

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**EFFECTO DE UN PROGRAMA COGNITIVO - CONDUCTUAL EN LA
RESILIENCIA EN NIÑOS CON CÁNCER**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LIC. JUDITH NANCY GARCÍA JACOBO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENE LANDERO HERNÁNDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, MAYO DE 2013

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCION EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Efecto de un programa cognitivo-conductual en la resiliencia en niños con cáncer” presentada por Judith Nancy García Jacobo ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. René Landero Hernández
Director de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Dra. Julia Gallegos Guajardo
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Mayo de 2013

DEDICATORIA

“Todas nuestras vidas empezaron con el afecto humano como primer soporte. Los niños que crecen envueltos en afecto, sonríen más y son más amables. Generalmente son más equilibrados”

Dalai Lama

Se dedica la siguiente investigación principalmente a todos los niños con cáncer que nos dan un ejemplo de fuerza y entusiasmo frente a las adversidades que les presenta la vida, muestra de fortaleza y busca de oportunidades para seguir creciendo personalmente a pesar de su enfermedad, regalándonos una gran sonrisa.

A los padres de familia de estos niños, que con su entrega y amor hacen que su camino sea más fácil de afrontar.

Esperando que la siguiente investigación sea un granito de arena que aporte conocimiento y más oportunidades para ayudar a que su camino esté lleno de tranquilidad, pensamientos positivos e ideas que los ayuden a fortalecerse cada día más.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer principalmente a Dios por regalarme, fuerza y oportunidades que me ayudan a crecer más como profesional y primeramente como persona.

A mis papás por todo su apoyo en mis decisiones, y que con su ejemplo de crecimiento y dedicación me han ayudado a mantenerme firme en mis convicciones y centrada en mis metas para lograr alcanzarlas.

A mis hermanos, que con su ejemplo de entrega en las actividades que nos gustan, me enseñan que se puede alcanzar todo lo que nos propongamos por más largo y sinuoso que sea el camino.

A mi novio Luis Ángel por su apoyo en este proyecto, regalándome ánimo, entusiasmo y alegría en cada momento.

A mi director de tesis Dr. René Landero por su dedicación, ejemplo y comprensión, apoyándome en cada paso de la investigación, proporcionando conocimiento y experiencia que me ayudaron a terminar con éxito este objetivo.

A la Dra. Julia Gallegos más que mi revisora, un apoyo que me ayudó a crecer tanto personalmente como profesionalmente, dándome la oportunidad de ser parte de AMISTAD para Siempre y llevarlo a quien más lo necesita.

Al Dr. José Moral por su retroalimentación y aportaciones que ayudaron a enriquecer el proyecto dándole más profundidad a los resultados obtenidos.

A los maestros de todos los cursos a lo largo de la maestría que nos compartieron de su conocimiento, formándonos con integridad y amplio criterio hacia nuestro trabajo y la formación que nos brindaron.

A mis compañeros en la maestría que me dieron la oportunidad de ser parte de grandes aventuras y buenos momentos durante estos dos años, enriqueciendo mi persona, mi corazón y mi mente.

A la asociación UNAC por apoyarme y brindarme la confianza de trabajar con los niños y lograr los objetivos planteados.

A CONACYT por brindarme el apoyo económico para alcanzar esta meta que sin la misma no podría haber logrado.

Al coordinador de la maestría Mtro. Enrique García que nos brindó la confianza y el apoyo al aceptarnos en la maestría y siempre estar para ayudarnos a ver la objetividad de cualquier situación presentada.

Al director de la Facultad Dr. José Armando Peña Moreno por ser fuente de apoyo en la institución, siempre buscando la calidad institucional de la cual formamos parte.

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que conlleva importantes alteraciones fisiológicas y psicológicas, como consecuencia de costosos tratamientos médicos que afectan profundamente al estado de ánimo y funcionalidad del paciente. En la presente investigación se llevó a cabo el análisis de un programa cognitivo-conductual “AMISTAD para Siempre” para desarrollar resiliencia, con el propósito de identificar un programa estructurado que ayude al desarrollo en la correlación de las variables que se relacionan con la misma, es decir la autoestima, capacidad de afrontamiento, capacidades y dificultades percibidas y redes sociales como elementos básicos para la correlación del programa y su eficiencia en la potencialización de la resiliencia, en niños con cáncer. Dicho estudio se realizó con un diseño cuasi experimental de tipo prueba /post prueba con grupo control. Con la participación de 30 pacientes oncológicos pediátricos con leucemia, se formaron aleatoriamente un grupo control y uno experimental. Se utilizó para su análisis estadístico la t de Student para grupos correlacionados y t de Student para grupos independientes, así mismo, para verificar el cambio y aceptación de las hipótesis se realizaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y T de Wilcoxon; los resultados en el grupo experimental muestran un cambio significativo con respecto a la primera aplicación en cada una de las variables ($p = .001$). Se evaluó la consistencia Interna de los instrumentos mediante alfa de Cronbach y la distribución de normalidad por la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Shapiro-Wilk. Se realizó el estadístico d de Cohen para interpretar el tamaño del efecto en la aplicación del programa de cada una de las pruebas, las cuales muestran un efecto grande en la mayoría de las mismas, es decir, que las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el programa, tuvieron un efecto de cambio positivo en los pacientes, ayudando en algunos de los factores involucrados en la resiliencia de los pacientes.

Palabras clave: Resiliencia, cáncer, cognitivo-conductual.

ABSTRACT

Cancer is a disease that has important physiological and psychological changes as a result of expensive medical treatments that profoundly affect mood and functionality of the patient. In the present investigation was carried out the analysis of a cognitive-behavioral program “AMISTAD para Siempre” (FRIENDS for Life) to develop resilience, with the aim of identifying a structured program to help develop the correlation of the variables that are associated with it, self esteem, coping skills, capabilities and perceived difficulties and social networks as building blocks for correlation and efficiency program in the potentiation of resilience in children with cancer. This study was performed using a quasi-experimental design pre random type test/posttest with control group. With the participation of 30 pediatric cancer patients with leukemia, randomly formed a control group and experimental. Student’s t test for correlated groups, Student’s t test for independent groups was checked himself for change and acceptance of hypothesis testing was performed nonparametric test Mann – Whitney U and t Wilcoxon results in the experimental group show a significant change with respect to the first application in each one of the variables ($p = .001$). Internal consistency was assessed instruments using Cronbach's alpha and normal distribution by the Kolmogorov-Smirnov test with the correction of Shapiro-Wilk. We performed statistical interpreting Cohen's d effect size in the implementation of the program for each of the tests, which show a large effect on most of them, cognitive-behavioral techniques used in the program had a positive exchange effect in patients, helping some of the factors involved in the resilience of patients.

Keywords: Resilience, cancer, cognitive-behavioral.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
CAPITULO I.....	12
INTRODUCCION.....	12
Definición del Problema	17
Justificación de la Investigación	18
Objetivos específicos:.....	20
Hipótesis	21
Limitaciones y Delimitaciones	21
CAPITULO II.....	22
MARCO TEORICO.....	22
1. Cáncer	22
Definición de cáncer	22
Tipos de cáncer	23
Tratamiento médico	24
2.- Cáncer Infantil.....	25
Tipos de cáncer infantil.....	26
Tratamiento médico en cáncer infantil.....	27
3.- Implicación de cáncer en los niños	28
Implicaciones físicas de cáncer en los niños	28
Efectos Psicológicos de cáncer en los niños.....	29
Implicaciones Sociales del cáncer en los niños.....	30
4.- Resiliencia	31
Resiliencia y enfermedades crónicas	33
5.-Técnicas psicológicas cognitivo conductuales en tratamiento de cáncer	35
6. Programa AMISTAD	38

CAPITULO III.....	42
METODO.....	42
PARTICIPANTES	42
INSTRUMENTOS	42
PROCEDIMIENTO.....	44
Diseño utilizado:	45
Recolección de Datos:	45
Análisis de Datos:	45
CAPITULO IV	47
RESULTADOS	47
CAPITULO V	70
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	70
Referencias bibliográficas	81
ANEXOS.....	89
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	90

Tablas

Tabla 1 Análisis de Confiabilidad y Normalidad de Cuestionarios aplicados	47
Tabla 2 Descripción de la edad por grupo	47
Tabla 3 Análisis de edad con t de Student para grupos independientes pre y post	48
Tabla 4 Descripción de Escala de Autoestima pre y post por grupo	48
Tabla 5 Análisis Escala de Autoestima con t de Student para grupos relacionados por grupo	48
Tabla 6 Análisis Escala de Autoestima con t de Student para grupos independientes pre y post	49
Tabla 7 Descripción de Cuestionario de Afrontamiento pre y post por grupo ...	50
Tabla 8 Análisis de Cuestionario de Afrontamiento con t de Student para grupos relacionados por grupo	50
Tabla 9 Análisis de Cuestionario de Afrontamiento con t de Student para grupos independientes pre y post	51
Tabla 10 Descripción de Escala de Capacidades y Dificultades Percibidas pre y post por grupo	52
Tabla 11 Análisis de Escala Capacidades y Dificultades Percibidas con t de Student para grupos relacionados por grupo	53
Tabla 12 Análisis Cuestionario de Capacidades y Dificultades Percibidas con t de Student para grupos independientes pre y post	54
Tabla 13 Descripción Escala Apoyo Social Percibido pre y post por grupo	55
Tabla 14 Análisis de Escala de Apoyo Social Percibido de t de Student para grupos relacionados por grupo	56
Tabla 15 Análisis Cuestionario Apoyo Social Percibido con t de Student para grupos independientes pre y post por grupo	57
Tabla 16 Descripción Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes pre y post por grupo	58
Tabla 17 Análisis de Escala de Resiliencia con t de Student para grupos relacionados por grupo	59
Tabla 18 Análisis de Escala de Resiliencia con t de Student para grupos independientes pre y post por grupo	60

Ilustraciones

Ilustración 1 Análisis Modelo General Lineal Cuestionario Rosenberg	62
Ilustración 2 Análisis Modelo General Lineal Cuestionario de Afrontamiento	62
Ilustración 3 Análisis Modelo General Lineal Cuestionario Capacidades y Dificultades Percibidas	63
Ilustración 4 Análisis de Modelo General Lineal Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	65
Ilustración 5 Análisis de Modelo General Lineal Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes.....	67

CAPITULO I

INTRODUCCION

Investigaciones en psicooncología como las de Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada (2004), Bragado (2009), Celma (2009), entre otras, podemos encontrar información de diferentes factores que influyen en las personas con cáncer, contribuyendo a plantear diferentes alternativas que ayudan a desarrollar habilidades que fomenten la calidad de vida en ellas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 2005), confirma que el cáncer es una de las causas más comunes hoy en día de mortalidad en todo el mundo, se estima que hay más de 10 millones de nuevos casos de cáncer y más de 6 millones de defunciones en el 2008 por ésta enfermedad. En menores de 15 años, la incidencia del cáncer ha aumentado en más del 200% en los países de desarrollo, convirtiendo al cáncer en la segunda causa de muerte en los niños, el cual va en aumento.

En la actualidad los profesionales de la salud encuentran que las enfermedades crónicas como el cáncer son consideradas como fuentes generadoras de estrés y de caídas físicas y emocionales que implican un proceso de deterioro continuo (Acosta, Sánchez & Yamma, 2009).

En el caso de los niños no es la excepción, sin embargo hay factores importantes que se deben tomar en cuenta; en cuanto al tratamiento, a cada niño se le administra un proceso diferente dependiendo de la reacción al mismo, en este caso todavía dependen de sus padres, del apoyo que se les brinde, la fortaleza que se les proyecte, etc. (Celma, 2009).

Al momento de recibir el diagnóstico, los niños suelen preguntarse si van a morir y, en función de su edad, lograrán comprender en mayor o menor medida la enfermedad y sus consecuencias, con esto verbalizan sus sentimientos y sus miedos (Méndez, Orgilés, López-Roig & Espada, 2004).

El niño al que se diagnostica con cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad que pondrá en desbalance sus sentimientos; su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad (Méndez, 2004).

Otro problema importante ligado a ésta enfermedad y su tratamiento, es el cambio implicado en la apariencia y el funcionamiento físico, entre ellos: la caída de cabello, bajos niveles de energía, náuseas, vómito, dolor y anemia, lo que obliga a un reajuste psicológico del auto concepto previo y la autoestima. Este aspecto cobra especial interés en niños y adolescentes, puesto que ambos constructos están en proceso de formación (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos & Urbano, 2008).

La ansiedad que manifiestan los niños con cáncer surge debido a diversos motivos, entre ellos las frecuentes hospitalizaciones por tratamientos largos y agotadores. Éstas crean una ruptura en sus hábitos y su vida cotidiana, como el ir a la escuela, la separación de sus padres y hermanos, y el miedo a la muerte o a no poder llevar la vida que se tenía antes del diagnóstico (Palma, 2005).

Retomando a Méndez, Orgilés, López-Rig y Espada (2004), señalan que dependiendo de las habilidades y fortalezas que el niño tiene, podrá afrontar de la mejor manera la enfermedad, es decir a pesar de la situación adversa al niño podrá encontrar la manera para sobrellevar la situación, cualidades que se busca manejar con la resiliencia.

Definen resiliencia como la capacidad del ser humano para enfrentar las adversidades de la vida que nos pueden causar miedo y preocupación, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. (Muñíz et al., 1998 citado en González, Valdez, Oudhof van Barneveld & Gonzalez, 2009)

Por otro lado González–Arratia, Valdéz y De Jesús (2006) definen resiliencia como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural que lo ayudan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

Retomando las definiciones anteriores podemos definir resiliencia como la capacidad de dar frente a situaciones difíciles que la vida nos presenta tomando la enfermedad en estudio (cáncer) y poder estabilizar los cambios que se presenten, de una manera positiva.

Dando a la resiliencia un conjunto de variables que conlleva a la persona a recuperarse satisfactoriamente de esas bajas emocionales. En ese conjunto de variables se pueden considerar:

- Autoestima y Autoconcepto
- Capacidades y dificultades percibidas
- Apoyo social percibido
- Capacidades de afrontamiento

Es por ello que el cáncer en los niños supone cambios en su círculo vital, en donde la enfermedad conlleva experiencias como la hospitalización, la necesidad de aislamiento en algunos casos, afectándoles no solo física y escolarmente, sino también psíquica y socialmente (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009).

En el caso de los niños con cáncer, la situación demandante es la enfermedad misma, que conlleva a cambios corporales (caída del cabello, baja de peso, energía, entre otros), sociales (redes de apoyo primarias y secundarias), y emocionales (identificación de sentimientos y los sentimientos de los demás). Al tener estos cambios, el niño se encuentra en una etapa en la cual necesita de esas habilidades que le brindarán la “estabilidad para sobrellevar la enfermedad”, las cuales se encuentran un poco atrofiadas por esos cambios repentinos.

La psicología se ha interesado por diseñar, adaptar y validar métodos y programas que ayuden a los niños y sus padres a afrontar la realidad y circunstancias de las situaciones difíciles que se les estén presentando, con el mínimo costo emocional de la década de los 60 (Ortigosa et al., 2009).

La Terapia Cognitivo-Conductual se centra en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que los ayudarán a desarrollar habilidades que los mantengan con la mayor tranquilidad y calma durante el proceso (Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008).

La psicooncología ha demostrado tener una gran respuesta positiva a técnicas terapéuticas cognitivo conductuales (Valencia, Flores & Sánchez, 2006) en los enfermos con cáncer la cual les ayuda a ser más llevadera la enfermedad.

Algunas de estas técnicas de este tratamiento son: ejercicios de relajación y respiración los cuales ayudan a controlar el dolor de manera no farmacológica, así como el modelado y la reestructuración cognitiva, las cuales ayudan a entender el proceso que están llevando y el afrontamiento a la muerte (Ortigosa et al., 2009).

Las técnicas antes mencionadas se utilizan, durante el diagnóstico, la fase de tratamiento y en los casos que se determine la recuperación (Ortigosa et al., 2009).

Suelen incluir, por otra parte, un entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento para ayudar al individuo a no sentirse solo y ver el apoyo que tiene a su alrededor como en él mismo. Los datos revelan una ya conocida y existente evidencia científica de la eficacia de esta terapia (Rivero et al., 2008).

La enfermedad posee una característica la cual parte de una singularidad, es decir, la actitud del paciente frente a la enfermedad es un factor importante del enfermo mismo. El optimismo, un sentido de control personal y la habilidad para concentrar significado a las experiencias de la vida se asocian con una mejor salud mental (Acosta et al., 2009).

Identificando la relación entre salud mental y calidad de vida, el positivismo es un aspecto importante a tomar en cuenta, ya que en los estudios de Bragado y colaboradores (2008), demuestran que la alta más importante en los niños con cáncer es la forma positiva de ver la enfermedad. El positivismo los ayuda a sentirse mejor, no obstante se debe poner atención y reforzar las estrategias que los niños toman para poder hacer frente a la enfermedad y ayudar a manejar su malestar emocional. Apoyados por los padres de familia, los niños podrán enfrentar los cambios repentinos de la enfermedad, con seguridad y apoyo (Acosta et al., 2009).

Es por ello que se ha visto que la resiliencia de los niños con cáncer, es el grado de convicción de un paciente de ser capaz de exhibir las conductas requeridas para reproducir resultados que se reflejen adaptación en el proceso, con ayuda de los apoyos sociales, técnicas terapéuticas y la autoeficacia percibida, así mismo, les ayudará a sentirse más tranquilos (Valencia, Flores & Sánchez, 2006).

Definición del Problema

Siendo el cáncer una de las causas más demandantes de mortalidad en todo el mundo, en los niños la segunda causa de muerte (OMS, 2005), esta enfermedad es desgastante e impacta emocionalmente y físicamente, generando estrés (Phipps, 2007).

Un problema estrechamente ligado a la enfermedad del cáncer y a su tratamiento, es el cambio operado en la apariencia y en el funcionamiento físico, lo que obliga a un reajuste en el auto concepto, la autoestima y las habilidades para afrontar la situación (Bragado et al., 2008).

En los niños con cáncer por lo general se encuentran dañadas dichas habilidades dado que no es claro el funcionamiento de la enfermedad, y los constantes cambios que se presentan no los ayudan a enfocar su tratamiento (Valeria et al., 2006)

En varias investigaciones se ha observado que los niveles de optimismo tanto en los adultos como en los niños que presentan cáncer se considera un punto clave para la investigación en la resiliencia, ya que los ayuda a mantener la internalización de los problemas que se les presenta ayudando al estilo de adaptación de los mismo (Bragado et al. 2008; Phipps, 2007).

