no los conoce. Su hermana de 3 años, con quien pelea mucho, pero la relación es buena y se quieren mucho.

Su abuela (la madre de su padrastro), la cuida mientras ellos trabajan, pero no viven juntos.

Su abuelo materno falleció de cáncer de pulmón.

IV. Examen Mental:

Y. M. asiste puntualmente, su arreglo personal general es bueno, se observa aseada. Su peso y estatura son acorde a su edad cronológica. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es normal con tendencia depresiva y negativista. Su actitud durante la entrevista fue muy negativista inicialmente, pero luego mejoró la comunicación notablemente. Mostró mucha ansiedad con respecto a la enfermedad, a la posible perdida de sus amigas o el rechazo de las mismas debido a su condición. Igualmente se encuentra muy preocupada por sus ausencias escolares.

V. Diagnostico Provisional:

Eje I. F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Meduloblastoma

Eje II Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III Meduloblastoma

Eje IV Sin diagnóstico

Eje V EEAG = 8

Caso N° 5**I. Datos Generales:****Nombre:** Y. R.**Sexo:** F.**Fecha de Nacimiento:** 16- 2-1994**Edad:** 12 años, 3 meses**Escolaridad:** VI grado, Escuela Porfirio Meléndez**Residencia:** Calle 12 y Meléndez, Colón**Diagnóstico:** Leucemia Linfoblástica Aguda**Nivel Socioeconómico:** Bajo**II. Historia Personal:**

Embarazo no planeado, control desde los 3 meses. Antecedentes prenatales normales, sufrió ictericia.

Desarrollo motor y de lenguaje normales.

Desarrollo socio – afectivo normal.

Rendimiento escolar: regular.

Fecha de diagnóstico médico: 21 de agosto de 2005. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Vive con la madre, de 39 años, quien es ama de casa, en algunas temporadas trabaja cuidando niños para colaborar con el sostenimiento del hogar. La relación es buena.

El padre, de 42 años, quien trabaja en una zapatería, padece diabetes y tiene muy mal genio según Y.R. La relación con el mismo es regular. El abuelo fallece hace 7 meses

de insuficiencia renal crónica y esto mantiene muy afligido a Y.R., ya que este también vivía con ellos.

Hermana de 4 años, buena relación.

IV. Examen Mental:

La joven Y.R. acude puntualmente a su cita, su arreglo y apariencia personal general se observa ligeramente descuidado, pero aseada. La actividad motora es normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentran bien orientadas en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es normal. La organización del pensamiento, la percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es deprimido, con expresiones afectivas lábiles. Durante la entrevista su actitud fue inicialmente negativa y poco cooperadora, igualmente mostró ansiedad inicial, pero reconoció la necesidad de recibir apoyo psicológico.

V. Diagnostico Provisional:

- Eje I.** F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje IV** Problemas económicos
- Eje V** EEAG = 75

Caso N° 6**I. Datos Generales:****Nombre:** T.A**Sexo:** M.**Fecha de Nacimiento:** 17- 12-1995**Edad:** 10 años, 6 meses**Escolaridad:** IV año, Luis N. Herazo**Residencia:** Felipillo, Las Garzas**Diagnóstico:** Leucemia Linfoblástica Aguda**Nivel Socioeconómico:** Bajo**II. Historia Personal:**

Hijo único de la pareja. Fue un embarazo deseado, planeado, no hubo complicaciones durante el mismo, sin embargo debido a una posible preclancia, la madre fue sometida a una cesárea al octavo mes de embarazo en el Hospital de Chepo.

Desarrollo motor y de lenguaje normales.

Desarrollo socio – afectivo normal.

Rendimiento escolar: regular.

Fecha de diagnóstico médico: 5 de mayo de 2006. Actualmente bajo tratamiento médico, (quimioterapia) ambulatoriamente.

III. Historia Familiar:

Forma parte de una familia extendida. Vive con su madre de 31 años quien es ama de casa, ocasionalmente trabaja cuidando niños y con quien tiene buena relación. Su abuela materna de 54 años quien trabaja como secretaria en un ministerio, con su tía materna de 28, y sus dos hijos de 7 y 2 años de edad, con todos tiene muy buena

relación y lo quieren y consienten mucho. Nunca ha vivido con su padre, desde que tenía 5 años, no lo ha vuelto a ver.

No hay antecedentes de enfermedades médicas severas en la familia.

IV. Examen Mental:

T. acude siempre puntualmente, su arreglo personal general se observa normal. Su peso y estatura corresponden a su edad cronológica. La actividad motora normal. Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas y se encuentra bien orientado en tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es limitado y su tono de voz es bajo. La organización del pensamiento se encuentra sujeto a ideas relacionadas con el futuro y temores con respecto a su enfermedad. La percepción y la memoria se encuentran dentro de lo normal. Considero que su estado de ánimo es de tristeza.

V. Diagnostico Provisional:

- Eje I.** F06.4 Trastorno de ansiedad debido a el diagnóstico de Leucemia
Linfoblástica Aguda
- Eje II** Z03.2 Sin Diagnóstico
- Eje III** Leucemia Linfoblástica Aguda
- Eje IV** Sin diagnóstico
- Eje V** EEAG = 80

Anexo N° 2 Consentimiento Informado

Nombre del investigador: Yelania L. Tejeira M.

Teléfonos: 223-8190 (residencia), cel. 6676-9644. Clínica 226-1255

Propósito del estudio:

Es esta una investigación en la cual se medirá la efectividad de una intervención psicoterapéutica tanto individual como grupal, aplicada a los niños y niñas de 9 a 13 años. Todos los participantes deben ser pacientes diagnosticados con Enfermedades Malignas y deben estar recibiendo tratamiento Médico.

Beneficios:

Con este estudio pretendemos mejorar tu percepción de Calidad de Vida, modificar favorablemente las formas como enfrentas la enfermedad y ayudarte a reducir los niveles de ansiedad que naturalmente experimentamos todos ante esta circunstancia de la vida.

La participación en este estudio de investigación es voluntaria y te puedes retirar de la misma en el momento en que lo desees. La información que proporcionas se mantendrá con la mayor confidencialidad posible, según las leyes nacionales e internacionales que te protegen cuando participas en una investigación. Por lo tanto, no se usará tu nombre ni se publicará tu historia personal.

Una vez leída la información anterior, por favor conteste a las siguientes preguntas:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Ha entendido toda la información suministrada en este formulario | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Se le ha resuelto a usted todas las dudas sobre el estudio en el que va a participar | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Se le ha informado que usted puede renunciar en cualquier momento | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. Sabe usted que los resultados y datos proporcionados son confidenciales | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Si ha respondido No a alguna de preguntas anteriores, NO FIRME ESTE FORMULARIO.

Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria, que he entendido el propósito, y que se me ha informado mis derechos y que deseo participar en esta investigación.

Nombre y firma del niño

Firma del Padre

Fecha

Hora