

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



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

Tesis presentada por la bachiller:

KELLY JAZMÍN CUBA MEZA

Para optar el título profesional de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Asesor:

DR. TITO CUENTAS BUTRÓN

AREQUIPA- PERÚ

2017

RECONOCIMIENTO

Al Dr. Tito Cuentas Butrón por su constante apoyo, mostrando una actitud comprensiva, paciente e interesada, apoyando a la investigación con sus conocimientos y brindando recursos teóricos que contribuyeron con la presente investigación.

Así mismo, un agradecimiento al Dr. Edgar García, jefe del área de Oncohematología Pediátrica, quien brindo su apoyo permitiendo que la presente investigación tenga lugar en las instalaciones del hospital Carlos Segúin Escobedo. De igual manera a las enfermeras de dicha área, quienes, preocupadas por el bienestar de los niños apoyaron en la difusión de la intervención.

Un reconocimiento especial a los niños, padres y madres que estuvieron involucrados en esta investigación, por su interés, ánimo y buena actitud durante todo el proceso, siendo ellos parte esencial de esta investigación.

Por último, a mis padres, quienes me motivaron a cumplir mis sueños, quienes con su apoyo me impulsaron a la conclusión de esta investigación y me enseñaron a ver los obstáculos como aprendizajes y no como problemas.

ÍNDICE

RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
Introducción.....	2
Problema.....	4
Variables.....	4
<i>Variable 1: Programa cognitivo-conductual</i>	4
<i>Variable 2: Depresión</i>	4
Objetivos.....	6
Antecedentes Teóricos-Investigativos.....	7
<i>Impacto psicológico en el niño</i>	10
<i>Intervención durante el diagnóstico</i>	17
<i>Intervención durante el tratamiento</i>	18
<i>Apoyo Psicosocial</i>	23
<i>Depresión en niños y niñas con cáncer</i>	25
<i>Tratamiento de los problemas de ansiedad y depresión</i>	26
<i>El ejercicio y la calidad de vida</i>	30
Hipótesis.....	32

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo o diseño de investigación	34
<i>Método Experimental de caso único con un diseño A-B</i>	34
Técnicas, instrumentos, aparatos u otros.....	35
<i>Escala de depresión para niños (CDS- Children's Depression Scale)</i>	35
<i>Programa de Intervención Cognitivo-Conductual</i>	37
Población y muestra	39
Estrategia de recolección de datos.....	41
Criterios de procesamiento de información.....	41

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Descripción de los resultados.....	43
Discusión.....	78
Conclusiones.....	82
Sugerencias.....	84
Limitaciones.....	86
Referencias.....	87
Anexos.....	91

Anexo N°1: Resultados de cada Sujeto Único

Anexo N°2: Consentimiento Informado

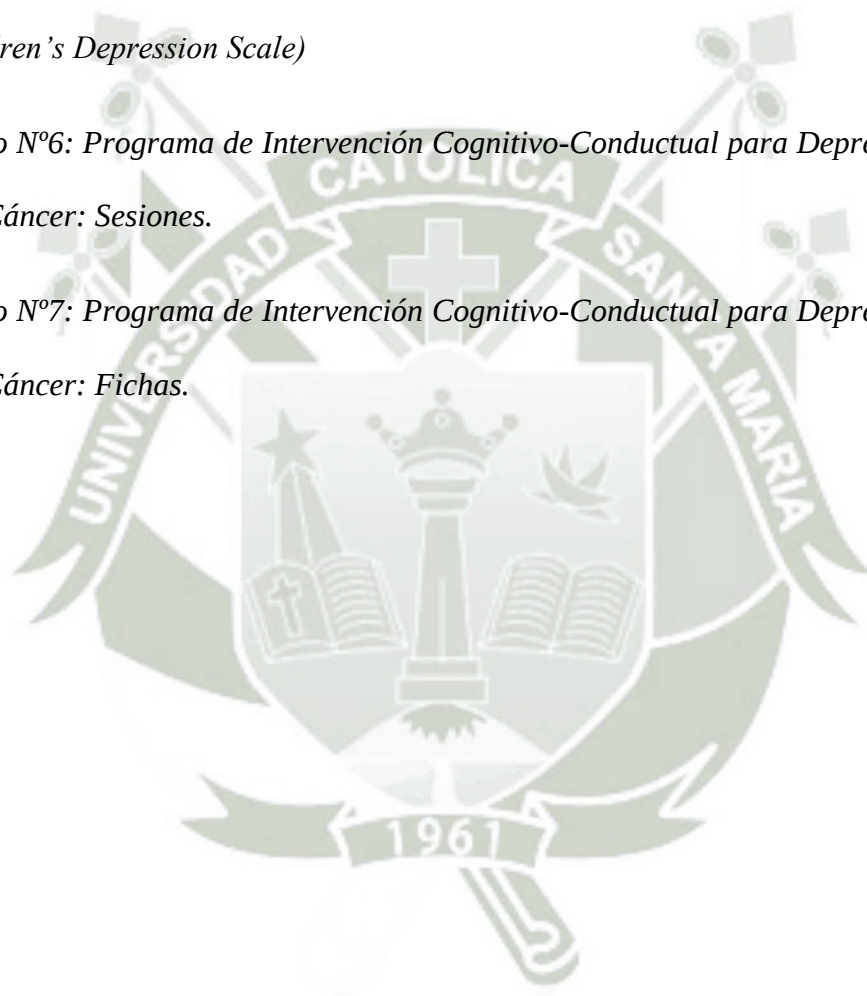
Anexo N°3: Protocolo de Respuestas de la Escala de Depresión para Niños (CDS-Children's Depression Scale)

Anexo N°4: Hoja de Vaciado de Datos de la Escala de Depresión para Niños (CDS-Children's Depression Scale)

Anexo N°5: Hoja de Cuestionario de la Escala de Depresión para Niños (CDS-Children's Depression Scale)

Anexo N°6: Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Depresión en Niños con Cáncer: Sesiones.

Anexo N°7: Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Depresión en Niños con Cáncer: Fichas.



RESUMEN

En la presente investigación, se evaluó el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual en niños y niñas con cáncer, 4 sujetos, niños y niñas, de 8 a 13 años de edad del área oncológica del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE) en la ciudad de Arequipa. Se utilizó la prueba “Escala de depresión para niños (CDS- Children’s Depression Scale)”. Los resultados muestran diferencias significativas entre los niveles de depresión en una línea base y los niveles de depresión durante el tratamiento, los cuales perduraron hasta el seguimiento; tales niveles fueron desde puntos altos de depresión hasta niveles muy bajos, por lo que se puede deducir que, el programa de intervención cognitivo-conductual, presentado en esta investigación, fue efectivo para los niños y niñas, del área oncológica del HNCASE.

PALABRAS CLAVE: Depresión, cognitivo-conductual, psicooncología.

ABSTRACT

The present research evaluates the effect of a cognitive-behavioral intervention program in children with cancer, 4 subjects, boys and girls, from 8 to 13 years of age from the oncological area of the Carlos Alberto Segúin Escobedo National Hospital (HNCASE) in the city of Arequipa. The test was used “Children’s Depression Scale- CDS”. The results show significant differences between the levels of depression in a baseline and the levels of depression during the treatment, which lasted until a future followed; such levels ranged from high points of depression to low levels, so it can be deduced that, the cognitive-behavioral intervention program, featured in this research, was effective for children, from the oncological area of the HNCASE.

KEY WORDS: Depression, cognitive-behavioral, psycho-oncology.

CAPÍTULO I

Marco Teórico



Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad. Si la enfermedad afecta a la población infantil la consternación que despierta es todavía mayor. Frente al elevado número de diagnósticos que se realizan cada año, los avances en los tratamientos médicos han reducido las tasas de mortalidad, considerándose el cáncer hoy en día una enfermedad crónica. Las características de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de forma significativa la vida del niño y de su familia, por lo que se enfatiza la importancia de intervenir para reducir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación del enfermo y sus familiares a la nueva situación (Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S., y Espada, J., 2004).

García, F. y Suárez, A. (1997) concluyen de varios estudios la manifestación de emociones surgidas ante el diagnóstico de una enfermedad en un hijo. Habitualmente se agrupan en tres fases que pueden presentar en diferentes momentos: negación e incredulidad; miedo, frustración, depresión, culpa y autorecriminación; y la búsqueda de la mejor adaptación (Lanzarote, M. y Torrado, E., 2009).

Cuando a alguien se le diagnostica esta enfermedad debe enfrentarse a una serie de emociones y situaciones estresantes muy difíciles de manejar tales como: considerar la posibilidad de una muerte, ver truncados los planes de vida, cambios en la imagen corporal y el autoconcepto, cambios en el rol social y estilo de vida. Es por ello que resulta fácil comprender que aparezca la depresión en cualquier persona quién se enfrenta a este diagnóstico y en quiénes lo rodean (González, Y., 2006).

Peveler, R., Carson, A. y Rodin, G. (2002) definen la depresión como “un espectro de alteraciones de la afectividad que pueden ir de moderadas a severas o bien de transitorias a persistentes”, afirman que los síntomas deben ser “continuamente observados en cualquier

población, pero deben de ser considerados clínicamente cuando estos síntomas interfieren con actividades de la vida diaria y persisten por más de dos semanas” (González, Y., 2006).

En definitiva, la Psicología dispone de un amplio arsenal de técnicas para asistir al niño enfermo de cáncer y a su familia, y de este modo contribuir a paliar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos médicos; todo ello en el seno de una intervención multidisciplinar (Méndez, X. y col., 2004)

La presente investigación se encuentra basada en las necesidades de los pacientes oncopediátricos. Pretende evaluar el efecto de un programa de intervención psicológica en niños y niñas diagnosticados con cáncer, los cuales, durante el tiempo de hospitalización, pasan por un proceso depresivo. Teniendo en cuenta los criterios del trastorno depresivo en niños y niñas, investigaciones pasadas, entrevistas y observaciones a los niños, se pretende realizar este programa basado en seis aspectos presentes en estos niños: baja activación conductual, baja autoestima, ideas auto-derrotistas, preocupación por la muerte/salud, disforia y aislamiento social. Vale decir, que el programa será una innovación para el tratamiento de la depresión en niños y niñas con cáncer, por ello los resultados obtenidos y su análisis deben ser evaluados minuciosamente para comprobar su eficacia y eficiencia, y para que en un futuro pueda ser utilizado con otros grupos de niños y niñas que padecen cáncer con los mismos síntomas depresivos.

Problema

¿Se reducirán los niveles de depresión al aplicar un programa de intervención psicológica basado en técnicas cognitivo-conductuales a los niños y niñas con cáncer?

Variables

Variable Independiente: Programa cognitivo-conductual

El postulado fundamental de la terapia cognitivo-conductual es que los pensamientos ejercen una influencia en las emociones y la conducta. Se considera que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones, más que a los eventos mismos. El objetivo de la terapia se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

El programa administrado en este trabajo se basa en las siguientes técnicas de intervención cognitivo-conductual:

- Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones
- Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos
- Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta
- Reestructuración cognitiva
- Estrategias para el control de impulsos

Variable Dependiente: Depresión

La diferencia entre la tristeza normal y el estado de ánimo triste propio de la depresión no es cualitativa, sino cuantitativa. El niño deprimido está mucho más

triste, más a menudo y durante más tiempo. La depresión es un problema complejo, constituido por sentimientos negativos, conductas inadecuadas y pensamientos distorsionados, cuya frecuencia, intensidad y duración es mayor (Méndez, X., 2011).

A continuación se presentan los síntomas de depresión según la Asociación Americana de Psiquiatría (2002):

- Estado de ánimo irritable o triste.
- Pérdida de interés o placer en las actividades.
- Pérdida (o aumento) de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
- Pensamientos de muerte o ideas, planes, intentos de suicidio.

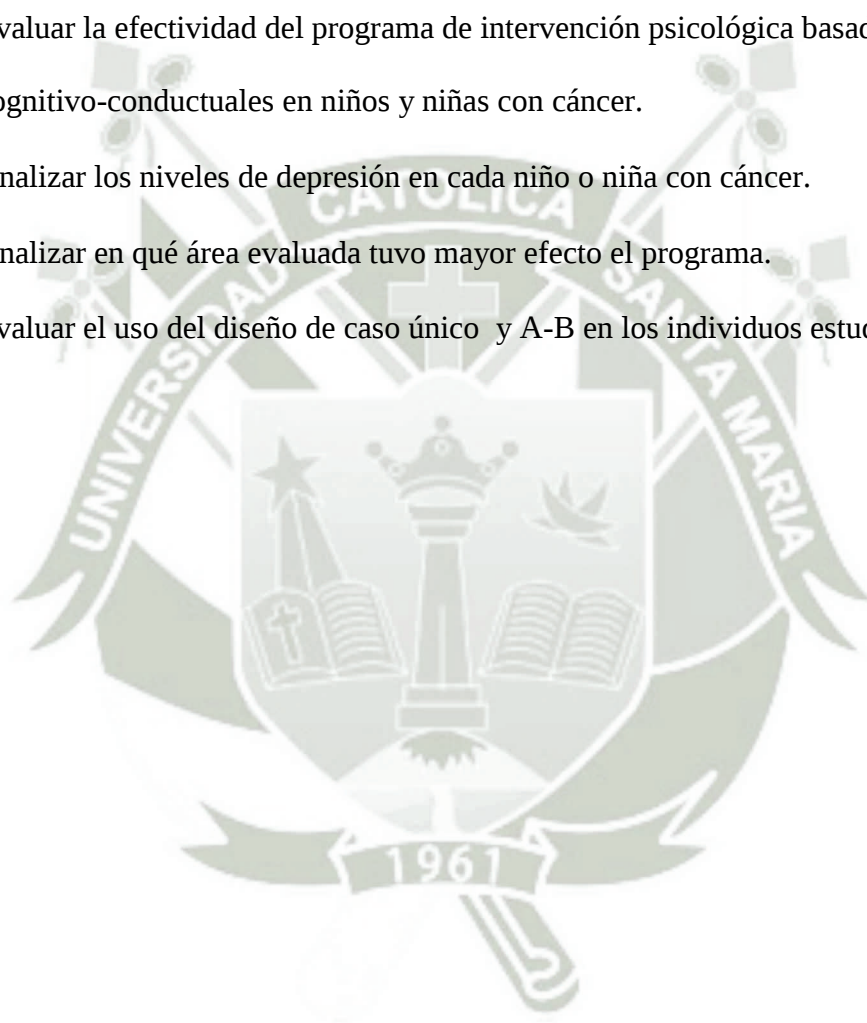
Objetivos

Objetivo General

- Disminuir los niveles de depresión mediante la administración de un programa de intervención cognitivo-conductual en niños y niñas con cáncer.

Objetivos Específicos

- Evaluar la efectividad del programa de intervención psicológica basado en técnicas cognitivo-conductuales en niños y niñas con cáncer.
- Analizar los niveles de depresión en cada niño o niña con cáncer.
- Analizar en qué área evaluada tuvo mayor efecto el programa.
- Evaluar el uso del diseño de caso único y A-B en los individuos estudiados.



Antecedentes Teóricos- Investigativos

La enfermedad es un hecho y una experiencia fundamental en la vida humana. Todas las personas estamos más o menos afectadas por la enfermedad, bien como una amenaza potencial que todos tenemos, como una realidad que nos ha tocado vivir, o bien como el sufrimiento en personas próximas a nosotros (familiares, amigos). La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado (Alonso, C. y Bastos, A., 2011).

En la actualidad, el cáncer infantil se considera mayoritariamente una enfermedad crónica. Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad. Antes de los años 50, la duración media de vida de un niño diagnosticado de leucemia era de 19 semanas y únicamente el 2% sobrevivían más de 52 semanas. Sin embargo, hoy en día se ha alcanzado una tasa actual de supervivencia de niños oncológicos de alrededor del 70%, considerándose que uno de cada 900 jóvenes que cumplen actualmente los 20 años de edad es un superviviente de cáncer infantil (Méndez X. y col., 2004).

Ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresante y temida en la sociedad actual. Es una de las enfermedades que más problemas psicológicos causa en la persona que lo padece. En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer (Alonso, C. y Bastos, A., 2011).

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad debido principalmente a la relación que tiene con los conceptos de muerte, dolor y sufrimiento. Sin embargo, frente al elevado número de diagnósticos que se realizan cada año, los avances en los tratamientos médicos han reducido las tasas de mortalidad, considerándose el cáncer hoy en día como una enfermedad crónica (Méndez, X. y col., 2004). Es una enfermedad universal que afecta a una de cada tres personas y que conduce a la muerte de uno de cada cuatro afectados (Sanz, J. y Modolell, E., 2004). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud refiere que el cáncer infantil tiene su mayor incidencia en el primer año de vida, cuando los procesos de desarrollo avanzan rápidamente (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Al hablar de cáncer infantil, Fernández-Plaza, S., Sevilla, J. y Madero, L. (2004) dijeron que “es una enfermedad relativamente infrecuente en la infancia con un pronóstico de supervivencia que ha mejorado de forma significativa, sigue siendo la causa más habitual de muerte infantil por enfermedad” (Ortigosa, J., Méndez, X. y Riquelme, A., 2009). Por ello, el cáncer infantil supone una experiencia que afecta a diferentes ámbitos de la esfera vital del niño. González, P. (2005) creía que las “experiencias más traumáticas están relacionadas con la hospitalización, los procedimientos médicos, los efectos secundarios del tratamiento y la necesidad de aislamiento, afectándoles no sólo física y psíquicamente sino también a nivel social y escolar, tanto en el hospital como en su domicilio (Ortigosa, J., y col., 2009).

Sebastián, J. y Alonso, C. (2003) hablaron sobre la Psicooncología, definiéndola como “disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad”. Su foco de interés está dirigido a estudiar

los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer (Alonso, C. y Bastos, A., 2011).

La psicooncología pediátrica, según Mystakidou, K. y col. (2006), nos “permite explicar por qué el cáncer, además de ser una enfermedad crónica que amenaza la vida, es una enfermedad que simboliza el sufrimiento de la persona enferma y su familia”. La edad promedio de diagnóstico de los niños con enfermedad oncológica es de cuatro años, lo que hace aún más difícil para el equipo médico la explicación a los padres del diagnóstico y el tratamiento (Cely-Aranda, J., Duque, C. y Capafons, A., 2013).

En las últimas décadas se ha visto un progreso notable en el tratamiento y el pronóstico del cáncer infantil. Sin embargo, el impacto emocional ocasionado por el diagnóstico y el tratamiento, así como los efectos físicos, sociales y psicológicos de la enfermedad, son una experiencia de difícil asimilación para el niño y la familia (Cely-Aranda, J. y col., 2013).

El malestar emocional que trae consigo la enfermedad, la hospitalización el tratamiento y otros procedimientos es una experiencia difícil para el niño que lo vive y la familia (Cely-Aranda, J. y col., 2013). Clarke, S., Davies, H., Jenney, M., Glaser, A. y Eiser, C. (2005) afirmaron que tal malestar “depende en gran medida del adecuado manejo y la calidad de la información. Proporcionar información apropiada para la edad del niño favorece una mejor comprensión de la enfermedad, adaptación a la experiencia y, en consecuencia, mayor adhesión a los tratamientos médicos” (Cely-Aranda, J. y col., 2013), por lo que la psicooncología no sólo se preocupa por los cuidados en el proceso de la enfermedad, sino también de la información previa que se le brinda al paciente.

La enfermedad y su tratamiento tienen fuertes implicaciones emocionales en los niños. Los tratamientos oncológicos son muy largos e intensivos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar (Cardozo, L. y Contreras, N., 2007).

Impacto Psicológico en el Niño

El niño al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad. Su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad (Cardozo, L. y Contreras, N., 2007).

El enfermo oncológico siente los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, como son los vómitos, náuseas, pérdida de peso o fatiga, pero también se ve afectado por sus repercusiones psicológicas (Méndez X. y col., 2004).

Al conocer 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 verbalizar sus sentimientos y sus miedos. A pesar de la mejoría del pronóstico, todavía el cáncer del niño se sigue considerando por la población general, e incluso por muchos médicos, como una enfermedad potencialmente fatal o por lo menos con mayores posibilidades de fracasar que de curar. El anuncio del diagnóstico es sentido por la familia como una situación límite de desesperanza absoluta y parálisis en una primera etapa, que se llama de *shock*.

Posteriormente aparecen mecanismos de defensa: negación, ira, negociación, y luego, al darse la información real y al establecer una buena relación con el médico y equipo tratante, la familia va asumiendo el diagnóstico y el pronóstico. Se llega así a una adaptación en que toda la energía familiar se vuelca en el empeño del tratamiento del niño junto con darle el mayor cariño y protección (Cardozo, L. y Contreras, N., 2007).

La mayoría de las veces se cae en la sobreprotección y en el descuido, no intencional, de los hermanos. Por todas estas consideraciones es importante que la familia reciba un apoyo psicológico que le permita reforzar los elementos de resiliencia y disminuir la angustia, la depresión y otros elementos perturbadores de la salud mental familiar, que si están

presentes van a repercutir negativamente en el niño y por consecuencia en la recuperación de su enfermedad (Cardozo, L. y Contreras, N., 2007).

En el niño lo más importante son los síntomas ansiosos y de temor al dolor y a la separación de los padres. En el adolescente o niño mayor se producen situaciones más complejas como rebeldía y rechazo a la situación de la enfermedad y tratamiento. También esto se combina con sentimientos de frustración por las limitaciones de su libertad como también pueden aparecer aspectos depresivos por sentimientos de pérdida de su vida cotidiana (fiestas, amistades, escuela, un futuro lleno de posibilidades), baja autoestima (por ejemplo los tratamientos modifican transitoriamente la imagen corporal) y en ocasiones pueden sentirse amenazados por la posibilidad de muerte próxima (Cardozo, L. y Contreras, N., 2007).

Goldbeck, L. (2001) y Sawyer, M. y col. (1997) descubrieron que los padres de los niños enfermos también son vulnerables a desarrollar problemas psicosociales, sin embargo, también demostraron que la mayoría de ellos desarrollan adaptación al diagnóstico y son un gran apoyo social para su hijo enfermo (Cely-Aranda, J. y col., 2013). Es por ello que el rol que cumple cada padre es fundamental para el bienestar emocional de sus hijos.

Vance, Y. y Eiser, C. (2004) mencionaron que las conductas de los padres tienen un impacto sustancial en las estrategias de afrontamiento utilizadas por el niño durante los procedimientos médicos. Cuando los padres emplearon conductas de distracción, reforzamiento positivo e instrucciones, los síntomas de malestar y ansiedad en los niños disminuyeron significativamente. Por el contrario, los padres que recurrieron a la crítica, al uso de disculpas al personal sanitario y a la concesión de total control de la situación al niño, aumentaron drásticamente los síntomas de malestar. Así mismo, se registró menor efecto positivo en los niños cuando los padres empleaban conductas de ánimo a su hijo

antes de enfrentarse a los procedimientos médicos, aunque fueron valiosos durante este (Cely-Aranda, J. y col., 2013).

En el caso de la infancia y la adolescencia, consideramos que es muy difícil atenderlos sin hacerlo conjuntamente con sus padres. La atención y la intervención en el caso de la infancia y/o adolescencia, sana o enferma, no tiene ningún sentido si ignoramos su contexto principal de desarrollo, la familia. Conocer y ver las interacciones que se producen entre el menor y sus padres y hermanos es fundamental para poder ver la adaptación del grupo a la nueva o continua situación que conlleva la enfermedad y sus limitaciones o secuelas, su nivel de comunicación y capacidad de expresar emociones y sentimientos entre ellos (Lanzarote, MD. y Torrado, E., 2009).

Gerali, M. y col. (2011) y Patenaude, A. y Kupst, M. (2005) descubrieron que el “tratamiento de la enfermedad oncológica expone al niño a procedimientos dolorosos, como cirugías, hospitalizaciones, radioterapia, quimioterapia y extracciones de sangre, que se han llegado a considerar más dolorosos que la propia enfermedad. En consecuencia, el niño puede experimentar dolor, fatiga, sueño, ansiedad anticipatoria, náuseas, vómitos y miedo a lo desconocido, lo cual incrementa el riesgo a desmejorar la calidad de vida” (Cely-Aranda, J. y col., 2013).

Baum, A. y Andersen, B. (2001) afirmaron que el “diagnóstico de cáncer y el desarrollo de la enfermedad son generalmente inesperados y funcionan como fuente de estrés que provoca alteraciones biológicas y cambios en las conductas relacionadas con la salud”.

Barón, G. y Ordoñez, A. (1998) y Friedman, A. y Mulhem, R. (1992) agregan que esta situación genera “en los niños y en sus familiares cambios emocionales y de comportamiento, como la desesperanza, depresión y soledad” (Valencia, A., Flores, A. Y Sánchez, J., 2006).

En su estudio, Vergara B, Cedré T, Martínez L, López C, González F, Pich V. (2003) descubrieron que la “alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del niño(a) a causa del cáncer, suscitan cambios comportamentales importantes que, por su intensidad, pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas de difícil manejo como la ansiedad, el estrés, la depresión, la dificultad para el contacto social, los trastornos del sueño, los problemas para la adherencia al tratamiento, entre otras” (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009), siendo estas conductas motivo de problemas emocionales en los niños y sus padres.

La Organización Panamericana de la Salud (2014) define la leucemia como una enfermedad maligna que “provoca un aumento no controlado de glóbulos blancos en la médula ósea. Es el cáncer más común en los niños y se cura en el 90% de los casos. Los síntomas son inespecíficos como cansancio, desgano, dolores óseos (muchas veces son el único síntoma), excesiva sudoración nocturna” (p, 7).

La leucemia linfocítica aguda (LLA) del niño, según Vergara, B., Cedré, T., Martínez, L., López, C., González, F. y Pich, V. (2003), es una de las primeras enfermedades malignas para las cuales se han hecho estudios clínicos terapéuticos a gran escala y constituye uno de los grandes avances de la oncología pediátrica. En las últimas décadas se ha logrado el aumento del porcentaje de remisiones prolongadas y curaciones de esta enfermedad (Ibáñez, E. y Baquero A., 2009).

El niño(a) al que se le diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a una amplia gama de emociones como el miedo, la ira, la soledad, la depresión y la ansiedad, su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que utilizará para afrontar esta enfermedad (Méndez, X. y col, 2004). La vida del niño y la dinámica familiar se alteran brusca y rápidamente, lo que hace que los niños y

familias se tengan que adaptar a nuevas personas, situaciones y ambientes (Palma C. y Sepúlveda F., 2005).

Peña C. y Parada G. (2007) estudiaron que los niños con cáncer cambian “su ritmo de vida habitual” por el tiempo que dura la enfermedad, agregan que para los niños esta situación se dificulta al tener que “desplazarse desde su localidad de residencia hasta centros donde se les puede realizar el tratamiento de su enfermedad” (Ibañez, E. y Baquero A., 2009).

Méndez expone las diferentes necesidades que los niños con cáncer presentan durante el transcurso de la enfermedad, entre las cuales se encuentran las necesidades emocionales que incluyen el afecto, los sentimientos de pertenencia y auto – respeto, la sensación de logro, seguridad y autoconocimiento, las necesidades de información con relación a la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos, y las necesidades de conocimiento acerca de la muerte para disminuir la ansiedad, temor, soledad y tristeza que se originan a causa de esta enfermedad (Méndez X, Orgilés M, López–Roig S, Espada J., 2004).

Die Trill, M. (2003) encontró que los niños que padecen una enfermedad oncológica presentan las siguientes necesidades (Méndez, X. y col., 2004):

- Necesidades emocionales que son comunes a todos los niños, aunque no estén enfermos. Incluye la necesidad de sentirse queridos, de desarrollar un sentimiento de pertenencia, de sentir auto-respeto, de obtener una sensación de logro, de seguridad y de auto-conocimiento, y de sentirse libres de sentimientos de culpabilidad. Se trata de necesidades a veces insatisfechas por la alteración de la rutina diaria y el contacto reducido con quienes pueden satisfacerlas.
- Necesidades que surgen de la reacción del niño ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos. Los temores y sentimientos de culpa e inutilidad requieren de: apoyo, cariño, empatía, comprensión, aprobación, amistad, seguridad,

compasión y disciplina. Cada fase de la enfermedad genera, además, necesidades específicas que atender. De esta manera, las necesidades de información y comprensión de lo que le ocurre a lo largo de todo el proceso de enfermedad y especialmente en el inicio, el control de síntomas, la reducción de miedos y molestias ante procedimientos exploratorios o de tratamiento invasivos, así como las dificultades de adherencia a tratamientos médicos configuran objetivos concretos de la intervención psicológica.

- Necesidades que surgen de la concepción que el niño tiene de la muerte, las cuales generan reacciones de temor, ansiedad, soledad, tristeza, etc.

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

García J. y García A. (2005) aportaron con su estudio al decir que el “paciente con cáncer (adulto o pediátrico) es ante todo una persona debilitada por su enfermedad y por la incertidumbre de su proyecto de vida. A ello colabora la toxicidad de los tratamientos que se le administran, el pronóstico, el temor al sufrimiento, la necesidad de adaptarse a una nueva situación personal y a su entorno, los cambios que a lo largo de su evolución se presentarán y en una medida muy importante a la relación de confianza y competencia que va a tener con el personal de salud” (Ibañez, E. y Baquero A., 2009).

Las repercusiones del cáncer infantil y las necesidades de los niños que padecen esta enfermedad justifican la conveniencia de llevar a cabo una intervención psicológica durante la fase de diagnóstico y tratamiento. Con esto se pretende dotar a los niños y a las

familias de información y estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la nueva situación. Con el incremento en las últimas décadas de los años de vida saludables de los niños enfermos de cáncer se ha acrecentado el interés por mejorar su calidad de vida. Por ello, actualmente no sólo se considera necesario curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que el tratamiento del cáncer infantil puede originar (Méndez X. y col., 2004).

Los tratamientos oncológicos son largos e intensos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar. El niño(a) debe enfrentarse no sólo a los diferentes efectos secundarios causados por la quimioterapia y la radioterapia como náusea, vómito, anemia, fatiga, pérdida de peso y la pérdida de cabello, sino que además debe hacer frente a la hospitalización, la soledad y la convalecencia (Méndez X. y col., 2004).

Mendez, J. (2005) estudia los efectos a corto plazo de la quimioterapia y la radioterapia: náuseas, vómito, dolor, alopecia (Ibañez, E. y Baquero, A., 2009). Otro de los efectos secundarios que afecta significativamente a los niños(as) enfermos de cáncer es el cansancio. Méndez habla del cansancio como una sensación de debilidad física y mental que puede experimentar el niño como resultado de la enfermedad o de su tratamiento. Se trata de un cansancio intenso y molesto, que no siempre se alivia mediante el descanso, y que padecen con mucha frecuencia los pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia y los sometidos a trasplantes de médula ósea, debido principalmente a la destrucción de las células saludables que se dividen rápidamente. El bajo nivel de glóbulos rojos provoca que el cuerpo tenga muy poca energía y que el paciente se sienta fatigado (Méndez, X. y col., 2004).