Al momento de estar trabajando con cáncer se debe tomar en cuenta que es una enfermedad no predictiva. En la actualidad existen programas sumamente efectivos para el alivio del dolor y alcance médico, en el que no prolongan la vida ni evitan la muerte, su único fin es ayudar al paciente a obtener la mejor calidad de vida, que merece y le es posible en sus “últimos días de vida” (Palma et al., 2005).

La resiliencia es un concepto parcialmente nuevo, en el que se engloban diferentes habilidades que ayudan a afrontar y sobrellevar situaciones desafiantes, estas habilidades le ayudarán al sujeto a confrontar la situación (González et al., 2009).

Para los niños es difícil conceptualizar la enfermedad y los riesgos de la misma (Palma et al., 2005), al enfocarse en el positivismo (sentido del humor) no menos importante dejamos a un lado el constante cambio debido a la enfermedad en donde los pacientes tienden a tratar de reestructurar sus habilidades para sobrellevar la situación (Bragado et al., 2008).

Al fomentar habilidades de resiliencia (auto concepto, autoestima, capacidades y dificultades percibidas, apoyo social percibido y capacidad de afrontamiento) por medio de un programa cognitivo conductual en niños con cáncer, adecuado a su edad y entendimiento, apoyados por el positivismo se le ayuda al paciente el tener un tratamiento más llevadero y una calidad de vida lo más estable posible.

Justificación de la Investigación

Las cifras de incremento de incidencia de cáncer en menores de 15 años es de un 200% (OMS, 2005), cifras que motivan a tomar acciones que ayuden a reforzar habilidades en los niños para mantenerse tranquilos y fuertes en el proceso.

Al mencionar cáncer en niños y la experiencia que va ligada a esta idea es altamente traumática, en donde la falta de información, el tratamiento y consecuencias que conlleva esta enfermedad crean expectativas que desarrollan sentimientos negativos hacia su vida y persona (Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado & Vera-Villaruel, 2008).

Este proceso cobra especial interés en niños y adolescentes, puesto que ambos constructos están en proceso de formación (Bragado, 2009).

En este aspecto los niños conllevan a un desajuste emocional, en el que de acuerdo a su nivel de desarrollo se observa el nivel de impacto emocional y las estrategias que emprenderá el paciente para afrontar la enfermedad (Méndez et al., 2004).

Dos componentes importantes en la resiliencia: frente a situaciones difíciles; la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles, en este caso el cáncer (Vanistendael, 1995 citado en Fiorentino, 2008).

Tomando en cuenta los factores que conllevan al cáncer y la ayuda que puede conllevar la resiliencia a los niños, es importante reforzar diferentes aspectos.

Varias investigaciones han demostrado una respuestas positiva a técnicas terapéuticas cognitivo conductuales en los enfermos con cáncer, la cual les ayudará a ser más digerible emocionalmente la enfermedad (Ortigosa et al., 2009).

Por medio de un programa cognitivo conductual se ayudará a los niños con cáncer a entender sus emociones, aceptarse así mismos y aceptar la enfermedad, ayudándolos a aumentar su resiliencia y sus redes de apoyo con el fin de desarrollar una mejor calidad de vida.

El impacto del cáncer en los niños produce un cambio en la vida, emociones y el físico del paciente, afectando también a la familia. El proporcionar apoyo psicológico durante el tratamiento conlleva al aumento de la calidad de vida de los mismos, ayudándolos a desarrollarse de manera potencial durante su

tratamiento y a sentirse en confort proporcionando habilidades que los ayudarán a afrontar dicha situación. (Méndez et al., 2004).

Objetivo general:

Determinar la eficacia de la implementación de un programa cognitivo conductual para incrementar la resiliencia y las variables que se relacionan con la misma (Autoestima, Capacidades y dificultades percibidas, Apoyo Social percibido y Capacidad de afrontamiento), en niños con diagnóstico de cáncer.

Objetivos específicos:

1. Analizar las características de resiliencia y las variables relacionadas en niños con diagnósticos de cáncer.
2. Evaluar la eficacia de programa cognitivo conductual en la mejora la resiliencia en niños con diagnóstico de cáncer, comparando los puntajes de las variables en el grupo control y experimental.
3. Evaluar la eficacia de un programa cognitivo conductual en la mejora de los puntajes de las variables relacionadas con la resiliencia (Autoestima, Capacidades y dificultades percibidas, Apoyo social percibido, Capacidad de afrontamiento) en niños con diagnóstico de cáncer, comparando los puntajes de las variables en el grupo control y experimental.

Hipótesis

1. Los niños con diagnóstico de cáncer del grupo experimental presentarán un incremento en su resiliencia después de la aplicación del programa cognitivo conductual.
2. Los niños con diagnóstico de cáncer del grupo experimental presentarán un incremento en los puntajes de las variables relacionadas con la resiliencia después de la aplicación del programa cognitivo conductual.
3. Los puntajes de las variables son mayores en el grupo experimental que en el control en la medición posterior a la aplicación del programa (posprueba).

Limitaciones y Delimitaciones

Los participantes serán invitados por el oncólogo al programa, por lo que se le dará la información necesaria del programa en la consulta.

Se identificarán los pacientes con edades solamente entre 8 a 12 años de edad, es necesario que el paciente tenga un nivel de lectoescritura medio para poder llevar el programa, en caso de no firmar la carta de consentimiento informado el paciente no podrá participar en la investigación. Posteriormente la muestra se dividirá en dos grupos: control y experimental.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

I. Cáncer

El tema de cáncer ha aumentado durante los años, por lo tanto las investigaciones han demostrado grandes avances respecto a esta enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2005), constata que el cáncer es una de las causas más comunes hoy en día de mortalidad en todo el mundo, se estima que hay más de 10 millones de nuevos casos de cáncer y más de 6 millones de defunciones por ésta enfermedad.

Para poder trabajar con dicha enfermedad debemos conocerla, saber su origen y efectos, así podremos aportar de una manera eficaz y veraz los descubrimientos y conocimientos que se logren de dicha investigación.

Definición de cáncer

Se denomina cáncer al crecimiento anormal de células, derivada por lo general de una sola célula. Las células pierden los mecanismos normales de crecimiento y control, por lo tanto son capaces de ampliarse de forma continua, invadir los tejidos adyacentes, migrar a partes distantes del cuerpo como lo órganos, y promover el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos de la que derivan las células los nutrientes (Porter, Kaplan & Homeier, 2004). A este proceso se le denomina neoformación lo cual deriva a un crecimiento nuevo, el cual se le denomina neoplasia o tejido canceroso (Robbins & Cotran, 2004).

Las células cancerosas se pueden desarrollar en cualquier tejido del cuerpo, ya que las células cancerosas crecen y se multiplican, forman una masa de tejido canceroso, llamado tumor que invade y destruye los tejidos normales adyacentes. El tumor se refiere a un crecimiento anormal o masa. Los tumores pueden ser cancerosos o no cancerosos. Las células cancerosas iniciales del sitio pueden propagarse por todo el cuerpo y crear una metástasis (Porter et al., 2004).

Tipos de cáncer

Las leucemias y los linfomas son cánceres de la sangre y los tejidos que forman la sangre y las células del sistema inmune. Frecuentemente, dañan el cuerpo al desplazar a las células sanguíneas normales en la médula ósea y el torrente sanguíneo, de modo que las células normales de funcionamiento son sustituidas gradualmente por las células sanguíneas cancerosas. Se expanden los ganglios linfáticos, produciendo grandes masas en la axila, la ingle, el abdomen o el pecho (Porter et al., 2004).

Los carcinomas son cánceres de las células epiteliales, que son las células que cubren la superficie del cuerpo, producen hormonas, y forman glándulas. Ejemplos de los carcinomas son el cáncer de la piel, pulmón, colon, estómago, mama, próstata y la glándula tiroides. Por lo general, los carcinomas son más frecuentes en los ancianos que en personas más jóvenes (Porter et al., 2004).

Los sarcomas son cánceres de las células del mesodermo, que son las células que forman los músculos y tejido conectivo. Ejemplos de los sarcomas son el leiomioma (cáncer de músculo liso que se encuentra en la pared de los órganos digestivos) y el osteosarcoma (cáncer óseo). Por lo general, los sarcomas son más frecuentes en jóvenes que en las personas mayores (Porter et al., 2004).

Tipo de cáncer más comunes
Próstata
Pulmón
Colon y Recto
Vejiga
Linfoma no Hodgkin
Mama
Útero

Tratamiento médico

Actualmente hay mayores innovaciones en el tratamiento médico del cáncer, ahora se tiene un vasto conjunto de opciones de contra ataque de la enfermedad, tales como: la combinación de la terapia endocrina, la quimioterapia, y la terapia biológica. Actualmente no se habla de quimioterapia sino de farmacoterapia (Vallejos, 2005).

Dependiendo del tipo de cáncer que aparece en el paciente, por su extensión, determinación de su estadio clínico, es la opción de tratamiento que se utilizará para tratar de extinguirlo, este tratamiento puede llegar a ser cirugía, radioterapia, agentes citostáticos, anticuerpos monoclonales, entre otros (Vallejos, 2005).

En cuanto a la medicina paliativa, la Dra. María Berenquel, contribuye con el tratamiento del dolor se realiza mediante la administración de cuidados paliativos. El equipo multidisciplinario que lo integra está comprometido con la atención integral no solo del enfermo sino también de su familia. Lo que se busca con esto es aliviar no solo el dolor, sino también los síntomas que acompañan a esta enfermedad de carácter crónico, dándole calidad de vida al paciente (Vallejos, 2005).

2.- Cáncer Infantil

Informes de la OMS (2005), demuestran que la incidencia de cáncer en menores de 15 años ha aumentado en más del 200% en los países de desarrollo, convirtiendo al cáncer en la segunda causa de muerte en los niños, el cual va en aumento.

Ésta patología grave, como se vio anteriormente no se considera poco frecuente en la infancia y que sin lugar a dudas marca un “antes y un después” en la vida del niño y su familia. El cáncer se considera una enfermedad curable en más del 60 % al 75% de los casos en los países desarrollados como el nuestro y que requiere para su diagnóstico y tratamiento de una infraestructura multidisciplinar muy compleja (López-Ibor, 2009; Méndez, 2005).

La aparición de la Oncología Pediátrica como especialidad nace como respuesta a la demanda de la sociedad que vive esta situación para cubrir evidente necesidad de atención especializada a pacientes de estas edades (Pacheco & Madero, 2009).

Una aproximación en cuanto a aportaciones para intervenciones desde una perspectiva individual o grupal, a cuales no se establecen como absolutas, el compromiso de aportar ayuda para los niños con cáncer que no solamente les brinde estrategias para el hospital, sino a nivel de familia y la comunidad (Rodríguez, 2006) .

Como punto de partida es importante considerar que nuestro enfermo es ante todo un niño. Integrar la enfermedad en su vida normal y la de su familia es la forma de dar continuidad a una vida en la que, irrumpe un diagnóstico de cáncer (López-Ibor, 2009).

Éstos pacientes necesitan una infraestructura hospitalaria y extra hospitalaria que les permita integrar la enfermedad en su vida, como consecuencia manteniendo o aumentando su calidad de vida tratando que afecte lo menos posible a su ritmo escolar y al desarrollo de su personalidad y de sus relaciones sociales (López-Ibor, 2009).

Lamentablemente, el progreso en el cáncer no está exento de costes para ninguno de los pacientes. Los niños deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída, las secuelas del tratamiento y revisiones periódicas que se prolongan en el tiempo y que a menudo implican el uso de procedimientos médicos aversivos (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos & Urbano, 2008).

Tipos de cáncer infantil

Es importante dar hincapié en que se habla del cáncer como enfermedad, pero tanto en niños como adultos cambia el tipo de cáncer más común en cada uno de los grupos (Calderón-Guzmán, Guevara, Hernández-García, Juárez-Jacobo, Barragán et al., 2009).

Tipos de cáncer más común en niños

Leucemia Aguda Linfoblástica

Linfoma de Hodgkin

Retinoblastoma

LAL

Sarcoma de Ewing

Poniendo a la leucemia como la primera causa de cáncer en los menores de 20 años (Rizo, Sánchez, González, Betancourt, Meneses, Mohar et al., 2005).

Tratamiento médico en cáncer infantil

Durante los últimos años, aunque el cáncer en la infancia continúe considerándose una amenaza para la vida, se han producido cambios sustanciales en los índices de curación (Fernández, Llorens, Arcos, García, Zabalza & Jorge, 2009).

Los procedimientos médicos en el tratamiento del cáncer en niños son variados y se utilizan de acuerdo a la necesidad del niño y el tipo de cáncer que porta, algunos de los procedimientos más comunes utilizados son:

- Trasplante de médula ósea
- Quimioterapia
- Operaciones Quirúrgicas
- Fármacos (etopósido, metotrexate, vincristina, ciclofosfamida y citarabina)

Cada vez más el periodo de supervivencia en el cáncer infantil incrementa (Pedreira & Palanca, 2002), por lo tanto las oportunidades y habilidades que se le ofrezcan a estos niños para crecer y disfrutar de su vida, a pesar de las adversidades, son grandes y prometedoras.

3.- Implicación de cáncer en los niños

Implicaciones físicas de cáncer en los niños

Los tratamientos médicos son largos y dolorosos, se producen numerosos efectos físicos reversibles e irreversibles (Pedreira et al., 2002). Entre los tratamientos reversibles y más comunes que se presentan durante el tratamiento son: náuseas, vómitos, caída del cabello, úlceras bucales, y ganancia o pérdida de peso.

Algunos efectos llegan a ser permanentes, como las amputaciones, esterilidad, daño cerebral o retrasos de crecimiento.

Los efectos secundarios que se han detectado como factores de riesgo para la alteración de concepto psíquico son visibilidad, discapacidad y afectación del Sistema Nervioso Central. Se ha observado de forma consistente un deterioro del CI y de la función neuropsicológica con un patrón definido por distractibilidad, alteración de la memoria inmediata, trastorno de la capacidad viso espacial y viso perceptiva, y déficit en el procesamiento secuencial de información. Estas alteraciones se convertirán a nivel escolar, principalmente, en alteraciones en el aprendizaje de matemáticas y lectura (Pedreira et al., 2002).

Efectos Psicológicos de cáncer en los niños

Son numerosas y muy complejas las implicaciones emocionales y psicológicas que tiene el diagnóstico de cáncer en la población pediátrica (Hernández, Lorenzo & Nacif, 2009).

La manera en que el niño percibe su enfermedad varía según su nivel de desarrollo. En general, a partir de los seis años, los niños temen el dolor físico y el daño corporal. Comprenden que padecen una enfermedad grave y amenazante para su vida y necesitan saber que conseguir su curación llevará un tiempo considerable y ostentoso (Méndez et al., 2009).

Los procedimientos médicos empleados son fuertes por lo que los efectos secundarios que se derivan del tratamiento se convierten en efectos psicológicos de indefensión frente a la enfermedad (Pedreira et al., 2002).

Los tratamientos médicos anticipan dificultades de adaptación a la enfermedad, los efectos secundarios como vómitos, náuseas, dolor, generan miedo en los niños por lo que la adherencia al tratamiento se hace difícil y la calidad de vida disminuye (Ortigosa et al., 2009).

Un problema ligado a la enfermedad y su tratamiento como se ha mencionado, es el cambio operado en la apariencia y el funcionamiento físicos, lo que obliga a un reajuste psicológico del auto concepto previo y la autoestima, lo que pretende entender que los niños no se sienten a gusto con su apariencia física lo que distorsiona su auto concepto (Bragado et al., 2008).

Paralelamente a las problemáticas generales, y a resultas del proceso de diagnóstico y tratamiento, los menores oncológicos presentan principalmente: a) trastornos adaptativos lo que conlleva a no estar tranquilos en el hospital o escuela y del comportamiento, se mantienen dificultades en la oportunidad de

afrontar situaciones cotidianas, b) alteraciones conductuales o reacciones desadaptativas, miedo, desinterés, c) sintomatología de estrés postraumático, d) síndrome regresivo, e) depresión y f) ansiedad (Hernández, López & Durá, 2009).

Son múltiples los trastornos psicológicos que se presentan en los niños con cáncer, desarrollando múltiples conductas y consecuencias que bajan la calidad de vida en los mismos.

Implicaciones Sociales del cáncer en los niños

Se asume que el cáncer y sus tratamientos generan un impacto psicológico negativo en el niño, debido a las numerosas situaciones estresantes a las que debe enfrentarse en el curso de la enfermedad (amenaza para la vida, dolor, cambios físicos y funcionales, hospitalizaciones, etc.) (Bragado et al., 2008), sin embargo cada niño conlleva a diferentes conductas dependiendo sus habilidades y aprendizaje previo.

Con la nueva situación que origina la enfermedad, la relación de los padres con el hijo enfermo tiende a modificarse de forma natural en base a las nuevas necesidades del niño. En diferentes estudios, el 50% de los padres afirman haber cambiado el trato hacia su hijo como consecuencia de la enfermedad (Pedreira et al., 2002).

La relación de los hermanos con el niño enfermo también puede modificarse y esto es importante por la importancia de las relaciones fraternas en el establecimiento de relaciones interpersonales posteriores (Pedreira et al., 2002).

La necesidad de aislamiento y continuas hospitalizaciones también hace de la enfermedad una fuente generadora de afectación social tanto en la escuela, como en su comunidad, el constante aislamiento y cambios que se generan en la vida del niño, hacen que los niños disminuyan su confianza (Ortigosa et al., 2009).

Es por ello que el cáncer y sus constantes acontecimientos implica un cambio social en todo nivel, rompimiento con la rutina de la casa, alejarse del ambiente familiar, de la escuela y el contacto con sus redes de apoyo de la misma edad en este caso sus amigos, por lo cual parte importante de estudio y afectación en los niños con cáncer.

4.- Resiliencia

Un concepto que puede encontrarse recientemente dentro de la psicología es la psicología positiva, la cual se centra en estudiar y comprender los procesos y mecanismos que podemos encontrar en las fortalezas y virtudes del ser humano (Lamas, 2009).