Con el objetivo de reducir el cansancio se han empleado diversas técnicas, entre las cuales se destacan la distracción, que pretende desviar la atención de la sensación de fatiga

dirigiendo ésta hacia otros estímulos, como la lectura de un libro, la música o el juego.

También, diferentes autores como Cardozo y Contreras señalan que es recomendable enseñar al niño a planificar las actividades que debe realizar según su prioridad, para lograr conservar sus energías y reducir su cansancio (Cardozo L. y Contreras N., 2007).

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad. Si la enfermedad afecta a la población infantil, la consternación que despierta es todavía mayor. Frente al elevado número de diagnósticos que se realizan cada año, los avances en los tratamientos médicos han reducido las tasas de mortalidad, considerándose el cáncer hoy en día una enfermedad crónica. Las características de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de forma significativa la vida del niño y de su familia, por lo que se enfatiza la importancia de intervenir para reducir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación del enfermo y sus familiares a la nueva situación (Noel, G., 2013).

Intervención Durante el Diagnóstico

Comunicar el diagnóstico es un proceso que puede ser angustiante para el paciente, los padres y el personal de salud debido a la connotación que la palabra “cáncer” tiene con la muerte. Los padres no están preparados para oír la noticia y no saben cómo lidiar con esta realidad ante su hijo. Experimentan emociones como tristeza, miedo, incertidumbre, ira, atraviesan etapas de negación y evitación del diagnóstico. Es de gran relevancia que el personal de salud tenga una postura abierta y accesible con el paciente y su cuidador para poder facilitar la mayor información posible dentro de un ambiente de confianza y seguridad. Esto permitirá a los padres poder indagar toda la información requerida para genera un nivel de aceptación de la enfermedad (Noel, G., 2013).

En un estudio, Noel, G., D’Anello, S., Araujo, L. y De Sousa, J. (2012) mencionan que el niño puede experimentar “ansiedad, baja autoestima, preocupación por su vida, o miedo a

la muerte, sentimientos de minusvalía e indefensión”. Siendo así que, en investigaciones previas “se ha comprobado que los niños saben que están enfermos, y que algo en su cuerpo no está funcionando de manera óptima. Ocultarle el diagnóstico es lo menos recomendable” (Noel, G., 2013).

Al momento de comunicar el diagnóstico hay que permitir que el niño exteriorice las emociones mencionadas para luego admitir el surgimiento de una serie de interrogantes que deben ser contestadas bien sea por los padres o el médico responsable. En ocasiones hay información que debe ser repetida hasta que el niño la haya comprendido bien e internalizado adecuadamente. Al comunicar el diagnóstico se inicia un proceso en el cual se va avanzado en función de las situaciones experimentadas. Indagar las creencias que el niño tiene asociadas a la enfermedad oncológica seguramente permitirá detectar posibles ideas irracionales que puedan fomentar la presencia de emociones negativas. Es conveniente que el niño no perciba el malestar emocional de sus padres y familiares ya que transmitir la falta de control o inestabilidad, repercutirá sobre la estabilidad emocional del niño. Después de conocer el diagnóstico, los padres y pacientes deben afrontar una serie de pruebas que les serán presentadas de forma paulatina. Cada etapa requerirá una atención especializada para aprender a lidiar con la realidad (Méndez, X. y col., 2004).

Intervención Durante el Tratamiento

La fase de tratamiento es de cuidado, ya que se presentan una serie de interrogantes que pueden surgir a raíz de la falta de información, dudas o ideas erróneas sobre el mismo, y el personal de salud debe dar respuesta a estas dudas a fin de disminuir el nivel de ansiedad ante el tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante explicarles a los padres y al paciente los síntomas que llegará a experimentar, recalando que cada organismo es diferente y que no necesariamente debe sufrir todos los efectos secundarios ya mencionados (Noel, G., 2013).

El éxito del tratamiento es otro aspecto que debe ser tomado en cuenta a la hora de comunicar, ya que esto también genera ansiedad en los padres. Se debe ser realista con ellos y proporcionar información objetiva y veraz (Noel, G., 2013).

Vance Y. y Eiser C. (2004) concluyeron en su investigación que la “actitud de los padres ante el tratamiento y procedimientos médicos invasivos, es vital para la adaptación del niño a su enfermedad. Aquellos padres que se mostraban ansiosos, evitativos, permisivos o altamente estrictos generaban altos niveles de estrés en el paciente. En cambio, los que estimulaban un afrontamiento adecuado focalizado en soluciones y daban apoyo a sus hijos, generaban un manejo emocional adecuado” (Noel, G., 2013).

Se debe guiar el proceso de adaptación posterior al tratamiento, ya que es recomendable que el niño retorne a la ejecución de sus actividades personales, familiares, escolares y lúdicas típicas de su desarrollo evolutivo. Lo que facilitará la adaptación a la rutina fuera del hospital y lejos de la enfermedad (Noel, G., 2013).

Niños y adolescentes tienen necesidad de cierta autonomía. Se les puede dar la oportunidad de tomar parte activa en decisiones que pueda manejar y que van a aumentar su comodidad en el hospital. Cuando participan del tratamiento de su enfermedad suele estar menos pasivos, menos deprimidos y menos asustados. Tienden a ser menos rebeldes y esto conlleva que puedan canalizar mejor su energía hacia la recuperación. Es necesario crear un ambiente que proporcione seguridad, donde el muchacho sienta que se puede conversar abiertamente sobre la enfermedad y el tratamiento. Para que esto ocurra, los padres tienen que estar convencidos. Si es así, podemos estar seguros de que más tarde o más temprano nos confiará sus preguntas y dudas. Se le debería tratar tan normalmente como sea posible. Si los padres tienen reacciones exageradas ante el pronóstico, él puede detectar esas actitudes negativas casi sin ninguna duda. Es vital que los padres puedan tolerar la incertidumbre. Y si no, deben pedir ayuda profesional. Es importantísimo que se le haga

saber a los niños y adolescentes, que a pesar de su enfermedad, siguen teniendo ciertas responsabilidades. Si se elabora un sistema según el cual, cuando está enfermo, se cambia el comportamiento respecto de él o se le dejan de exigir normas, se le está invitando a considerar inconscientemente la enfermedad como una forma de evitar las responsabilidades de su conducta. Los niños consentidos pueden estar destinados a tener problemas emocionales serios (Celma, A., 2009).

Valentín, V., Murillo, M. y Valentín, M. (2004) hablaron sobre la evolución del cuidado al paciente oncológico, ya que tales pacientes presentan una serie de necesidades físicas y psicológicas complejas, que según estos autores “deben ser tratadas de forma adecuada y oportuna” (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Los principales síntomas manifestados por los niños(as) enfermos de cáncer a nivel psicológico son la ansiedad, tristeza, irritabilidad, aislamiento, llanto, angustia, inseguridad, entre otros, que dan como resultado una serie de necesidades socio afectivas que deben ser atendidas por el personal de salud de manera conjunta para evitar sesgos en la atención. Además de los problemas psicológicos, este tipo de pacientes se enfrenta a problemas físicos como el dolor generado por la enfermedad y los tratamientos, el cansancio debido a la agresividad de la quimioterapia y la radioterapia, las náuseas y el vómito anticipatorios como respuesta aprendida de los procedimientos anteriores y uno de los más importantes y que genera una gran impacto en la autoimagen y la autoestima de los niños(as) es la pérdida de cabello o alopecia (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Junto a la ansiedad, el niño puede mostrar un estado de ánimo bajo, lo que le hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, etc., síntomas que pueden

constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal sanitario a detectar en el niño un estado depresivo (Méndez X. y col., 2004).

La Organización Mundial de la Salud en su informe del 07 de Abril de 2005 refiere que el objetivo principal de los programas de prevención y control del cáncer a nivel mundial debe ir encaminados a reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Die Trill, M. nos da distintas funciones que debe cumplir un psicólogo en el área oncológica, entre ellas se encuentran: “tratar las dificultades relacionadas con la información médica proporcionada al paciente y a la familia, tratar las dificultades de adaptación a la enfermedad en sus distintas fases, tratar la ansiedad, los miedos, y las alteraciones del comportamiento asociadas a las pruebas diagnósticas y procedimientos médicos invasivos o tratamientos neoplásicos, tratar los efectos secundarios de la enfermedad (nauseas, vómitos anticipatorios o condicionados), y tratar la cooperación del pacientes y sus familiares con el personal sanitario” (Ortigosa, J., Méndez, X. y Riquelme, A., 2009)

Kazak, A. (2005) nos presenta cuatro áreas generales en las que se ha centrado la investigación acerca de la intervención psicológica en pediatría oncológica (Ortigosa, J. y col., 2009):

1. Comprender y reducir el dolor provocado por procedimiento médico.
2. Reconocer las consecuencias a largo plazo.
3. Entender el malestar en el diagnóstico y a lo largo del tiempo.
4. Conocer la importancia de las relaciones sociales.

Elliot, C. y Jay, S., 1987; Pedroche, S. y Quiles, M. (2000) menciona que el “propósito principal de la intervención psicológica es el control sintomatológico y los efectos

secundarios asociados a los procedimientos médicos. Por ello, todo intento encaminado a reducir la ansiedad médica infantil puede clasificarse en dos grupos: 1) intervención centrada en el problema, es decir, dirigida al tipo de terapéutica o procedimiento médico al que va a ser sometido el paciente: técnicas de identificación y modificación del estímulo ambiental y los eventos consecuentes, y 2) intervención centrada en la emoción para dotar al sujeto de estrategias para afrontar el estrés: imaginación guiada, relajación, autohipnosis, entrenamiento autógeno, etc.” (Ortigosa, J. y col., 2009).

Los cambios en el estado de ánimo del niño enfermo son frecuentes y pueden pasar rápidamente de sentirse alegres a expresar miedo y tristeza e incluso entrar en un estado de depresión (Méndez, X., y col., 2004). Serradas M. (2003) afirma que la “intensidad de estos cambios comportamentales pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas y cambios en las motivaciones durante el transcurso de la enfermedad, afectando de manera significativa la calidad de vida del paciente pediátrico” (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Autores como Méndez, X. expresa que en estos casos podrían emplearse técnicas de relajación y respiración para controlar la ansiedad. Mediante el apoyo emocional se pretende enseñar al niño a detectar sus emociones, evaluar su intensidad e identificar las situaciones que las desencadenan. Para superar su estado de apatía y desolación conviene animarle a realizar actividades placenteras que le susciten emociones positivas, enseñarle habilidades sociales para vencer la soledad y promover su bienestar físico procurando que siga pautas saludables de alimentación y sueño. Se le debe proporcionar seguridad y afecto, potenciar su participación en actividades lúdicas con otros niños hospitalizados y, si se considera adecuado, permitir la visita de familiares y amigos para evitar su soledad. En otras ocasiones se han utilizado cuentos para ayudar a los niños a comprender su

enfermedad y el tratamiento, y mostrarles los cambios que se han producido en su vida (Méndez, X. y col., 2004).

Estrategias de intervenciones como la relajación, el juego, las manualidades, los payasos, la estimulación, los videojuegos, la risa, entre otros, reducen en gran medida los efectos negativos causados por esta enfermedad como la ansiedad, tristeza, aislamiento, agresividad, rechazo hacia el personal de salud y los tratamientos, baja autoestima y otros, que afectan su desarrollo intelectual, afectivo y social (Ibañez, E., Baquero, A., 2009).

Apoyo Psicosocial

Bárez, M., Blasco, T. y Fernández, J. (2003) en su estudio hablan sobre el “apoyo social como un concepto interactivo, que se refiere a cualquier tipo de conductas que se dan entre las personas como escuchar, demostrar cariño o interés, guiar, expresar aceptación, etc. y que cumple con una función de tipo emocional, material o informacional. Se refiere al apoyo emocional como conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y hacen que el sujeto se sienta querido, amado, respetado, generando sentimientos de seguridad. Concluye que el apoyo emocional se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía, estima y pertenencia a grupos” (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

En el área de la salud este tipo de intervenciones psicosociales tiene como objetivo fundamental lograr que los pacientes diagnosticados con cáncer mantengan una buena calidad de vida y un bienestar psicológico óptimo, con la disminución de problemas emocionales y una adaptación más favorable a la nueva situación (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Bárez, M. y col. (2003) señalan que “el objetivo de las intervenciones psicosociales es ayudar a los pacientes con cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir

los sentimientos de aislamiento, abandono, reducir la ansiedad y contribuir con una mejor calidad de vida durante este padecimiento” (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Varios autores han planteado diferentes técnicas de apoyo psicosocial encaminadas a mejorar la calidad de vida de los niños(as) enfermos de cáncer y de acuerdo a su investigaciones, éstas han tenido gran acogida en las instituciones hospitalarias gracias a los beneficios que aportan a la salud de este tipo de población (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

De acuerdo a la revisión de la literatura realizada, el apoyo psicosocial utilizado por los profesionales de salud para la atención de los niños y niñas enfermos de cáncer ha contribuido de manera significativa a mejorar la calidad de vida de esta población gracias a los efectos que produce tanto en la salud mental como a nivel físico. Estas intervenciones (relajación, juego, manualidades, payasos, estimulación, videojuegos, risa, etc.), de acuerdo a los autores consultados, reducen en gran medida los efectos negativos causados por esta enfermedad como la ansiedad, tristeza, aislamiento, agresividad, rechazo hacia el personal de salud y los tratamientos, baja autoestima y otros, que afectan su desarrollo intelectual, afectivo y social. Así mismo, estas intervenciones han permitido que los niños y niñas con cáncer tengan un mayor manejo del dolor, una mejor adherencia a los tratamientos y una disminución significativa tanto de los efectos secundarios de los tratamientos como de los síntomas anticipatorios y psicológicos (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009). Por último, es importante señalar que el desarrollo de las diferentes técnicas de distracción empleadas en estos pacientes no se trata únicamente de metodologías pasivas destinadas a divertir a los niños, sino que su objetivo radica en dirigir la atención a un estímulo y alterar la percepción de los diferentes factores que alteran su bienestar (dolor, ansiedad, depresión, aislamiento, etc.) (Ibáñez, E. y Baquero, A., 2009).

Es así que Bayés, R. (1990) habla sobre los efectos en el comportamiento de los niños acerca de la enfermedad, mencionando la importancia de una intervención psicológica para que logren adaptarse y mejorar la calidad de vida del paciente y la familia (Valencia, A. y col., 2006).

Bragado, C. y Fernández, A. (1996) mencionan que “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”. Debido a esta nueva condición crónica del cáncer, la investigación actual en psicooncología pediátrica se interesa entre otros aspectos por el estudio de las consecuencias psicológicas derivadas de la enfermedad y su tratamiento (Bragado, C., Hernández-Lloreda, M., Sánchez-Bernardos, M. y Urbano, S., 2008).

Depresión en Niños y Niñas con Cáncer

Para Deuber, C. (1982), la depresión existe y puede manifestarse en los niños y las niñas desde los seis años de edad. Del Barrio, V. (2000) afirma “...también los niños se deprimen ya que tienen las mismas emociones que los adultos pero con sus propias características: son más frecuentes, más intensas, más versátiles y menos reflexivas”. Pauchard, H. (2002), argumenta que los/as niños/as y adolescentes pueden sufrir de depresión al igual que los adultos, la alteración se presenta en muchas formas con grados y duración variados. Considera que los niños y las niñas que viven bajo mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. La propia enfermedad puede ser considerada como un factor de riesgo ya que los niños y las niñas experimentan una pérdida importante en este caso de su propia salud (González, Y., 2006).

La presencia de depresión infantil es determinada cuando existe una situación afectiva de tristeza de gran intensidad y duración. Esta puede ser entendida como depresión mayor cuando los síntomas prevalecen por más de dos semanas o bien como un trastorno distímico cuando la ocurrencia de estos síntomas pasan de un mes. Los expertos en el tema después de numerosas investigaciones han establecido la presencia de síntomas y signos específicos de esta entidad clínica (Del Barrio, V., 1997; DSM IV) tales como: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida de placer), llanto fácil, falta de sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, modificación en la conducta alimenticia y peso, hiperactividad, disforia y/o ideas suicidas (González, Y., 2006).

El Instituto Nacional de Cáncer (2003), en un artículo publicado afirmó que los niños y niñas pueden “sentirse cohibidos o incapaces de realizar cierta clase de actividades debido a su delicado estado de salud. Es así porque tienen que acudir constantemente al hospital para su tratamiento y seguir estrictamente regímenes alimenticios que de una u otra forma generan cierta insatisfacción. Esto tiene como resultado cuestionamientos sobre cada situación de él o ella comparada con la de otras personas o infantes. El malestar físico, el dolor, la debilidad, etc. causado por el tratamiento son una complicación importante” (González, Y., 2006)

En los estudios de Bennett, D., 1994; Bottomley, A. (1998); Bukberg, J., Penman, D. y Holland, J. (1984); Ressel, W. (2003); Shemesh, E., Bartell, A. y Newcorn, J. (2002), señalan hipótesis sobre “el aumento de riesgo de padecer depresión en el niño o niña enfermo/a. Se pueden mencionar el elevado número de días de hospitalización, la severidad de los síntomas físicos, los síntomas de depresión de la madre, la afectación de la autoimagen y el autoconcepto, los efectos a largo plazo del tratamiento tales como una

capacidad reducida de atención, problemas de aprendizaje e infertilidad entre otros”
(González, Y., 2006).

Tratamiento de los Problemas de Ansiedad y Depresión

El afrontamiento psicológico del cáncer infantil implica el uso de estrategias y recursos que ayuden al niño y a su familia a vivenciar la enfermedad con la menor afectación emocional y comportamental posible. En este sentido, desde la Psicología se han desarrollado y adaptado técnicas y programas con el objetivo de minimizar el impacto psicológico que implica el diagnóstico y tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia (Ortigosa, J., Méndez, X. y Riquelme, A., 2009).

La educación de actividades agradables en el que se anima al paciente a practicar actividades que le susciten emociones positivas contribuye a la superación del estado de apatía y de desolación. Instruir en habilidades sociales ayuda a vencer el aislamiento y promueve el bienestar físico. La reestructuración cognitiva estimula al niño a aprender a identificar, cuestionar y sustituir pensamientos negativos por unos más realistas y saludables. La distracción permite desviar la atención de la sensación de fatiga, orientándola hacia otros estímulos, como la lectura, el juego y la música. Así mismo, se da instrucciones al niño de planificar el tiempo para la práctica de actividades placenteras, y así lograr conservar y potencializar sus fortalezas y reducir el cansancio. Además, induce cambios de actitud en cuanto al seguimiento de conductas saludables (Méndez, X. y col., 2004).

La llegada del cáncer supone importantes modificaciones en la vida del niño. Implica una ruptura en sus planes, en sus rutinas, y una serie de cambios en su imagen corporal que pueden perjudicar su autoestima. Dichos cambios corporales, debidos a su problema de salud o a los tratamientos aplicados, pueden crearle el sentimiento de poseer un cuerpo

imperfecto o débil. A pesar de las consecuencias de la enfermedad y de su tratamiento, es importante que la autovaloración del niño sea positiva. Los cambios en el estado de ánimo del niño enfermo son frecuentes, pueden pasar rápidamente de sentirse alegres a expresar miedo y tristeza; sin embargo, la depresión no afecta a todos los enfermos de cáncer (Méndez, X. y col., 2004).

Méndez, X. (1998) describe que los programas de educación emocional, de actividades agradables y de reestructuración cognitiva son fundamentales para tratar la depresión infantil (Méndez, X. y col., 2004). Mediante la educación emocional se pretende enseñar al niño a detectar sus emociones, evaluar su intensidad e identificar las situaciones que las desencadenan. Para superar su estado de apatía y desolación conviene animarle a realizar actividades placenteras que le susciten emociones positivas, enseñarle habilidades sociales para vencer la soledad y promover su bienestar físico procurando que siga pautas saludables de alimentación y sueño. A través de la reestructuración cognitiva debe aprender a identificar, cuestionar y sustituir sus pensamientos negativos por patrones de pensamiento más realistas, saludables y productivos (Méndez, X. y col., 2004).

La ansiedad y el miedo son reacciones normales en el paciente oncológico. Cuando se les comunica el diagnóstico es frecuente que los niños expresen su preocupación por lo que les pueda ocurrir. Las hospitalizaciones del niño con cáncer son frecuentes y las revisiones médicas constantes, lo que supone la interrupción de sus actividades diarias y la llegada a un ambiente extraño en el que debe interactuar con desconocidos. El hospital no es un lugar familiar para el niño, está lleno de personas a las que no conoce y con numerosas máquinas que le suscitan temor. La pérdida de autonomía e intimidad, y la incertidumbre sobre cómo debe comportarse, contribuyen a aumentar su ansiedad (Méndez, X. y col., 2004).

El empleo de algunas técnicas operantes puede contribuir a reducir la ansiedad del paciente durante su estancia hospitalaria. Para que la habitación del hospital le resulte menos extraña, puede crearse un ambiente más familiar indicando al niño que lleve consigo fotos, dibujos u objetos de casa, sobre todo si se trata de una hospitalización larga. Se le debe proporcionar seguridad y afecto, potenciar su participación en actividades lúdicas con otros niños hospitalizados y, si se considera adecuado, permitir la visita de familiares y amigos para evitar su soledad (Méndez, X. y col., 2004).

Nessim, S. y Wyman, B. (1994) estudiaron acerca del “refuerzo de las conductas adecuadas del paciente mediante elogios, sonrisas o premios, y el refuerzo diferencial de otras conductas alternativas a sus rabietas frente a las intervenciones médicas, facilitan la labor del personal sanitario”, agregaron la utilización de cuentos para favorecer la comprensión de la enfermedad y el tratamiento, asimismo, mostrar estrategias para afrontar la enfermedad y los cambios de vida (Méndez, X. y col., 2004).

Kendall, P. y Braswell, L. (1986) contribuyeron al estudiar el entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretendiendo que el “paciente adquiera y practique las conductas adecuadas para afrontar la ansiedad y el temor, fomentando su participación activa. Las estrategias que con mayor frecuencia se emplean son las autoinstrucciones o autoverbalizaciones positivas, la relajación y respiración, y la imaginación de escenas agradables. El entrenamiento en relajación y respiración se lleva a cabo en niños pequeños mediante el procedimiento “robot-muñeco de trapo”. Se indica al niño que camine como si fuera un robot, rígido y tenso, y posteriormente como un muñeco, flexible y relajado, para que pueda identificar la sensación de tensión y relajación” (Méndez, X. y col., 2004). La imaginación de escenas agradables impide al niño centrar su atención en estímulos que evocan ansiedad. Mediante el empleo de autoverbalizaciones el paciente se dirige mensajes para infundirse valor, por ejemplo “todo irá bien”. Las autoinstrucciones suponen mensajes

mediadores de la conducta, por ejemplo el niño se indica a sí mismo “voy a mirar hacia otro lado” durante una extracción de sangre. Una vez aprendidas dichas estrategias se le informa que debe aplicarlas durante los procedimientos médicos y en aquellas situaciones en que sienta ansiedad (Méndez, X. y col., 2004)

Polaino-Lorente, A. y Del Pozo, A. (1992; 1992) han estudiado habilidades de afrontamiento en un programa de intervención para el paciente y la familia, el objetivo era lograr “un adecuado ajuste personal, a la enfermedad, familiar y académico”, el programa incluía “relajación, terapia cognitiva mediante imaginación controlada, preparación a los procedimientos médicos, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en autocontrol”. Los niños afectados de cáncer a los que se aplicó el programa sufrieron un menor deterioro que el resto de niños. Se consiguió además evitar la aparición de déficit en sus habilidades sociales durante la hospitalización y reducir sus niveles de depresión (Méndez, X. y col., 2004).

El Ejercicio y la Calidad de Vida

Whaley, M.; Brubacker, P. y Otto, R. (2006) dan un concepto claro sobre ejercicio, “es un tipo específico de actividad física que consiste en la ejecución de movimientos repetidos, estructurados que están dirigidos a mejorar la capacidad física” (Abadía, K., 2010).

Hacker, E. (2009) afirma que el “ejercicio mejora la calidad de vida en los pacientes con cáncer”. Reforzando tal premisa, Hart, J., Fowler, D. y Lunardini, D. (2009) encontraron una “conexión entre el ejercicio y el mejoramiento de la salud psicológica y física” (Abadía, K., 2010).

Duijts, S., Faber, M., Oldenburg, H., et al (2010), Tatrow, K. y Montgomery, G. (2006), y Bordeleau, L., Szalai, J., Ennis, M., et al (2003) aportaron al confirmar que “la mejora de la condición física y la calidad de vida está relacionada con la salud. Se ha demostrado que

los programas de ejercicios mejoran el grado de funcionamiento psico-social del individuo (mejorando su imagen corporal, la fatiga, depresión, la ansiedad y el estrés” (Abadía, K., 2010).

El estudio de Beaton, R., Pagdin-Friesen, W., Robertson, C., Vigar, C., Watson, H. y Harris, S. (2009) comprobaron la eficacia de incorporar técnicas de “relajación, masaje y técnicas de cuidado corporal como co-terapias de los programas de ejercicio” (Abadía, K., 2010), siendo esta información parte fundamental para el programa elaborado en la presente investigación.



Hipótesis

H₁:

Es probable que un programa de intervención terapéutica psicológica basado en técnicas cognitivo-conductuales reduzca los niveles de depresión en los niños y niñas con cáncer.

H₀:

Es probable que un programa de intervención psicológica basado en técnicas cognitivo-conductuales no reduzca los niveles de depresión en los niños y niñas con cáncer.





CAPITULO II

Diseño Metodológico

Tipo o Diseño de Investigación

Método Experimental de Caso Único con un Diseño A-B

El método a utilizar en esta investigación experimental es el método de caso único, ya que según Kazdin (2001), existe una confiabilidad de las observaciones repetidas del comportamiento a lo largo del tiempo, estas observaciones permiten al investigador examinar el patrón y la estabilidad del comportamiento. La información anterior al tratamiento a lo largo de un periodo amplio proporciona una descripción de como es el comportamiento sin la intervención. Al establecer una línea base, tenemos información acerca del nivel de conducta antes que comience la intervención, cumpliendo con dos funciones. Primera, una función descriptiva, ya que proporciona información acerca de la gravedad del sujeto. Segundo, una función predictiva, ya que los datos son la base para predecir el nivel del comportamiento para el futuro inmediato si no se proporciona la intervención.

Por otro lado, utilizar el diseño A-B nos permitirá interpretar los resultados basándonos en una línea base. En el diseño A-B, se debe observar el comportamiento objetivo hasta que se produzca una tasa constante y estable (línea base). Es entonces donde se introduce un tratamiento en el ambiente donde los datos de la línea base se recolectaron (tratamiento). La interpretación de los resultados está basado en la premisa de que si no se introdujo ningún tratamiento, el comportamiento continuaría como se registró en la línea base. Si el comportamiento cambia durante la condición de tratamiento, puede atribuirse a la intervención introducida por investigador (McMillan, J. y Schumacher, S., 2006).

La presente investigación utilizará este diseño ya que la población objetivo es muy pequeña y las observaciones en cada sujeto deben ser minuciosas. Al tratar a cada sujeto como un caso único en un diseño A-B, podemos realizar observaciones y evaluaciones

durante todo el proceso de línea base y tratamiento, pudiendo obtener resultados desde las primeras intervenciones y realizar comparaciones no solo entre línea base y tratamiento, sino entre las diferentes fases que pasa el tratamiento a aplicar.

Por otro lado, al utilizar este diseño, la interpretación de resultados no resulta muy consistente y es muy simple. De la misma forma, debido a que la muestra es muy pequeña, no se puede generalizar los resultados con toda la población.

Técnicas, Instrumentos, Aparatos u Otros

Escala de Depresión para Niños (CDS- Children's Depression Scale)

Nombre original: "Children's Depression Scale"

Autores: M. Lang y M. Tisher.

Procedencia: Victoria, Australia.

Año: 1983

Población: Niños, niñas y adolescentes entre 8 y 16 años

Tiempo: Variable, entre 30 y 40 minutos

Aplicación: Individual y colectiva.

Material: 66 tarjetas, manual, hoja de respuestas, plantilla de corrección y lápiz.

Significación: Evaluación global y específica de la depresión en los niños.

Ventajas: Para aplicar la prueba no es necesaria una buena capacidad lectora del paciente, puesto que los elementos, en la mayoría de los casos, son leídos en voz alta por el examinador.

Confiabilidad: La confiabilidad indica en qué medida las diferencias individuales de los puntajes en un test pueden ser atribuidos a las diferencias “verdaderas” de las características consideradas. En la investigación original sobre la confiabilidad del CDS (Lang & Tisher, 1978) centrada en la consistencia interna, los puntajes del CDS en niños y el CDS para padres fueron combinados, encontrando la consistencia interna muy alta 0.96 (Lang & Tisher, 1983). Siguiendo investigaciones confirman estos reportes iniciales e indican un aceptable nivel de consistencia interna para ambas versiones, niños y padres, del CDS. Tonkin y Hudson (1981) proporcionan algunos datos sobre la confiabilidad del test-retest. Administraron dos veces el CDS a los sujetos (9-13 años), el intervalo entre test y retest oscila entre 7 a 10 días (0.74).

Validez: La validez básicamente demuestra cuán exitoso y eficiente es este instrumento en la valuación de lo que se propone. Varios estudios han evaluado la validez de criterio del CDS, discriminando entre niños diagnosticados con depresión y otros varios grupos. Rotunda y Hensley (1985) vieron a un ejemplo de 4 grupos de niños australianos de 12 a 16 años – un grupo normal (N=24) y tres grupos clínicos (N=60): (a) depresivo, (b) triste/no depresivo, y (c) no triste/no depresivo. Los autores concluyeron que el CDS discriminó significativamente entre el grupo normal y el grupo clínico, así como entre los jóvenes independientemente diagnosticados de depresión y aquellos que se considera que tienen otros diagnósticos clínicos. El CDS también discrimina entre la depresión clínica y un niño triste, y entre la tristeza y la no tristeza del niño.

Escalas.

Total Depresivo: con seis subescalas:

Respuesta Afectiva (RA): alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.

Problemas Sociales (PS): se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima (AE): se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes en relación con la propia estima y valor.

Preocupación por la Muerte/Salud (PM): alude a los sueños y fantasías en relación con la enfermedad y muerte.

Sentimiento de Culpabilidad (SC): se refiere a la autopunción del niño

Depresivos Varios (DV): incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo: con dos subescalas:

Ánimo –Alegría (AA): alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño/a, o a su incapacidad para experimentarlas

Positivos Varios (PV): incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Programa de Intervención Cognitivo-Conductual

El programa presentado en esta investigación se basó en dos libros Méndez (2011) “*El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*” y Bunge, Gomar y Mandil (2009) “*Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*”. Dentro de estos libros se encontraron diferentes actividades, de las cuales se fueron seleccionando las más adecuadas para los niños de 8 a 13 años y adaptando algunas de ellas para que se pueda trabajar en base a su enfermedad. Por otro lado, se añadió ejercicios de respiración encontrado en uno de los libros ya mencionados, la relajación progresiva para niños de Jacobson y los ejercicios físicos del trabajo de Abadía (2010).

Tratamiento cognitivo-conductual y depresión en niños

Según Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009), el objetivo de la terapia se centra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos, es por ello que el programa intenta corregir pensamientos, emociones y conductas erróneas, ya que la situación de enfermedad por la que pasan los niños no puede ser cambiada.

Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones

Muchos niños no diferencian emociones como tristeza, aburrimiento o enojo. Por ello uno de los primeros pasos será poder diferenciar y nombrar estas emociones para luego ocuparse de otros aspectos. El uso de caritas dibujadas con acertijos referidos al tipo de expresión y su motivación resulta común a estos fines (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos

Estos son pensamientos que escapan a la voluntad del paciente, que son extremadamente rápidos y poseen una estructura telegráfica. Es por eso que las personas usualmente no se detienen a cuestionarios y los toman como certeros. Estos pensamientos dan lugar a las diversas interpretaciones que cada uno realiza de las situaciones que le toca vivir e influyen en su estado anímico (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta

Para que el paciente participe activamente del tratamiento e incorpore la metodología colaborativa de trabajo, debe ser psicoeducado y entrenado en el reconocimiento de los

nexos entre los factores más importantes que mantienen los trastornos (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

Reestructuración cognitiva

Como en la TCC con adultos, el paso siguiente a la identificación de pensamientos disfuncionales es su auto-cuestionamiento, promoviendo alternativas más flexibles y adaptativas. Con preadolescentes, es posible simplificar e incluir ilustraciones alusivas en los clásicos registros de pensamiento. Con niños más pequeños, se pueden utilizar marionetas caracterizando auto-verbalizaciones positivas ante situaciones estresantes, historietas con globos con textos psicoeducativos o vacíos, para que el paciente los llene, realizar cambios de roles donde el niño caracteriza al personaje o a una situación temida, etc. (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

Estrategias para el control de impulsos

Resultan útiles en los trastornos externalizadores cuando logramos implicar al niño o adolescente en el motivo de consulta. Están orientadas al ejercicio de funciones ejecutivas poco desarrolladas: parar y pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, resolver problemas buscando alternativas, etc. Estos ejercicios suelen vehiculizarse a través de juegos y desafíos que apuntan a despertar el interés y la motivación del niño para enfrentar el problema (Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J., 2009).

Población y Muestra

Se trabajó con 4 unidades de estudio seleccionados intencionalmente en edades de 8 a 13 años en el periodo de noviembre (2016) hasta enero (2017) del área oncológica del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

Características de los Sujetos

Sujeto 1

Niña de 11 años, se encontraba en la fase de tratamiento de la enfermedad, presentaba fatiga como única sintomatología. Los familiares que cuidaban de ella eran su madre y abuela. Según entrevista, la niña presentaba problemas en el vínculo madre-hija.

Sujeto 2

Niño de 13 años, se encontraba en la fase de tratamiento de la enfermedad, presentaba la sintomatología y efectos secundarios como: fatiga, alopecia, náuseas. El familiar que cuidaba de él era su madre, se quedaba con el sujeto por las tardes y noches, ya que en las mañanas salía, el sujeto se quedaba solo durante unas horas. Según entrevista con la madre, la comunicación con el niño empezó a ser más complicada al empezar la enfermedad, por otro lado, se mantiene distraído con los juegos en computadora, y es la única actividad que le gusta realizar durante el tiempo de estadía en el hospital.

Sujeto 3

Niño de 8 años, se encontraba en la fase de diagnóstico de la enfermedad, no presentaba ninguna sintomatología. Los padres eran los que se encontraron con él durante esta primera fase, al entrar a la fase de tratamiento, la tía empezó a cuidar de él también. Durante la entrevista, el niño mencionó no querer preocupar a sus padres por el malestar que en ocasiones sentía.

Sujeto 4

Niña de 12 años, se encontraba en la fase de diagnóstico, sin embargo, el personal de salud continuaba realizando estudios para determinar la enfermedad. Los padres eran los encargados de su cuidado. Sentía dolor en articulaciones y se le dificultaba dormir por las noches.

Estrategia de Recolección de Datos

La recolección de datos empezó en el mes de octubre con una encuesta semiestructurada individual para determinar los problemas psicológicos que presentan los niños en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, previo permiso a uno de los médicos encargados de esa área. Al finalizar esta etapa, se pasó a construir un programa de intervención de acuerdo a los resultados y se buscó el instrumento adecuado para medir los resultados. Durante los meses de noviembre y diciembre se procedió a la aplicación del instrumento en diferentes tiempos durante el tiempo que duro el programa de intervención, asimismo se evaluó antes y después para obtener la respectiva línea base.

Al reunir la información, se pasó a procesar todos los datos, obteniendo los resultados finales dentro de una comparación estadística.

Criterios de Procesamiento de Información

La muestra utilizada fueron 4 sujetos, de los cuales se hicieron diferentes observaciones y evaluaciones en diferentes tiempos durante la línea base y el tratamiento, por ello, para el procesamiento de datos se calificó los instrumentos aplicados, los cuales se vaciaron en una matriz Excel, siendo base para realizar un análisis estadístico ANOVA, se usó la prueba Tukey para poder comparar los datos entre las fases de línea base, intervención y seguimiento de todos los sujetos de la investigación. Seguido de ello, se pasó a realizar los gráficos de acuerdo a los resultados de cada escala.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Descripción de los Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de forma estadística, de acuerdo a cada síntoma de depresión en niños a través de la línea base, intervención y seguimiento.

En las siguientes tablas encontrará:

- a significa Línea base
- b significa Intervención 6
- c significa Intervención 11
- d significa Intervención 16, y
- e significa Seguimiento

Por lo que: $a \geq b$ / $b \geq c$ / $c \geq d$ / $d \geq e$ / $a \geq e$, indica si hubo diferencias significativas en los niveles de depresión entre cada fase.

Tabla 1

Comportamiento de la Respuesta Afectiva en niños con cáncer

Respuesta Afectiva	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	45.00	38.07	10.00	85.00
Intervención 6 (b)	37.50	23.27	15.00	70.00
Intervención 11 (c)	24.66	26.83	4.00	55.00
Intervención 16 (d)	6.33	3.21	4.00	10.00
Seguimiento (e)	5.0	0.00	5.00	5.00
Fuente: Matriz de datos		P = 0.000 (P < 0.05) S.S.		
		a > b / b > c / c > d / d = e / a > e		

En la tabla 1, se muestra una disminución constante de la fase de línea base (a) hasta el final del tratamiento (Intervención 16 [d]), no habiendo una disminución significativa entre las fases de intervención 16 (d) al seguimiento (e).

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área RESPUESTA AFECTIVA.

Tabla 2

Comportamiento de los Problemas Sociales en niños con cáncer

Problemas Sociales	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	45.00	21.98	20.00	70.00
Intervención 6 (b)	25.00	20.41	10.00	55.00
Intervención 11 (c)	21.66	28.86	5.00	55.00
Intervención 16 (d)	16.66	16.07	5.00	35.00
Seguimiento (e)	13.33	14.43	5.00	30.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.034$ ($P < 0.05$) S.S.

 $a > b / b = c / c > d / d = e / a > e$

En la tabla 2, se muestra una disminución significativa entre las fases (a, b) y (c, d), por otro lado, entre las fases (b, c) y (d, e) no existió tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área PROBLEMAS SOCIALES.

Tabla 3

Comportamiento del Autoestima en niños con cáncer

Autoestima	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	39.75	39.24	4.00	85.00
Intervención 6 (b)	18.50	24.47	4.00	55.00
Intervención 11 (c)	15.00	21.70	1.00	40.00
Intervención 16 (d)	2.00	1.73	1.00	4.00
Seguimiento (e)	2.00	1.73	1.00	4.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.023$ ($P < 0.05$) S.S.

 $a > b / b = c / c > d / d = e / a > e$

En la tabla 3, se muestra una disminución significativa entre las fases (a, b) y (c, d), por otro lado, entre las fases (b, c) y (d, e) no existió tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área AUTOESTIMA.

Tabla 4

Comportamiento de la Preocupación por la muerte / salud en niños con cáncer

Preocupación por la muerte/salud	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	39.75	40.70	4.00	95.00
Intervención 6 (b)	29.75	35.59	4.00	80.00
Intervención 11 (c)	24.66	30.74	4.00	60.00
Intervención 16 (d)	27.00	37.51	1.00	70.00
Seguimiento (e)	13.33	18.82	1.00	35.00

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.027$ ($P < 0.05$) S.S.

$a > b / b = c / c = d / d > e / a > e$

En la tabla 4, se muestra una disminución significativa entre las fases (a, b) y (d, e), por otro lado, entre las fases (b, c) y (c, d) no existió tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE/SALUD.

Tabla 5

Comportamiento de los Sentimientos de Culpabilidad en niños con cáncer

Sentimientos de culpabilidad	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	32.50	28.43	15.00	75.00
Intervención 6 (b)	20.00	17.79	5.00	40.00
Intervención 11 (c)	13.66	12.05	1.00	25.00
Intervención 16 (d)	8.00	6.08	4.00	15.00
Seguimiento (e)	12.00	12.12	1.00	25.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.017$ ($P < 0.05$) S.S.

 $a > b / b > c / c > d / d < e / a > e$

En la tabla 5, se muestra una disminución constante de la fase de línea base (a) hasta la intervención 16 (d), habiendo un aumento en los niveles del área entre la fase “d” y “e”.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD.

Tabla 6

Comportamiento de los Depresivos Varios en niños con cáncer

Depresivos varios	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	36.50	35.10	1.00	85.00
Intervención 6 (b)	16.25	17.89	1.00	40.00
Intervención 11 (c)	10.33	9.50	1.00	20.00
Intervención 16 (d)	3.00	1.73	1.00	4.00
Seguimiento (e)	3.00	1.73	1.00	4.00

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.019$ ($P < 0.05$) S.S.

$a > b / b > c / c > d / d = e / a > e$

En la tabla 6, se muestra una disminución constante entre las fases “a” hasta la “d”, por otro lado, en la fase (d, e) no existió tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área DEPRESIVOS VARIOS.

Tabla 7

Comportamiento del Ánimo - Alegría en niños con cáncer

Ánimo – Alegría	Valores Estadísticos			
	Media Aritmética	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Línea base (a)	58.75	43.66	1.00	99.00
Intervención 6 (b)	61.25	39.02	5.00	90.00
Intervención 11 (c)	43.66	42.01	1.00	85.00
Intervención 16 (d)	23.66	35.85	1.00	65.00
Seguimiento (e)	13.33	18.82	1.00	35.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.041$ ($P < 0.05$) S.S.

 $a = b / b > c / c > d / d > e / a > e$

En la tabla 7, se muestra que durante la primera fase (a, b) no existió disminución significativa, sin embargo, a lo largo de las siguientes fases, durante la intervención, entre “b” y “e” si se mostró tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área ÁNIMO – ALEGRÍA.

Tabla 8

Comportamiento de los Positivos Varios en niños con cáncer

Positivos Varios	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	70.00	24.83	40.00	95.00
Intervención 6 (b)	70.00	30.27	25.00	90.00
Intervención 11 (c)	70.00	26.45	40.00	90.00
Intervención 16 (d)	51.66	32.53	20.00	85.00
Seguimiento (e)	56.66	24.66	40.00	85.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.049$ ($P < 0.05$) S.S.

 $a = b / b = c / c > d / d = e / a > e$

En la tabla 8, se observa que durante las fases (a, b), (b, c) y (d, e) no existió diferencia significativa, sin embargo, durante la fase (c, d) si se mostró una disminución.

A pesar que no hubo una diferencia considerable, en general, existió una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área POSITIVOS VARIOS.

Tabla 9

Comportamiento del Total Positivo en niños con cáncer

Total Positivo	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	63.00	38.54	10.00	97.00
Intervención 6 (b)	66.25	38.37	10.00	95.00
Intervención 11 (c)	56.66	41.63	10.00	90.00
Intervención 16 (d)	35.00	43.30	10.00	85.00
Seguimiento (e)	31.66	33.29	10.00	70.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.046$ ($P < 0.05$) S.S.

 $a = b / b > c / c > d / d = e / a > e$

En la tabla 9, se muestra que durante la primera fase (a, b) y la última (d, e) no existió disminución significativa, sin embargo, a lo largo de las siguientes fases, durante la intervención, entre “b” y “d” si se mostró tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área TOTAL POSITIVO.

Tabla 10

Comportamiento del Total Depresivo en niños con cáncer

Total Depresivo	Valores Estadísticos			
	Media	Desviación	Valor	Valor
	Aritmética	Estándar	Mínimo	Máximo
Línea base (a)	37.25	39.54	4.00	90.00
Intervención 6 (b)	20.75	26.67	4.00	60.00
Intervención 11 (c)	15.00	21.70	1.00	40.00
Intervención 16 (d)	3.00	1.73	1.00	4.00
Seguimiento (e)	3.00	1.73	1.00	4.00

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.038$ ($P < 0.05$) S.S.

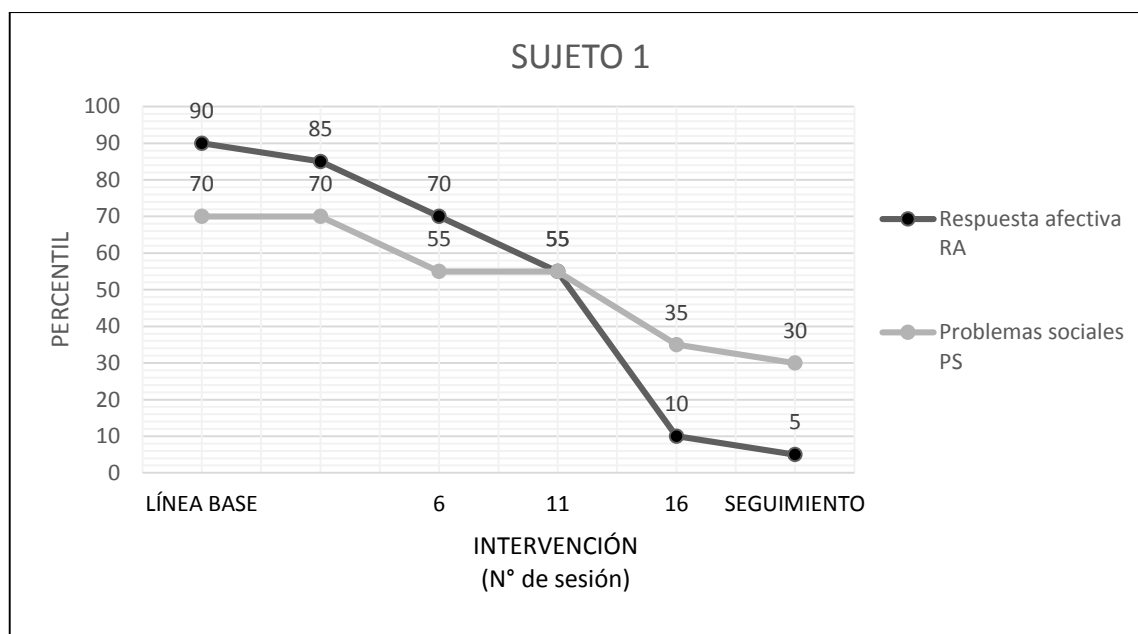
 $a > b / b > c / c > d / d = e / a > e$

En la tabla 10, se muestra que a lo largo de las fases “a” hasta la “d” existió disminución significativa, sin embargo, durante la última fase (d, e) no se mostró tal disminución.

Sin embargo, en general, existe una diferencia significativa entre la fase “a” y “e”, entendiéndose como: una disminución en los niveles de depresión con respecto al área TOTAL DEPRESIVO.

Figura 1

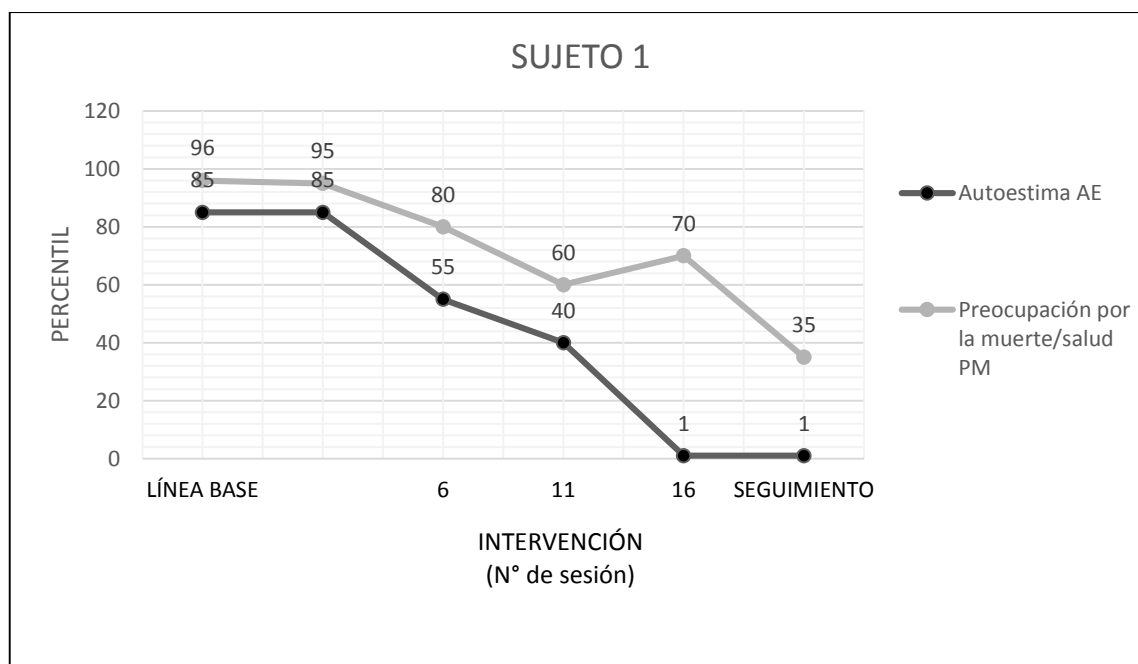
Respuesta afectiva y Problemas sociales en el caso de sujeto 1



La figura 1 nos muestra una disminución constante y considerable en las puntuaciones del área “Respuesta Afectiva”, por otro lado, en el área “Problemas Sociales” existió una disminución en menor medida.

Figura 2

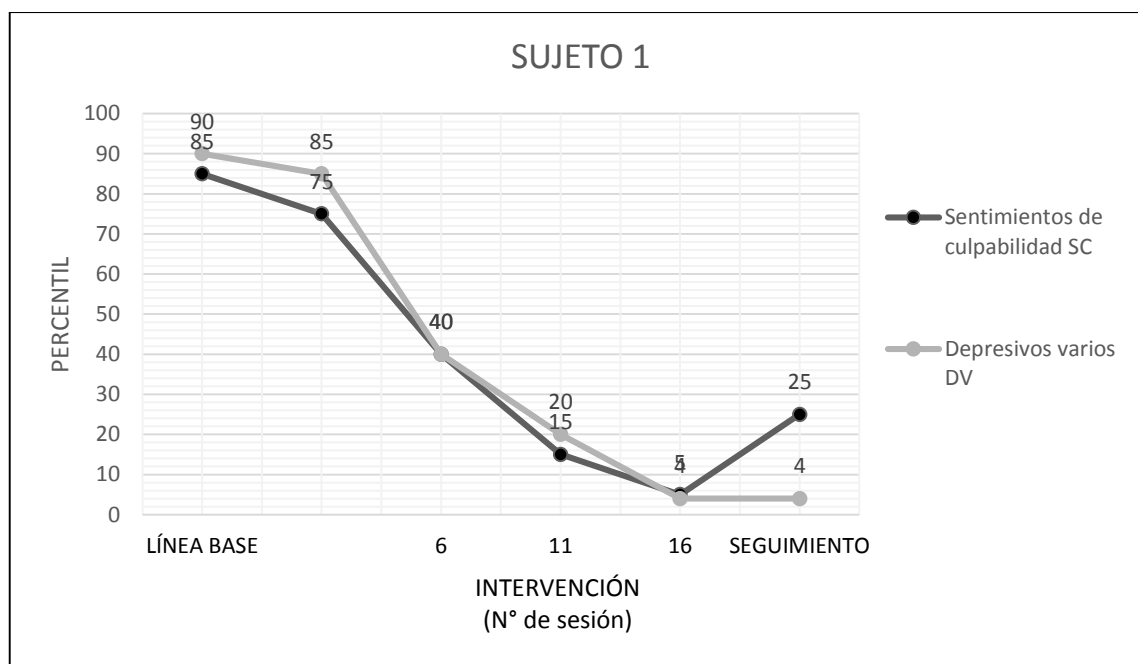
Autoestima y Preocupación por la muerte/salud en el caso de sujeto 1



En la figura 2 se observa una reducción considerable en las puntuaciones del área “Autoestima”, sin embargo, en el área “Preocupación por la muerte/salud” se muestra un aumento al finalizar la intervención, no siendo significativo frente al puntaje inicial.

Figura 3

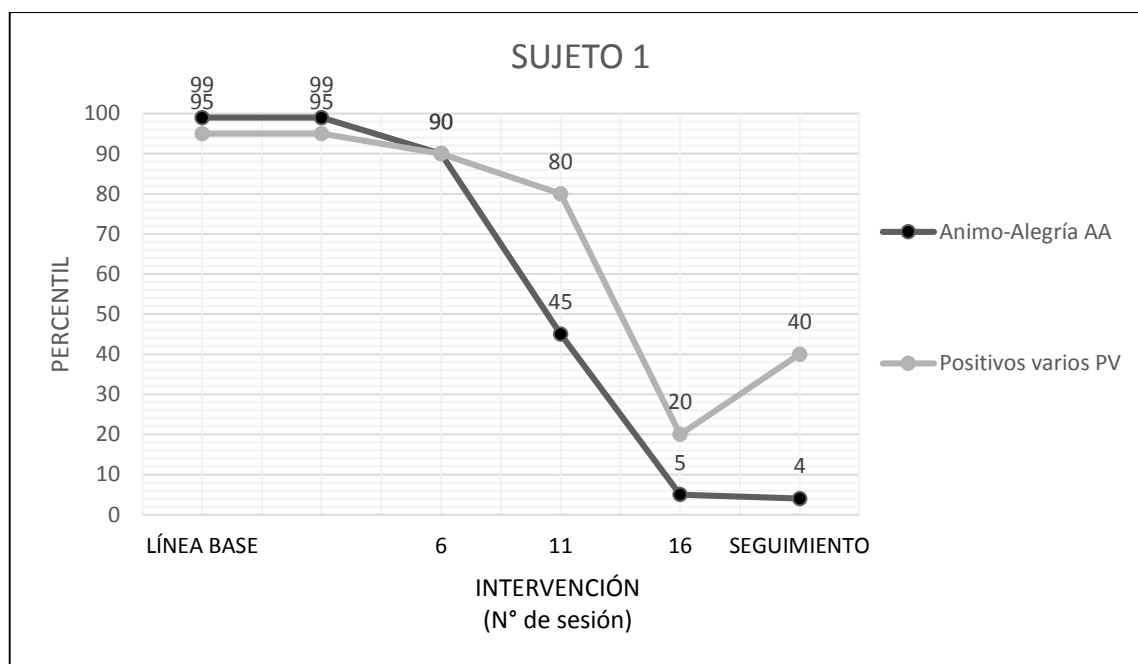
Sentimientos de culpabilidad y Depresivos varios en el caso de sujeto 1



La figura 3 muestra una reducción considerable en el área “Depresivos varios”, mostrando una reducción similar en el área “Sentimientos de culpabilidad”, sin embargo, existió un alza en el puntaje de seguimiento, siendo este aumento no significativo frente al puntaje inicial.

Figura 4

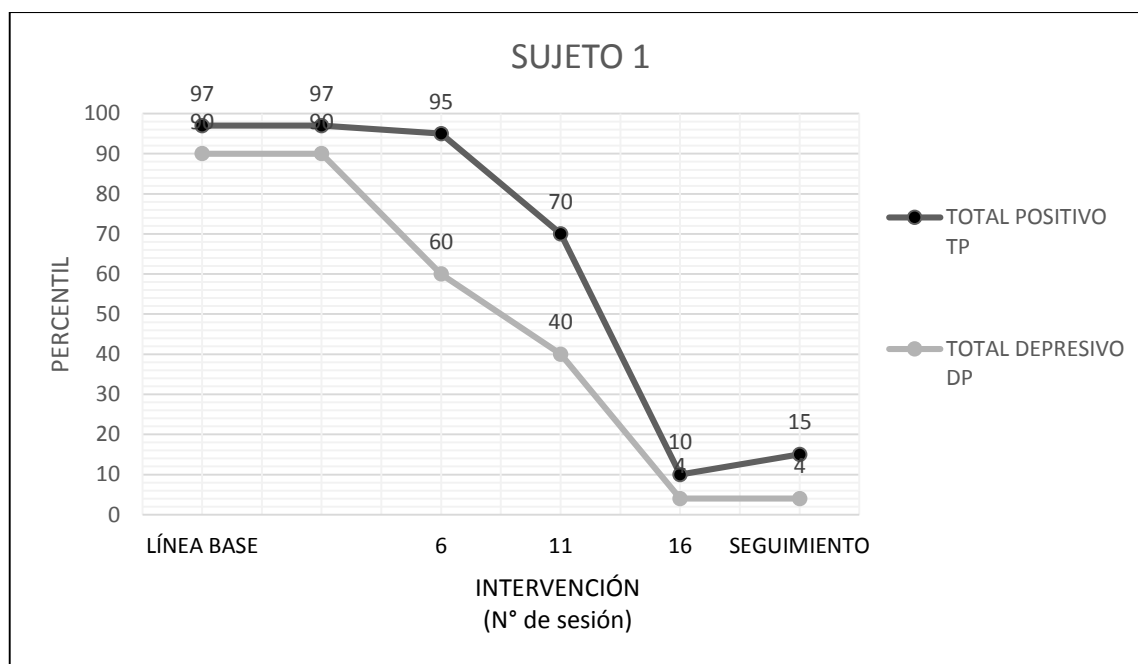
Animo-Alegría y Positivos varios en el caso de sujeto 1



En la figura 4 se muestra una reducción en el área “Ánimo- Alegría”, asimismo en el área “Positivos varios”, sin embargo, se observa un aumento en el puntaje de seguimiento, siendo esta alza no significativa frente al puntaje inicial.

Figura 5

Total positivo y Total depresivo en el caso de sujeto 1

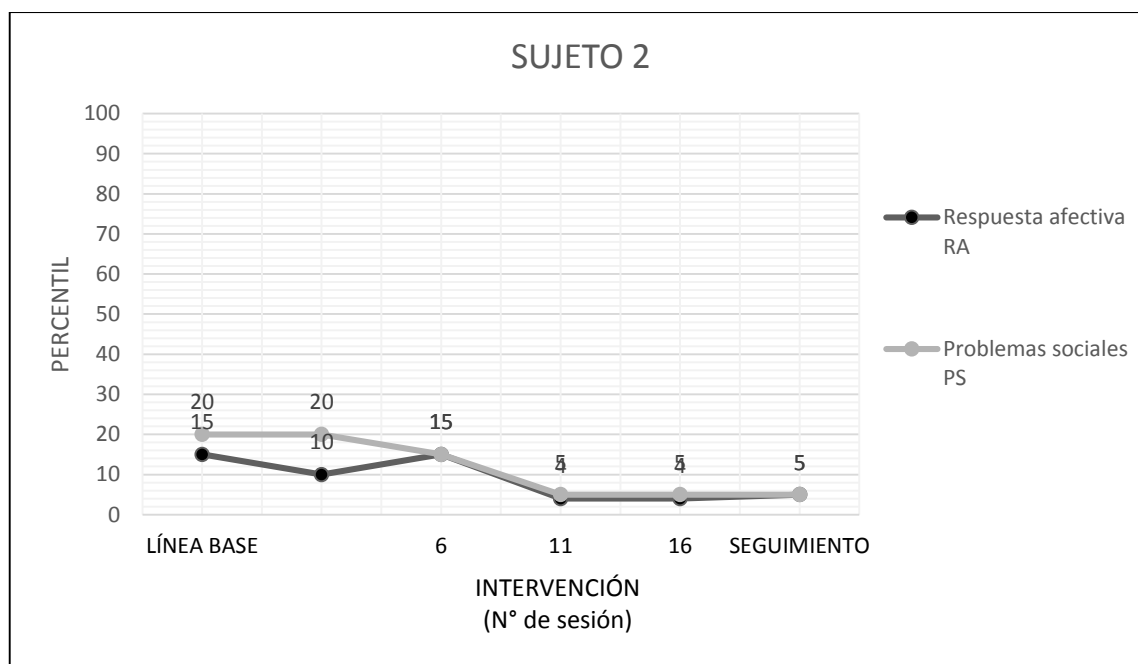


La figura 5 nos muestra los puntajes “Total positivo (TP)” y “Total depresivo (TD)” del sujeto 1, donde se concluye que existió una reducción constante de las puntuaciones del TD y TP, sin embargo, en este último el puntaje en el seguimiento aumentó de forma mínima, siendo no significativo para demostrar la eficacia de la intervención.

Según las figuras 1, 2, 3, 4 y 5, los niveles de depresión en todas las áreas evaluadas, iniciaron elevadas, sin embargo al finalizar la intervención se observó una disminución tales niveles, y en algunas áreas mantuvo esos puntajes a través del tiempo hasta el seguimiento.