La resiliencia ha pasado por varias revisiones conceptuales, en la que se centran en los individuos y variables que se relacionan con la misma, identificando los rasgos, características, capacidades, habilidades y recursos para la resiliencia en la interacción entre los factores de riesgo Lee, Kwong, Chaung, Ungar & Cheung, 2009).

Méndez et al., (2004) afirman que dependiendo de las habilidades y fortalezas que el niño tiene, podrá afrontar de la mejor manera la enfermedad, es decir a pesar de la situación adversa el niño podrá encontrar la mejor manera para sobrellevar el acontecimiento, a esto le podemos llamar resiliencia.

Muñiz et al., (1998) definen resiliencia como la capacidad del ser humano para enfrentar a las adversidades de la vida que nos pueden causar ansiedad, miedo, preocupación, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Mencionado en González et al., 2009).

Por otro lado González - Arratia et al.,(2006) define resiliencia como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural que lo ayudan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González et al., 2009).

Con tan variadas definiciones de resiliencia podemos entenderla como resultado de la combinación e interacción entre habilidades y capacidades del individuo y su ambiente familiar, social y cultural que le permiten superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González et al., 2009).

Es así como la resiliencia se relaciona con términos que ayudan a tener una vida saludable. Estos factores pueden ser: factores protectores, de riesgo y vulnerabilidad los cuales, ayudan a predisponer al sujeto para influir en su comportamiento saludable (Saavedra & Villalta, 2008).

La resiliencia es un conjunto de variables que conllevan a la persona a recuperarse satisfactoriamente de esas bajas emocionales, ese conjunto de variables puede incluir:

- **Autoestima y Autoconcepto**, los cambios físicos que sufre el niño durante el tratamiento, aumenta la inseguridad ya que la necesidad de aceptación de lo cotidiano empieza a pesar en el mismo (Pedreira et al., 2002).
- **Capacidades y dificultades percibidas**, incertidumbre sobre el futuro y la incapacidad de predecir los acontecimientos es una de las características más impactantes del cáncer. En esta situación la persona no sabe si prepararse para la muerte o para la vida, por lo cual duda de poder lograr lo que desean no es clara (Pedreira et al., 2002).

- **Apoyo social percibido**, el diagnóstico de cáncer puede causar desconcierto, estrés entre otras características tanto en los padres como en los niños (Machado, Jacob & Castanheira, 2010), una actitud de comprensión, cuidado y amor forma parte importante de los cuidadores (Fiorentino, 2008). Puede repercutir en sus relaciones interpersonales, con aislamiento y retraimiento social o con desvalorización del rendimiento escolar por las dificultades de socialización, la ausencia escolar o la afectación neuropsicológica que disminuye su capacidad intelectual para algunas tareas (Pedreira et al., 2002).
- **Capacidad de afrontamiento**, el término afrontar en un sentido común, nos indica aceptar y tratar de comprender una situación difícil (Osorio, 2007). Es importante identificar que las responsabilidades sociales y exigencia en la vida van acorde a la edad cronológica y madurez de los sujetos (Fiorentino, 2008). Por lo tanto en la vida del niño los padres funcionan como protectores que elaboran las experiencias haciéndoselas más tolerables, es por ello es fundamental la forma en que ambos padres afronten la enfermedad de esa manera puedan ayudar a su hijo a lo largo de la enfermedad haciendo de ello una situación cotidiana y normal, aumentando la calidad de vida y no cortarla (Pedreira et al., 2002).

La resiliencia nos brinda esa característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual en situaciones adversas (Lam, Contreras, Cuesta, Mori, Cordori & Carrillo, 2008).

Resiliencia y enfermedades crónicas

El constante cambio en la vida de los pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer, suele ser abrumador y confuso. Sin embargo la oportunidad de sobresalir con habilidades y capacidades de afrontar proactivas puede ayudarlos a desarrollarse positivamente en situaciones difíciles.

Los médicos informan que es importante abordar el tema sobre el tratamiento, sus consecuencias y sus resultados, así como los aspectos emocionales facilitando la expresión emocional, la explicitación de preocupaciones y dificultades para crear un ambiente de confianza y seguridad en los pacientes (Arranz, Coca, Bayés, del Rincón, & Hernández-Navarro, 2009).

Es importante destacar que es necesario comprender cómo las personas responden de una manera positiva a situaciones adversas y cómo debemos empezar a usar este conocimiento para incrementar las fortalezas en los individuos (González, Valdez, Oudhof van & González, 2009).

El diagnóstico de cáncer puede llegar al niño con emociones de culpa, miedo, entre otros los cuales, junto con la incertidumbre sobre lo que pasará llega con ello dudas y conductas que lo llevarán a altas y bajas en situaciones psicológicas, ya que la situación de enfrentarse a para la muerte o la vida conlleva a cambios rotundos en la vida del niño (Pedreira et al., 2002).

No existe una única forma de afrontar dicha situación, sino que la adaptación al cáncer debe ser considerada como un proceso dinámico y flexible que depende de una serie de variables que inciden, tanto en las repercusiones y secuelas, como en la manera de afrontar la vida del paciente y de su familia (Hernández, et al, 2009), Las estrategias de afrontamiento que el sujeto demande para dichos sucesos estresantes se desarrollan de acuerdo a las habilidades que el sujeto aporta (Llull, Zanier & García, 2003).

5.-Técnicas psicológicas cognitivo conductuales en tratamiento de cáncer

Como anteriormente se observa, el cáncer tiene efectos múltiples en la persona que lo porta, en éste caso el afrontamiento psicológico en los niños implica diferentes estrategias y recursos que los ayuden a vivenciar la enfermedad con la menor afección emocional posible, ayudando a desarrollar una mejor calidad de vida tanto en el niño como en la familia (Ortigosa et al., 2009).

En éste sentido la psicología se ha encargado de buscar alternativas que ayuden a minimizar el impacto psicológico (Ortigosa et al., 2009), los programas de modificación cognitivo conductual han demostrado ayudar a estos paciente a entender los cambios a los que se enfrentan y las diferentes maneras en las que se puede abordar para conllevar a una mejor calidad de vida (Valencia, et al, 2006).

Para el establecimiento de habilidades que le ayuden al paciente a afrontar la situación impactante y de desconcierto como lo es el cáncer, las técnicas cognitivos conductuales han sido efectivas para enseñar destrezas y habilidades que le ayudan al paciente a desarrollarse plenamente, aumentando la percepción de calidad de vida tanto de los paciente como de su alrededor (Valencia et al., 2006).

Algunas de las técnicas cognitivo conductuales que se utilizan junto con el tratamiento médico en niños con cáncer son las siguientes:, la (Valencia et al., 2006) (Ortigosa et al., 2009):

Distracción cognitiva: Técnica cognitiva que se utiliza para apartar la atención del procedimiento como por ejemplo: contar, hablar de lo que más le gustó del día, etc.

Imaginación: Proporcionar una imagen placentera al niño para quitar la presión del procedimiento que se va a utilizar, ejemplo: bosque, playa, cuarto con mucha luz, etc.

Identificación de pensamientos automáticos:

Auto verbalizaciones: El niño repite un conjunto de verbalizaciones positivas que le ayudarán a sentirse más seguro y tranquilo, ejemplo: “Yo puedo hacerlo”, “No dura mucho tiempo”.

Modificación del recuerdo: Ayuda a cada niño a reformularse los recuerdos negativos en positivos.

Relajación Muscular: Se les pide a los niños tensar y relajar los músculos del cuerpo.

Ejercicios de respiración: se les puede enseñar técnicas que les ayudarán a tranquilizarse en diferentes situaciones ejemplo: respiración diafragmática y respiración profunda.

Habilidades terapéuticas y sociales:

Modelado: Se les demuestra a los niños las conductas de afrontamiento que les ayudarán en situaciones similares. Así como las habilidades para relacionarnos mejor, quitarse el estigma de la enfermedad y ayudarse a tener más personas a su lado.

Ensayo de Conducta: Práctica de las conductas de afrontamiento que se les enseñó en el modelado, ayudándoles a participar en ello.

Es muy importante involucrar a los papás en los procedimientos ya que los pacientes se sentirán acompañados en el proceso, para ello se utiliza:

Entrenamiento a padres: se utiliza para involucrar a los papás y que conozcan las estrategias conductuales que los niños están aprendiendo y ayudarlos en el proceso.

Biblioterapia: Uso de literatura es su mayoría cuentos, que les ayudarán a los niños a identificar miedos precipitados y elaborar planes para sentirse más seguros al enfrentar situaciones similares.

Es importante tener en cuenta la edad del niño para hablar sobre la enfermedad, ya que los conceptos de enfermedad y muerte van cambiando con el desarrollo evolutivo y determinan las ideas que ellos se hacen de lo que les pasa y el porqué; en ocasiones explicar en qué consiste la enfermedad con la ayuda de metáforas o historietas ayuda, al menos, a deshacer otras fantasías irracionales sobre su enfermedad (Pedreira et al, 2002).

El cáncer es una enfermedad que impacta de manera negativa en el niño que lo padece así como su ambiente familiar, impacto que se refleja en su autocuidado y calidad de vida (Baum & Andersen, 2001 citado en Valencia et al., 2006). Es por ello que las técnicas cognitivo conductuales les ayudan a desarrollar habilidades para lidiar con la indefensión y lograr identificar las reacciones emocionales adecuadas ante diversos retos determinados por la enfermedad, ayudando a su calidad de vida emocional, social y física (Valencia et al., 2006).

6. Programa AMISTAD

El programa “AMISTAD” es un programa internacional creado por la Dra. Paula Barrett y que se ha implementado en varios países como Canadá, Escocia, Japón, Brasil, (Liddle & McMillan, 2010), entre otros. El programa ha ido desarrollando evidencia científica que avala su efectividad, tanto para prevención universal como prevención selectiva e indicada. Es el único programa recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

El programa “AMISTAD” es un programa basado en la teoría cognitivo-conductual y psicología positiva. El programa enseña inteligencia social y emocional para niños y adolescentes, que contribuyen a aumentar la resiliencia en los mismos. Consta de temas que ayudarán a comprender y conformar habilidades que les ayudarán a los participantes a afrontar situaciones difíciles y adversas que les presente la vida (Pahl & Barret, 2007).

“AMISTAD” es el acróstico de temas que permiten comprender y desarrollar habilidades de afrontamiento y entendimiento de capacidades y dificultades de situaciones difíciles:

A	<i>¿Andas preocupado?</i>	Identificar sentimientos
M	<i>Mantente Relajado</i>	Diferentes técnicas de relajación
I	<i>Ideas Positivas</i>	Cambiar pensamientos no útiles o negativos en pensamientos útiles o positivos
S	<i>Soluciones y Planes para Afrontar</i>	Identificar situaciones que nos preocupan, dan miedo, etc. y buscar los pasos para afrontarla
T	<i>Trabajaste muy bien</i>	Premiarte por intentar hacer las cosas
A	<i>Acuérdate de practicar</i>	Practicar todas esas habilidades que aprendiste en el programa, preparándote para situaciones futuras
D	<i>Descansa y Sonríe</i>	Sentirse orgulloso de uno mismo y darse un descanso

El programa se basa en un enfoque que incorpora la participación de la familia y comunidad (es decir, la escuela). Se centra en las conexiones bidireccionales entre el niño y su contexto y el medio ambiente mediante la promoción de afrontamiento destrezas, habilidades socio-emocionales y bienestar (Pahl et al., 2007).

AMISTAD es un programa hecho para prevención e intervención de grupos de riesgo así como niños y adolescentes sin ningún problema específico, investigaciones han demostrado ser eficaz como una estrategia universal para incrementar resiliencia y apoyar en la prevención e intervención temprana de ansiedad y depresión en distintos casos.

No se han encontrado evidencias en bases de datos, que demuestren haberse implementado en niños con cáncer, sin embargo debido a las propiedades que el mismo posee se estima será de gran utilidad para este grupo.

Las investigaciones han demostrado su eficacia en diferentes grupos “en riesgo” para prevención selectiva, por tal motivo es importante evaluar la eficacia en el grupo de riesgo presentado en esta investigación, indicando primeras experiencias en la aplicación del programa en niños con cáncer.

Cooley, Boyd y Grados (2004) realizaron una investigación con el programa “AMISTAD” en un grupo de riesgo de niños afroamericanos de 10 a 11 años, los cuales estuvieron expuestos a violencia y experiencias que disparaban su ansiedad, teniendo resultados significativos en la disminución de la ansiedad y problemas psicológicos en los mismos.

Una segunda investigación con el grupo de niños afroamericanos expuestos a violencia fue realizada por Cooley, Griffin, Darney, Otte y Ko (2011). Los participantes de su estudio fueron un grupo de afroamericanos de 8 a 12 años que presentaban síntomas de ansiedad y exposición a violencia, los cuales al obtener la intervención del programa redujo su sintomatología tanto de exposición a violencia como de ansiedad.

Asimismo, se realizó una investigación selectiva, en la cual los participantes presentaron un desorden de ansiedad o síntomas identificados de ese desorden (Farrell, Barrett, & Claassens, 2005), obteniendo resultados significativos después de la aplicación del programa, disminuyendo la incidencia de ansiedad.

Grupos con características específicas como trastorno de ansiedad por separación y fobia social, han sido objeto de estudio para la implementación del programa AMISTAD, obteniendo resultados significativos en la disminución de la condición de la enfermedad, así como el aumento de desarrollo social (Shortt, Barrett, & Fox, 2001).

En México se llevó a cabo una investigación (Gallegos, Rodríguez, Gómez, & Rabelo, 2012), en el grupo en riesgo de niñas viviendo en una casa hogar. El estudio evaluó el afrontamiento, la autoestima, esperanza, ansiedad, depresión, y resiliencia de las participantes obteniendo cambios positivos para sus variables. La validación social del programa también fue evaluado mostrando que el programa fue bien aceptado por las participantes.

En cuanto a grupos específicos de prevención indicada (Liddle, & MacMillan, 2010) se realizó una investigación para niños evaluando ansiedad, estado de ánimo y autoestima, encontrando mejorías significativas en dicho grupo.

El programa demuestra ser una intervención eficaz para el desarrollo de habilidades sociales y autoayuda que le proporcionarán al sujeto habilidades necesarias para incrementar su resiliencia, ayudados por sus redes de apoyo como lo son su familia y las personas que se encuentra a su alrededor (Dadds & Barrett, 2001).

Encontramos que los distintos cambios en la vida de los niños con cáncer pueden llegar a ser abrumadores, los cuales no les permiten mantener una calidad de vida estable. El programa AMISTAD podría ayudarlos reforzando las habilidades que portan y la capacidad de estabilidad para mantenerse constantes y optimistas ante la adversidad de la situación.

CAPITULO III

METODO

En el presente trabajo se implementó el programa AMISTAD, un programa cognitivo-conductual para incrementar de la resiliencia, así como las variables que influyen en la misma (autoestima, capacidad de afrontamiento, capacidades y dificultades percibidas y apoyo social percibido).

Se utilizó un diseño cuasi experimental de tipo pre-post con grupo control, que permite comparar los resultados obtenidos después de la intervención.

PARTICIPANTES

La muestra está constituida por 30 niños con diagnóstico de cáncer (leucemia), los cuales estaban llevando su tratamiento de quimioterapia semanalmente, se dividieron aleatoriamente en grupo control y experimental teniendo 15 niños para cada grupo, en los dos grupos se encontraban niños de edades que oscilaban entre 8 y 12 años (edad media= 9), en el grupo experimental se tiene un 99% de hombres y un 1 % en mujeres, mientras que en el grupo control se encuentran un 100% de hombres.

INSTRUMENTOS

Se aplicaron las siguientes escalas para evaluar cada una de las variables que se identifican en la investigación:

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988), cuestionario de autoinforme que evalúa el nivel de

percepción que tiene el niño con respecto a apoyo social de amigos, familiares, entre otros grupos de apoyo. La cual tiene una confiabilidad de .86 al utilizar alfa de Cronbach. La escala consta de 12 ítems divididos en 3 subescalas: Familia (Fam), Amigos (Fri), Otros (SO). De acuerdo con las respuestas de Totalmente de acuerdo (1) a Totalmente en desacuerdo (7), entre mas alto el puntaje mayor apoyo social percibido en el sujeto.

Cuestionario de Afrontamiento de Hernández y Guzmán (2003), versión niños, es un cuestionario de 12 declaraciones, con una confiabilidad de alfa de Cronbach de .67 (Hernández-Guzmán, 2003), con respuestas tipo likert que oscilan entre nunca y muchas veces, discrimina síntomas en niños con problemas de afrontamiento. La interpretación del puntaje total: el menor puntaje refleja un mejor afrontamiento (positiva, pro-activa) de los problemas.

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas) de Goodman (1997), es un breve cuestionario de detección de comportamiento acerca en niños de 3- 16 años de edad. Tiene versiones para alumnos, padres y maestros y contiene 25 reactivos diseñados para identificar problemas sobre la cronicidad, angustia, deterioro social y carga de los demás en cuanto a fortalezas y dificultades. El SDQ-Cas ha presentado una confiabilidad de alfa de Cronbach de .91 (Von der Luft, Harman, Koenig, Nixon-Cave, & Gaughan, 2008). Consta de 5 subescalas: Escala de síntomas emocionales, escala de problemas de conducta, escala de hiperactividad, escala de problemas con compañeros/as, escala prosocial. La puntuación resultante puede variar entre 0 y 40. La interpretación para las escalas de dificultades es entre menor la puntuación mejor, y en la escala prosocial entre mayor la puntuación es mejor.

Escala de Autoestima de Rosenberg, es un instrumento de auto informe, con un alfa de Cronbach de .87 (Vázquez, Jiménez & Vázquez-Morejón, 2004). Contiene 10 reactivos que han sido creados para medir el nivel de autoestima de los sujetos entre edades de 8 a 40 años. Consiste en enunciados que expresan su propia visión de su persona contestando las respuestas en escala Likert claro que si, hasta claro que no. La interpretación del puntaje total: el mayor puntaje refleja una mejor autoestima.

El Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes, es un instrumento de autoinforme para participantes que fluctúan entre 7 y 15 años. Consta de 32 reactivos, de opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y 5 siempre), consta de un alfa de Cronbach de .919, la interpretación del puntaje total: el mayor puntaje refleja una mayor resiliencia (González-Arratia, Valdez & de Jesús, 2006).

PROCEDIMIENTO

Se realizó la invitación por parte del oncólogo a los pacientes que se presentan a consulta, los cuales entraban en el rango de edad de 8 a 12 años de edad, se explicó brevemente sobre el programa AMISTAD y cómo se manejarían los grupos para la investigación.

Posteriormente al acceder en la autorización de la implementación del programa al niño se llenaron los datos generales y la firma de la carta de consentimiento informado por parte de los padres de familia.

Al completar una muestra de 30, al azar se dividieron los grupos para identificar el grupo control y el experimental se concretó la cita para la aplicación de las pruebas psicológicas, pidiendo a los niños que conformaban el grupo

experimental pasar a tomar la primera sesión de la intervención, la intervención tuvo una duración de 10 sesiones dos veces por semana, durante 40 minutos, las cuales fueron implementadas por la tesista, en la décima sesión se concretó la cita con los papás de los pacientes para que contestaran las pruebas psicológicas de la pos-prueba.

Diseño utilizado:

Se utilizó un diseño cuasi experimental de tipo pre/post prueba, con grupo control.

Recolección de Datos:

Después de la recolección de datos, éstos se capturaron en el programa SPSS 14.0 Se capturaron todos los puntajes de las subescalas ítem por ítem y los totales de cada una de las pruebas, identificando al grupo control y experimental, así como el pre y post de las aplicaciones.

Análisis de Datos:

Para analizar las diferencias que se identificaron en la resiliencia y cada una de las variables que influyen en la misma, se utilizó la prueba t de Student para grupos relacionados, t de Student para grupos Independientes, análisis de modelo general lineal.

Para verificar el cambio y aceptación de la hipótesis se realizó las pruebas no paramétricas U de Mann – Whitney y T de Wilcoxon.

Se evaluó la consistencia Interna de los instrumentos mediante alfa de Cronbach y la distribución de normalidad por la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Shapiro-Wilk.

Se realizó el estadístico d de Cohen para interpretar el tamaño del efecto en la aplicación del programa de cada una de las pruebas en el cual se consideró los siguientes rangos: 0.20 a .49 pequeño, de 0.50 a .79 mediano y de 80 o mayor grande (Cohen, 1977, 1988); ó de 0.20 a .62 pequeño, de 0.63 a 1.15 mediano y de 1.15 o mayor grande (Hopkins, 2009).

CAPITULO IV

RESULTADOS

La resiliencia en conjunto con los factores que influyen en ella (autoestima, capacidades de afrontamiento, capacidades y dificultades percibidas y apoyo social percibido), muestra una influencia que conforma un desarrollo determinante en las áreas primordiales en los seres humanos. A continuación se presentan los resultados de los análisis estadísticos divididos por cada una de las variables en los pacientes con leucemia.

Tabla 1 Análisis de Confiabilidad y Normalidad de Cuestionarios aplicados

Prueba	N	Alfa Cronbach	Media	DE	Kolmogorov- Smirnov	
					Z	p
Rosenberg	30	.60	25.00	2.50	.184	.011
Afrontamiento	30	.33	9.23	3.67	.122	.200
Capacidades y Dificultades	30	.74	15.00	3.00	.192	.006
Apoyo Social Percibido	30	.78	58.00	6.55	.137	.157
Resiliencia	30	.83	95.50	13.52	.166	.035

Tabla 2 Descripción de la edad por grupo

Grupos	N	Media	Mediana	Desviación
				Estándar
Control	15	9.93	10.00	1.624
Experimental	15	9.33	9.00	.976

Tabla 3 Análisis de edad con t de Student para grupos independientes pre y post

Grupo	t	df	Sig.
Experimental Control	1.226	22.943	.232

La muestra se conformó por 30 pacientes, divididos en dos grupos, experimental y control, se utilizó la variable edad para homogeneizar los grupos, como se puede observar en la Tabla 1, la media de edad es similar para los dos grupos.

Al realizar el análisis con la t de Student para grupos independientes se observa que no hay un cambio significativo en la edad de los grupos ($t [22.943] = 1.226, p=.232$).

Tabla 4 Descripción de Escala de Autoestima pre y post por grupo

Escala	Grupos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Escala de Autoestima	Control	24.57	23.79	24.00	23.50	1.604	2.359
	Experimental	27.20	39.13	26.00	39.00	2.624	.743

Tabla 5 Análisis Escala de Autoestima con t de Student para grupos relacionados por grupo

Escala	Grupo	t	gl	sig
Escala de Autoestima	Control	2.218	14	0.243
	Experimental	-19.977	14	0.001

En la Tabla 4 y Tabla 5 se describen los resultados de la escala de autoestima la cual nos muestra puntajes sin un cambio en la media, mientras que en el grupo experimental se incrementó en 11.93 puntos en la media de la post

prueba con respecto a la media del pre prueba. Para el grupo experimental se encontró un cambio significativo en la autoestima ($t [14] = -19.077$, $p= 0.001$), en comparación con el grupo control en el cual no presenta cambio significativo ($t [14] = 1.218$, $p= 0.243$).

Se realizó un análisis con la prueba no paramétrica t de Wilcoxon en la cual se busca verificar significancia de los resultados obtenidos para la prueba obteniendo resultados ($Z = -3.251$, $p= .000$).

En cuanto al tamaño del efecto de la post prueba $d= 9.89$, observando un cambio grande.

Tabla 6 Análisis Escala de Autoestima con t de Student para grupos independientes pre y post

Prueba	Grupos	t		df		Sig.	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Escala de Autoestima Total	Control	-3.073	-24.592	23.723	16.844	.005	.000
	Experimental						

En la tabla 6 se muestra el análisis de la escala de autoestima con t de Student para grupos independientes observando en la pre prueba ($t [23.723] = -3.073$, $p.005$), mientras que en la post prueba ($t [16.844] = -24.592$, $p.000$) se obtuvo un cambio significativo después del tratamiento.

Para la prueba no paramétrica U de Mann - Whitney se obtuvieron resultados en la pre prueba ($Z = 2.630$, $p= .009$) y en la post prueba ($Z= 4.720$, $p= .000$), observando un cambio positivo después de la aplicación.

En cuanto al tamaño del efecto de la post prueba la d de Cohen ($d= 9.29$) fue grande.

Tabla 7 Descripción de Cuestionario de Afrontamiento pre y post por grupo

Escala	Grupos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cuestionario de Afrontamiento	Control	9.79	7.71	9.50	8.00	4.154	1.773
	Experimental	8.87	5.07	9.00	4.00	3.248	2.604

Tabla 8 Análisis de Cuestionario de Afrontamiento con t de Student para grupos relacionados por grupo

Escala	Grupo	t	gl	Sig.
Cuestionario de Afrontamiento	Control	1.915	13	0.078
	Experimental	2.993	14	0.010

Se puede observar en la Tabla 7 y Tabla 8, el análisis del Cuestionario de Afrontamiento el cual nos muestra promedios satisfactorios con respecto al grupo experimental, presentando un decremento de 3.05 en el promedio de la post prueba con respecto a la media de la pre prueba, mostrando que un menor número de pacientes presentan duda en cuanto a su capacidad de afrontamiento.

Sin embargo en el grupo control se identifica un cambio pequeño el promedio del grupo, identificando un cambio significativo en el grupo experimental con ($t [14] = 2.993$, $p = 0.010$), a diferencia del grupo control, el cual no presenta ningún cambio significativo ($t [13] = 1.915$, $p = 0.078$).

En el análisis de t de Wilcoxon se observó un cambio significativo ($Z = -3.082$, $p = .002$) en el afrontamiento de los pacientes después del tratamiento.

Con un tamaño de efecto para la post prueba de ($d = -1.21$), observando un efecto grande, teniendo signo negativo de acuerdo a la interpretación de la prueba.

Tabla 9 Análisis de Cuestionario de Afrontamiento con t de Student para grupos independientes pre y post

Prueba	Grupos	t		df		Sig.	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cuestionario de Afrontamiento	Control						
	Experimental	.599	3.177	28	27	.554	.004

Se identifica el análisis con t de Student para grupos independientes en la Tabla 9, en el cual en la pre prueba se observa ($t [28] = .599$, $p = .554$) sin cambio significativo, mientras que en la post prueba ($t [27] = 3.177$, $p = .004$) con un cambio significativo.

Para la prueba de Afrontamiento con t de Student para grupos independientes se identifica el tamaño del efecto en la post prueba de ($d = 1.20$), el cual indica un efecto grande.

Para la prueba no paramétrica U de Mann - Whitney se encontraron para la pre prueba ($Z = .542$, $p = .595$) mientras que en la post prueba ($Z = 2.619$, $p = .008$), verificando un cambio significativo después del tratamiento.

Para el análisis de la Escala de Capacidades y Dificultades Percibidas (Tabla 10 y Tabla 11), se identifica que en el grupo control los promedios son muy similares en el pre y post de cada una de las sub escalas que la conforman, mientras que en el grupo experimental varía en cada una.

En la subescala de síntomas emocionales se observa un decremento de 2.53 en la postprueba con respecto a la media del pre, mientras que en la subescala de conducta fue un decremento de 0.67 en el post prueba, con respecto a problemas con compañeros un 2.94 y por último en prosocial fue de 0.47 con respecto a la media del pre, en el cual no se encuentran cambios positivos en

esta subescala, presentan que los pacientes denotan un cambio significativo en el grupo experimental en las subescalas de síntomas emocionales ($t [14] = 6.311$, $p= 0.001$), problemas con compañeros ($t [14] = 4.630$, $p= 0.001$) y total ($t [14] = 6.341$, $p= 0.001$).

Con respecto al grupo control, en el cual en síntomas emocionales ($t [14] = 1.054$, $p= 0.310$), problemas con compañeros ($t [14] = 4.540$, $p= 0.440$), y total ($t [14] = 0.906$, $p= 0.380$), con excepción de problemas de conducta el cual permaneció similar para los dos grupos, control ($t [14] = -0.564$, $p= 0.582$) y experimental ($t [14] = 2.000$, $p= 0.065$).

Tabla 10 Descripción de Escala de Capacidades y Dificultades Percibidas pre y post por grupo

Escala	Grupos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Capacidades y Dificultades Percibidas. Total	Control	14.36	13.86	14.00	13.00	2.205	2.770
	Experimental	16.53	10.53	16.00	11.00	3.309	3.114
Subescala síntomas emocionales	Control	3.71	3.14	3.50	3.00	1.858	0.949
	Experimental	4.33	1.80	5.00	2.00	2.440	1.743
Subescala problemas de conducta	Control	1.14	1.21	1.00	1.00	1.099	1.311
	Experimental	1.27	0.60	1.00	0.00	0.884	0.910
Subescala Problemas con compañeros	Control	3.21	3.21	3.00	3.00	1.051	1.051
	Experimental	3.27	0.93	3.00	1.00	1.580	1.033
Subescala Prosocial	Control	6.29	6.29	6.00	6.00	1.326	1.326
	Experimental	7.67	7.20	8.00	7.00	1.718	1.656

Tabla 11 Análisis de Escala Capacidades y Dificultades Percibidas con t de Student para grupos relacionados por grupo

Escala	Grupo	t	gl	Sig.
Capacidades y Dificultades Percibidas. Total	Control	0.906	14	0.380
	Experimental	6.341	14	0.001
Subescala síntomas emocionales	Control	1.054	14	0.310
	Experimental	4.672	14	0.001
Subescala problemas de conducta	Control	-0.564	14	0.582
	Experimental	2.000	14	0.065
Subescala Problemas con compañeros	Control	4.540	14	0.440
	Experimental	4.630	14	0.001
Subescala Prosocial	Control	0.980	14	0.640
	Experimental	0.722	14	0.048

En la prueba t de Wilcoxon se presentaron los puntajes para el total de la prueba ($Z= 03.485$, $p= .000$) y cada una de las subescalas síntomas emocionales ($Z= -3.210$ $p= .001$), problemas de conducta ($Z= -1.578$, $p= .115$), problemas con compañeros ($Z= -3.2.965$, $p= .003$), prosocial ($Z= -.856$, $p= .392$), observando que al igual que en las pruebas paramétricas se encuentran resultados significativos para cada una de las escalas con excepción de problemas de conducta y prosocial.

Se identifica un tamaño de efecto en la post prueba para el puntaje total del cuestionario ($d= -1.13$) y sus subescalas síntomas emocionales ($d= -1.00$), problemas con compañeros ($d= - 2.19$), una disminución grande para dichas subescalas, con excepción de la subescala problemas de conducta ($d= -0.55$) con un efecto mediano y prosocial ($d= 0.61$), la cual no presentó un cambio.

Tabla 12 Análisis Cuestionario de Capacidades y Dificultades Percibidas con t de Student para grupos independientes pre y post

Prueba	Grupos	t		df		Sig.	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cuestionario de Capacidades y Dificultades Percibidas Total	Control Experimental	-2.125	3.148	28	28	.043	.004
Subescala Síntomas Emocionales	Control Experimental	-.679	3.389	28	28	.503	.002
Subescala Problemas de Conducta	Control Experimental	-.549	1.300	28	28	.587	.204
Subescala Problemas con Compañeros	Control Experimental	-2.71	5.757	28	28	.788	.000
Subescala Prosocial	Control Experimental	-2.403	-1.598	28	28	.023	.121

En la Tabla 12 se muestra el análisis de t de Student para grupos independientes en el Cuestionario de Capacidades y Dificultades Percibidas en el cual se observa en la pre aplicación total ($t [28] = -2.125, p.043$), subescala síntomas emocionales ($t [28] = -.679, p.503$), subescala problemas de conducta ($t [28] = -.549$), subescala problemas con compañeros ($t [28] = -2.71, p.788$), subescala prosocial ($t [28] = -2.403, p=.023$) donde no se encuentra ninguna significancia en alguna subescala con excepción de prosocial, mientras que en la postprueba se encontraron los datos de total ($t [28] = 3.148, p.004$), síntomas emocionales ($t [28] = 3.389, p=.002$), problemas de conducta ($t [28] = 1.300, p=.204$), problemas con compañeros ($t [28] = 5.757, p=.000$), prosocial ($t [28] = -1.598, p=.121$), en los cuales las subescalas de problemas de conducta y prosocial no se identifican cambios significativos para la post prueba.

Identificando el tamaño del efecto en la post prueba para el total del cuestionario ($d= 1.18$) y sus subescalas síntomas emocionales ($d= 1.28$), problemas con compañeros ($d= 2.17$) las cuales indican un efecto grande con excepción de problemas de conducta ($d= 0.49$) y subescala prosocial ($d= 0.40$) en las que se presenta un efecto pequeño.

En la prueba U de Mann - Whitney se presentan puntajes para la pre prueba en el total ($Z= 2.230$, $p= .026$) y cada una de las subescalas síntomas emocionales ($Z= .866$, $p= .412$), problemas de conducta ($Z=.693$, $p= .512$), problemas con compañeros ($Z=.193$, $p= .870$), prosocial ($Z= 2.340$, $p= .021$).

A diferencia de la post prueba total ($Z= 2.686$, $p=.007$), síntomas emocionales ($Z= 2.871$, $p= .004$), problemas de conducta ($Z= 1.216$, $p= .267$), problemas con compañeros ($Z= 3.996$, $p= .000$), prosocial ($Z= 1.395$, $p= .174$), verificando que de igual manera que en la prueba paramétrica se presentan cambios significativos para cada una de las subescalas con excepción de problemas de conducta y prosocial en el cual no se obtuvo ningún cambio después del programa.

Tabla 13 Descripción Escala Apoyo Social Percibido pre y post por grupo

Escalas	Grupos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Escala de Apoyo Social Percibido. Total	Control	57.64	60.00	58.00	61.00	5.514	4.403
	Experimental	57.80	74.07	59.00	75.00	7.437	4.317
Subescala Amigos	Control	24.00	24.93	24.50	25.00	2.000	1.492
	Experimental	25.20	26.07	25.00	26.00	2.274	1.534
Subescala Familia	Control	12.79	14.21	12.50	14.50	3.577	2.190
	Experimental	12.27	23.20	12.00	24.00	5.535	2.366
Subescala Otros	Control	20.86	20.86	21.00	20.50	2.742	2.598
	Experimental	20.33	24.80	21.00	25.00	3.811	1.859

Tabla 14 Análisis de Escala de Apoyo Social Percibido de t de Student para grupos relacionados por grupo

Escala	Grupo	t	gl	Sig.
Escala de Apoyo Social Percibido	Control	-1.462	14	0.166
Total	Experimental	-9.900	14	0.001
Subescala Familia	Control	-1.519	14	0.151
Subescala Familia	Experimental	-1.111	14	0.285
Subescala Amigos	Control	-1.636	14	0.124
Subescala Amigos	Experimental	-6.863	14	0.001
Subescala Otros	Control	-.129	14	0.900
Subescala Otros	Experimental	-5.475	14	0.001

En la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Tabla 13 y Tabla 14), presenta un aumento en la post prueba en cada una de las sub escalas en el grupo experimental, en la subescala de amigos, se observa un aumento de 0.87 en el promedio, en la subescala de familia un 35.47, por último en la subescala de otros se identifica un aumento de 4.47 sobre el promedio de la media del pre, mientras que en el grupo control se observan cambios en las medias en la post prueba.

Para el grupo experimental se identificaron cambios significativos en la subescala de amigos ($t [14] = -6.863, p=0.001$) y otros ($t [14] = -5.476, p= 0.001$), en comparación con el grupo control en el cual no se encontró ningún cambio significativo para las subescalas amigos ($t [14] = -1.636, p= 0.124$) y otros ($t [14]= -.129, p=0.900$), por el contrario en la sub escala de familia se puede observar no se obtuvo cambio, en los dos grupos control ($t [14]= -1.519, p= 0.151$) y experimental ($t [14]= -1.111, p=0.285$), lo cual nos puede indicar que dicho factor no es parte de la influencia de cambio en los pacientes, permaneciendo estable durante el proceso.

Para la comparación con la prueba no paramétrica de t de Wilcoxon se obtuvieron los resultados para el total ($Z= -3.992, p= .000$) y cada una de las

subescalas familia ($Z = -1.716$, $p = .086$), amigos ($Z = -3.811$, $p = .000$), otros ($Z = -2.890$, $p = .004$), verificando que se obtuvieron de igual forma con los análisis paramétricos un cambio significativo en las subescalas, con excepción de familia la cual se mantuvo sin ningún cambio.