Figura 6

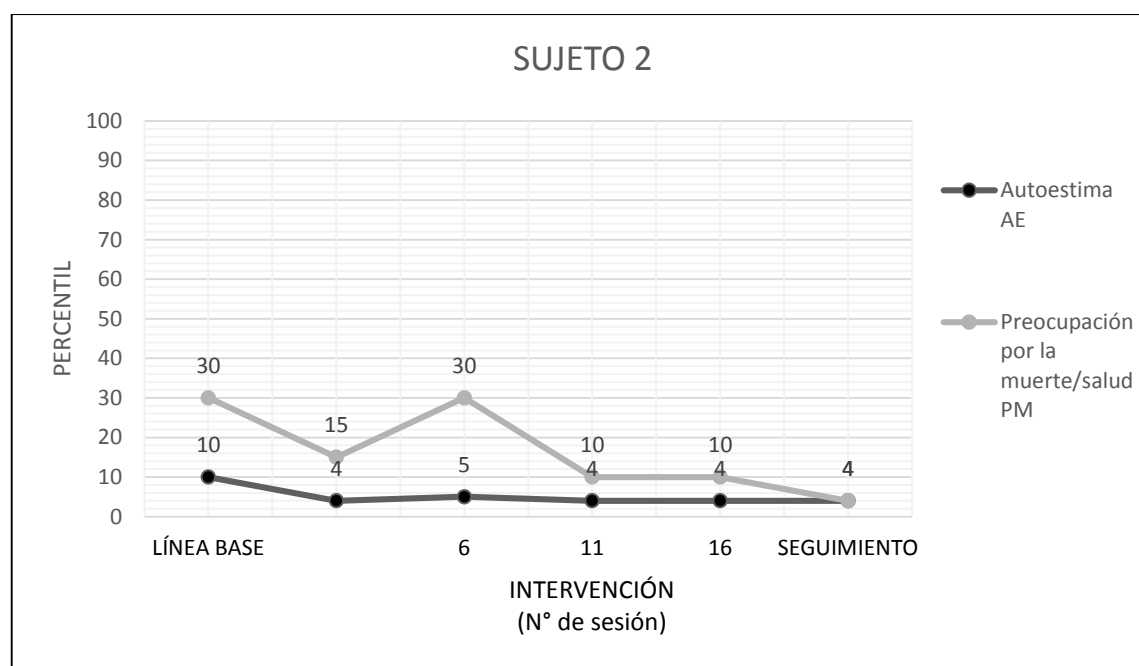
Respuesta afectiva y Problemas sociales en el caso de sujeto 2



La figura 6 nos muestra una disminución constante y considerable en las puntuaciones del área “Problemas Sociales”, por otro lado, en el área “Respuesta Afectiva” existió una disminución poco constante, ya que hubo una elevación en la fase de intervención 6.

Figura 7

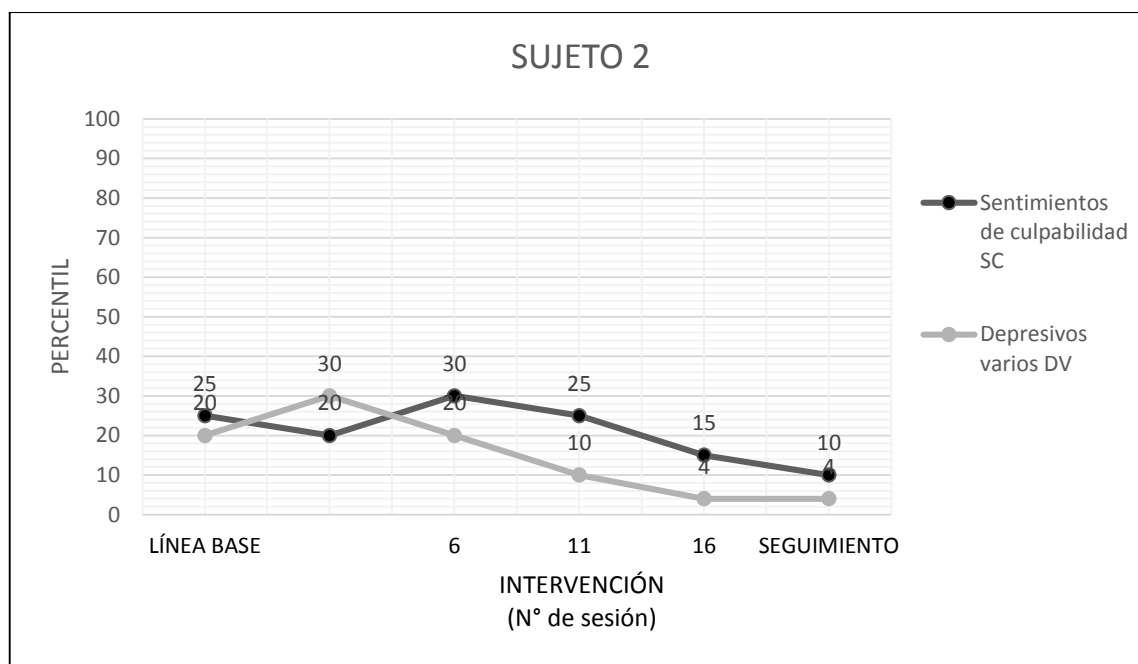
Autoestima y Preocupación por la muerte/salud en el caso de sujeto 2



La figura 7 nos muestra una disminución en las puntuaciones del área “Autoestima”, por otro lado, en el área “Preocupación por la muerte/salud” existió una disminución poco constante, ya que durante la fase de intervención 6, hubo un alza en el puntaje.

Figura 8

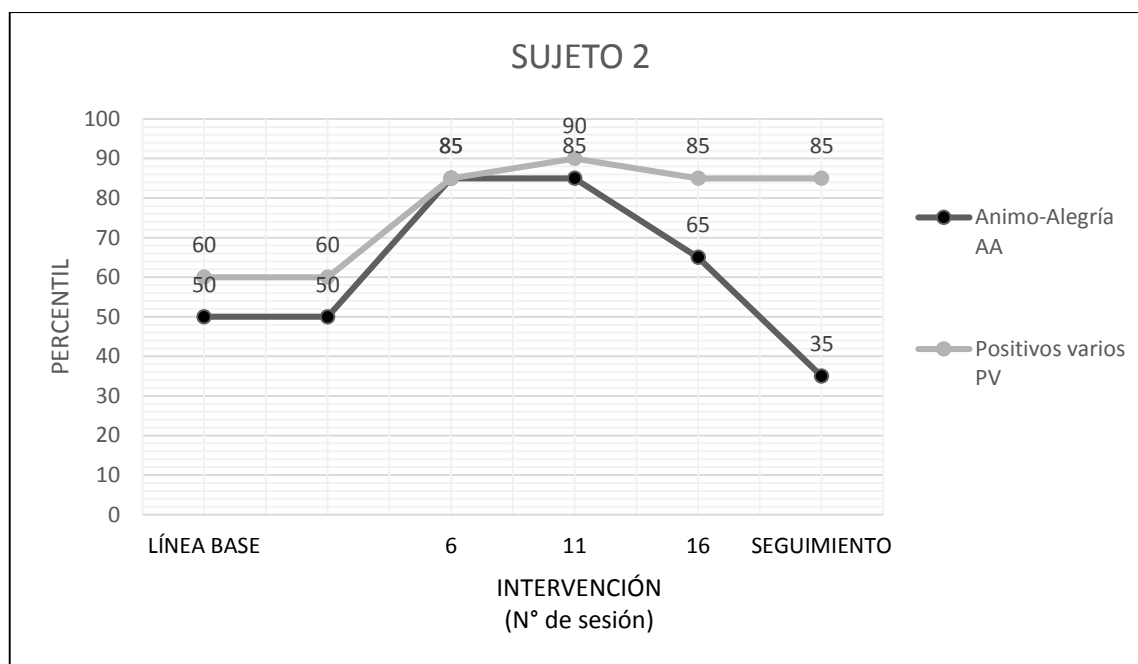
Sentimientos de culpabilidad y Depresivos varios en el caso de sujeto 2



La figura 8 nos muestra una disminución constante desde el inicio de la intervención hasta el final de éste, en las puntuaciones del área “Depresivos Varios”, por otro lado, en el área “Sentimientos de culpabilidad” existió una disminución variable, ya que hubo una elevación en la fase de intervención 6.

Figura 9

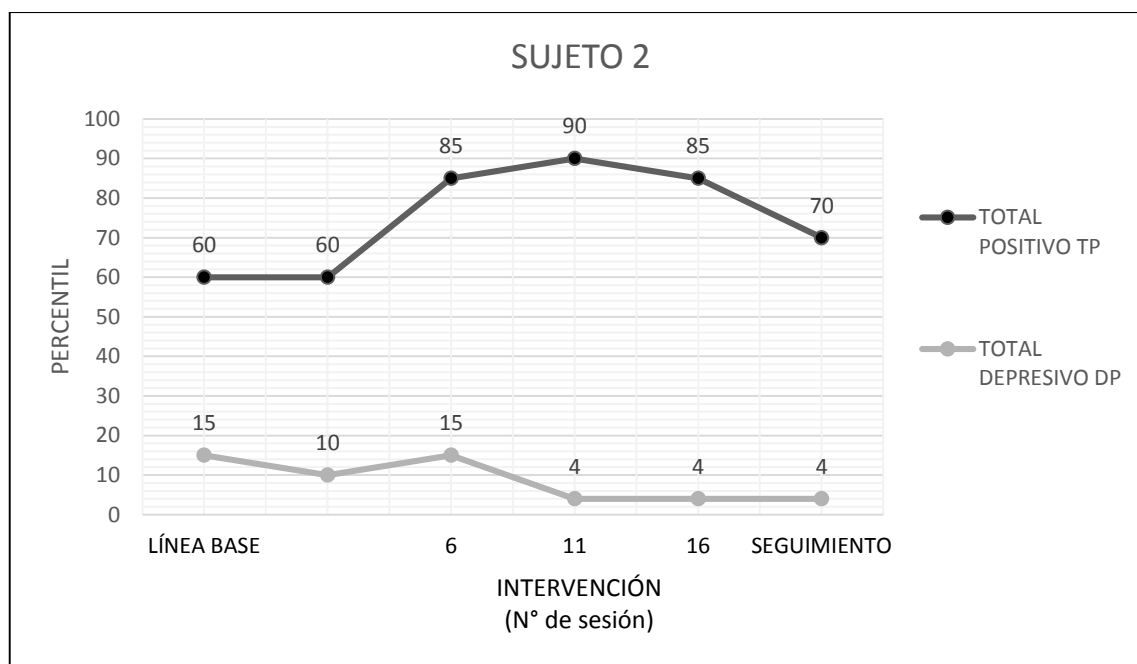
Animo-Alegría y Positivos varios en el caso de sujeto 2



En la figura 9, se muestra como el área “Positivos varios” no reduce su puntuación sino que va en aumento; por otro lado, el área “Ánimo- Alegría” a pesar de tener un alza en el proceso, empieza a reducir su puntuación conforme va avanzando la intervención.

Figura 10

Total positivo y Total depresivo en el caso de sujeto 2

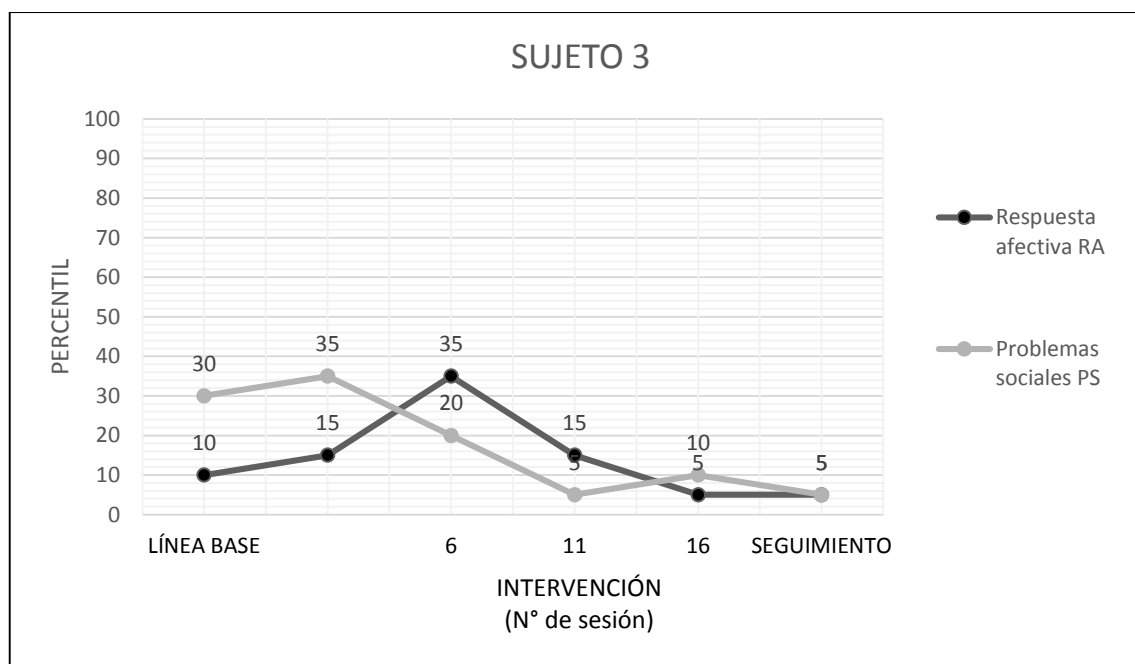


La figura 10 nos muestra los puntajes “Total positivo (TP)” y “Total depresivo (TD)” del sujeto 2, donde se concluye que existió una reducción en las puntuaciones del TD, sin embargo, en el área TP los puntajes fueron en aumento, siendo significativo y demostrando que la intervención no fue efectiva en las áreas que engloba TP en el sujeto 2.

Según las figuras 6, 7, 8, 9 y 10, los puntajes de los niveles de depresión en las áreas evaluadas del sujeto 2 presentaron varias inconsistencias, por lo que no se puede afirmar que la intervención fue beneficiosa para el sujeto 2.

Figura 11

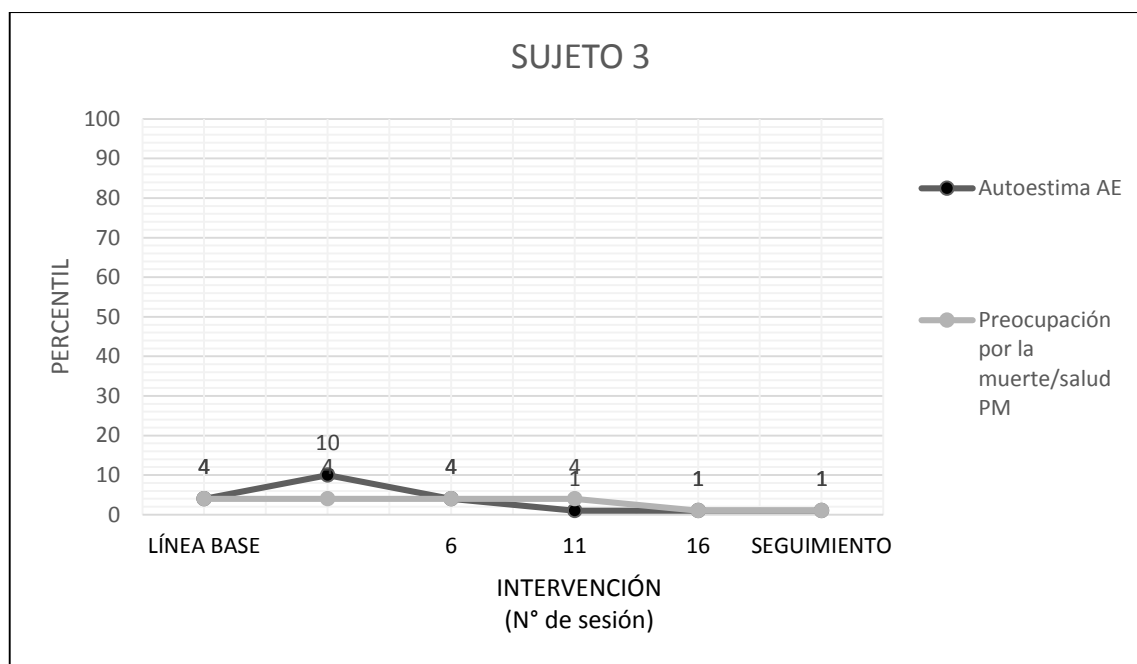
Respuesta afectiva y Problemas sociales en el caso de sujeto 3



La figura 11 muestra una reducción de los puntajes en el área “Problemas sociales”, mostrando una leve alza al final de la intervención (16); por otro lado, se observa una reducción en el área “Respuesta afectiva”, sin embargo, existió un alza significativa que fue reduciéndose hasta concluir la intervención.

Figura 12

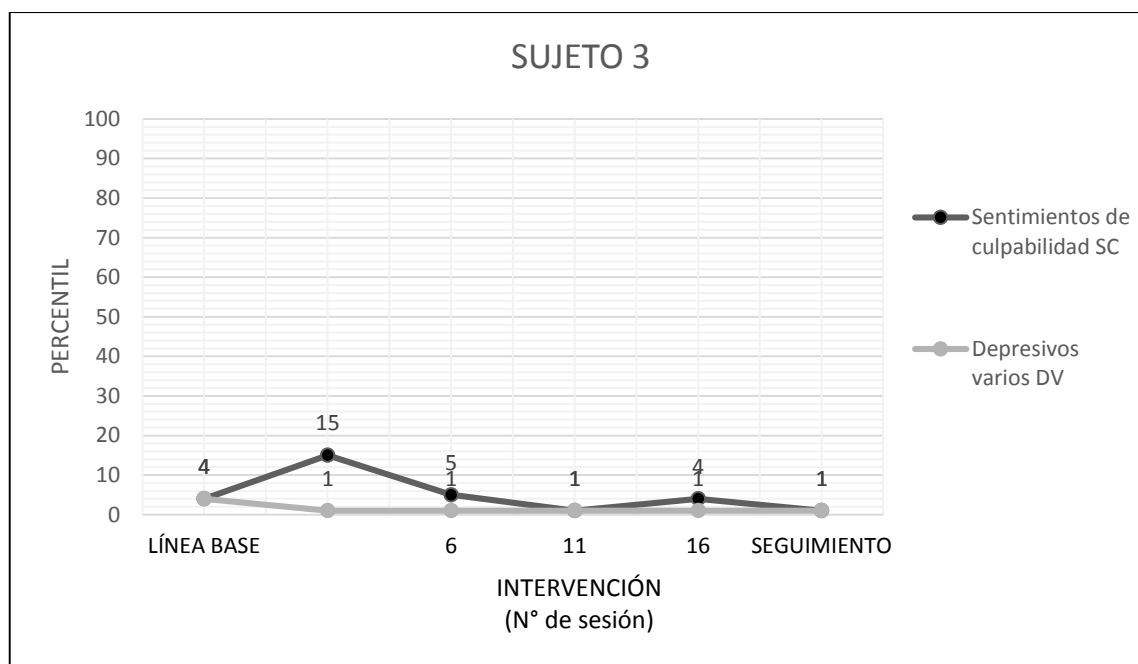
Autoestima y Preocupación por la muerte/salud en el caso de sujeto 3



La figura 12 muestra que el sujeto 3 no presentó niveles elevados de depresión en las áreas “Autoestima” y “Preocupación por la muerte/salud”, estas áreas mantuvieron una puntuación casi constante y no elevada.

Figura 13

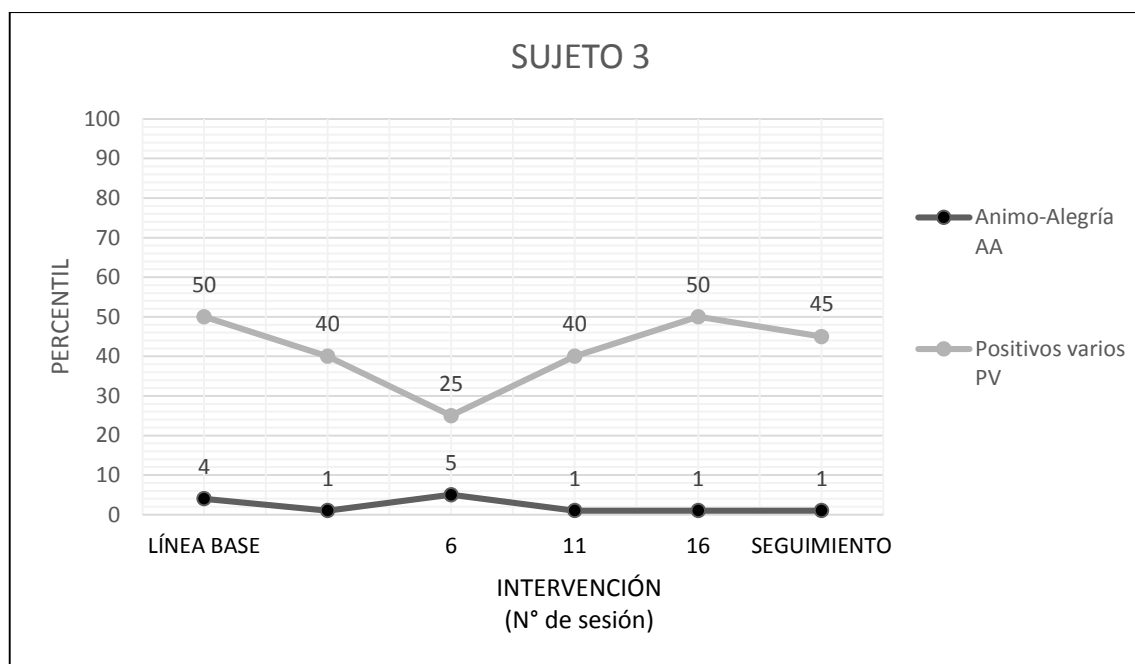
Sentimientos de culpabilidad y Depresivos varios en el caso de sujeto 3



La figura 13 muestra que el sujeto 3 no presentó niveles elevados de depresión en las áreas “Sentimientos de culpabilidad” y “Depresivos varios”, estas áreas mantuvieron una puntuación casi constante y no elevada.

Figura 14

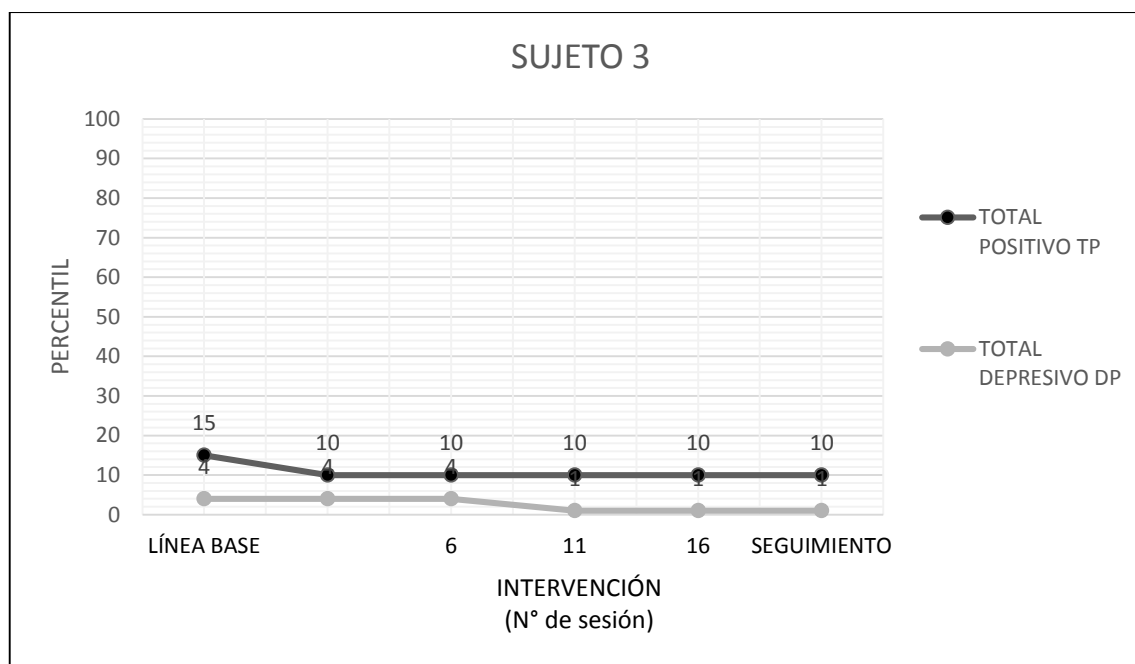
Animo-Alegría y Positivos varios en el caso de sujeto 3



La figura 14 muestra una reducción de los puntajes en el área “Positivos varios”, sin embargo, se observa un alza durante la intervención 11 y 16, volviendo a los puntajes iniciales; por otro lado, se observa que en el área “Ánimo- Alegría” existió un puntaje bajo y constante que demostró que el sujeto 3 no presentaba problemas en esta área.

Figura 15

Total positivo y Total depresivo en el caso de sujeto 3

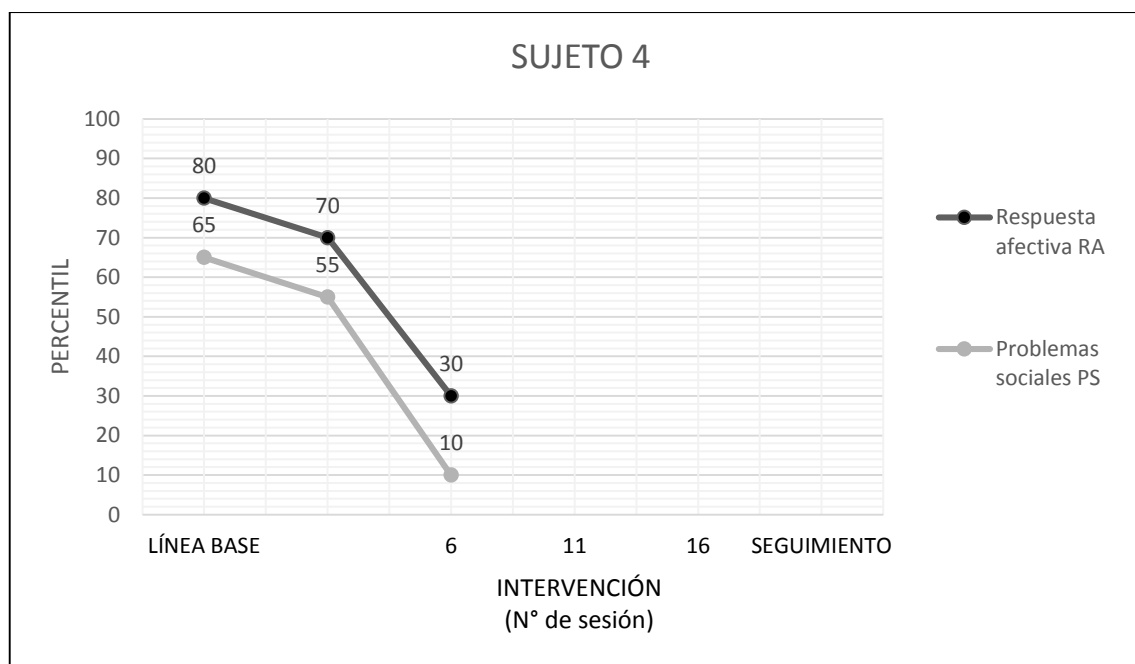


La figura 15 nos muestra los puntajes “Total positivo (TP)” y “Total depresivo (TD)” del sujeto 3, donde se concluye que existieron puntuaciones bajas y constantes del TD y TP.

Según las figuras 11, 12, 13, 14 y 15, se puede afirmar que a pesar que los puntajes de inicio se encontraron por debajo de la media, es decir, el sujeto no presentaba un nivel alto de depresión, se pudo reducir esos puntajes a otros más bajos, siendo la intervención beneficiosa para algunas áreas medidas en el sujeto 3.

Figura 16

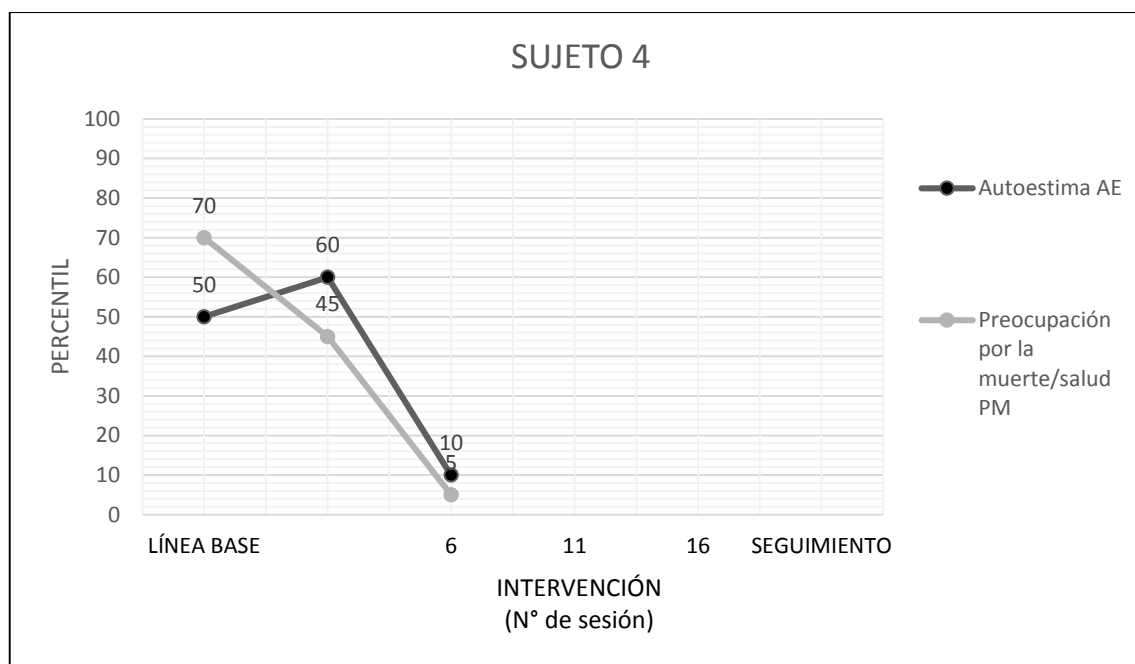
Respuesta afectiva y Problemas sociales en el caso de sujeto 4



La figura 16 muestra una reducción considerable en los puntajes de las áreas “Respuesta afectiva” y “Problemas sociales”.