Dicha escala presenta tamaños de efecto en la post prueba para su total $d = 3.23$, subescala amigos $d = 0.75$, subescala familia $d = 3.95$, subescala otros $d = 1.77$ presentando en todas tamaños del efecto grandes.

Tabla 15 Análisis Cuestionario Apoyo Social Percibido con t de Student para grupos independientes pre y post por grupo

Prueba	Grupos	t		df		Sig.	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido Total	Control Experimental	-3.02	-9.001	28	28	.765	.000
Subescala Familia	Control Experimental	-1.366	-2.197	28	28	.183	.036
Subescala Amigos	Control Experimental	.117	-9.863	24.285	28	.908	.000
Subescala Otros	Control Experimental	.106	-4.970	28	28	.916	.000

En el análisis con t de Student para grupos independientes del cuestionario Apoyo Social Percibido (Tabla 15) se identifica en el resultados para la pre prueba, total ($t [28] = -3.02$, $p = .765$), subescala familia ($t [28] = -1.366$, $p = .183$), subescala amigos ($t [24.285] = .106$, $p = .916$), mientras que en la post prueba, total ($t [28] = -9.001$, $p = .000$), familia ($t [28] = -2.197$, $p = .036$), amigos ($t [28] = -9.863$, $p = .000$), otros ($t [28] = -4.970$, $p = .000$) en los cuales se encuentran cambios significativos después del programa.

Para verificar el cambio que se encontró en las subescalas se realizó el análisis estadístico U de Mann - Whitney, en el cual se encontró en la pre prueba el total ($Z = -.250$, $p = .806$) y las subescalas familia ($Z = -1.258$, $p = .217$), amigos ($Z = -.146$, $p = .902$), otros ($Z = -.084$, $p = .035$), presentando un cambio significativo después del programa, post prueba subescala total ($Z = -4.635$, $p = .000$), familia ($Z = -2.020$, $p = .050$), amigos ($Z = -4.681$, $p = .000$), otros ($Z = -3.668$, $p = .000$).

En cuanto al tamaño del efecto de la post prueba para el total ($d = 3.40$) y las subescalas familia ($d = 0.83$), amigos ($d = 3.72$), otros ($d = 1.89$), observando un efecto grande para todas las subescalas.

Tabla 16 Descripción Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes pre y post por grupo

Prueba	Grupos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes Total	Control	95.93	94.43	95.00	93.00	6.855	6.321
	Experimental	101.13	142.47	101.00	143.00	17.254	4.373
Subescala Factores Protectores Internos	Control	38.71	38.14	38.50	37.50	4.304	4.258
	Experimental	40.20	60.47	39.00	60.00	7.213	2.356
Subescala Factores Protectores Externos	Control	34.07	33.93	34.00	34.00	2.731	2.495
	Experimental	37.13	50.20	37.00	50.00	5.553	1.821
Subescala Factores Protectores de Empatía	Control	23.14	22.36	23.00	22.00	2.248	2.405
	Experimental	23.80	31.80	26.00	32.00	5.821	1.740

Tabla 17 Análisis de Escala de Resiliencia con t de Student para grupos relacionados por grupo

Escala	Grupo	t	gl	Sig.
Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes Total	Control	2.092	14	0.055
	Experimental	-10.406	14	0.000
Factores Protectores Internos	Control	1.468	14	0.164
	Experimental	-12.270	14	0.001
Factores Protectores Externos	Control	1.000	14	0.334
	Experimental	-9.100	14	0.001
Factores Protectores Empatía	Control	1.976	14	0.068
	Experimental	-5.916	14	0.001

En la Tabla 16 y Tabla 17 se identifica la descripción de la Escala de Resiliencia en la cual se puede observar porcentajes altos en la post prueba para el grupo experimental, en donde la escala de factores protectores internos presenta un aumento de 20.27 sobre la media, en factores protectores externos tiene un aumento de 13.07 y por último en factores protectores de empatía se identifica un aumento de 8 sobre la media de la pre prueba, mientras que el grupo control no se observa algún cambio en las medias.

Se pudo observar un cambio significativo después del tratamiento para el grupo experimental en las 3 sub escalas que la conforman, factores protectores internos ($t [14]= -12.270, p= 0.001$), factores protectores externos ($t [14]= -9.100, p= 0.001$) y factores protectores empatía ($t [14]= -5.916, p= 0.001$), lo cual nos indica que se pudo lograr una mejoría en la resiliencia de los pacientes que recibieron el programa, en cambio, en el grupo control no hubo cambio en ninguna de las subescalas factores protectores internos ($t [14]= -1.468, p= 0.164$), factores

protectores externos ($t [14]= 1.000, p= 0.334$) y factores protectores empatía ($t [14]= 1.976, p= 0.068$).

Para la prueba t de Wilcoxon se encontraron resultados significativos para el total ($Z= -3.017, p= .003$) y cada una de sus subescalas factores protectores internos ($Z= -3.201, p= .001$), factores protectores externos ($Z= -3.447, p= .001$), factores protectores empatía ($Z= -2.900, p= .004$) presentando que de la misma manera que en la prueba paramétrica se obtuvieron resultados significativos después del programa.

Para la prueba de resiliencia el tamaño del efecto para la prueba y cada una de las subescalas en la post prueba en los cuales se identifica en total ($d= 8.98$), factores protectores internos ($d= 6.75$), factores protectores externos ($d= 7.54$), factores protectores empatía ($d= 4.55$).

Tabla 18 Análisis de Escala de Resiliencia con t de Student para grupos independientes pre y post por grupo

Prueba	Grupos	t		df		Sig.	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Cuestionario de Resiliencia para Niños y Adolescentes Total	Control Experimental	-.764	-20.365	20.495	28	.453	.000
Subescala Factores Protectores Internos	Control Experimental	-.166	-13.564	28	28	.869	.000
Subescala Factores Protectores Externos	Control Experimental	-1.793	-20.718	28	26.001	.084	.000
Subescala Factores Protectores de Empatía	Control Experimental	-.332	-12.053	17.984	28	.744	.000

Para el análisis de la escala de resiliencia con T de Student para grupos independientes (Tabla 18) se identifica en la pre prueba en el puntaje total ($t [20.495] = -764, p= .453$), subescala factores protectores internos ($t [28] = -.166, p= .869$), subescala factores protectores externos ($t [28] = -1.793, p= .084$), ($t [17.984] = -.332, p= .744$).

Para la post prueba se observan cambios significativos para el puntaje total ($t [28] = -20.365, p= .000$), y las subescalas factores protectores internos ($t [28] = -13.564, p= .000$), factores protectores externos ($t [26.001] = -1.793, p= .000$) factores protectores de empatía ($t [28] = -12.053, p= .000$).

Para el análisis estadístico U de Mann - Whitney se presentaron en la pre prueba, en el puntaje total ($Z= -187, p= .870$) y las subescalas factores protectores internos ($Z= -.021, p= 1.000$), factores protectores externos ($Z= -1.690, p= .098$), factores protectores empatía ($Z= -.146, p= .902$), obteniendo cambios significativos para la post prueba total ($Z= -4.672, p= .000$), factores protectores internos ($Z= -4.680, p= .000$), factores protectores externos ($Z= -4.688, p= 000$), factores protectores empatía ($Z= -4.689, p= 000$), confirmando el cambio que se obtuvo para los dos análisis paramétricos y no paramétricos.

En cuanto al tamaño del efecto de la post prueba para el puntaje total ($d= 7.69$) y las subescalas factores protectores internos ($d= 5.12$), factores protectores externos ($d= 7.83$), factores protectores de empatía ($d= 4.55$) presentando una tamaño de efecto grande en cada una de las subescalas.

Ilustración 1 Análisis Modelo General Lineal Cuestionario Rosenberg

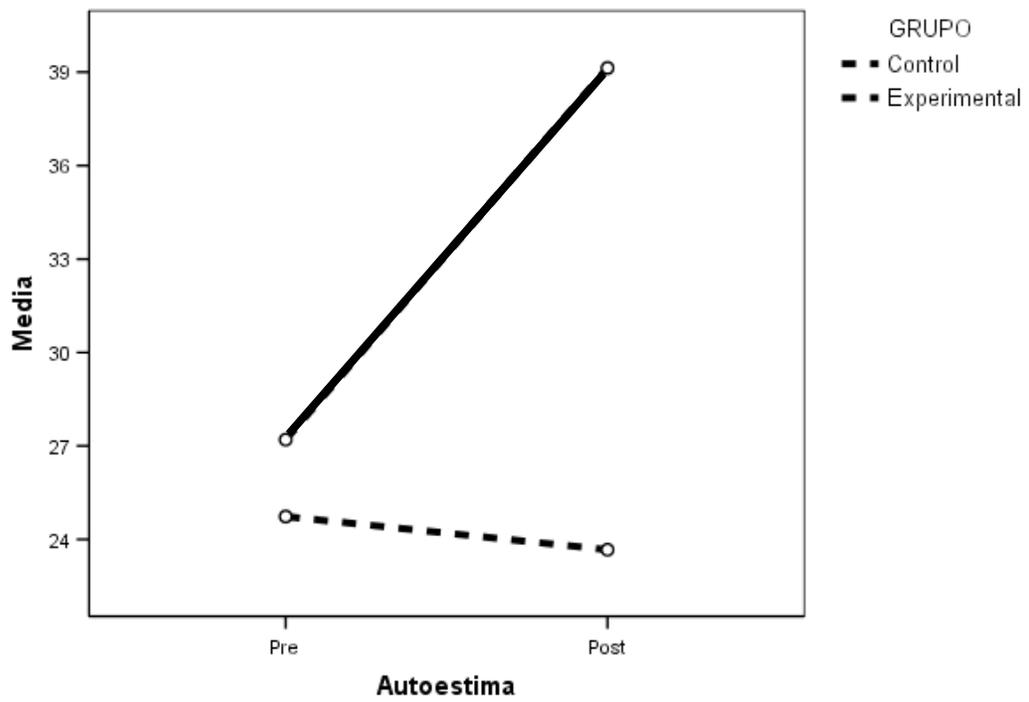


Ilustración 2 Análisis Modelo General Lineal Cuestionario de Afrontamiento

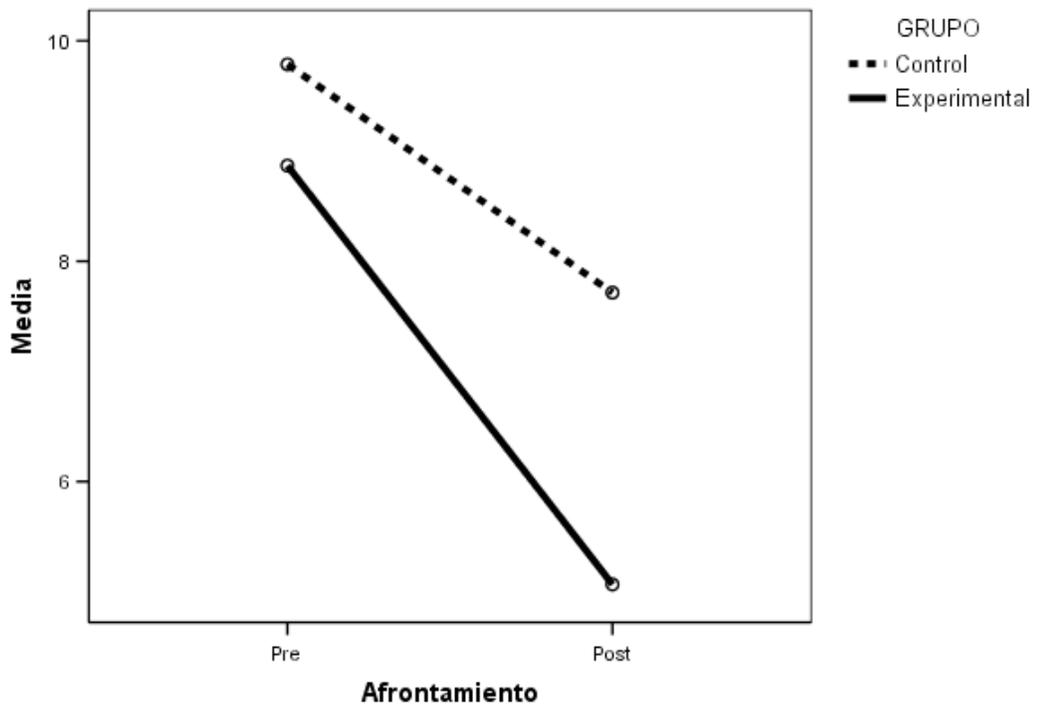
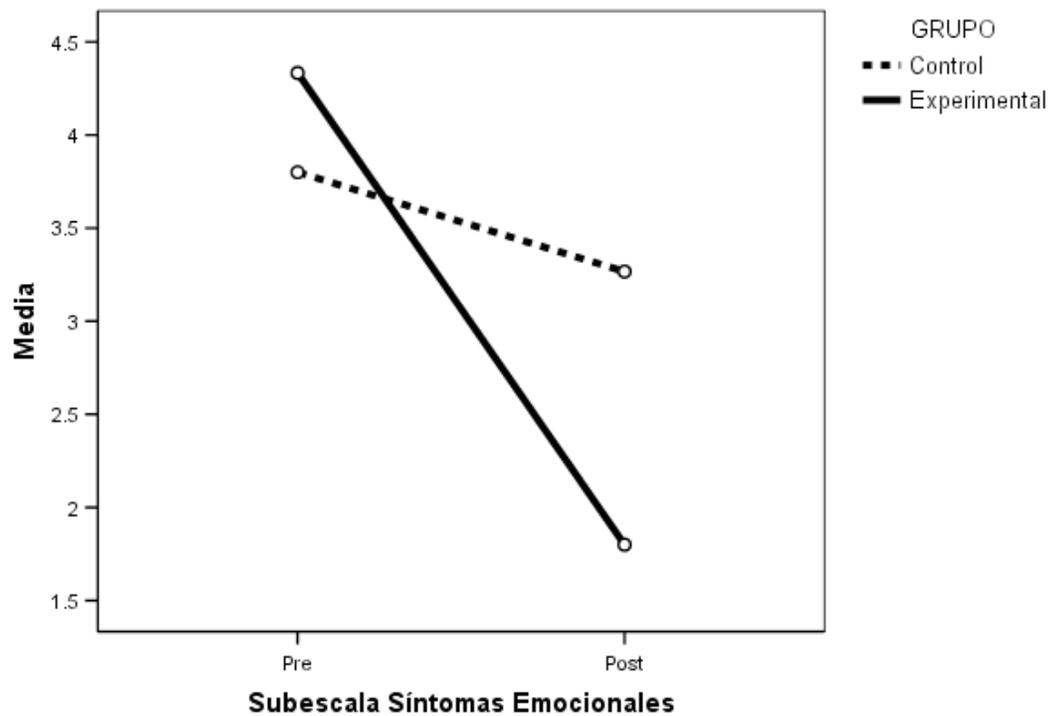
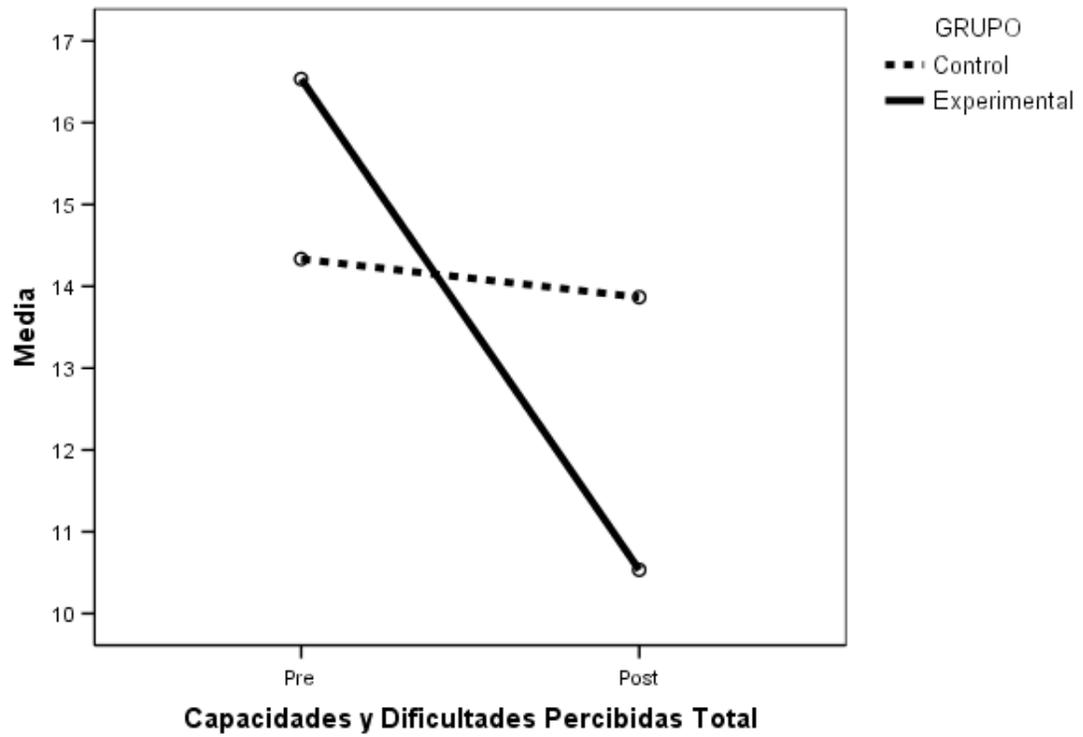
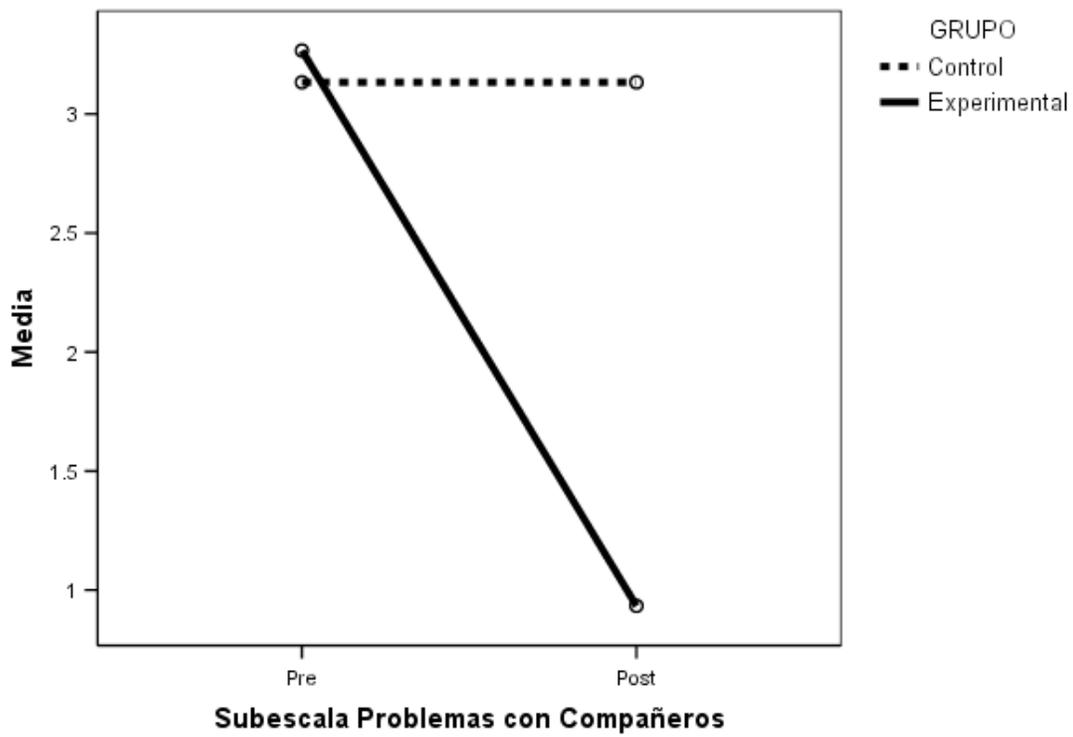
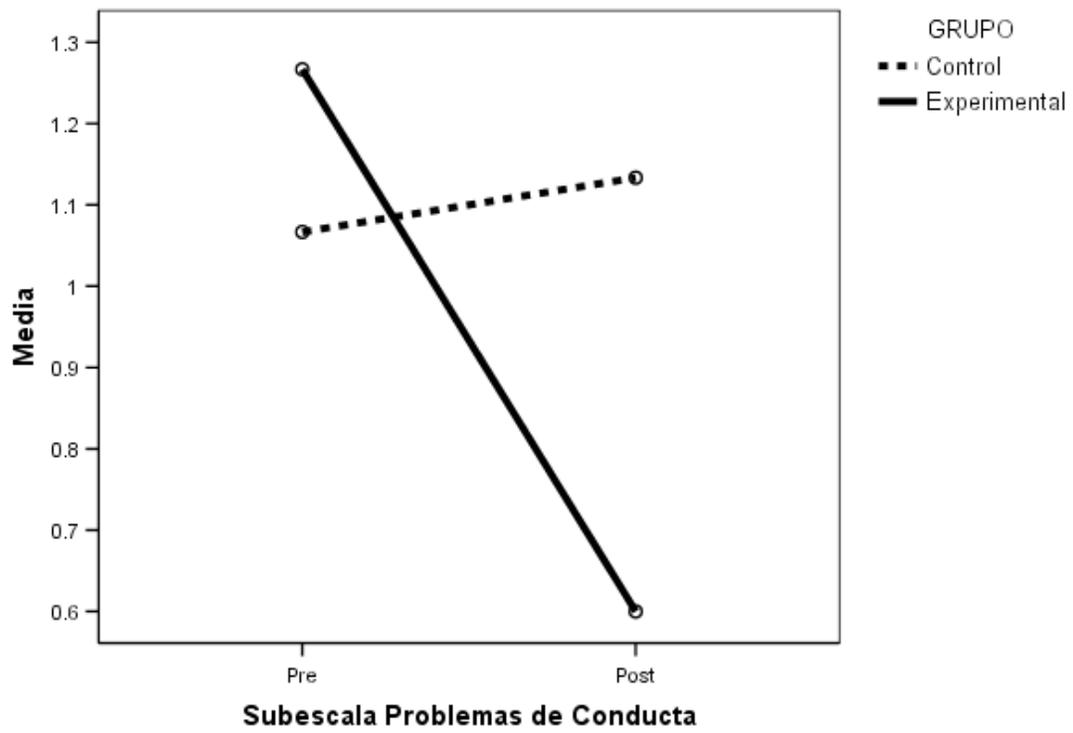