Figura 17

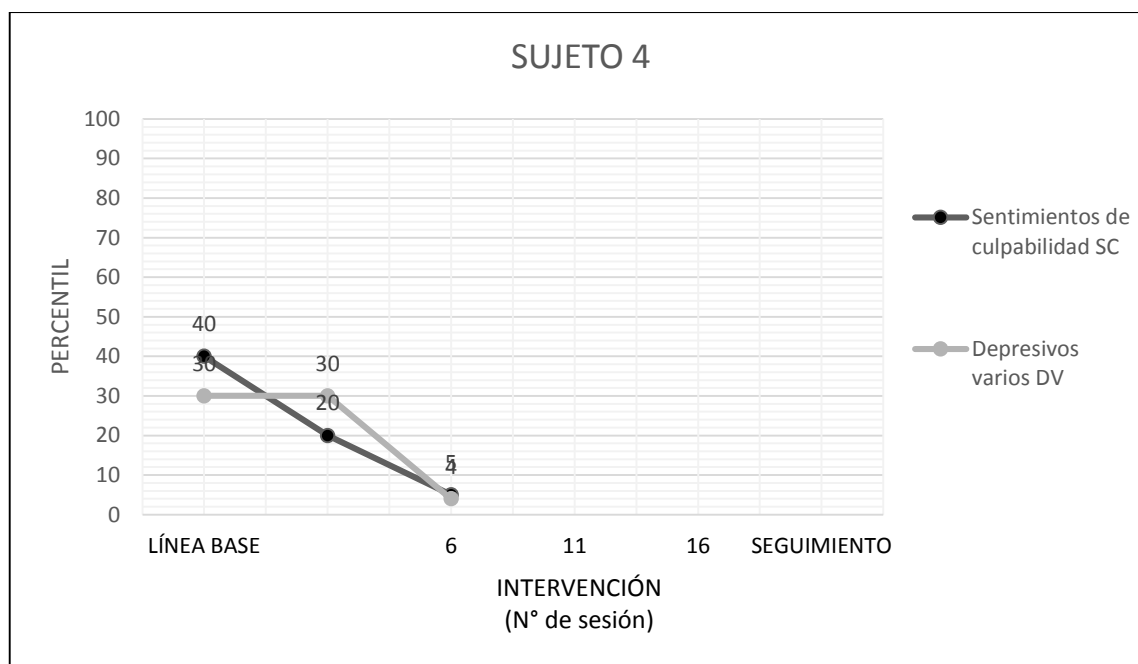
Autoestima y Preocupación por la muerte/salud en el caso de sujeto 4



La figura 17 muestra una reducción de los puntajes en el área “Preocupación por la muerte/salud” y “Autoestima”, sin embargo, en esta última, se observa que durante la segunda línea base, hubo un alza, siendo esta no significativa para el puntaje de la intervención 6.

Figura 18

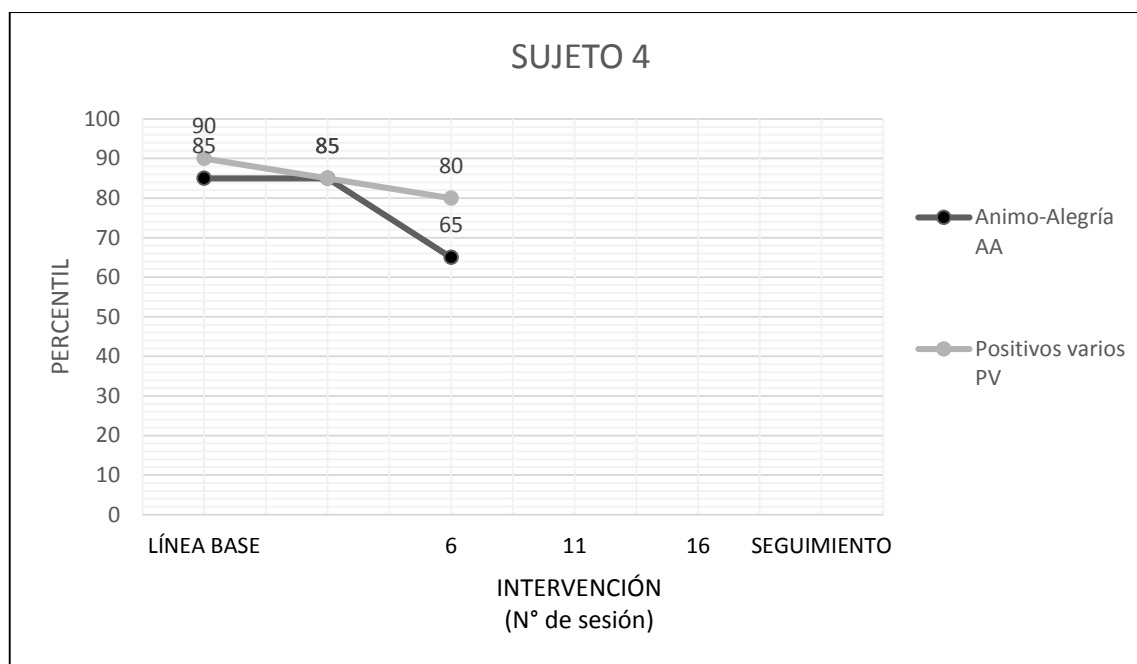
Sentimientos de culpabilidad y Depresivos varios en el caso de sujeto 4



La figura 18 muestra una reducción considerable de los puntajes en el área “Sentimientos de culpabilidad” y “Depresivos varios”.

Figura 19

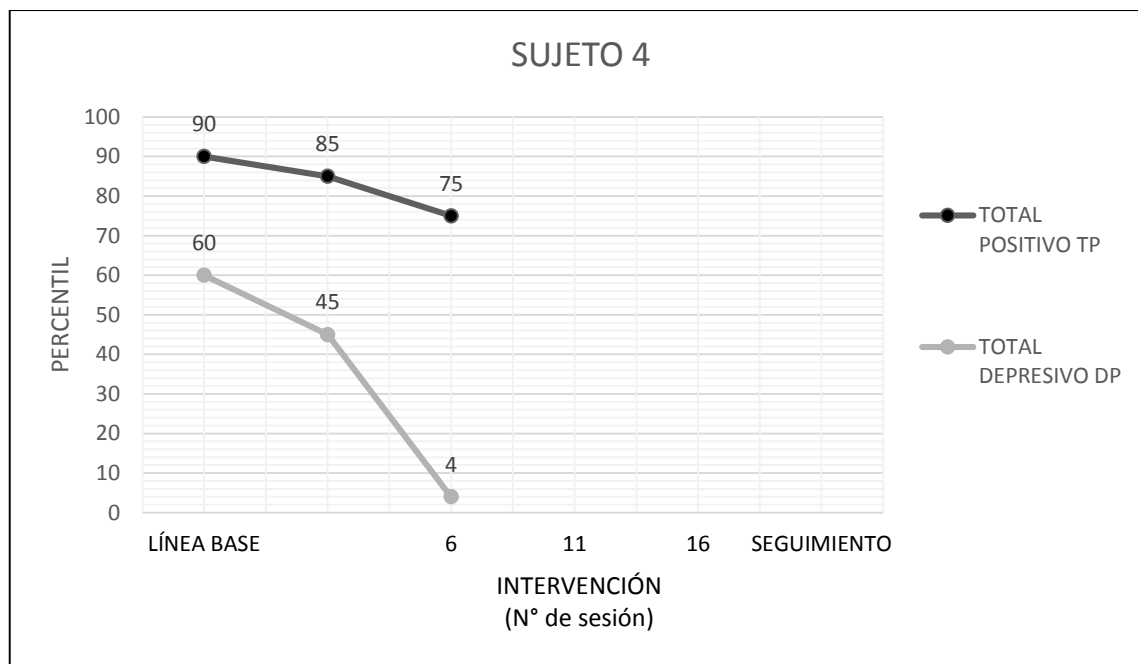
Animo-Alegría y Positivos varios en el caso de sujeto 4



Según la figura 19, los puntajes de las áreas “Ánimo- Alegría” y “Positivos varios” se redujeron en menor proporción que las demás áreas en el sujeto 4, sin embargo, tal reducción es considerable.

Figura 20

Total positivo y Total depresivo en el caso de sujeto 4



La figura 20 nos muestra los puntajes “Total positivo (TP)” y “Total depresivo (TD)” del sujeto 4, donde se concluye que las puntuaciones en ambas áreas se redujeron considerablemente, sobre todo en el “TD”.

Según las figuras 16, 17, 18, 19 y 20, se puede afirmar que a pesar que el sujeto 4 no logro conluir con la intervención, los niveles de depresión se redujeron notablemente en algunas áreas.

Tabla 11

Porcentaje diferencial entre línea base y seguimiento en el sujeto 1

Sujeto 1	Línea Base	Seguimiento	Porcentaje
Respuesta afectiva	90	5	94,4%
Problemas sociales	70	30	57,14%
Autoestima	85	1	98,82%
Preocupación por la muerte/salud	96	35	63,54%
Sentimientos de culpabilidad	85	25	70,59%
Depresivos varios	90	4	95,56%
Animo-Alegría	99	4	95,96%
Positivos varios	95	40	57,89%
TOTAL POSITIVO	97	15	84,54%
TOTAL DEPRESIVO	90	4	95,56%

Según la tabla 11, se puede inferir que las sub-escalas: Respuesta afectiva, Autoestima, Depresivos varios y Animo-Alegría fueron las que recibieron mayor impacto con la intervención, reduciendo sus niveles en más de un 90%, seguido de las sub-escalas: Sentimientos de culpabilidad (70, 59%), Preocupación por la muerte/salud (63,54%), Positivos varios (57, 89%) y Problemas sociales (57,14%).

Tabla 12

Porcentaje diferencial entre línea base y seguimiento en el sujeto 2

Sujeto 2	Línea Base	Seguimiento	Porcentaje
Respuesta afectiva	15	5	66,67%
Problemas sociales	20	5	75%
Autoestima	10	4	60%
Preocupación por la muerte/salud	30	4	86,67%
Sentimientos de culpabilidad	25	10	60%
Depresivos varios	20	4	80%
Animo-Alegría	50	35	30%
Positivos varios	60	85	-41,67%
TOTAL POSITIVO	60	70	-16,67%
TOTAL DEPRESIVO	15	4	73,33%

Según la tabla 12, las sub-escalas: Preocupación por la muerte/salud (86,67%), Depresivos varios (80%) son las que presentan mayor diferencia entre la línea base y el seguimiento. Sin embargo en el sujeto 2, se pudo observar que en la sub-escala Positivos varios se presentó una diferencia negativa (- 41,67%) que nos indica que la intervención no fue exitosa en este aspecto.

Tabla 13

Porcentaje diferencial entre línea base y seguimiento en el sujeto 3

Sujeto 3	Línea Base	Seguimiento	Porcentaje
Respuesta afectiva	10	5	50%
Problemas sociales	30	5	83,33%
Autoestima	4	1	75%
Preocupación por la muerte/salud	4	1	75%
Sentimientos de culpabilidad	4	1	75%
Depresivos varios	4	1	75%
Animo-Alegría	4	1	75%
Positivos varios	50	45	10%
TOTAL POSITIVO	15	10	33,33%
TOTAL DEPRESIVO	4	1	75%

Dentro de la tabla 13 encontramos que la sub-escala Problemas sociales (83,33%) fue el área que mayor impacto recibió de la intervención, seguido de las sub-escalas: Autoestima, Preocupación por la muerte/salud, Depresivos varios y Ánimo-Alegría (75%), y por último, Positivos varios (10%), siendo esta ultima la menos beneficiada.

Tabla 14

Porcentaje diferencial entre línea base y seguimiento en el sujeto 4

Sujeto 4	Línea Base	Intervención	Porcentaje
Respuesta afectiva	80	30	62,5%
Problemas sociales	65	10	84,62%
Autoestima	50	10	80%
Preocupación por la muerte/salud	70	5	92,86%
Sentimientos de culpabilidad	40	5	87,5%
Depresivos varios	30	4	86,67%
Animo-Alegría	85	65	23,53%
Positivos varios	90	80	11,11%
TOTAL POSITIVO	90	75	16,67%
TOTAL DEPRESIVO	60	4	93,33%

De acuerdo a la tabla 14, se puede concluir que los porcentajes diferenciales del sujeto 4 fueron elevados, siendo las sub-escalas de Preocupación por la muerte/salud (92,86%), Sentimientos de culpabilidad (87,5%), Depresivos varios (86,67%), Problemas sociales (84,62%) y Autoestima (80%), las que tuvieron mayor impacto gracias a la intervención; siendo Ánimo-Alegría (23,53%) y Positivos varios (11,11%) las que obtuvieron porcentajes más bajos, lo cual significa que la intervención no logró su objetivo con ambas sub-escalas.

Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue disminuir los niveles de depresión al aplicar el programa de intervención psicológica basado en técnicas cognitivo-conductuales en niños y niñas con cáncer.

La investigación buscó aplicar el programa de intervención psicológica a los niños y niñas con cáncer, en los cuales se encontró niveles de depresión que debían disminuirse.

Asimismo, se investigó la importancia del diseño caso único ya que la población a la que se buscó acceder era pequeña; y al mismo tiempo, diseño A-B, donde se pueda ver la diferencia significativa entre una línea base y el tratamiento a través del tiempo.

El análisis de los resultados permitió corroborar la hipótesis planteada, donde la intervención psicológica si presentó un efecto positivo en la disminución de los niveles de depresión en los niños y niñas con cáncer. Tal resultado es punto de inicio para un importante avance en el ámbito de bienestar psicológico en los niños y niña con cáncer. Por otro lado, no se debe olvidar la individualidad de cada niño y niña, por lo que existen otros factores, como el ambiente, la familia, el personal sanitario, el tratamiento, la información, no estudiados que también intervienen en el bienestar psicológico de cada uno de ellos.

Tal como lo dijo Alonso, C. y Bastos, A. (2011), “en el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico”, lo cual se observó durante el tiempo que se trabajó con los sujetos, tal malestar se vio durante los procesos de diagnóstico, pero sobretodo destaco durante el proceso de tratamiento.

Méndez (2004, 2011) dio un gran aporte al presentar las necesidades emocionales de los niños con cáncer, asimismo dando estrategias para poder suplir dichas necesidades, gracias

a ello dentro de la presente investigación se pudo encontrar con facilidad aspectos a trabajarse con los sujetos y cómo hacerlo.

El apoyo emocional del que habla Méndez (2004) se trabajó dentro del programa con la ayuda de su libro *“El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil”* (2011) y el libro de Bunge, Gomar y Mandil (2009) *“Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos”*; se enseñó al niño la relación entre su conducta, pensamientos y emociones, detectar las emociones positivas y negativas, aprender a diferenciar las situaciones en las que pueden sentir ciertas emociones y como cambiar ciertos pensamientos y emociones a pesar de presentarse una situación difícil. Asimismo, en el programa se incluyó a los padres que ayudaron a evitar su soledad y a sentirse apoyados y amados.

Al trabajar con niños no solo podemos centrarnos en el aspecto emocional sino también en el aspecto físico-corporal, el cual se ve muy afectado al encontrarse hospitalizados o limitándose a realizar actividades físicas cuando vuelven a casa. Méndez (2004) nos habla sobre la poca energía y fatiga que pueda sentir el paciente, es por ello que dentro del programa se incluyó: respiración y relajación sobre todo para evitar la ansiedad que presentan al sentirse aburridos en cama; y actividad física, tales actividades ayudaron a los sujetos a sentirse más activos y a sociabilizar con sus compañeros, asimismo, se observó que los ayudo a sentirse mejor consigo mismos y a dejar de preocuparse por lo que no pueden hacer.

Tal como Cardozo y Contreras (2007) señalan “es recomendable enseñar al niño a planificar las actividades que debe realizar según su prioridad, para lograr conservar sus energías y reducir su cansancio”, se observó que los niños en la investigación mostraron una predisposición a esperar listos y con energía para realizar las actividades que se les

pedía, se notó que le daban prioridad e importancia a lo que iban aprendiendo con el programa de intervención.

Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos y Urbano (2008) hablaron sobre el impacto psicológico del cáncer y tratamiento del mismo; señalaron los resultados de diferentes estudios, unos indicaban que los niños con cáncer sufren niveles elevados de ansiedad-depresión y una baja autoestima; y otros que, comparados con niños de su edad sin problemas de salud, suelen presentar niveles equiparables o incluso inferiores a ellos. En la presente investigación no comparamos resultados con otros niños sin cáncer, sin embargo pudimos observar que los resultados de niveles de depresión variaron en los 4 sujetos estudiados: algunos presentaron niveles altos y otros inferiores. Se cree que la variabilidad de puntajes durante la línea base se debieron a agentes del ambiente con los que convivían los sujetos cada día (ejemplo: su estado de salud, los efectos secundarios de los tratamientos médicos, la familia, etc.)

Cada niño, gracias a la intervención realizada, disminuyó la mayoría de sus puntajes hasta lo más mínimo en niveles de depresión. Por ejemplo: el sujeto 4 no concluyó con la intervención, sin embargo, los puntajes recolectados fueron suficientes para ver que la intervención tuvo efectos positivos en él.

Durante la investigación se puso a prueba aportes como el que dio Vance y Eiser (2004) acerca de las conductas de los padres y el afrontamiento del niño a la enfermedad, y se vio que los niños que recibían más apoyo, tiempo y acompañamiento se sintieron con más ganas para trabajar, a pesar de ello, los resultados no corroboraron si tales conductas y apoyo por parte de los padres era de suma importancia durante el tiempo de la intervención. Sin embargo, abrió un paso más hacia otras investigaciones en este tema.

En la actualidad existen pocos trabajos de investigación sobre intervenciones aplicadas a disminuir niveles de depresión en niños con cáncer y/o alguna otra enfermedad crónica, es por ello que se espera que este trabajo impulse a trabajar más en torno a este tema; de la misma manera que impulse a trabajos sobre la importancia de la familia en el proceso de diagnóstico y tratamiento de los niños.



Conclusiones

PRIMERA: Los niveles de depresión disminuyeron debido a la administración del programa terapéutico basado en la orientación cognitivo-conductual, por lo tanto, la hipótesis planteada ha sido comprobada.

SEGUNDA: Se comprobó que el programa de intervención cognitivo- conductual es efectivo trabajando con niños y niñas con cáncer entre las edades de 8 a 13 años.

TERCERA: En general, los resultados mostraron una diferencia significativa, entre los valores de línea base y el final de la intervención, en la reducción de los niveles de depresión.

CUARTA: Los efectos positivos logrados se mantuvieron a través del tiempo en un proceso de seguimiento de una semana.

QUINTA: Las áreas en las que se tuvo mayor efecto fueron “Respuesta afectiva”, “Autoestima”, “Preocupación por la muerte/salud”, “Sentimientos de culpabilidad”, “Depresivos varios” y “Ánimo- Alegría”. Por otro lado, las áreas que disminuyeron en menor porcentaje fueron “Positivos Varios” y “Problemas Sociales”. Por lo que la intervención tuvo menor efecto en dichos aspectos.

SEXTA: Resulta altamente efectivo la evaluación del efecto de la variable independiente en el diseño A-B utilizado, demostrando su efectividad y validez en el presente trabajo.

SEPTIMA: La interpretación de los resultados demuestra la individualidad en la mejora de cada sujeto. Presentaron diferentes puntajes en las escalas según el nivel de depresión que presentaban, asimismo, durante la administración del programa terapéutico, esos puntajes variaban de un sujeto a otro a causa del impacto que tuvo en cada uno de ellos.



Sugerencias

PRIMERA: El uso de los diseños caso único y A-B, fue apropiado para la presente investigación, sin embargo, los diseños A-B-A y línea base múltiple también son alternativas para trabajar

SEGUNDA: Se sugiere ampliar las investigaciones en otras edades, aplicar la intervención a niños de edades menores, realizando algunas modificaciones a las fichas (expresarse por dibujos, historietas, títeres, música, fichas para recortar, etc.) para que el trabajo sea más dinámico.

TERCERA: Como parte de la intervención para los niños menores se puede realizar una intervención de respiración, relajación y ejercicios físicos, los cuales se pueden trabajar en equipo con todos los niños del área y los padres de familia, asimismo, verificar los resultados de tal intervención para ver su efectividad.

CUARTA: Realizar otras investigaciones en el tema de la depresión en niños con cáncer para obtener mayor información en este ámbito y se le tome la importancia debida. Asimismo, investigar sobre otros factores que pueden estar afectando el bienestar psicológico de los niños, como: el ambiente hospitalario, el bienestar psicológico de los padres y familiares cercanos, el trato del personal sanitario hacia los niños, etc.

QUINTA: Desarrollar un programa de intervención o consejería a los padres que acompañan a sus hijos, donde ellos puedan expresar sus pensamientos y emociones; asimismo brindarles un espacio donde liberen el estrés causado por la enfermedad misma de sus hijos. Del mismo modo, evaluar su efectividad y como contribuye a la disminución de los niveles de depresión en sus hijos.



Limitaciones

PRIMERA: Al utilizar los diseños de caso único y A-B, la interpretación de los resultados no es consistente y es simple. De la misma forma, debido a que la muestra es pequeña, no se puede generalizar los resultados con toda la población.

SEGUNDA: Al inicio de la investigación, se dificultó encontrar a la población objetivo.

Se logró encontrar en dos instituciones, sin embargo solo una de ellas dio el permiso correspondiente.

TERCERA: En ciertos momentos la intervención se vio interrumpida por los doctores, enfermeras, padres y/o personal de limpieza, debido al cuidado constante que tienen los niños del área de Oncohematología pediátrica.

CUARTA: No se encontraron investigaciones similares, tomando en cuenta a las variables como individuales o su relación, por lo que la información fue escasa y muy difícil de encontrar.

QUINTA: El instrumento utilizado, Children's Depression Scale (CDS), contiene frases que pueden afectar la susceptibilidad de algunos niños, sobre todo en los más pequeños en el rango de edades permitidos en el instrumento mencionado, por otro lado, algunos padres pensaron que no eran frases adecuadas debido al estado en el que se encontraban sus hijos.

Referencias

- Abadía, K. (2010). *Ejercicio físico como parte de la atención de los pacientes oncológicos paliativos* (Tesis de doctorado no publicada). Universidad de Salamanca, España.
Recuperado de <http://docplayer.es/4818495-Universidad-salamanca-ejercicio-fisico-como-parte-de-la-atencion-de-los-pacientes-oncologicos-paliativos.html>
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2 (2), 187-207. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M., Sánchez-Bernardos, M. y Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20 (3), 413-419. Recuperado <http://www.redalyc.org/pdf/727/72720312.pdf>
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. (2ª. Ed.). Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia Editorial.
- Cardozo, L. y Contreras, N. (2007). *Tratamiento psicológico del dolor en niños diagnosticados con cáncer*. Recuperado de

http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portalIG/home_1/recursos/tesis/contenidos/tesis_septiembre/05092007/tratamiento_psicologico_dolor.pdf

Celma, A. (2009). Psicooncología Infantil y Adolescente. *Psicooncología*, 6 (2-3), 285-290. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909220285A/15116>

Cely-Aranda, J., Capafons, A. y Duque Aristizábal, C. (2013). Psicooncología pediátrica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9 (2), 289-304. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67932397004.pdf>

CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer *Actualidades en Psicología*, 20, 22-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1332/133212642002.pdf>

Ibáñez, E. y Baquero, A. (agosto, 2009). Beneficio del apoyo psicosocial a la calidad de vida de niños y niñas enfermos de cáncer: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4 (4), 91-104. Recuperado de https://issuu.com/universidadelbosque/docs/revista_colombiana_enfermeria4-4

Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Pearson Educación.

Lang, M. y Tisher, M. (2014). *CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual*, 8ª. Ed. (Seisdedos, N., adaptador). Madrid: TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978).

Lanzarote, MD. y Torrado, E. (2009). Orientación y psicoterapia familiar en enfermedad crónica. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 457-471. Rcuperado de www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/158/160

McMillan, J. y Schumacher, S. (2006). *Research in Education: Evidence based inquiry*, 5th Ed. Boston: Pearson Education.

Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S. y Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154. Recuperado de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo10.pdf

Méndez, X. (2011). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*, 2ª. Ed. Madrid, España: Pirámide.

Noel, G. (2013). *Síntomas e intervención psicológica en oncopediatría*. Recuperado de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psico.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez*. Washington DC, EE.UU.: OPS. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=28616&Itemid=270&lang=es.

Ortigosa, J., Méndez, X. y 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. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0909220413A/15181>

Palma C. y Sepúlveda F. (2005) *Atención de enfermería en el niño con cáncer*. Revista de Pediatría Electrónica, 2 (2). Recuperado de <http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/9.htm>

Sanz, J. y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Revista de psicooncología*, 1 (1), 3-12. Recuperado de

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo1.pdf

Valencia, A., Flores, A. Y Sánchez, J. (diciembre, 2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista*

Mexicana de Análisis de la Conducta, 32 (2), 179-198. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/smac/article/viewFile/54/56>

Vargas-Mendoza, J. (2009). *Atención psicológica del cáncer infantil*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Recuperado de

http://www.conductitlan.net/atencion_psicologica_del_cancer_infantil.ppt



Anexos

Anexo N°1: Resultados de cada Sujeto Único

Tabla A1

Resultados cuantitativos del sujeto 1

Sujeto 1		Línea Base		Intervención			Seguimiento
				6	11	16	
Respuesta afectiva	RA	90	85	70	55	10	5
Problemas sociales	PS	70	70	55	55	35	30
Autoestima	AE	85	85	55	40	1	1
Preocupación por la muerte/salud	PM	96	95	80	60	70	35
Sentimientos de culpabilidad	SC	85	75	40	15	5	25
Depresivos varios	DV	90	85	40	20	4	4
Animo-Alegría	AA	99	99	90	45	5	4
Positivos varios	PV	95	95	90	80	20	40
TOTAL POSITIVO	TP	97	97	95	70	10	15
TOTAL DEPRESIVO	DP	90	90	60	40	4	4

Tabla A2

Resultados cuantitativos del sujeto 2

Sujeto 2		Línea Base		Intervención			Seguimiento
				6	11	16	
Respuesta afectiva	RA	15	10	15	4	4	5
Problemas sociales	PS	20	20	15	5	5	5
Autoestima	AE	10	4	5	4	4	4
Preocupación por la muerte/salud	PM	30	15	30	10	10	4
Sentimientos de culpabilidad	SC	25	20	30	25	15	10
Depresivos varios	DV	20	30	20	10	4	4
Animo-Alegría	AA	50	50	85	85	65	35
Positivos varios	PV	60	60	85	90	85	85
TOTAL POSITIVO	TP	60	60	85	90	85	70
TOTAL DEPRESIVO	DP	15	10	15	4	4	4

Tabla A3

Resultados cuantitativos del sujeto 3

Sujeto 3		Línea Base		Intervención			Seguimiento
				6	11	16	
Respuesta afectiva	RA	10	15	35	15	5	5
Problemas sociales	PS	30	35	20	5	10	5
Autoestima	AE	4	10	4	1	1	1
Preocupación por la muerte/salud	PM	4	4	4	4	1	1
Sentimientos de culpabilidad	SC	4	15	5	1	4	1
Depresivos varios	DV	4	1	1	1	1	1
Animo-Alegría	AA	4	1	5	1	1	1
Positivos varios	PV	50	40	25	40	50	45
TOTAL POSITIVO	TP	15	10	10	10	10	10
TOTAL DEPRESIVO	DP	4	4	4	1	1	1

Tabla A4

Resultados cuantitativos del sujeto 4

Sujeto 4		Línea Base		Intervención			Seguimiento
				6	11	16	
Respuesta afectiva	RA	80	70	30	-	-	-
Problemas sociales	PS	65	55	10	-	-	-
Autoestima	AE	50	60	10	-	-	-
Preocupación por la muerte/salud	PM	70	45	5	-	-	-
Sentimientos de culpabilidad	SC	40	20	5	-	-	-
Depresivos varios	DV	30	30	4	-	-	-
Animo-Alegría	AA	85	85	65	-	-	-
Positivos varios	PV	90	85	80	-	-	-
TOTAL POSITIVO	TP	90	85	75	-	-	-
TOTAL DEPRESIVO	DP	60	45	4	-	-	-

Anexo N°2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre/madre de familia, mi nombre es Kelly Jazmín Cuba Meza, con DNI N° 71581711, soy bachiller de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María. Actualmente me encuentro llevando a cabo una investigación la cual tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención para la depresión en niños con cáncer.

Su menor hijo ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

- Si usted accede a que su menor hijo sea parte de este estudio, será evaluado y participará de una intervención, dicha intervención constará de 16 sesiones, las cuales se llevarán a cabo entre los meses de noviembre y diciembre.
- El que usted decida que su hijo participe de este estudio no conlleva riesgos para su salud ni su persona debido a que la intervención se basa en una terapia que tiene como objetivo cambiar algunos pensamientos erróneos que, por consiguiente, cambiarán algunas conductas del participante.
- Su menor hijo puede o no beneficiarse directamente por participar en este estudio. El investigador, sin embargo, podrá saber más sobre la efectividad de la intervención para la depresión, y la sociedad en general se beneficiará de este conocimiento. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.
- La participación en este estudio es completamente anónima y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos. La información será analizada por el investigador y no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada niño de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, con DNI N° _____, acepto que mi menor hijo, _____ participe voluntaria y anónimamente en la investigación titulada: “Efecto de una intervención cognitivo-conductual para la depresión en niños con cáncer”, dirigida por la Srta. Kelly Jazmín Cuba Meza, Investigadora Responsable, con DNI N° 71581711, bachiller de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica de Santa María.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto que mi menor hijo sea evaluado y participe de la intervención.

Declaro haber sido informado/a que la participación de mi menor hijo no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a que participe, sin que esto afecte su tratamiento habitual.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por el investigador y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada niño de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

_____ Nombre Participante	_____ Firma	_____ Fecha
_____ DNI N°	_____	_____
_____ Nombre Investigador Responsable	_____ Firma	_____ Fecha
_____ DNI N°	_____	_____

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá contactar a la Srta. Kelly Jazmín Cuba Meza, Teléfono: 054-266029, Celular: 9597446

Anexo N°3: Protocolo de Respuestas de la Escala de Depresión para Niños (CDS-Children's Depression Scale)

C. D. S. PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres.....

Sexo.....Edad.....Fecha de Hoy.....Examinador.....

MARCA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐	☐	☐
32	☐	☐	☐	☐	☐
33	☐	☐	☐	☐	☐
34	☐	☐	☐	☐	☐
35	☐	☐	☐	☐	☐
36	☐	☐	☐	☐	☐
37	☐	☐	☐	☐	☐
38	☐	☐	☐	☐	☐
39	☐	☐	☐	☐	☐
40	☐	☐	☐	☐	☐
41	☐	☐	☐	☐	☐
42	☐	☐	☐	☐	☐
43	☐	☐	☐	☐	☐
44	☐	☐	☐	☐	☐
45	☐	☐	☐	☐	☐
46	☐	☐	☐	☐	☐
47	☐	☐	☐	☐	☐
48	☐	☐	☐	☐	☐
49	☐	☐	☐	☐	☐
50	☐	☐	☐	☐	☐
51	☐	☐	☐	☐	☐
52	☐	☐	☐	☐	☐
53	☐	☐	☐	☐	☐
54	☐	☐	☐	☐	☐
55	☐	☐	☐	☐	☐
56	☐	☐	☐	☐	☐
57	☐	☐	☐	☐	☐
58	☐	☐	☐	☐	☐
59	☐	☐	☐	☐	☐
60	☐	☐	☐	☐	☐
61	☐	☐	☐	☐	☐
62	☐	☐	☐	☐	☐
63	☐	☐	☐	☐	☐
64	☐	☐	☐	☐	☐
65	☐	☐	☐	☐	☐
66	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo N°4: Hoja de Vaciado de Datos de la Escala de Depresión para Niños (CDS-Children's Depression Scale)

PUNTAJES DIRECTOS DE LAS ESCALAS DEL C.D.S.