Ilustración 3 Análisis Modelo General Lineal Cuestionario Capacidades y Dificultades Percibidas





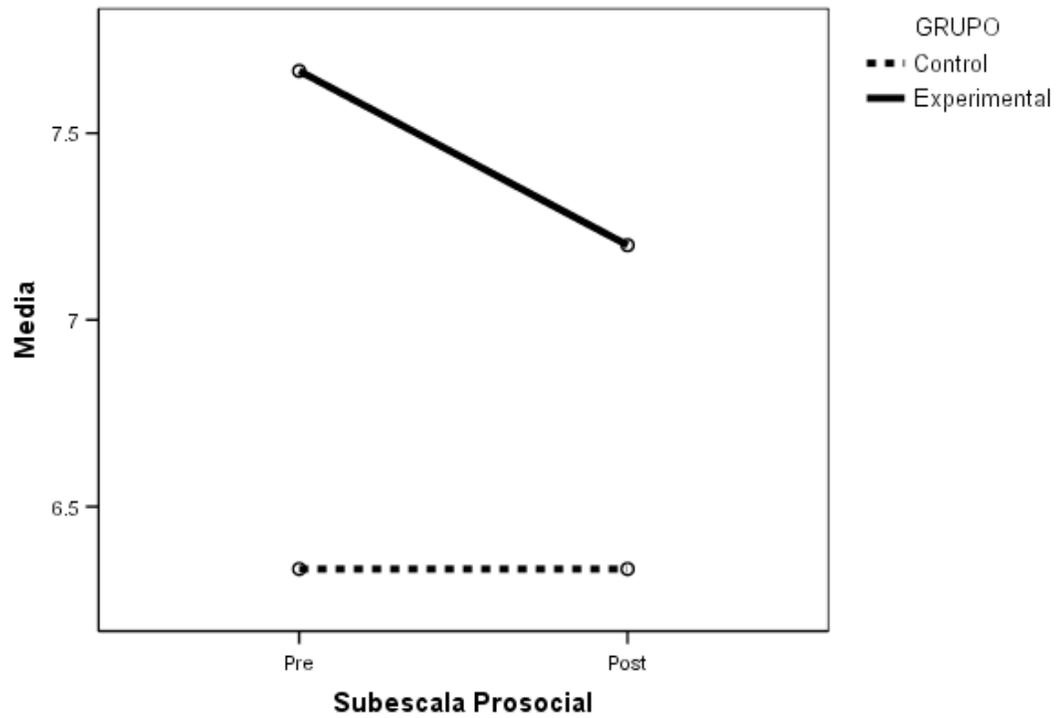
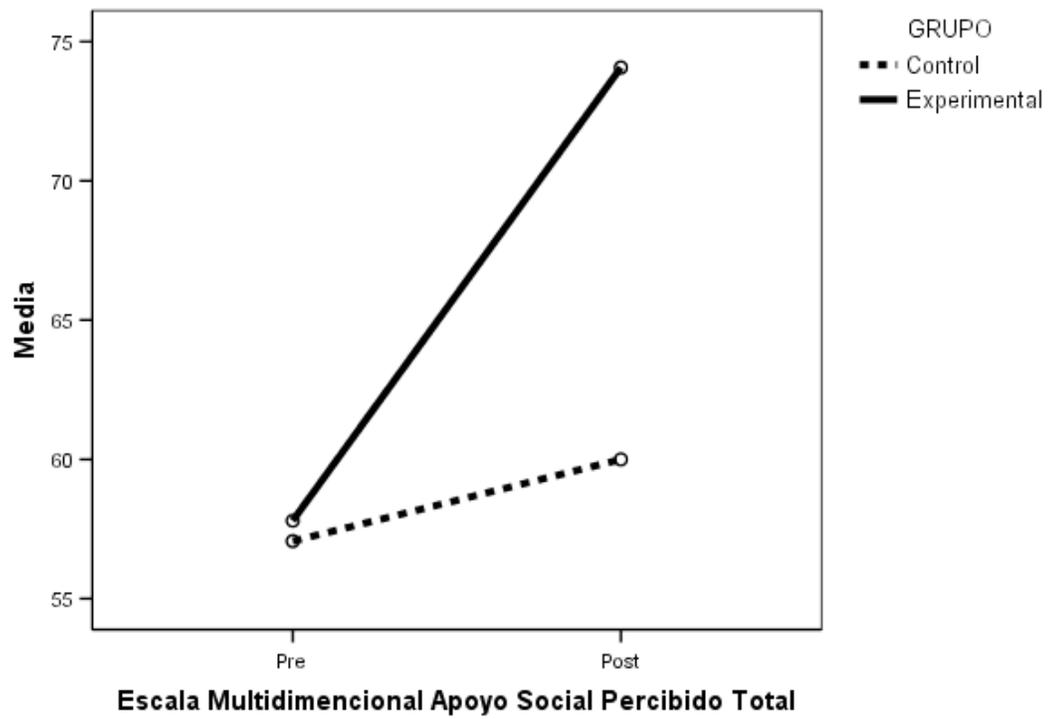
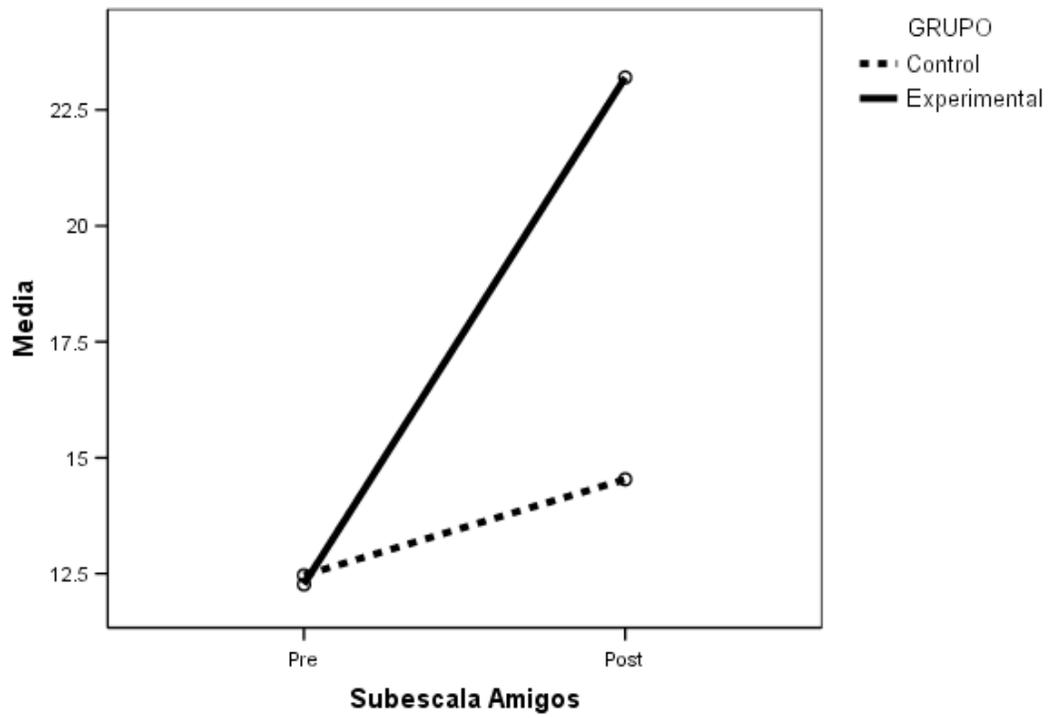
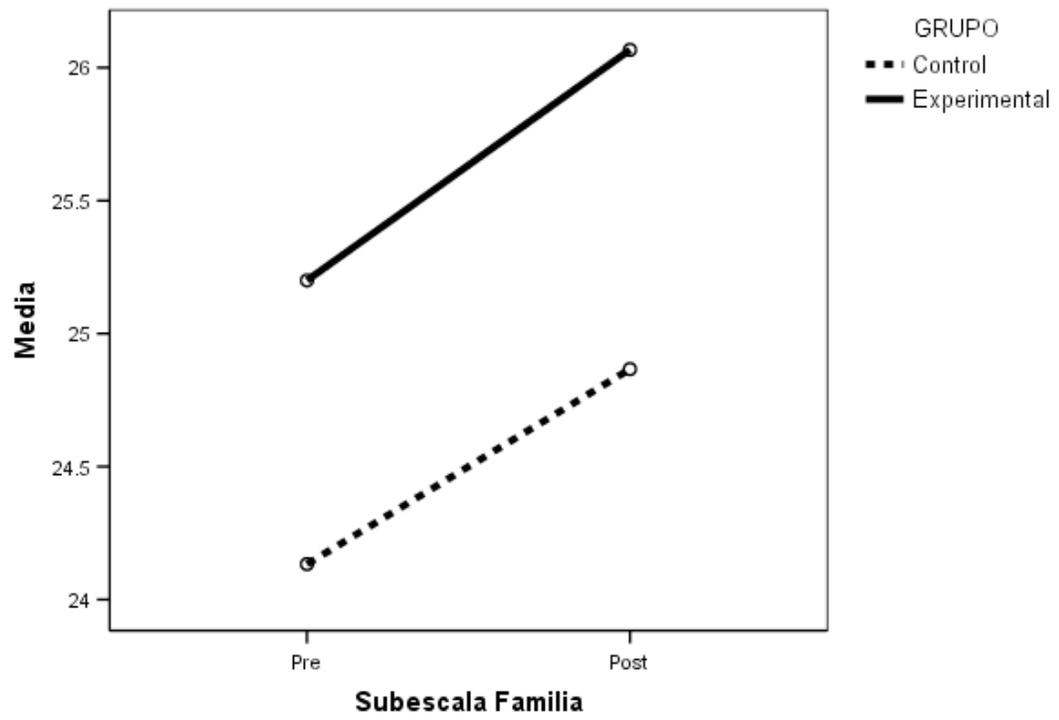


Ilustración 4 Análisis de Modelo General Lineal Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido





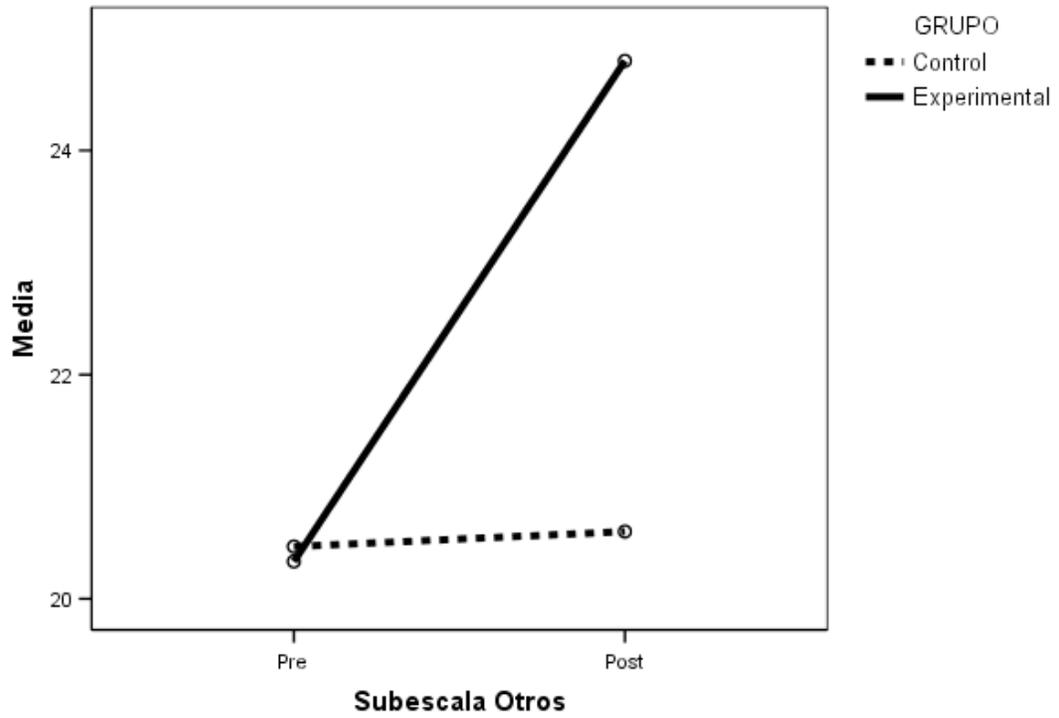
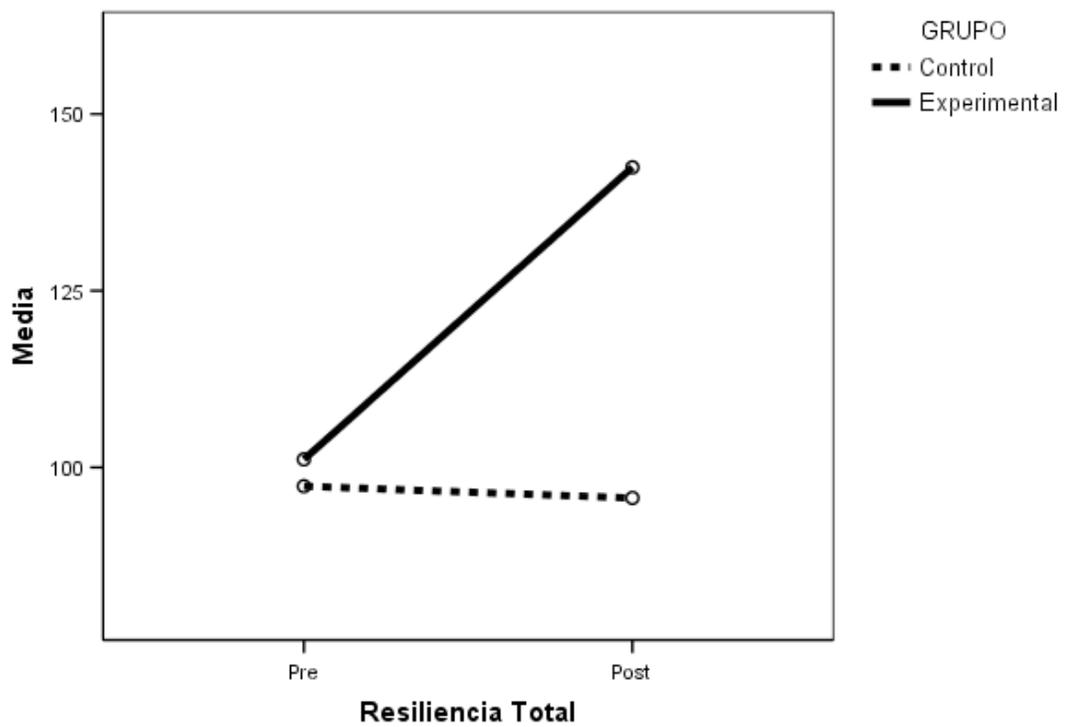
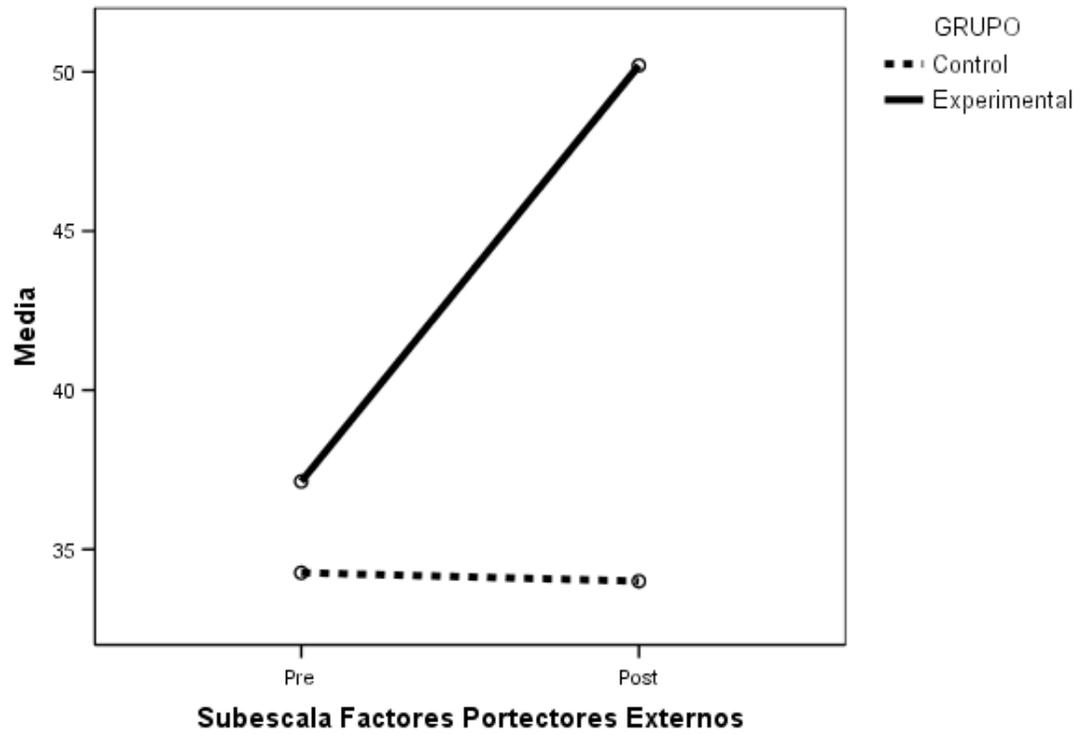
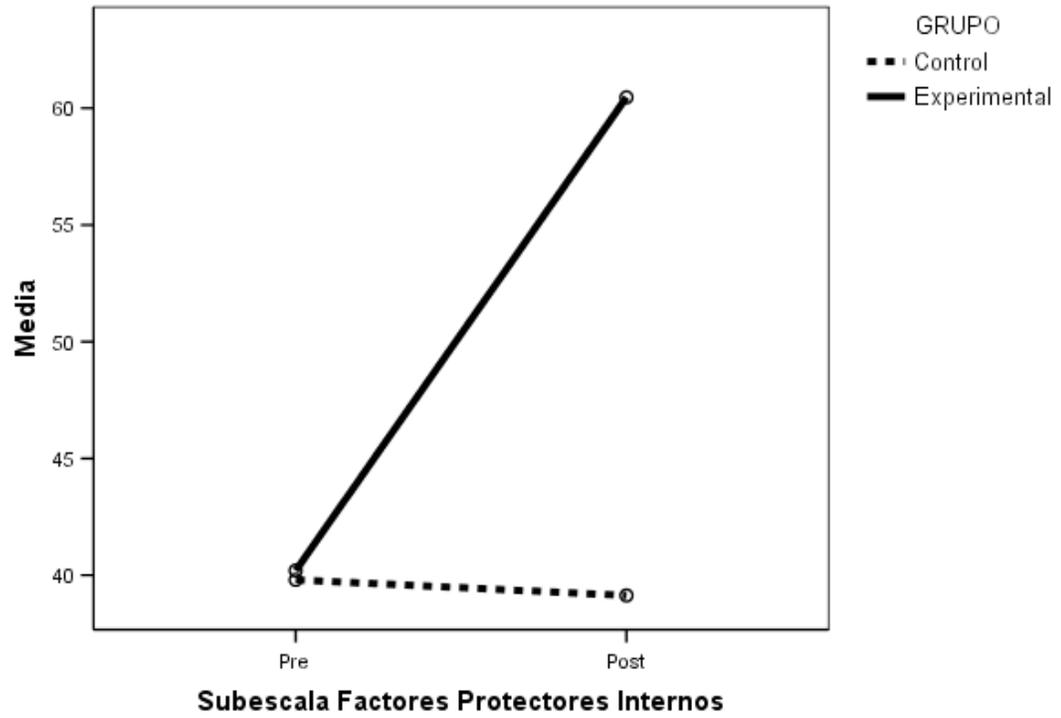
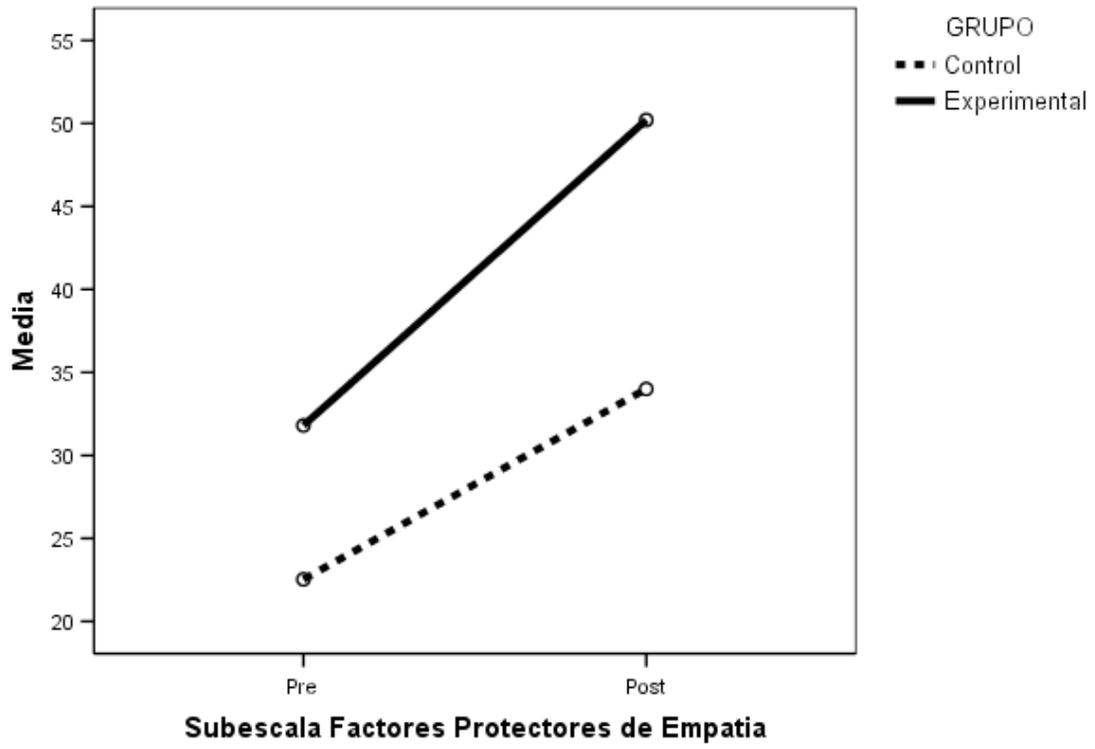


Ilustración 5 Análisis de Modelo General Lineal Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes







CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El cáncer infantil es una de las enfermedades que va rápidamente en aumento en años recientes, se han adquirido conocimientos que atribuyen elementales herramientas y conocimiento que contribuyen a ayudar a diferentes necesidades para afrontar la situación, es por ello importante evaluar la eficacia de programas que pueden apoyar al incremento de su resiliencia.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la eficacia de la implementación de un programa cognitivo conductual para incrementar la resiliencia y las variables que se relacionan con la misma (Autoestima, Capacidades y dificultades percibidas, Apoyo Social percibido y Capacidad de afrontamiento) en niños con diagnóstico de cáncer.

En los análisis descriptivos y t de Student para grupos independientes se identifican grupos homogéneos por la edad (Tabla 2 y Tabla 3), en el cual se obtuvo el mismo número de participantes tanto para el grupo control, como para el experimental, antes y después de la aplicación del programa los cuales todos presentaban el mismo tipo de cáncer, leucemia.

Se realizó un análisis descriptivo analizando las medias y prueba t de student para grupos correlacionados así mismo con t de Student para grupos independientes, identificando el tamaño del efecto de cada uno, las diferencias fueron consideradas significativas a un valor de $p = .05$ para cada escala identificando la pre y post aplicación por grupos.

En investigaciones como en la de Geohanna, Silvana, Araujo y Joeliana (2012) en donde se evaluó la autoestima y otros factores en niños de 4 a 17 años con cáncer, presentando resultados en los cuales se observó una autoestima baja, en la presente investigación se evaluó la autoestima un nivel de autoestima baja sin embargo, en la Tabla 4 y Tabla 5 se pueden observar aumentos significativos en la autoestima por parte del grupo experimental.

Así mismo la Tabla 6 en el análisis con t de Student para grupos independientes muestra un cambio significativo en la autoestima después del tratamiento, tomando en cuenta las afirmaciones de Pedreira et al., (2002) el procedimiento que el cáncer en este caso la leucemia demanda, es un número de tratamientos largos y dolorosos que producen cambios físicos reversibles y en algunos casos irreversibles, la manera en que los niños perciben la enfermedad es de acuerdo al nivel de desarrollo que tenga Mendez, (2009) presenta que los niños a partir de los 6 años ya tiene conciencia de lo que viven y el dolor y cambios que afectan su vida y persona, dando en ellos una seguridad o indefensión frente a la enfermedad (Pedreira et al., 2002).

En la presente investigación se trabajó con niños de 8 a 12 años, los cuales se encontraban en fase de tratamiento con cambios evidentes en su físico, conocimiento y experiencia del tratamiento; al ver los resultados de la prueba de Rosenberg se puede identificar que después de la aplicación del Programa AMISTAD y trabajar aspectos de la autoestima, aceptación de la realidad y autoconcepto físico, tomando como parte del proceso el cambio físico que conlleva el tratamiento, se incrementó el promedio de los niños que presentaban una buena autoestima, con un efecto grande en dicha evaluación.

Por otra parte en la investigación de Aguado y Paulín (2012) presenta al afrontamiento como una de los principales factores, en los que la ayuda y teniendo la información necesaria de su enfermedad, en la presente investigación al evaluar

el Cuestionario de Afrontamiento (Tabla 7 y Tabla 8), se pueden observar en los dos grupos cambios, sin embargo por parte del grupo experimental se identifica esta mejoría como significativa, teniendo una relación significativo con el análisis que se realizó para este cuestionario con la t de Student para grupos independientes (Tabla9) en cual mostro cambios significativos después del tratamiento, así mismo un tamaño de efecto grande en los dos análisis.

El cuestionario de afrontamiento nos indica que grado de seguridad tiene el sujeto en cuanto al afrontamiento que posee, entre más alto sea el puntaje más inseguridad presenta el mismo, por lo tanto podemos observar en los resultados que el grupo experimental disminuyó su media, contemplando que los participantes al recibir la intervención pudieron disminuir su inseguridad en cuanto a su capacidad de afrontamiento, con ayuda de información y retroalimentación de otros compañeros.

Para identificar el término afrontar es un sentido común que nos denuncia aceptar y comprender una situación difícil (Osorio, 2007), es importante resaltar lo señalado por Pedreira et al., (2002) dependiendo de la ayuda que tengan los pacientes en su alrededor es como aumentará su afrontamiento hacia la enfermedad, sin embargo el programa ayudó en mayor grado esta variable, ya que se fomenta el apoyo de su alrededor en amigos, familiares y médicos, en el cual el programa fomenta el poder apoyarse en las personas que se encuentran a nuestro alrededor, las cuales nos pueden brindar una perspectiva y fuerza que ayude a afrontar la situación de una mejor manera, siendo el caso de la subescala otros en la cual se fomentaba al doctor y enfermeras como una red de apoyo que al principio resultaba aversiva por los tratamientos que se les da, sin embargo al final subió la perspectiva del apoyo que tenían de los mismos.

En investigaciones a niños con enfermedades crónicas como el cáncer (Aguado & Paulín, 2012; Geohanna, Silvana, Araujo & Joeliana, 2012; Valencia, Flores & Sánchez, 2006; Silva, 2012; Greco, 2010) se desarrolla una gama de

factores importantes que favorecen a la calidad de vida del paciente desde el apoyo de amigos, familiares y personal de la institución, así como la identificación de emociones y sentimientos positivos, conocimiento para el afrontamiento de la enfermedad, han ayudado a fomentar la capacidad de desarrollo del niño en enfermedades crónicas al igual que en la investigaciones se encontraron resultados significativos para las subescalas que representa la escala de Capacidades y Dificultades Percibidas (Tabla 10), Llull, Zanier & García, (2003) confirmado lo dicho por Méndez et al. (2004) el afrontamiento que el sujeto demande para dichos sucesos estresantes se desarrolla de acuerdo a las habilidades que el sujeto aporta que dependiendo de las habilidades y capacidades que el niño posee puede afrontar la enfermedad de la mejor manera.

Se identificó en el grupo control que no se presentó ningún cambio en la pre y post prueba, sin embargo en el grupo experimental para cada una de las subescalas se lograron promedios satisfactorios y significativos al observar la post aplicación de la pruebas, en los dos análisis, así como un tamaño de efecto grande, lo cual nos indica que los pacientes identificaron cada una de las capacidades que pueden ayudar a aumentar su calidad de vida y afrontar la enfermedad, desde el apoyo con los amigos hasta la identificación de sus emociones, con excepción de las subescalas problemas de conducta y prosocial en la cual se identifica un tamaño de efecto medio.

Para la subescala de emoción (Tabla 11 y Tabla 12) cabe destacar que previamente se había identificado que en el diagnóstico y el tratamiento suelen surgir emociones de miedo, ansiedad, culpa, etc. (Pedreira et al., 2002), al aplicar la intervención en los pacientes se observa en dichos datos, una mejoría en la presentación de sus emociones, logrando controlarla de una mejor manera disminuyendo su incidencia, identificando y aumento su capacidad para aprender a identificar sus sentimientos, a validarlos, a auto-regularlos.

En cuanto a la subescala de problemas de conducta, los resultados presentaron una baja en el porcentaje de los problemas de conducta, después de la intervención, sin embargo no es significativa, los tratamientos médicos suelen anticipar dolorosas intervenciones, cambios y malestares, por lo que se entiende el miedo en los pacientes, haciendo más difícil la adherencia al tratamiento (Ortigosa et al, 2009), esto se puede atribuir como lo presente en Ortigosa et al., (2009) los pacientes ya tiene conocimiento del tratamiento por lo tanto es clara la anticipación a dichas conductas, sin embargo las actividades de relajación y autocontrol de sentimientos ayudaron a tranquilizarse en las sesiones de quimioterapia haciendo más llevadero el tratamiento.

En cuanto a la subescala de problemas con compañeros se presenta una disminución significativa para el grupo experimental (Tabla 11 y 12) como es bien sabido los pacientes tienen numerosas visitas en la institución hospitalaria para su tratamiento, evitando poder asistir a la escuela, como en la comunidad, afectando su confianza (Ortigosa, et al, 2009), dejándolos con nuevas personas dentro de la institución se vuelve una situación difícil para el niño y padres de familia, se observa una disminución en el porcentaje de los problema con compañeros, delimitando ese cambio significativo en la subescala, dando como resultado que después de la intervención los pacientes optan por convivir un poco más con sus compañeros, el presentar a sus compañeros y compartir experiencias similares para poder identificarse entre ellos, ayudaron a poder abrirse y hablarse en la espera de la consulta y hacer menos larga su estadía.

Al final se tiene la subescala prosocial, en la cual se observó una media de 7.67 en la pre aplicación, mientras que en la post prueba se obtuvo un 7.20, obteniendo una $p = 0.048$ como se comenta en la subescala de problemas con compañeros los cambios que se presentan en el paciente son abrumadores y el cambiar su estilo de vida conlleva un gran cambio en el estilo social como lo presenta Ortigosa et al. (2009), en esta subescala se obtuvieron cambios, sin embargo el porcentaje del grupo no fue más grande, lo cual incita a verificar o

potencializar la conducta prosocial en los pacientes, como con sus compañeros para tener un resultado más completo.

Otro factor importante que influye en la resiliencia y sin lugar a duda va de la mano con los demás factores es el apoyo social percibido que tienen los participantes, la necesidad de aislamiento que demandan los pacientes es inevitable, esto crea una fuente generadora de cambio social tanto familiar, amigos e institucional (Ortigosa et al, 2009), así mismo la ayuda para poder afrontar la situación es muy importante para estos niños como lo comentan Pedreira et al., (2002) para identificar este factor se aplicó la escala de apoyo social percibido, la cual comprende 3 subescalas en las cuales para el grupo control no se identificaron cambios significativos en las pre y post pruebas.

En la investigación presentada por Valencia, Flores y Sánchez (2006) así como Silva (2012) se presenta el apoyo social como un factor que influye en la calidad de vida y el afrontamiento en el paciente, en donde encontraron que al implementar su programa el apoyo con amigos y especialistas aumentó, y para los niños es importante conocer y convivir con las personas que se encuentran a cargo de ellos dentro del hospital, concordando con la investigación que se presenta.