RA	PS	AE	PM	SC	DV

CALCULO DE LAS PUNTUACIONES DIRECTAS EN AA y PV

Dimensiones Positivas		Valor Constante		Puntajes Directos		Total Cálculo Puntuaciones Directas
AA	=	48	-	()	=	
PV	=	60	-	()	=	

OBTENCIÓN DE LA DIMENSIÓN TOTAL POSITIVO

Puntuación Calculada		Puntuación Calculada		Dimensión Total Positiva (TP)
	+		=	

OBTENCIÓN DE LA DIMENSIÓN TOTAL DEPRESIVO

Puntuaciones Directas										Total Depresivo (DP)		
RA ()	+	PS ()	+	AE ()	+	PM ()	+	SC ()	+	DV ()	=	

OBSERVACIONES.....

.....

.....

Anexo N°5: Hoja de Cuestionario de la Escala de Depresión para Niños (CDS- Children's Depression Scale)

**CUESTIONARIO
NIÑOS**

Nombre: Sexo: (M) (F)
 Edad: Grado: Lugar y fecha:
 Centro Educativo:

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una serie de frases que deseamos que contestas con sinceridad y sin pensarlo demasiado, como si responderías espontáneamente a las preguntas de un amigo.

En cada frase podrás contestar:

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- Muy en desacuerdo

Dependiendo de tu opinión o tu manera de pensar o sentir

Si con lo que dices en la frase estas **MUY DE ACUERDO** llena el círculo debajo de los signos (++)

Si con lo que dice en la frase estas **DE ACUERDO** llena el círculo debajo del signo (+)

Si con lo que dice en la frase **NO ESTAS SEGURO** llena el círculo debajo del signo (+/-)

Si con lo que dice en la frase estas en **DESACUERDO** llena el círculo debajo del signo (-)

Si con lo que dice en la frase estas **MUY DE ACUERDO** llena el círculo debajo de los signos (++)

Ej. ¿Te ocurre lo que dice esta frase?

A- Me siento alegre la mayor parte del tiempo.

A	++	+	+/-	-	--
	●	○	○	○	○

El que ha contestado a esta frase ha señalado que está "MUY DE ACUERDO".

¡NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO!

50. Algunas veces no se por qué me dan ganas de llorar.

51. A menudo siento no ser útil a nadie.

52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.

53. Casi siempre imagino que me hago heridas o que me muero.

54. A veces creo hacer cosas que enferman a mis padres.

55. A menudo me siento mal por no conseguir lo que quiero.

56. Duermo bien durante la noche.

57. Casi todo lo que hago me sale bien.

→

58. Creo que mi vida es desdichada.

59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.

60. A menudo creo no ser tan bueno como quisiera.

61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres.

62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.

63. Tengo muchos amigos.

64. Comparto con mi padre cosas interesantes en mi tiempo libre.

65. Hay mucha gente que se preocupa por mí.

66. A veces creo que tengo dos maneras diferentes de ser.

CUIDADO ¡NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO!

**REVISA SI NO TE FALTA RESPONDER ALGUNA Y
DEVUELVE EL CUADERNILLO Y LA HOJA DE RESPUESTAS.
GRACIAS.**

4

CUESTIONARIO

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento triste en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. A menudo pienso que dejo mal a mis padres.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de las cosas que hago.
-
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría no vivir más.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.
13. Me cando más que otros niños
14. A veces mis padres me hacen pensar que he hecho algo malo.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mis padres me hacen sentir bien por lo que hago
-
17. Siempre deseo hacer muchas en el colegio
18. En el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. Muchas veces no puedo mostrar lo mal que me siento por dentro.
20. Me desagrada mi aspecto o mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.
22. A veces tengo miedo enfadar a mis padres.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
-

**CUIDADO ¡NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO!
PASA A LA OTRA HOJA**

2

25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento infeliz.
27. Muchas veces me siento solo y aislado en el colegio.
28. A menudo me desagrada mi persona.
29. A menudo no tengo ganas de levantarme.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento fastidiado por mis tareas escolares.
32. Me molesto con el que se molesta conmigo.
33. Casi siempre lo paso bien en el colegio.
-
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. A menudo me siento sin vida por dentro.
38. A veces me preocupa no amar a mis padres como es debido.
39. A menudo me preocupa la salud de mi madre.
40. Creo que mis padres están orgullosos de mí.
41. Soy una persona muy feliz
-

42. Cuando estoy fuera de casa no me siento bien.
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si realmente soy malo.
45. Casi siempre me siento cansado en el colegio.
46. Creo que no merezco que me quieran.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo
-

**CUIDADO ¡NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO!
PASA A LA OTRA HOJA**

3

Anexo N°6: Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Depresión en Niños con Cáncer: Sesiones.

SESIÓN N° 01		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Evaluación entrada	Se evaluará mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS). Se tomará la evaluación como un elemento de línea base para confirmar la hipótesis sobre el impacto del programa en la población seleccionada.	25 min.
▪ Introducción	La información brindada sobre el estado de ánimo se dará de forma didáctica, ya que para que haya una mejor comprensión del tema por parte de los niños se requiere de técnicas como el juego; por otro lado, el familiar a cargo debe estar presente para que pueda ayudar con las actividades para “la casa”.	20 min.
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” El objetivo de esta actividad es que el niño o niña aprenda a respirar y relajarse, de forma que, la ansiedad presentada disminuya durante el día. Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2).	5 min.
	Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson, consiste en poner duros los músculos como los de un robot por unos 10 segundos y luego aflojarlos todo lo posible como un muñeco de trapo (Ficha 3).	15 min.
	Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” La actividad física ayuda a mejorar el estado de ánimo de las personas, por lo que en esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños	15 min.

	pueden realizar sentados o parados, pero que serán beneficiosos para su salud (Ficha 4). 1. Actividad: “¿POR QUÉ A MI?” Se le explicará al niño sobre los distintos factores que intervienen en nuestra vida y nuestros problemas, y cuáles son los más importantes y sobre los que tenemos mayor control. Se acompañará de un breve ejercicio para que diferencie entre pensamiento y emoción (Ficha 5).	30 min.
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le explicará al niño que tarea debe realizar durante el día, una vez terminada la sesión. Se le entregará una ficha que tendrá un cuadro en blanco, donde el niño debe anotar todas las cosas positivas que pasó durante el día (Ficha 1).	5 min.
	RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES Se hablará con los padres sobre el apoyo con este programa y la importancia del cambio psicológico que puede ayudar a mejorar su salud física y emocional.	5 min.
	TOTAL	120 min = 2 hrs.
MATERIALES	✓ Fichas de la 1 a la 5 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Plumones y colores ✓ Cinta adhesiva ✓ Papelotes	

SESIÓN N° 02		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2).	5 min.
	Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).	15 min.
	Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	15 min.
	2. Actividad: “LOS CESTOS DE MANZANAS” Se hablará sobre las emociones que sentimos desde las positivas hasta las negativas. Asimismo de sus sinónimos y su medición, por ejemplo: estar triste es menos que estar deprimido. Al entregarle la ficha correspondiente, se leerá las instrucciones (Ficha 6). Se analizará sus respuestas y se verá si hay algo que cambiar, se le explica que es importante que sepa reconocer cuáles son sus emociones y como expresarse de forma adecuada cuando quiera mostrarlas a los demás.	20 min.
	3. Actividad: “ LAS PIEDRAS NO COMEN PIZZA” Se explica la diferencia entre sensaciones y sentimientos. Se pretende que el niño valore esta	20 min.

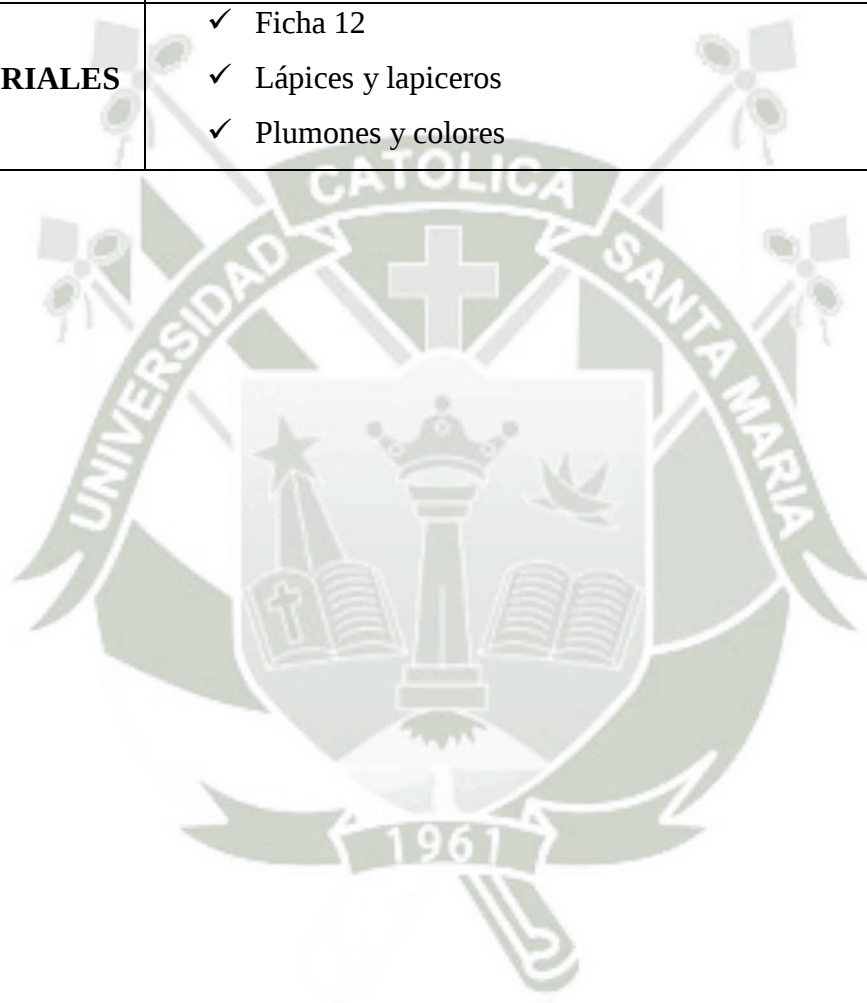
	capacidad para poder sentir sensaciones y sentimientos, ya sean positivos o negativos. Se le entrega la ficha donde se le explica con un ejemplo esta diferencia, y donde hay una lista con palabras que debe dividir en dos categorías: sensaciones o sentimientos (Ficha 7). 4. Actividad: “CADA OVEJA CON SU PAREJA” El niño tendrá que asociar emociones con situaciones, se puede presentar que una situación se una con diversos sentimientos (Ficha 8). De esta forma podremos conocer un poco más al niño y como las situaciones afectan sus diferentes formas de sentir.	20 min.
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento. Se le comentará que cada vez que repasemos esa ficha, vuelva a sentirse como en ese momento.	15 min.
	TOTAL	110 min = 1 hr. 50 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 6 a la 8 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Plumones y colores ✓ Tijeras ✓ Cinta adhesiva o goma en barra	

SESIÓN N° 03		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2). Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3). Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	5 min. 15 min. 15 min.
	2. Actividad: “ ADIVINA, ADIVINANZA” El niño debe aprender a autoobservarse y comunicar sus emociones, muchas veces al intentar expresarse ante un adulto se bloquean, por ello es útil ponerles ejemplos como observadores externos. En esta actividad, ellos deben colocar los sentimientos en un grupo de hechos que a un niño cualquiera le paso (Ficha 9).	20 min.
	3. Actividad: “TERMINA LA FRASE” Se le entrega la ficha, en la cual debe leer cada situación y pensar cómo se sentiría si estuviera en ella, o si alguna vez estuvo en una situación similar, como se sintió (Ficha 10). Hablar sobre la importancia de poder sentir y expresar lo que uno siente, sin ser grosero o muy efusivo.	20 min.

	4. Actividad: “TARTA DE LOS SENTIMIENTOS” - Se le explica al niño sobre las sensaciones gustativas y visuales que tenemos durante el día, y como estas nos hacen desarrollar emociones positivas o negativas. Se le entrega la ficha en la cual habrá un círculo dividido en sentimientos, también se le dará hojas de diferentes colores en las que escribirá las situaciones y las pegará al lado de cada sentimiento (Ficha 11). - Se analizará el color de hoja que uso para los sentimientos positivos y cual para los negativos, igualmente se verá las situaciones colocadas y se conversará sobre cada uno de ellos.	25 min.
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	115 min = 1 hr. 55 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 9 a la 11 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Hojas de colores ✓ Cinta adhesiva o goma en barra	

SESIÓN N° 04		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2).	5 min.
	Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).	15 min.
	Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	15 min.
	2. Actividad: “RELACIONO MI PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA” - Se dará un breve ejemplo de la relación y se explica la importancia de los pensamientos en esta relación. - Después se le dará una ficha con ejemplos de situaciones de la vida diaria que debe completar. - Al finalizar deberá escribir una situación que está pasando y cuáles son sus pensamientos, emociones y conductas con respecto a ella (Ficha 12). - Se revisará la última actividad, y se analizará sus respuestas para comprender cuál es la situación por la que está pasando y ver si sus pensamientos, emociones y conductas son las adecuadas para aquella situación.	60 min.

▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	110 min = 1 hr. 50 min.
MATERIALES	✓ Ficha 12 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Plumones y colores	



SESIÓN N° 5		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2). Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3). Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	5 min. 15 min. 15 min.
	2. Actividad: “INTERROGATORIO DE LA INSPECTORA PESQUISAS” Se describirá una situación sobre lo que le ocurrió a un niño, luego debe responder las preguntas de la inspectora Pesquisas, para poder descubrir la mejor forma de actuar en diversas situaciones (Ficha 13).	20 min.
	3. Actividad: “ MENTE EN BLANCO” El niño debe entender el puente del pensamiento entre el hecho y el sentimiento, para ello se le dará una ficha donde la columna del pensamiento está en blanco, y la situación y el sentimiento están ocupados (Ficha 14). Deberá ponerse en el lugar de la persona que pasa por esa situación.	20 min.
	4. Actividad: “PIENSO, LUEGO SIENTO”	20 min.

	Se le presenta sucesos cotidianos que producen frustración o malestar, para que el niño exprese sus pensamientos y sentimientos (Ficha 15).	
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	110 min = 1 hr. 50 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 13 a la 15 ✓ Lápices y lapiceros	

SESIÓN N° 6		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Evaluación	Se evaluará mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS).	25 min.
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2).	5 min.
	Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).	15 min.
	Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	15 min.
	2. Actividad: “INTERPRETAMOS LO QUE VIVIMOS” - Se explicará sobre la interpretación que podemos darle a diferentes situaciones, reforzaremos la idea de que “El puente del pensamiento es importante”, ya que de lo que pensemos, actuaremos. - Se entregará una ficha con un ejemplo y algunas situaciones, y se le pedirá que pueda escribir sobre la situación actual en la que se encuentra (cáncer) (Ficha 16).	40 min.

▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	110 min = 1 hr. 50 min.
MATERIALES	✓ Ficha 16 ✓ Lápices y lapiceros	



SESIÓN N° 7		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2). Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3). Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	5 min.
		15 min.
		15 min.
	2. Actividad: “YO CREO LO QUE QUIERO CREER” Se da una explicación sobre la costumbre de pensar las cosas de una misma manera e interpretar todo desde esa misma perspectiva, aun cuando no tenemos pruebas de que sea cierto. Estas formas de pensar nos hacen sentir mal, ya que frecuentemente nos equivocamos al pensar. Se describirán algunos ejemplos y se hará una breve actividad, se le dará diversos adjetivos, de los cuales, el niño escogerá cuál o cuáles de ellos van conforme a su verdadero “yo”, luego se le pregunta si él cree que los demás niños piensen de la misma forma (Ficha 17). Se le explicará que no todos pensamos igual y a veces tenemos diferentes conceptos de las cosas y las personas.	20 min.

	3. Actividad: “LOS ANTEOJOS DE LAS CREENCIAS” Las creencias firmes que tenemos sobre nosotros mismos o los demás son como anteojos con los cuales vemos la vida. Por ello se le dirá al niño que pruebe con que lentes mira mejor (material) y que así pueda discernir con cuál de ellos le gustaría ir caminando por la vida, asimismo, se le dirá a qué se refiere cada uno de esos lentes. Se le enseñará una serie de pensamientos, y él tendrá que decir que lentes le corresponde (Ficha 18).	30 min.
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	100 min = 1 hr. 40 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 17 a la 18 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Lentes de sol	

Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).

Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE”

En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).

2. Actividad: “ERROR DEL ADIVINO”

Se le explica al niño que muchas veces erramos “suponer” cosas que realmente no pasaron, y es así como podemos hacer que los demás se alejen de nosotros o sentirnos mal por no estar con nuestros amigos. Se le dará un ejemplo y se le pedirá que cambie la situación, simplemente cambiando el pensamiento en tal ejemplo (Ficha 19).

3. Actividad: “¿ESTO ES UN ASALTO!”

▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	100 min = 1 hr. 40 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 19 a la 20 ✓ Lápices y lapiceros	



Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).

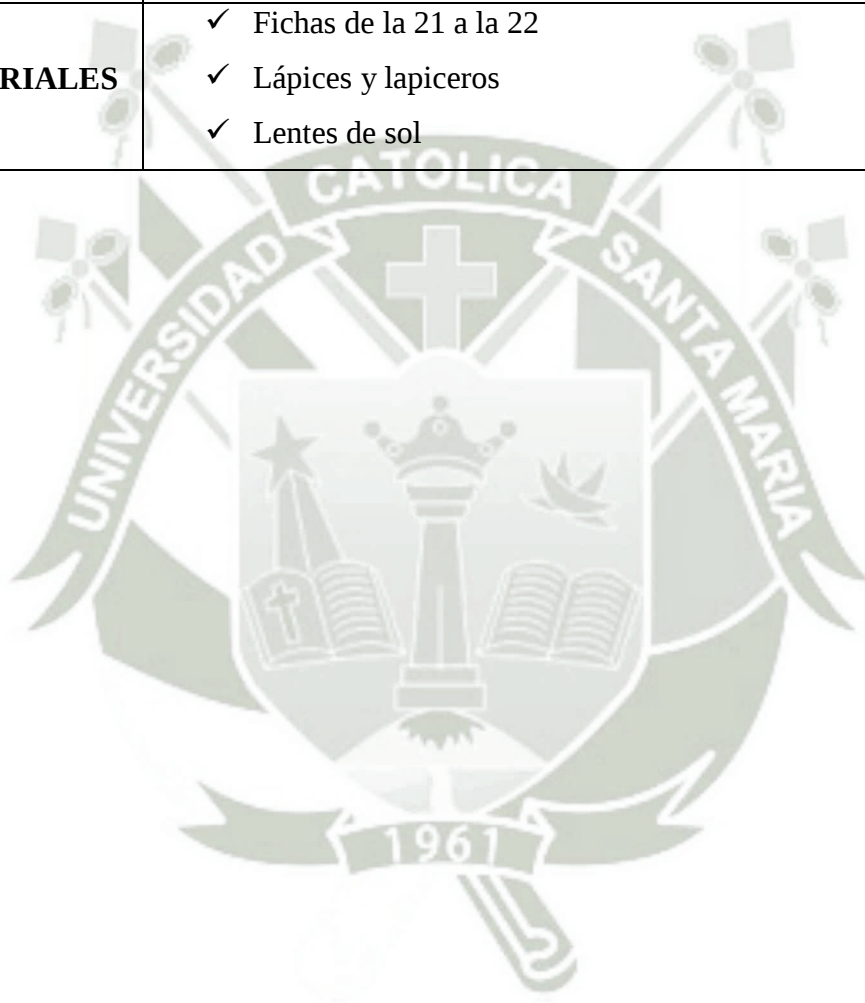
Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE”

En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).

2. Actividad: “ALARMAS QUE FUNCIONAN BIEN Y ALARMAS QUE FUNCIONAN MAL”

El niño debe aprender sobre los recursos y peligros con los que vivimos, pero debe aprender que todo peligro es menor a los recursos con los que podemos contar, por ello se le explicará que muchas veces podemos ver la vida con los anteojos catastróficos pero debemos quitárnoslos y regular nuestra alarma. Se dará una ficha para que pueda distinguir de entre diversos pensamientos, cuál de ellos está siendo recurrente en él (Ficha 21).

▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	100 min = 1 hr. 40 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 21 a la 22 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Lentes de sol	



SESIÓN N° 10		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2). Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3). Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	5 min. 15 min. 15 min.
	2. Actividad: “RECUERDO LO QUE APRENDO” - Siguiendo con el tema anterior, el niño debe completar la ficha teniendo como una situación “el cáncer”, pero en esta oportunidad, él debe escribir cuales son los recursos con los cuales puede luchar contra esta situación que está pasando (Ficha 23). - Después de completar la ficha, se hablará junto con los padres sobre los recursos que tiene el niño y los padres juntos. El objetivo de este es que los niños puedan notar que no están solos en esta lucha, y que sus padres también cuentan con recursos para ayudarlos.	45 min.
	3. Actividad: “QUIERO UN MOMENTO CONTIGO” Ya que en la anterior actividad se pudo involucrar mucho más a los padres, se ofrecerá un espacio para	15 min.

	que los padres puedan hablar con sus hijos sobre sus sentimientos y pensamientos con respecto a la situación que pasan. El objetivo es que los niños sientan que los padres también pueden pensar y sentir positivamente sobre la enfermedad.	
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	110 min = 1 hr. 50 min.
MATERIALES	✓ Ficha 23 ✓ Lápices y lapiceros	

SESIÓN N° 11		
PROGRAMA	ACTIVIDADES	TIEMPO
▪ Evaluación	Se evaluará mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS).	25 min.
▪ Desarrollo	1. Actividad: “LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA” Los pasos a seguir están basados en la relajación con respiración diafragmática (Ficha 2).	5 min.
	Actividad: “EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO” Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).	15 min.
	Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).	15 min.
	2. Actividad: “LOS ESPIRALES” - Se explicará al niño sobre los espirales por los que las personas vamos pasando, ya sean descendientes o ascendentes. Se le enseñará un ejemplo donde un niño pasa por los dos tipos de espirales. - Se entregará una ficha en la cual, él debe escribir una o dos situaciones en las que haya pasado por esos tipos de espirales (Ficha 24). - Se le pedirá que nos explique el porqué de sus espirales y si hay algo que le hubiera gustado cambiar en alguno de ellos.	40 min.

▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento.	15 min.
	TOTAL	115 min = 1 hr. 55 min.
MATERIALES	✓ Ficha 24 ✓ Lápices y lapiceros	



Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).

Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE”

En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).

2. Actividad: “¿DIFICULTAD PARA ARRANCAR?”

Se da una breve introducción sobre los planes que hay hacia un futuro cercano y lejano. Se le entrega la ficha donde hay un ejemplo práctico donde el niño pueda reconocer que no siempre se logra todo.

	TOTAL	110 min = 1 hr. 50 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 25 a la 26 ✓ Lápices y lapiceros	



Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).

Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE”

En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).

2. Actividad: “TENGO UNA ESTACA”

Se le contará al niño la historia del elefante y la estaca, se le explica que muchas personas viven como el elefante, con creencias (anteojos) que no les dejan avanzar, no ven un futuro y se quedan atrás atados en una estaca del pasado. Se le da una ficha donde pueda contestar una serie de preguntas con respecto al tema (Ficha 27).

3. Actividad: “A COMBATIR LA TRISTEZA”

Algunas veces, estando en un lugar no muy agradable nos sentimos tristes y desanimados.

	escribir su pensamiento, las pruebas a favor y las pruebas en contra de ese pensamiento (Ficha 28).	
▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” - Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento. - Se revisará la ficha que se le entrego la anterior sesión, y se le preguntará si hubo alguna meta que agregó en el día, y porque lo agrego, en qué situación se encontraba cuando se dio cuenta que esa era una meta.	35 min.
	TOTAL	120 min = 2 hrs.
MATERIALES	✓ Fichas de la 27 a la 28 ✓ Lápices y lapiceros	

Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).

Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE”

En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).

2. Actividad: “LOS PUNTOS DE VISTA DE ENRIQUETA”

Se le entregará la ficha al niño, donde encontrará un diálogo de Enriqueta, en la cual se puede ver la forma de ver las cosas y eso hace que se sienta bien con su vida (Ficha 29).

3. Actividad: “MENSAJE FAMILIAR”

Se le explica que algunas veces las personas que queremos u otros niños nos dicen cosas que nos hacen sentirnos tristes, como en el caso de la oveja (Ficha 30).

▪ Conclusiones	Actividad: “TAREA PARA LA CASA” - Se le pedirá al niño que muestre la ficha que se le entregó la anterior sesión. Se leerá las cosas positivas que paso durante el día anterior, y se le preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento. - Se revisará la ficha que se le entrego la anterior sesión, y se le preguntará si hubo alguna meta que agregó en el día, y porque lo agrego, en qué situación se encontraba cuando se dio cuenta que esa era una meta.	35 min.
	TOTAL	115 min = 1 hr. 55 min.
MATERIALES	✓ Fichas de la 29 a la 30 ✓ Lápices y lapiceros	

Esta actividad está basada en la relajación progresiva de Jacobson (Ficha 3).

Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE”

En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).

2. Actividad: “RESUMEN DE MI VIDA”

Completar la ficha con aspectos positivos y negativos de su vida, ya sea, en la casa, con su familia, en el colegio, con sus amigos y compañeros en el hospital, con los doctores o enfermeras, en la calle o con desconocidos (Ficha 31).

3. Actividad: “LA TORTA”

Se le explica al niño que escriba en un cuadro de la ficha cuales son las cosas que no soporta del hospital y las cosas que si soporta. Después se le pedirá que lo grafique en una torta, ¿qué porción ocupa cada cosa?

	preguntará como se sintió y que pensamientos tuvo en ese momento. - Se revisará la ficha que se le entrego la anterior sesión, y se le preguntará si hubo alguna meta que agregó en el día, y porque lo agrego, en qué situación se encontraba cuando se dio cuenta que esa era una meta.	
	TOTAL	120 min = 2 hrs.
MATERIALES	✓ Fichas de la 31 a la 32 ✓ Lápices y lapiceros ✓ Plumones y colores	



Desarrollo	Esta actividad esta basada en la relajacion progresiva de Jacobson (Ficha 3). Actividad : “EJERCICIO SALUDABLE” En esta actividad incorporaremos algunos ejercicios que los niños pueden realizar sentados o parados (Ficha 4).
	2. Actividad: “LOS PROBLEMAS DEL CARPINTERO” Se le cuenta al niño “La historia del carpintero”. Se le hacen las preguntas de la ficha, y se le pide que las complete y cree una moraleja para esta historia (Ficha 33).

▪ Evaluación	Se evaluará mediante la Escala de Depresión para Niños (CDS).	25 min.
	TOTAL	120 min = 2 hrs.
MATERIALES	✓ Ficha 33 ✓ Lápices y lapiceros	



Anexo N°7: Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para Depresión en Niños con Cáncer: Fichas.



FICHA N°1

TAREAS PARA LA CASA

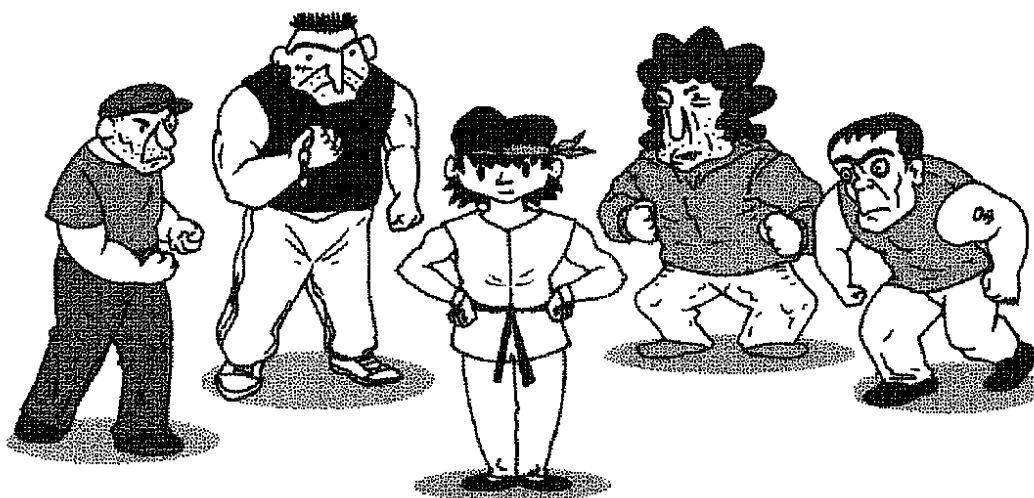


Quando estamos tristes nos cuesta ver las cosas, nos cuesta ver las cosas buenas que nos pasan. Para que puedas ir acostumbrándote a ver todo lo que sucede no solo lo que no te gusta o te hace sentir mal. Te aconsejamos que registres en la plantilla las cosas positivas que te pasan en el día.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

FICHA N°2

LAS ENSEÑANZAS DEL MAESTRO NINJA



¿Viste qué bueno en las películas de artes marciales, cuando al luchador oriental vienen como 10 tipos a pegarle y él se mantiene tranquilo?

El secreto está en las antiguas técnicas de relajación. Muchas de estas tienen su origen en siglos y siglos de sabiduría oriental.

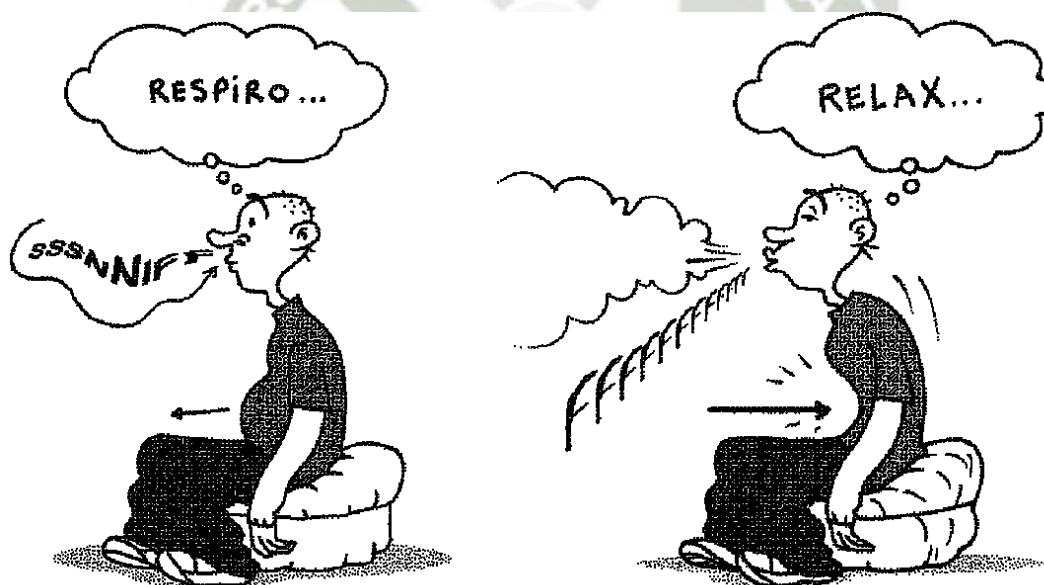
El primer paso de un maestro ninja es aprender a relajarse para enfrentar las situaciones tranquilo. De esta manera, suele resolverlas mejor.

Queremos enseñarte un par de técnicas para que te relajes cuando afrontes situaciones que te ponen ansioso, nervioso, tenso.

Una advertencia, ¡esto no quiere decir que vas a poder enfrentar cualquier peligro como el ninja! ¡Tampoco tienes por qué hacer cosas tan difíciles o peligrosas! La idea es, más bien, tomar prestadas del ninja algunas técnicas simples y efectivas para que empieces a sentirte mejor en medio de los problemas.

Pasos para relajarte

- 1) Haz que tu cuerpo se ponga blandito, como si fuese un muñeco de trapo. Los brazos tienen que estar como colgando, bien blanditos, como si el viento pudiese moverlos.
- 2) Respiré profundamente, llevando el aire a la barriga. Imagínate que ésta es como un globo, a la que puedes inflar ¿Sientes cómo se hincha?
- 3) Piensa una palabra que te guste, que te tranquilice y dísela a ti mismo mentalmente, antes de expulsar el aire. Te damos algunas ideas que le sirvieron a otros chicos: "tranquilo", "basta", "despacio", "relax".
- 4) Exhala todo el aire por la boca y siente como tus músculos siguen relajados cada vez más blanditos. Espera un poquito y vuelve a respirar, repite el proceso por 5 minutos más o menos.



FICHA N° 3

EL ROBOT Y EL MUÑECO DE TRAPO

Pasos a seguir

Cuando estás nervioso, cuando te enfadas, cuando no puedes dormir, notas cómo tus músculos se tensan sin darte cuenta, y eso te hace estar muy incómodo. Si consigues aprender a relajarte, cuando estés nervioso podrás controlar esa tensión y te irás sintiendo mejor.

a) El juego del limón: manos y brazos (X3)

- Imagina que tienes un limón en tu mano izquierda, tienes que tratar de exprimirlo para sacarle todo el jugo.
- Concéntrate en tu mano y en tu brazo, en cómo aprietan mientras intentas sacarle todo el zumo, en cómo se tensan. Ahora deja caer el limón. Nota cómo están tus músculos cuando se relajan.
- Vamos a coger otro limón, pero lo vamos a exprimir con más fuerza que antes, muy fuerte, eso es. Mira qué tensos tienes la mano y el brazo.
- Ya está exprimido, ahora déjalo caer. ¿Ves, fíjate qué bien estás cuando estás relajado?, qué bien están tu mano y tu brazo, ¿te sientes mejor?



b) El gato perezoso: brazos y hombros (X5)

- Ahora vamos a imaginarnos que somos un gato muy perezoso y queremos estirarnos.
- Estira todo lo que puedas los brazos frente a ti. Ahora levántalos, por encima de tu cabeza, con fuerza llévalos hacia atrás. Nota el tirón tan fuerte que sientes en los hombros.
- Vamos ahora a dejarlos caer a los lados, que descansen del esfuerzo. Muy bien. ¿Notas cómo están más relajados los hombros?



c) La tortuga que se esconde: hombros y cuello (X3)

- Ahora eres una tortuga. Estás ahí sentada, sobre una roca, muy a gusto. Relajándote muy tranquila y muy feliz en un lugar fantástico. Hace sol y calor, hay un estanque muy cerca de ti. Te sientes muy cómoda y feliz. De pronto,

¿qué pasa? No lo sabes bien, pero sientes que estás en peligro, sientes miedo.

¡Tienes que esconderte! ¡Mete tu cabeza en el caparazón!

- Lo haces llevando tus hombros hacia tus orejas, con la cabeza entre los hombros, así, bien escondida, muy protegida.
- Ya está, no hay peligro, sal de tu caparazón, no tienes nada que temer. Vuelve a relajarte tumbada al sol, siente sus rayos sobre tu cara. Vuelve a disfrutar plácidamente del paisaje. Siente tus hombros que ya no están tensos, tu cuello también relajado, estás muy cómoda.



d) Jugando con un chicle enorme: mandíbula (X3)

- Tienes un chicle enorme, quieres morderlo, mastcarlo, comerlo pero es tan grande.
- Vamos a morderlo con todos los músculos de tu cuello, con tu mandíbula. Apriétalo bien. Siente cómo se mete entre los dientes. Mastícalo fuerte, muy bien, lo estás consiguiendo.
- Ahora relájate, el chicle ha desaparecido. Deja caer tu mandíbula. Siente cómo está floja. Tu cuello también está suelto, está relajado.



e) La mosca pesada: cara, nariz y frente (X3)

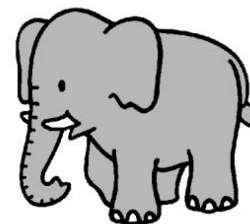
- Estás sentado, despreocupado, entretenido. De repente, una mosca, una mosca muy molesta ha venido a meterse contigo y se ha posado en tu nariz. Tratas de espantarla pero no puedes usar las manos. Es un poco complicado.
- Intenta echarla arrugando tu nariz, todo lo que puedas, lo más fuerte posible. ¡Vamos, tú puedes echarla!
- Fíjate que cuando arrugas tu nariz, las mejillas, la boca y la frente también se arrugan, también se ponen tensos. Hasta tus ojos se tensan.



- Bien, la mosca ya se ha ido, por fin te ha dejado tranquilo. Ya puedes relajar toda tu cara: tu nariz, tus mejillas, tu frente. Tu cara está tranquila, sin una sola arruga. Tú también estás tranquilo y relajado.

f) Jugamos con nuestro estómago (X2)

- Ahora, está tumbado sobre la hierba, panza arriba, tomando el sol. Estás muy cómodo y muy relajado. De repente, oyes un pequeño estruendo, son los pasos de algo grande que se dirige hacia ti. Es un elefante, el elefante avanza rápido, velozmente, sin mirar por dónde pisa. Está muy cerca de ti, no tienes tiempo de escapar. La única solución es poner tenso el estómago, tensarlo tanto que parezca de piedra; así cuando el elefante ponga su pie encima de ti estarás protegido.
- Tensa bien tu estómago, nota como tu estómago se pone duro, realmente duro. Aguanta así, el elefante está a punto de pasar. Mira, parece que ya está apoyando su pie. ¡Vaya!, el elefante ha salido corriendo en otra dirección. Estás a salvo.
- Ya puedes descansar y relajarte. Deja tu estómago blandito. Lo más blandito y relajado que puedas. ¡Muy bien! Ahora te sientes mucho mejor, relajado y descansado. Siente la diferencia entre el estómago tenso y el estómago relajado, ¿ahora te sientes mucho mejor?



g) Caminamos por el barro: pies y piernas (X2)

- Nos encontramos en la jungla. Es una jungla peligrosa, pero nosotros somos buenos exploradores y conseguiremos avanzar a través de ella y encontrar la salida. Vamos caminando decididos cuando ¡atención!
- Hemos encontrado un barrizal, ¿quieres meter tus pies en él? ¡Vamos a ello!
- Debes empujar con toda la fuerza de tus piernas. Empuja hace adentro. Siente como el calor del barro se mete entre tus pies. Empuja fuerte, parece que el barro se hace cada vez más duro, utiliza toda la fuerza de tus piernas. Siente cómo tus piernas y tus pies están tensos mientras intentan caminar por el lodo.
- Ahora sal fuera. Deja de ejercer fuerza. Suelta tus piernas y tus pies. Nota cómo éstos están flojos, están relajados. Ya no estás tenso, descansa tranquilo.



FICHA N°4

EJERCICIO SALUDABLE

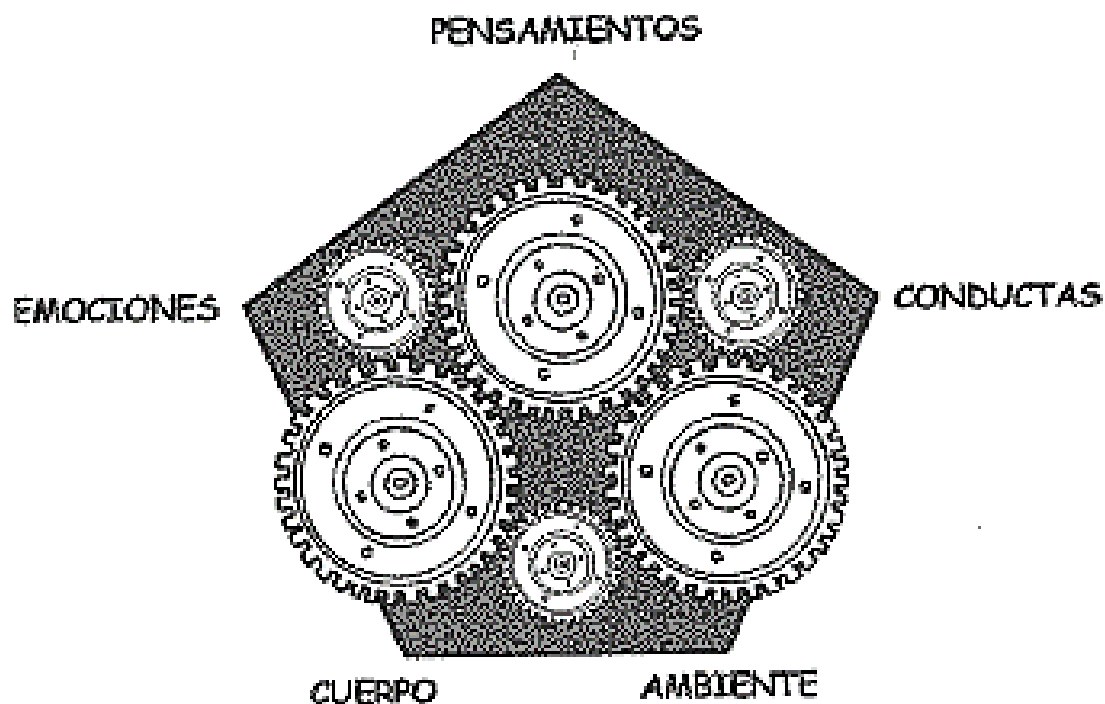
Este programa de ejercicios pretende mantener en buen estado los músculos y articulaciones para tratar de efectuar las Actividades de Vida Diaria de una forma normal. Posición del paciente: sentado o de pie, con la espalda recta.

1. Paciente sentado o de pie, tratando de mantener la espalda recta, intente tocar con su oreja el hombro, mantenga ese movimiento por unos segundos y luego realícelo del lado contrario.
2. Paciente sentado o de pie, trate de tocar el hombro con la barbilla; mantenga esa posición por unos segundos y luego realícelo del lado contrario.
3. Paciente sentado o de pie, con buena alineación corporal, eleve los hombros por unos segundos y luego déjelos caer.
4. Paciente sentado o de pie, con las manos detrás de la cabeza, intentar pegar los codos y luego separarlos lo más que pueda
5. Paciente sentado o de pie, balancee alternativamente los brazos, luego cambie hacia el lado contrario.
6. Sentado o de pie, intente aplaudir por encima de la cabeza, repita este movimiento cinco veces.
7. Intente colocar una polea en su casa y realice el movimiento durante varios minutos, recuerde mantener la espalda recta. Realice el ejercicio sentado en una silla.
8. Acostado boca arriba, estire alternativamente los pies, uno hacia arriba y el otro hacia abajo sin levantar la pierna.
9. Acostado boca arriba, con ambos pies juntos, sepárelos y luego vuélvalos a juntar sin levantar las piernas; únicamente se moverán los pies.
10. Acostado, junte los pies e intente hacer círculos en con ambos pies al mismo tiempo.
11. Acostado boca arriba, intente llevar una rodilla hacia su estómago, mantenga esa posición por 30 segundos y luego realice el movimiento con la otra pierna.
12. Acostado boca arriba, intente llevar ambas piernas, tratando de pegar las rodillas al abdomen.
13. Acostado boca arriba doble la pierna y gírela al lado contrario.

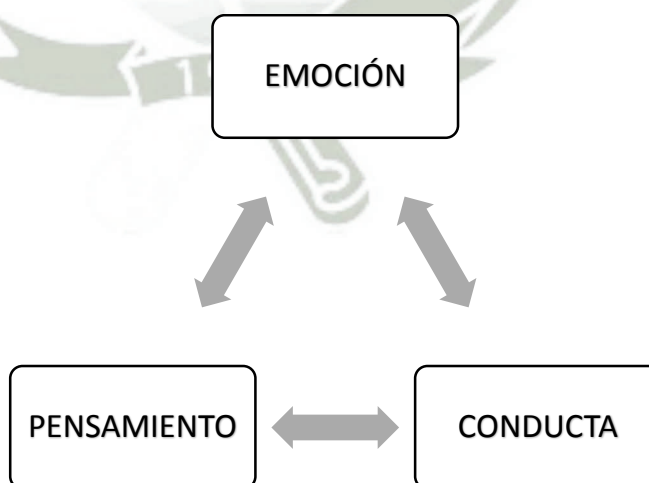
FICHA N° 5

¿POR QUÉ A MÍ?

Todas se relacionan entre sí:



Simplificando:



¿Qué emociones representan las siguientes caras?











¿Qué pueden estar pensando los siguientes personajes?









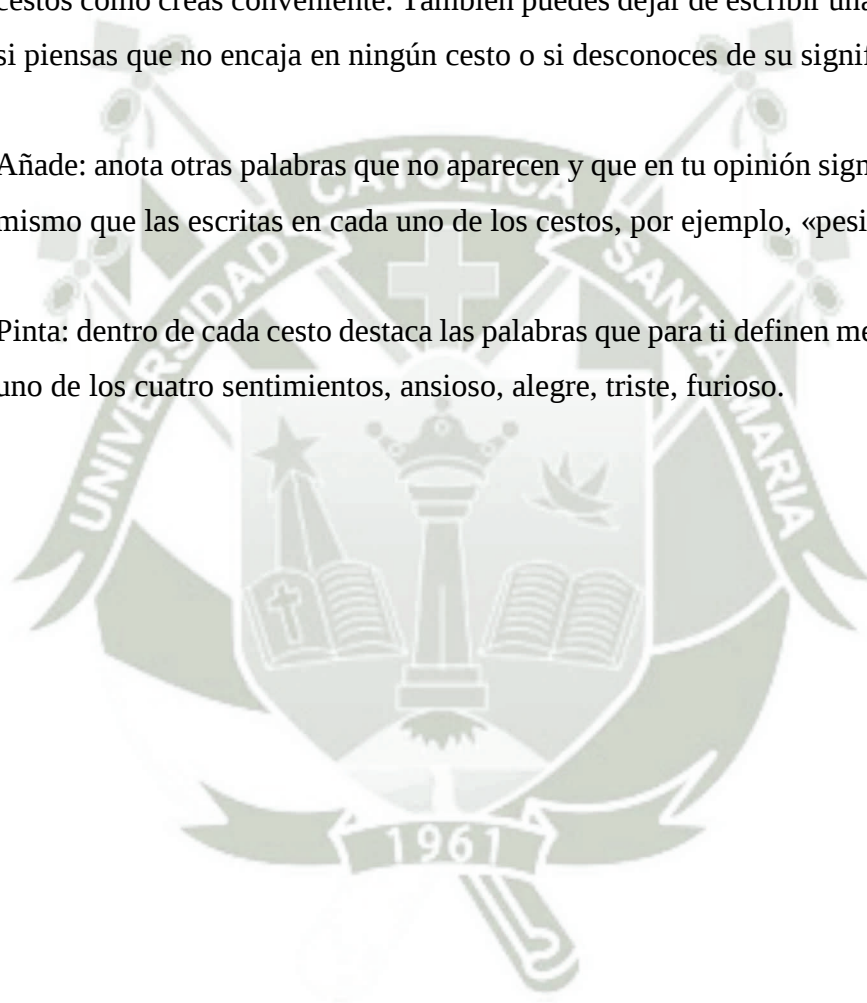


FICHA N°6

LOS CESTOS DE MANZANA

Instrucciones: aquí tienes cuatro cestos, ANSIOSO, ALEGRE, TRISTE, FURIOSO, y dos docenas de manzanas con un nombre.

1. Corta y pega: dentro del cesto correspondiente, como en el ejemplo donde «contento» se ha anotado en el cesto «alegre». Si consideras que alguna manzana corresponde a más de un cesto, puedes anotar su nombre en tantos cestos como creas conveniente. También puedes dejar de escribir una palabra si piensas que no encaja en ningún cesto o si desconoces de su significado.
2. Añade: anota otras palabras que no aparecen y que en tu opinión significan lo mismo que las escritas en cada uno de los cestos, por ejemplo, «pesimista»
3. Pinta: dentro de cada cesto destaca las palabras que para ti definen mejor cada uno de los cuatro sentimientos, ansioso, alegre, triste, furioso.



TRISTE



ALEGRE



ANSIOSO



FURIOSO



 ALARMADO	 ANIMADO	 APENADO	 RABIOSO
 CONTENTO	 DEPRIMIDO	 DESESPERADO	 DESDICHADO
 DIVERTIDO	 ENCOLERIZADO	 ENFADADO	 ENOJADO
 FELIZ	 FURIOSO	 INTRANQUILO	 LLOROSO
 MOLESTO	 NERVIOSO	 MELANCÓLICO	 OPTIMISTA
 PESAROSO	 PREOCUPADO	 RADIANTE	 TENSO

FICHA N°7

LAS PIEDRAS NO COMEN PIZZAS

Instrucciones: Ser piedra no es nada interesante. Como no sienten hambre no comen deliciosas bocadillos, como no siente sed no beben burbujeantes refrescos, como no sienten alegría no se ríen. Las personas tenemos mucha suerte, porque si sentimos, disfrutamos y nos divertimos, aunque algunas veces los sentimientos resultan desagradables. Como tú no eres de piedra, clasifica las palabras de la lista de abajo en su recuadro correspondiente según se refieran a sensaciones o a sentimientos.

Sensaciones

Sentimientos

Lista: alegría, amor, asombro, calma, calor, dolor, enfado, frío, hambre, miedo, odio, olor, sabor, sed, sueño, tristeza.

FICHA N° 8

CADA OVEJA CON SU PAREJA

Instrucciones: A cada sentimiento búscale el correspondiente acontecimiento y únelos con una línea.

SENTIMIENTOS

- Rabia.
- Miedo.
- Asco.
- Satisfacción.
- Sorpresa
- Culpa.
- Tristeza
- Vergüenza
- Ternura.

ACONTECIMIENTOS

- Veo un bicho repugnante.
- Hago algo que no debo.
- Consigo lo que me he propuesto.
- Fallo un gol cantado.
- Miro a mi hermano pequeño que duerme plácidamente en su cuna.
- Me entero que mi abuelo padece una enfermedad incurable.
- Me encara un perro ladrando amenazadoramente.
- Ocurre algo completamente inesperado.
- Meto la pata en público

ADIVINA, ADIVINANZA

Ejemplo:

¿Cómo se siente un niño cualquiera contento cuando le hacen un regalo muy bonito?

...gana una carrera?	
...se padre se queda sin trabajo?	
...lo seleccionan para el equipo de futbol de la clase?	
...no le invitan a una fiesta de cumpleaños?	
...se mira al espejo y se ve gordo?	
...su mamá o su papá lo escuchan con atención?	
...lo riñe el maestro?	
...un compañero le dice «!eres muy simpático!"""?	
...le sale muy bien un dibujo?	
...su hermano no le da sus juguetes?	
...lo eligen delegado de curso?	
...se pelea con un amigo?	
...no ha hecho algo que le han mandado?	
...sus padres discuten?	
...suspende una asignatura?	
...su amigo se acuerda de él y lo llama por teléfono?	

FICHA N°10

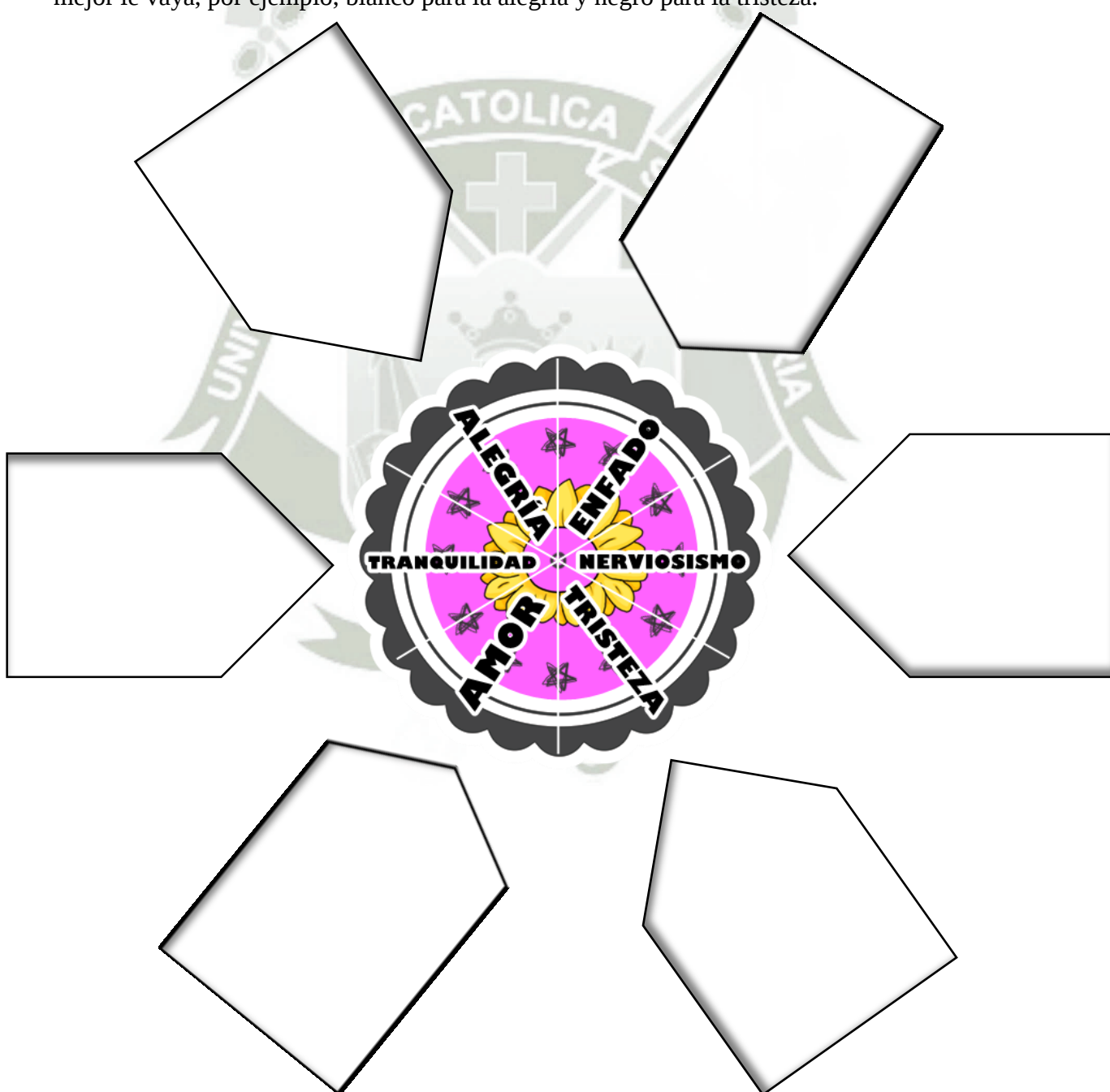
TERMINA LA FRASE

Instrucciones: elige de la lista de abajo, la palabra que exprese mejor lo que tu sientes en cada ocasión y escríbela encima de la raya como se muestra en el ejemplo 1, Si consideras que debes escribir más de una palabra hazlo como en el ejemplo 2.	
Ejemplo 1: Cuando llevo mucho tiempo sin comer, siento <u>hambre</u>	
Ejemplo 2: Cuando mi amigo me dice que no quiere venir a mi fiesta de cumpleaños, siento <u>desánimo y rabia</u>	
Quando...	Siento
...hace mucho viento en invierno y viento	
...tenernos que regresar de vacaciones dos días antes de lo planeado.	
...me pegan sin querer una fuerte patada jugando al futbol	
...llevo mucho tiempo sin beber	
...se muere mi pajarito	
...llevo mucho rato sin hacer nada divertido	
...suda bajo un sol sofocante en verano	
Lista: aburrimiento, calor, dolor, fastidio, frio, sed, tristeza.	

FICHA N° 11

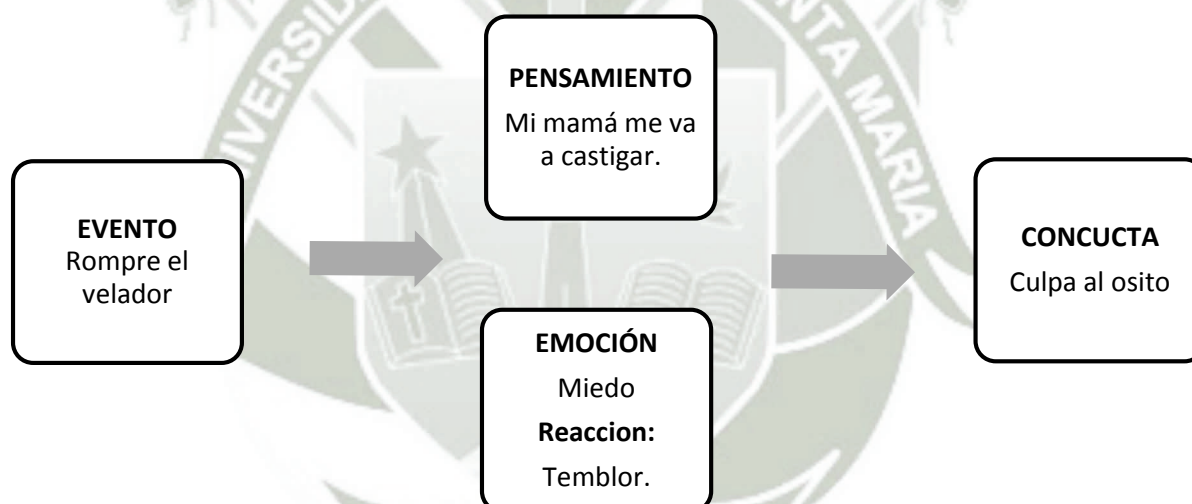
LA TORTA DE LOS SENTIMIENTOS

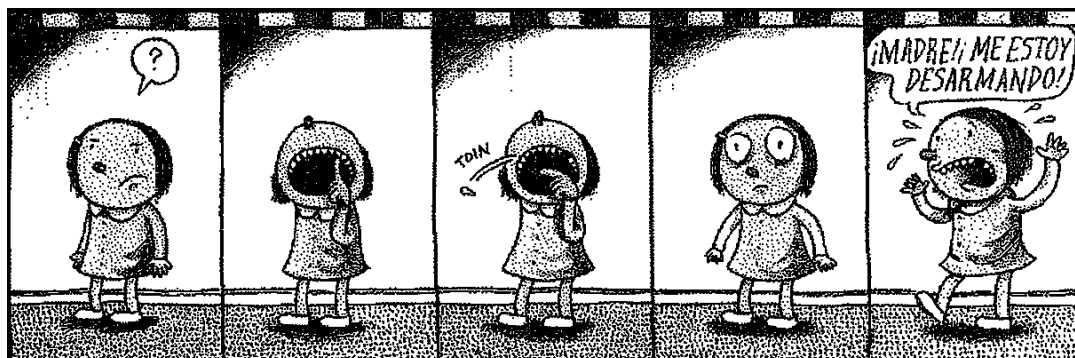
Instrucciones: Karlos Sentiñano es un famoso cocinero, especialista en succulentos pasteles. En esta ocasión ha elaborado una torta de diferentes sabores, utilizando como ingredientes los sentimientos. Hay sabores dulces como la alegría, la tranquilidad o el amor, y amargos como la tristeza, el nerviosismo o el enfado. Escribe al lado de cada trozo de torta una situación en la que tú has probado estos sabores distintos. Tienes como ejemplo el sabor dulce de la tranquilidad. Pinta luego cada trozo de torta del color que mejor le vaya, por ejemplo, blanco para la alegría y negro para la tristeza.



FICHA N°12

RELACIONO MI PENSAMIENTO, EMOCIÓN Y CONDUCTA





1) ¿QUE ES LO QUE LE PASA A ENRIQUETA?

2) ¿CUAL ES SU PENSAMIENTO?

3) ¿QUE EMOCIÓN SINTIO?

4) ¿CUÁL FUE SU CONDUCTA?

5) ¿QUÉ SENSACIONES TUVO?

FICHA N°13

INTERROGATORIO DE LA INSPECTORA PESQUISAS

Instrucciones: Lee en voz alta lo que le ocurrió a un niño como tú. Después contesta las preguntas de la inspectora Pesquisas que hay al final de la ficha.

Adversidad

Mi profesora, doña Simpatía, está con un permiso por maternidad.

Su sustituta, doña Antipatía, no me cae nada bien.

Ayer me sacó a la pizarra y me puso una raíz cuadrada.

La hice mal y dijo delante de la clase que debía estar más en la tierra y menos en las nubes.

Balance

¡Tierra, trágame! Mis compañeros me van a llamar tonto.

Consecuencia

Me sentí avergonzado. Me puse más colorado que un tomate de la huerta. Deseé haberme hecho invisible.



Preguntas de la inspectora Pesquisas

1. ¿POR QUÉ QUERÍA DESAPARECER ESE NIÑO?