En el grupo experimental dos escalas presentan un aumento en el promedio de los grupos, la primera subescala de amigos se observó cambios significativos (Tabla 14 y 15) comprendiendo que después de ser aplicado el programa subió el apoyo percibido por los compañeros que frecuentan, dando claridad a la subescala del cuestionario de capacidades y dificultades de problemas con compañeros, el cual se considera una mejora en la interacción de la misma.

Por parte de la subescala Otros, los participantes identificaron a los doctores y enfermeras que interactúan con los mismos, obteniendo puntajes significativos para el grupo control (Tabla 14 y 15) después de la intervención, lo

cual nos muestra el entendimiento de los pacientes hacia el trabajo de los doctores y enfermeras, dando un sentido de confianza hacia el apoyo que se les quiere dar.

Para la subescala de familia (Tabla 13, 14 y 15) no se observaron cambios en la media para los dos grupos, en este grupo con la presente situación el 50% de los padres afirman haber cambiado el trato hacia su hijo presentando más apoyo como consecuencia de la enfermedad (Pedreira, et al 2002), afirmando los resultados obtenidos en la prueba ya que la familia establece el apoyo desde el principio de la enfermedad del paciente, por lo tanto no se presenta ningún cambio en los resultados.

Presentado un tamaño de efecto grande para las 3 subescala, confirmando que aunque en la subescala familia no se encontraran cambios significativos para ninguno de los grupos, el apoyo por parte de la misma sigue creciendo avanza el proceso de la enfermedad.

En la investigación presentada por Silva (2012) se desarrollan diferentes factores que influyen en la resiliencia, mediante dibujos los pacientes presentaron los derechos que ellos perciben como importantes dentro de su intervención, en los cuales el apoyo por parte de sus redes sociales, información para afrontar la situación, positivismo y conductas de juego y aprendizaje en su vida.

Por otra parte se evaluó de igual manera en la investigación el cuestionario de resiliencia obteniendo datos significativos (Tabla 16, 17 y 18), tomando la resiliencia como la capacidad de superar la adversidad con ayuda de los atributos internos en conjunto con el ambiente familiar, social y cultural (Gonzalez, 2009), por tal motivo los factores ya establecidos anteriormente son fuente importante y generadoras de puntajes valiosos sobre la implementación del programa, se

identificó para la resiliencia total, subescala de factores protectores internos y factores protectores externos un aumento significativo en los resultados para la resiliencia, obteniendo para cada un tamaño del efecto grande, identificando que la resiliencia ayudó a los pacientes a identificar los factores protectores internos que ayudan a fortalecer su persona como el reconocimiento y aceptaciones de las emociones así como la identificación de sus capacidades, los factores protectores externos en los que la ayuda y apoyo de su alrededor fortalece su proceso, sin olvidar el apoyo que ellos mismo pueden dar a sus compañeros los cuales pasan por la misma situación que ellos.

Se puede dar efectividad a los resultados para la aceptación de las hipótesis, observando el tamaño de efecto de cada uno de los resultados que se obtuvieron para la resiliencia y los factores que intervienen en la misma.

Contemplando que el programa causó efectos positivos sobre la resiliencia en los niños, tanto de manera interna, externa así como global.

El Programa AMISTAD que ha sido implementado en diferentes países, ha obtenido resultados satisfactorios en diferentes perspectivas. El primordial objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia en la implementación del programa AMISTAD, en un grupo selectivo como los son los niños cáncer.

Al igual que en diferentes investigaciones del Programa AMISTAD implementado en grupos en riesgo, se presenta una oportunidad innovadora de implementar el programa con niños con cáncer, en el cual observaron diferentes propuestas y coincidencias en la investigación.

Como parte de la propuesta que presenta el estudio de niños con cáncer siendo un grupo de riesgo, se viven diferentes cambios de presión emocional en la persona, esta investigación al igual que el estudio nos indica un cambio

significativo en la estabilidad emocional de los participantes que forman parte de un grupo de riesgo.

Por consiguiente del mismo modo que en las investigaciones anteriores en la evaluación de los factores de autoestima, validación social y resiliencia en los se obtuvieron cambios significativos para cada uno confirmando el cambio esperado en el desarrollo y potencialización de los factores.

Al encontrar diferentes similitudes y correlaciones para los grupos de riesgo en las investigaciones y la presente se puede obtener una fiabilidad en la intervención del programa AMISTAD con problemas con diagnóstico clínico como lo es el cáncer.

Así mismo es importante resaltar que el programa desarrolla habilidades universales sin excluir a ningún niño que pueda potencializar, reestructurar o fomentar dichas habilidades, que los ayuden a en la resiliencia y los factores que intervienen en la misma.

Al observar los resultados que se obtuvieron con la implementación del programa al grupo de la investigación e identificar los resultados satisfactorios que se obtuvieron con las investigaciones en grupos de riesgo, se puede afirmar que el programa AMISTAD es efectivo en la intervención con niños con cáncer, haciendo una aportación específica en esta investigación, dando herramientas útiles y reforzando sus habilidades para sobrellevar la carga que conlleva dicha enfermedad, confirmando que los factores que intervienen en la resiliencia son parte importante de un buen afrontamiento, hacia las situaciones adversas, así como el apoyo y las capacidades que se tiene como persona para sobrellevar la situación, aumentando la calidad de vida del paciente.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Este estudio presenta ser un enfoque innovador para el diseño de futuras investigaciones. Se recomienda que futuras investigaciones contemplen los factores relacionados con resiliencia, dando un aspecto más amplio en la intervención de los pacientes con cáncer, poniendo la calidad de vida de los mismos en una perspectiva también psicológica y no solamente médica.

Se puede investigar cómo otras actividades dentro del programa podrían apoyar un poco más en el aspecto prosocial, que faltó aumentar en el grupo experimental, así poder saber si puede lograr cambio estadísticamente significativo.

Aunque para la evaluación del cuestionario de afrontamiento se presentaron resultados significativos para cada uno de los análisis, se recomienda utilizar otro instrumento el cual tenga un número más alto de consistencia, para obtener más representación de la misma.

La primera limitación que se encuentra en esta investigación es el número de participantes al que se tuvo alcance, por tal motivo se recomienda ampliar la muestra en un futuro para poder generalizar el impacto que puede llegar a tener dicho programa en la implementación de esta población.

La segunda limitación en la investigación fue no tener el número suficiente de género ya que la muestra solamente contenía un 1% con respecto al género femenino, para realizar una comparación, por tal motivo se recomienda ampliar la muestra y realizar una investigación buscando homogeneizar y comparar cambios en dicha variable.

Por parte, el programa AMISTAD considera importante integrar sesiones para padres, debido a la situación de entrada y salida de los pacientes en la consulta, no se pudieron realizar dichas sesiones, sin embargo es recomendable realizarlas para que se de continuidad en la casa respecto a lo que se está trabajando con el paciente.

Se sugiere un estudio longitudinal, evaluando el seguimiento en los pacientes para verificar sustentabilidad de las habilidades aprendidas en el curso, recomendando evaluar a los pacientes en etapa de remisión.

Referencias bibliográficas

- Acosta, I.C., Sánchez, A. & Yamna, I. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalarios. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Aguado, A. M. & Paulín, J.J. (2012). Experiencia de Intervención psicológica con niños y adolescentes hospitalizados. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, (Revisión)
- Arranz, P., Coca, C., Bayés, R., del Rincón, C. & Hernández-Navarro, F. (2009). Atención psicológica en pacientes que deben someterse a trasplante de médula ósea. *Psicooncología*, 0(1), 93-105.
- Barrett, P.M., Farrell, L.J., Ollendick, T.H. & Dadds, M. (2006) Long-Term Outcomes of an Australian Universal Prevention Trial of Anxiety and Depression Symptoms in Children and Youth: An Evaluation of the Friends Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (3), 403-411. http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_5
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 327-341.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M.J., Sáchez-Bernardos, M.L. & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia con cáncer. *Coden Psoteg*, 20(3), 413-419.
- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M., Vera-Villaruel, P. (2008). Ansiedad y Depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicología y Psicología Clínica*, 10(2), 115-124.

- Calderón-Guzmán, D., Guevara, A., Hernández-García, E., Juárez-Jacobo, A., Segura, L., Barragán, G., et al. (2009). Different types of cancer in children and their treatments in a Mexican pediatric hospital. *Acta Pediatric Mex*, 30(6), 299-304.
- Celma, A. (2009). Psicooncología Infantil y Adolescente. *Psicooncología*, 6(2-3), 285-290.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd. edit.). Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (revised ed.). New York: Academic Press.
- Cooley, M.R., Boyd, R.C. & Grados, J.J. (2004). Feasibility of an Anxiety Preventive Intervention African-American Children. *The Journal of Primary Prevention*, 25(1), 105-123.
<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOPP.0000039941.85452.ea>
- Cooley-Strickland, M., Griffin, R.S., Darney, D., Otte, K., & Ko, J. (2011). Urban African American youth exposed to community violence: A school-based anxiety preventive intervention efficacy study. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 39(2), 149-66.
<http://dx.doi.org/10.1080/10852352.2011.556573>
- Dadds, M.R., Barrett, P.M. (2001). Practitioner review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(8), 999-1011. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00798>

- Farrell, L.J., Barret, P.M., & Claassens, S. (2005). Community trial of an evidence based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS Program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22(4), 236-248. <http://dx.doi.org/10.1375/bech.22.4.236>
- Fernández, B., Llorens, A., Arcos, L., García, R., Zabalza, A. & Jorge, V. (2009). Calidad de vida y estado de salud en niños y adolescentes supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 459-458.
- Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento en la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114.
- Gallegos, J., Rodríguez, A., Gómez, G., & Rabelo, M (2012). The FRIENDS for Life program for Mexican girls living in an orphanage: A pilot study. *Behaviour Change*, 29(1), 1-14.
- Geohanna, N., Silvana, D., Araujo, L. & Joeliana D.S. (2012). Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer. Reporte de 10 casos. *MedULA*, 21(2), 140 – 146.
- González, N.I., Valdéz, J.L., Oudhof, H. & González, S. (2009). Resiliencia y Salud en niños con cáncer. *Ciencia Ergo Sum*, 16, 247-253.
- González-Arratia, L.F.N.I., Valdéz, M.J.L. & De Jesús, S.M. (2006). Medición de la resiliencia en niños: Construcción y validación de una escala para niños. *La Psicología en México*, 9(1), 386-390.
- Greco, C. (2010). Las emocionaes positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *liber* 16(1), 81 – 93.

- Hernández, S., López, C. & Durá, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Psicooncología*, 6 (2-3), 311-325.
- Hernández, M., Lorenzo, R. & Nacif, L. (2009). Impacto Emocional: cáncer infantil-inmigración. *Psicooncología*, 6(2-3), 445-457.
- Hernández-Guzmán, L. (2003). Escala de Afrontamiento: Versión Infantil. Proyecto de Investigación DAGAPA IN-302600, Evaluación y categorización de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Universidad Nacional de México (UNAM), Facultad de Psicología, México.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6(2-3), 281-284.
- Lamas, H. (2009). Experiencia traumática y resiliencia: Identificación y desarrollo de fortalezas humanas. *Cuadernos de crisis*, 2(8), 20-29.
- Lam, N., Contreras, H., Cuesta, F., Mori, E., Cordori, J. & Carrillo, N. (2008). Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Epidemiol*, 12(3), 1-8.
- Lee, T., Kwong, W., Chaung, Ch., Ungar, M. & Cheung, M.Y.L. (2009). Children's Resilience-Related Beliefs as a Predictor of Positive Child Development in the Face of Adversities: Implications for Interventions to Enhance Children's Quality of Life. *Sprynger*, 95, 437-453.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-009-9530-x>
- Liddle, I. & McMillan, S. (2010) Evaluating the FRIENDS programme in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice*, 26(1), 53-67.

- Llull, D.M., Zanier, J. & García, F. (2003) Afrontamiento y Calidad de Vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.
- Machado, F., Jacob, E. & Castanheira. (2010). Impact of Childhood cáncer on parents Relationships: an Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(3), 250.
- Méndez, J. (2005). Psicología infantil: situación actual y líneas de desarrollo futuras. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 33-52.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Rig, S. & Espada, J.P. (2004). Atención Psicológica en cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Osorio, M. (2007). Perspectiva de la psicología de la salud infantil en programas holísticos de atención a pacientes pediátricos con leucemia: ilustración de una experiencia mexicana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 81-110.
- Organización Mundial de la Salud, Cáncer, (2005) Recuperado el 3 marzo 2011 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: La Perspectiva cognitivo conductual. *Psicooncología*, 6(2-3), 413-428.
- Pacheco, M. & Madero, L. (2009). Oncología Pediátrica. *Psicooncología*, 0(1), 107-116.
- Pahl, K.M. & Barrett, P.M. (2007). The Development of Social–Emotional Competence in Preschool-Aged Children: An Introduction to the Fun

FRIENDS. Program *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 17(1), 81-90. <http://dx.doi.org/10.1375/ajgc.17.1.81>

Palma, Ch. & Sepúlveda, S. (2005). Atención de enfermería en el niño con cáncer. *Rev. Ped. Elec*, 2(1), 37-43.

Pedreira, J.L. & Palanca, I., (2002). Psicooncología Pediátrica. *Psiquitría*, 6, 1-12.

Phipps, S. (2007). Adaptive Style in Children with Cancer: Implications for a Positive Psychology Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1055-1066. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsm060>

Porter, R.S., Kaplan, J.L. & Homeier, B.P. (2004). *The Merck Manuals Online Medical Library*, Editorial: Whitehouse Station. <http://www.merckmanuals.com/home/sec15/ch180/ch180a.html>

Rizo, P., Sánchez, F., González, A., Betancourt, M., Meneses, A., Mohar, A. & Kuri, P. (2005). Mortalidad por leucemias en menores de 20 años México 1998-2002. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 62, 9-18.

Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García, L.J., Martínez, A.E. & Oblitas, L.A. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-197.

Rodríguez, M.C. (2006) Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para SDPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Psychol*, 5(2), 259-274.

Robbins & Cotran (2004). *Patología Estructural y Funcional*. Editorial: Elsevier Saunders

- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40.
- Silva, G. (2012). *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios*. Perú: Fundación Telefónica.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M., & Fox, T.S. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitivebehavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinial Child Psychology*, 30(4), 525-535.
- Stopa, J.E., Barrett, P.M. & Golingi, F. (2010) The Prevention of Childhood Anxiety in Socioeconomically Disadvantaged Communities: A Universal School-Based Trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3, 5-24.
<http://dx.doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715688>
- Valencia, A.I., Flores, A. & Sánchez, J.J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32(2), 178-198.
<http://dx.doi.org/10.5514/rmac.v32.i2.23273>
- Vallejos, C. (2005). *Evolución del tratamiento médico del cáncer*. Trabajo de incorporación. Recuperado el 5 mayo 2011.
http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/21_evolucion_vallejos.pdf
- Vázquez, A.J., Jiménez, R. & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 2(2), 247-255.
- Von der Luft, G., Harman, L.B., Koenig, K.P., Nixon-Cave, K. & Gaughan, J.P. (2008) Cross Validation of a Self-concept Tool for Use with Children with

Cerebral Palsy. *J Dev Phys Disabil*, 20, 561-572. DOI 10.1007/s10882-008-9119-3

Wolf, F.M. (1986). *Meta-analysis: Quantitative Methods for Research Synthesis*. Beverly Hills, CA: Sage.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality*, 52, 30- 41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Implementación de Programa Cognitivo Conductual para aumento de resiliencia en niños de 8 a 12 años con diagnóstico de cáncer”

El presente estudio se realizará mediante el programa reconocido a nivel internacional (OMS) "Amistad para Siempre". Basándose en el trabajo de resiliencia (habilidad para afrontar las situaciones difíciles de la mejor manera) los niños y sus familias fortalecerán habilidades para afrontar los aspectos sociales y emocionales por los que están pasando.

Al trabajar con este programa se verán los siguientes temas:

- Cómo relajarse
- Cómo entender sus propias emociones y las de los demás.
- Cómo tener una actitud positiva y ser alegres.
- Cómo desarrollar una buena autoestima.
- Cómo manejar situaciones difíciles y de conflicto.
- Cómo cambiar pensamientos negativos a positivos
- Redes de Apoyo

Con lo anteriormente mencionado cabe destacar que el objetivo principal de este programa es el de potencializar las habilidades en los niños con diagnóstico de cáncer, para darles la confianza de afrontar cualquier situación dentro del hospital con tratamiento médico y fuera de la misma con familia, amigos, escuela, así como personalmente, creando una buena calidad de vida.

Modo de impartirlo:

Actividades: leer cuentos, juego de roles, dibujos, entre otros.

Duración del programa: 10 sesiones

Tiempo por sesión: 45 minutos

Días: 1 vez por semana

Impartido por: Lic. Judith Nancy García Jacobo

Información Importante:

Este programa se llevara como parte de un estudio de investigación para la obtención de grado de Maestría en Ciencias en Psicología de la Salud.

Estoy de acuerdo en que los datos que se obtengan de este estudio sean difundidos a la comunidad científica. Se que los investigadores responsables se comprometen a guardar el anonimato de los pacientes en todo momento.

Al firmar esta carta de consentimiento informado usted da por hecho que ha recibido la información para el paciente y la forma de consentimiento informado, en las que la naturaleza y propósito del programa han sido ampliamente explicados. Sus derechos civiles no son afectados de manera alguna con el hecho de haber firmado esta carta. Además, usted está en derecho de hacer preguntas de cualquier índole, acerca del programa en sí; así mismo, usted ha comprendido que es libre de retirarse del programa en el momento que lo desee, sin afectar el futuro de su atención institucional.

Aspectos Éticos:

- Programa totalmente voluntario.
- El niño podrá abandonar el curso si así lo desea.
- Todo dato personal proporcionado, será totalmente confidencial.
- Los resultados estadísticos del programa serán utilizados para avalar resultados respecto al curso.
- Cualquier duda será atendida directamente con el responsable del curso.

Acepto que mi hijo tome el curso

Nombre del niño (a): _____

Edad: _____

Nombre y firma del Padre, Madre o Tutor: _____

Nombre y firma del testigo: _____

Nombre y firma del Investigador: _____