2. ¿POR QUÉ SE PUSO MÁS ROJO QUE UN TOMATE?

3. ¿QUERÍA IRSE PORQUE SE HABÍA EQUIVOCADO HACIENDO EL
EJERCICIO DE MATEMÁTICA?

4. ¿POR QUÉ SINTIÓ VERGÜENZA?

5. ¿HABRÍA SIDO DISTINTO SI HUBIERA CREÍDO QUE SUS
COMPAÑEROS DE CLASE PENSABAN QUE DOÑA ANTIPATÍA LE
TENÍA CÓLERA Y NO ESTABA BIEN LO QUE ELLA HABÍA HECHO?

FICHA N°14

MENTE EN BLANCO

Instrucciones: Rellena la columna central con el pensamiento que da lugar al sentimiento que aparece en la última columna.

Situación	Pienso	Me siento
La chica que me gusta rechaza mi invitación para ir al cine.		Triste.
Mi hermano mayor no me presta su laptop.		Enfadado.
Me seleccionan para el equipo de fútbol de la clase		Alegre.
Unos delincuentes me amenazan por la calle.		Asustado.
		Confundido.
		Nervioso.



FICHA N°15

PIENSO, LUEGO SIENTO

Instrucciones: Descartes, famoso filósofo y matemático, afirmó «pienso, luego existo». El traductor se ha equivocado y ha entendido «*pienso, luego siento*», que quiere decir primero pienso y después siento. Escribe qué pensarías y sentirías tú en cada una de las situaciones de abajo.

Situación 1: En un examen saco una nota más baja de lo que me esperaba.

Primero pienso: _____

Luego siento: _____

Situación 2: Por la calle veo un grupito de chicos que murmuran y señalan en mi dirección.

Primero pienso: _____

Luego siento: _____

Situación 3: Mi mamá me riñe por algo que yo no he hecho.

Primero pienso: _____

Luego siento: _____

Situación 4: Invito a mi mejor amigo, pero no asiste a la fiesta de mi cumpleaños.

Primero pienso: _____

Luego siento: _____

Situación 5: Le pido a mi padre que me ayude a hacer las tareas y me contesta que las haga yo solo.

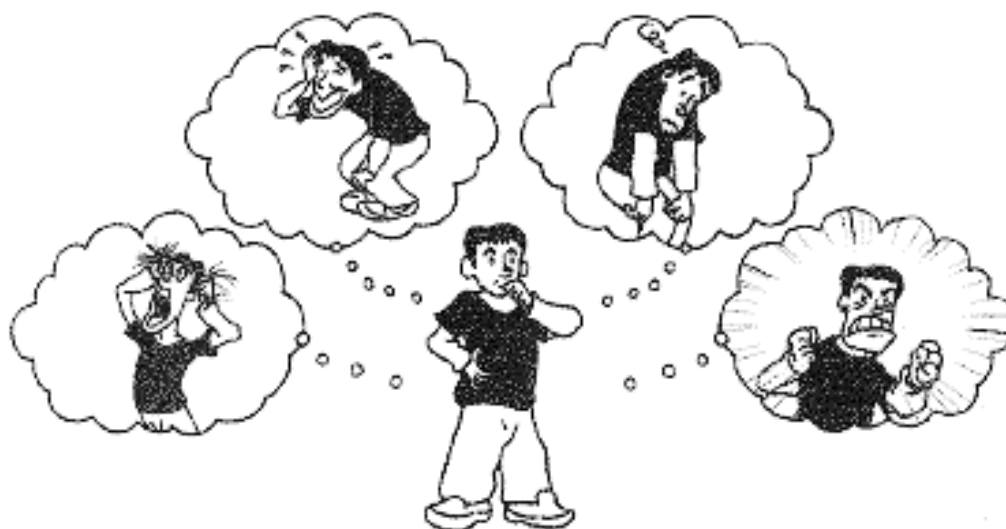
Primero pienso: _____

Luego siento: _____

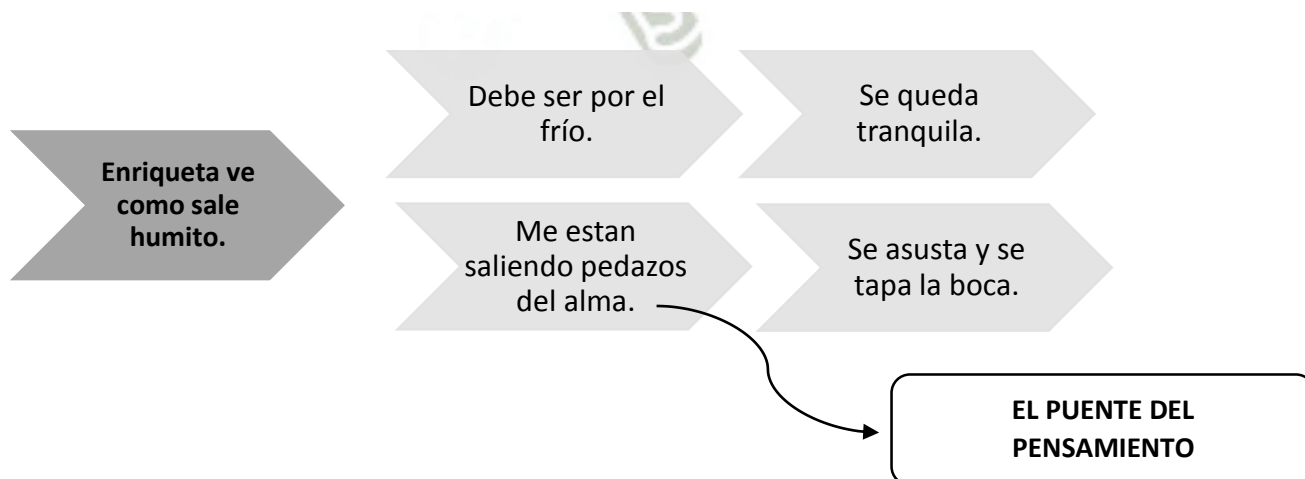
FICHA N° 16

INTERPRETAMOS LO QUE VIVIMOS

Una misma situación la puedes interpretar de distintas maneras y eso influye en cómo te sientes:



Veamos un ejemplo:



SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA	REACCIÓN
				
				
				
				
				

FICHA N° 17

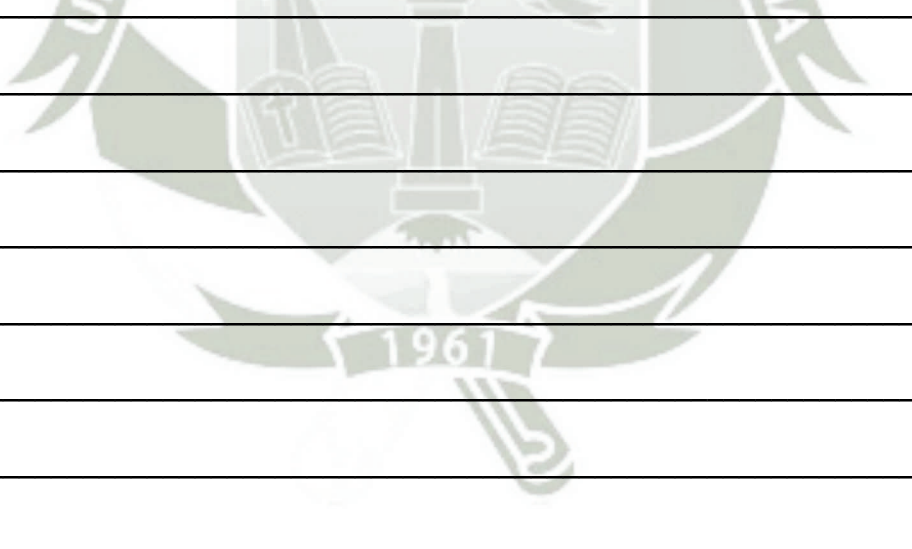
YO CREO LO QUE QUIERO CREER

Por ejemplo:



La mujer y el chico tienen una idea muy fuerte y no importa si es así o no. Esa idea no la quieren cambiar por nada.

Artista	Gritón	Molesto	Sedentario
Medor	Inquieto	Antipático	Exigente
Presumido			



FICHA N° 18

LOS ANTEOJOS DE LAS CREENCIAS

Anteojos Catastróficos:

- Todo es peligroso
- No me puedo defender
- No puedo resolver los problemas
- Me puede pasar algo
- Me van a criticar
- Tengo que tener mucho cuidado
- Soy débil, frágil



Anteojos Oscuros:

- Soy un inútil
- Nadie me quiere
- Todo me sale mal
- No sirvo para nada
- Fue culpa mía
- Los chicos no me tienen en cuenta



Anteojos Espejados:

- La culpa es de ellos
- Me odian
- Están todos contra mí
- Me lo hace a propósito
- Me tienen hartos
- Son todos unos idiotas



PENSAMIENTO			
Si me ven bailar se van a reír de mí.			
No sirvo para nada.			
Si paso de año es pura casualidad.			
Es injusto que me digan lo que tengo que hacer.			
Soy un desastre.			
¿Será un ladrón ese ruidito que escuche?			
Me puede pasar algo si mis padres no están.			
¡¡Mis hermanos me tienen cansado!!			
A mí no me quiere nadie.			
Mis papás solo me quieren molestar.			
¿Y si ese perro me muerde?			

FICHA N° 19

ERROR DEL ADIVINO



Anímate a contarnos cuál es tu pensamiento cuando vienes al hospital por unos días.

Crea tu propia historieta sobre esta situación:

FICHA N°20

¡ESTO ES UN ASALTO!



¿Cuáles son las situaciones que te causaron miedo cuando ingresaste al hospital?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

¿Cuál era tu pensamiento en cada una de ella?

- _____
- _____
- _____
- _____

FICHA N° 21

ALARMAS QUE FUNCIONAN BIEN Y ALARMAS QUE FUNCIONAN MAL



Esto es parecido a lo que pasa con las alarmas de los autos: cuando funcionan bien, suenan solamente si unos ladrones intentan robar el vehículo. ¿Viste lo que pasa cuando funcionan mal y se descalibran? ¡Se activan ante cualquier cosa! Una fuerte corriente de aire, alguien que inocentemente se apoyó encima del baúl... pueden hacer que se quede sonando toda la noche sin razón suficiente.

En los seres humanos, esa alarma que es la ansiedad también puede desregularse y ponerse a sonar ante cualquier cosa. Y el resultado es: podemos asustarnos ante situaciones que no merecen la pena, estar constantemente nerviosos y alterados, etc.

¿Cuál o cuáles de estos pensamientos están invadiendo mi cabeza?

Me van a
criticar

Soy aburrido

El examen
estará super
difícil

Me voy a morir

Algo malo me
puede pasar

No entiendo
nada

Yo solo no
puedo

A veces me
siento solo

Yo seré el
culpable

Nadie me ayuda

Si mis papás no
estan algo malo
me va a pasar

¿Crees que tener esos pensamientos te anima o te entristece?

FICHA N°22

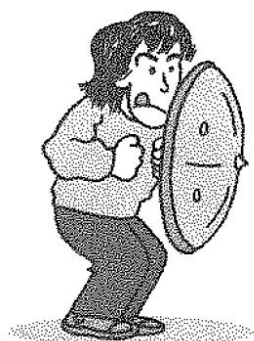
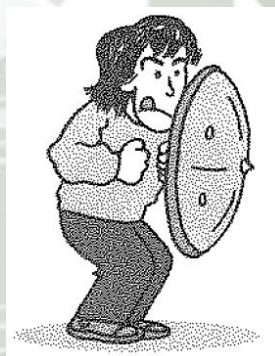
¡LEONES O LEONCITOS!

¿Qué pensarías y sentirías si te encontraras con este feroz león?



Ahora, ¿si ese león estuviese en su jaula?

¿Y si además tuvieras un escudo?



¿Y una escopeta?

¿Y si te acompañara el
guardia del zoológico?



... ¿O si fuese un león de
peluche?

--	--	--

**LEONES QUE PESABA QUE ERAN
SALVAJES**



**LEONES QUE RESULTARON SER
DE PELUCHE**



FICHA N°23

RECUERDO LO QUE APRENDO

SITUACIÓN:

¿QUÉ ERA LO QUE PENSABAS?

ESCRIBE TODOS LOS RECURSOS QUE TIENES PARA AFRONTA ESTA SITUACIÓN:

- ---
- ---
- ---
- ---
- ---
- ---
- ---
- ---
- ---

FICHA N°24

LOS ESPIRALES



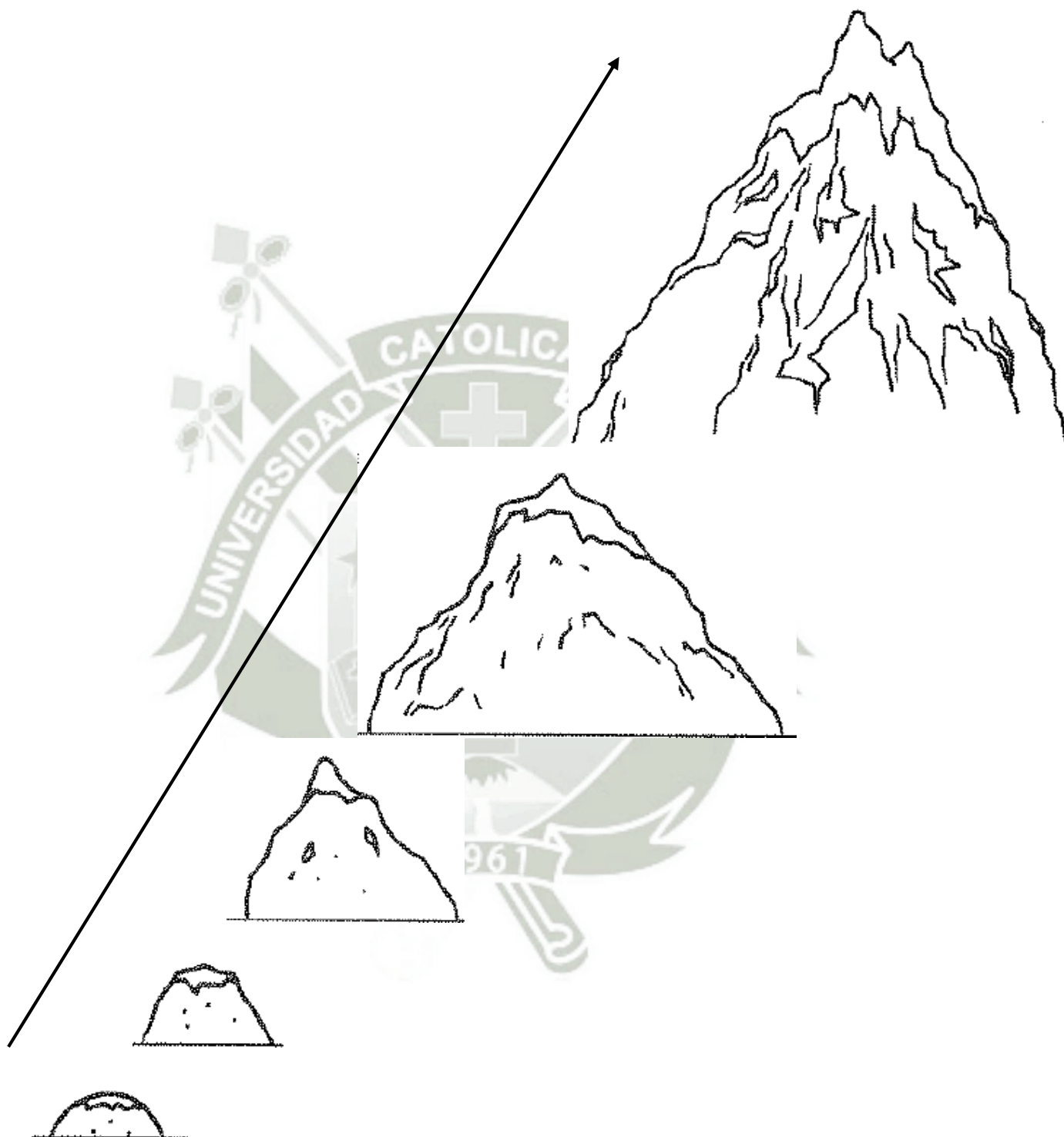
Ahora es tu turno, dibuja y completa un espiral con cosas que te hayan pasado:



FICHA N°25

¿DIFICULTAD PARA ARRANCAR?

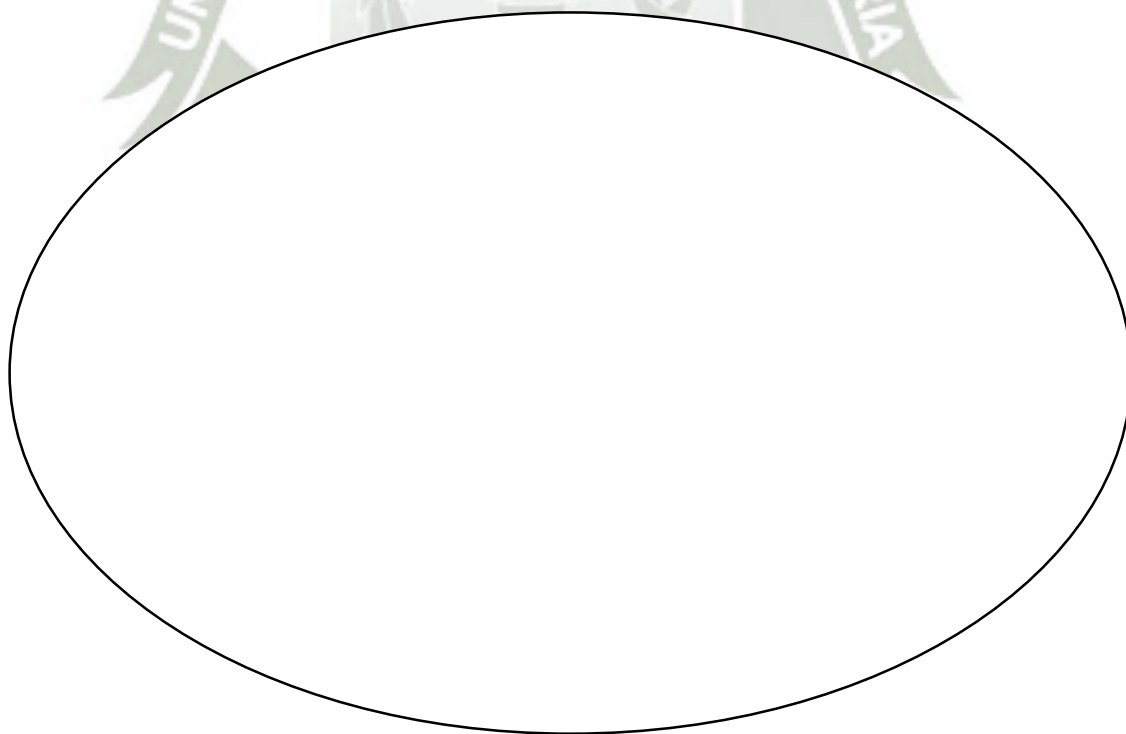
¿Qué quieres llegar a ser? ¿Qué quisieras hacer en un futuro?



Resume lo que hablamos hoy:



¿Qué es lo que tú quieres lograr dentro del hospital?



FICHA N°26

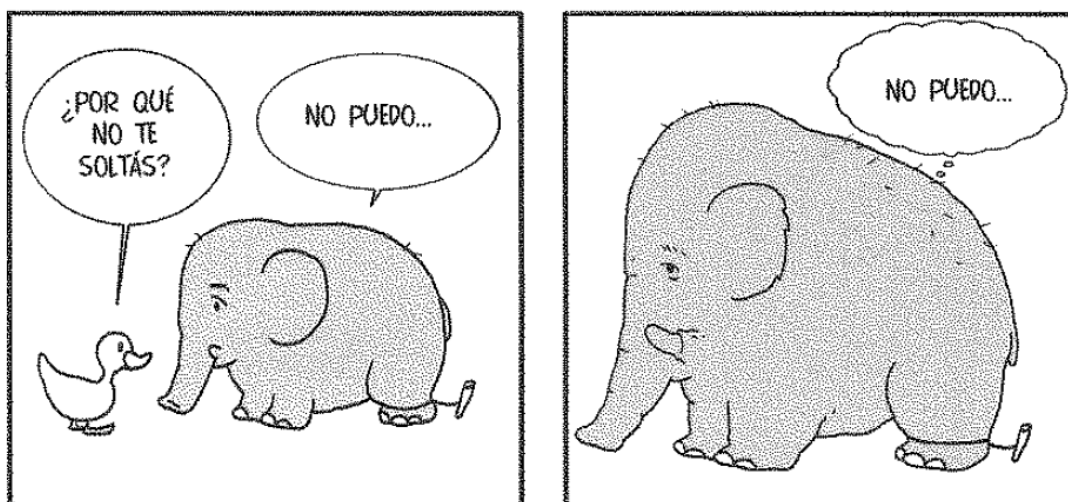
TAREA PARA LA CASA II

METAS A LOGRAR

METAS A LOGRAR

FICHA N° 27

TENGO UNA ESTACA



1. ¿TE GUSTARÍA VOLVER EL TIEMPO ATRÁS?

2. ¿ALGUNA VEZ TE HAS SENTIDO COMO EL ELEFANTE?

3. ¿AHORA SIENTES QUE LA ENFERMEDAD ES UNA ESTACA EN TU VIDA?

4. SI VINIERA TU YO DEL FUTURO Y TE DIJERA ALGO, ¿QUÉ SERÍA?

FICHA N°28

A COMBATIR LA TRISTEZA

PENSAMIENTO



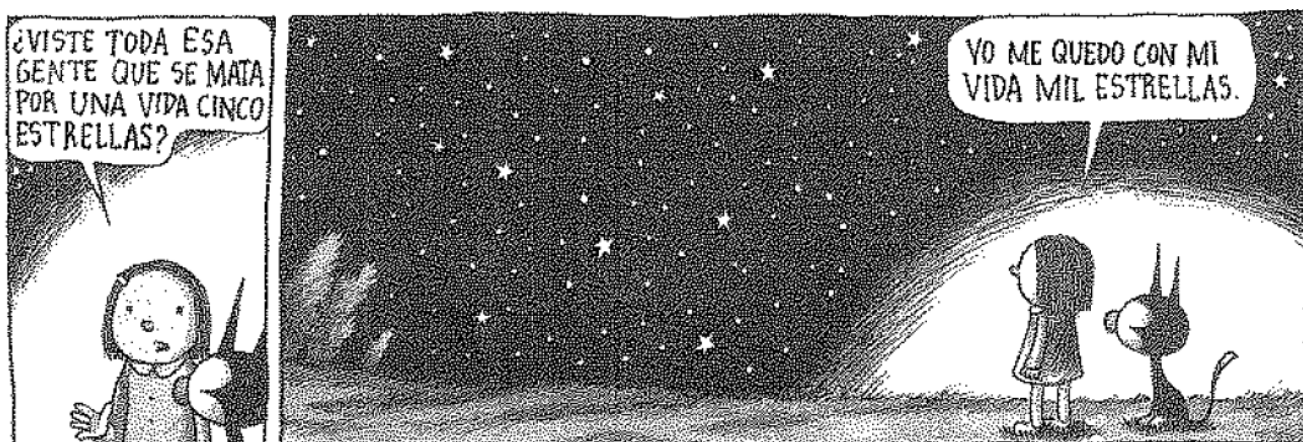
PRUEBAS A FAVOR

PRUEBAS EN CONTRA



FICHA N° 29

LOS PUNTOS DE VISTA DE ENRIQUETA



Enriqueta tiene una linda forma de ver las cosas y eso la hace sentirse bien con su vida. Es importante aprender a ver las cosas CLARAMENTE. Distorsionar las cosas que vemos es como enfocar mal la lupa.

Sí magnificamos los datos malos, perdemos de vista o minimizamos los buenos. Fíjate si está ocurriendo alguna de las distorsiones que te explicamos, si estás poniendo la lupa en un lugar equivocado y trata de recuperar la información que te falta.

FICHA N°30

MENSAJE FAMILIAR



Esta oveja gris se siente distinta a las demás y encima se lo icen claramente. A veces las personas que más queremos nos dicen cosas por el estilo y nos sentimos terriblemente mal, tristes o deprimidos.

Escríbele una carta a la ovejita gris para ayudarla a sentirse mejor:

Querida ovejita:

The logo of the Universidad Católica Santa María is a circular emblem. It features a central shield with a cross at the top, a crown in the middle, and two open books at the bottom. The shield is flanked by two crossed keys. A banner around the shield contains the text "UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA". The entire logo is rendered in a light gray, semi-transparent style.

FICHA N°31

RESUMEN DE MI VIDA

Instrucciones: Completa la ficha con aspectos positivos y negativos de tu vida, ya sea, en casa, con tu familia, en el colegio, con tus amigos y compañeros, en el hospital, con los doctores o enfermeras, en la calle o con desconocidos.

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
	

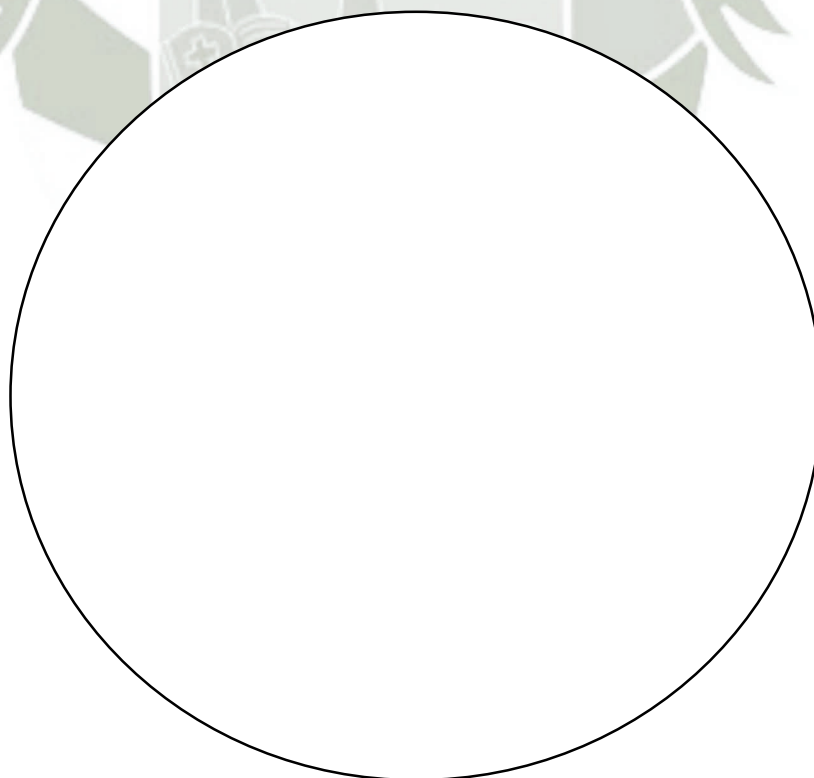


FICHA N°32

LA TORTA

COSAS QUE NO SOPORTO DEL HOSPITAL	COSAS QUE SI SOPORTO

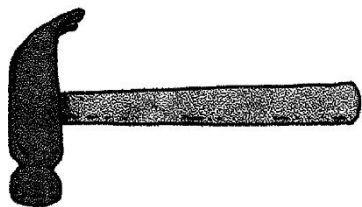
EL HOSPITAL



FICHA N°33

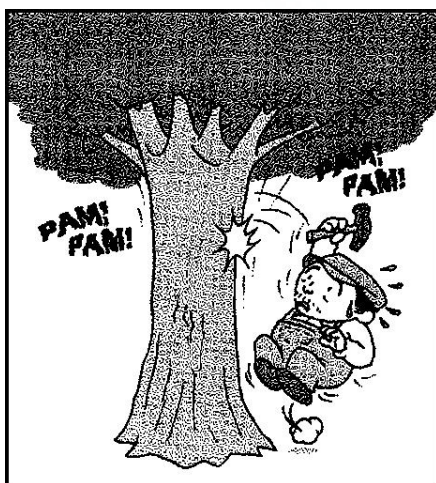
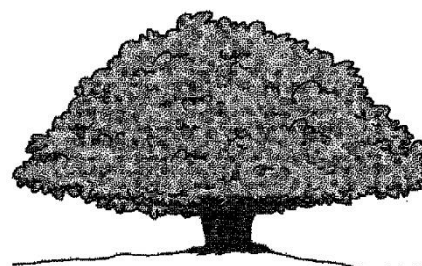
LOS PROBLEMAS DEL CARPINTERO

Matías era un carpintero, toda su vida se dedicó a hacer todo tipo de cosas con la madera: sillas, mesas, armarios, ¡hasta casas! Era su trabajo y lo hacía bien. Estaba súper orgulloso. Hasta que un día le ocurrió uno de esos problemas que todos enfrentamos en la vida. ¡Se le acabaron las reservas de madera! Y para colmo, no pudo encontrar ningún leñador en el pueblo. Todos habían ido a trabajar a los bosques del Sur.



Entonces, quiso intentar solucionar el problema el mismo. Se decidió a cortar árboles para obtener su propia madera. Fue directo hacia el bosque llevando su herramienta favorita, la que lo había hecho famoso: ¡El martillo más rápido del oeste!

Al llegar al bosque encontró un roble importante. "¡Esta es mía!", pensó. Y fue a golpearle y golpearle con el martillo. Pero el roble no caía.



Matías se empezó a inquietar. Y luego a frustrarse cada vez más, "¿Qué pasa con este roble? ¿Me está tomando el pelo?", se decía. Así que intentó con otro roble del bosque. Dale que te dale con el martillo.

Al llegar la tarde, ya había golpeado con todos los árboles del bosque, sin resultado. Tenía la mano inflamada como un globo, y sentía un gran dolor y cansancio.

Confuso y frustrado, no podía entender lo que pasaba. Al martillo más rápido del oeste y unos árboles de porquería se le resistían. Extenuado y triste, Matías decidió volver a casa.



**¿Qué se te ocurre para ayudarlo? ¿Qué error te parece que cometió el carpintero?
¿Qué le recomendarías?**

¿Dónde está el problema? ¿Te parece que el problema es que los árboles son muy duros? ¿O es otro?

¿Qué herramientas o alternativas, le podrías sugerir que utilice en lugar del martillo?

1.

2.

3.

Quizás puedas pensar que Matías es un testarudo, que se empeña en resolver su problema con un martillo, a pesar de que ya había comprobado que no iba a lograr nada. Pero por lo general, las personas no somos tan diferentes a este carpintero. Muchas veces nos empeñamos en utilizar la misma herramienta o estrategia a pesar de que no nos da resultado.

MORALEJA:

