

RELACION ENTRE VARIABLES PSICOSOCIALES, CONOCIMIENTOS DE LA
ENFERMEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON CÁNCER USUARIOS
DEL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES DE PASTO

Dalila Chaves Camayo

Paula Alexandra Gámez Patiño

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2008

RELACION ENTRE VARIABLES PSICOSOCIALES, CONOCIMIENTOS DE LA
ENFERMEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON CÁNCER USUARIOS
DEL HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES DE PASTO

Dalila Chaves Camayo

Paula Alexandra Gámez Patiño

Trabajo de Grado para optar por el título de Psicólogas

Asesora general:

Ps. Jimena Eraso Osejo

Asesor Metodológico:

Ps. Fredy Hernán Villalobos Galvis

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE

JURADO A

JURADO B

San Juan de Pasto, septiembre de 2008

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Luis y Rosa, quienes con su constante esfuerzo, dedicación y compañía hicieron posible el logro de mis triunfos.

A mi tía Margarita quien con su comprensión y ejemplo de éxito guiado por su espíritu de lucha me permitió seguir adelante.

Y a mi gran amiga y hermana, Paula, quien con su alegría, lealtad, dedicación y entrega hizo posible el cumplimiento de un sueño

DALILA CHAVES CAMAYO

Dios me ha bendecido con cinco personas que han acompañado y guiado cada fase de mi vida, a ellos quiero dedicarles todo mi trabajo y esfuerzo porque he aprendido que el tesoro mas valioso con el que cuento son ustedes, mi familia. A mis padres expreso mi admiración porque su compromiso y amor han permitido que cumpla mis metas y haga realidad mis sueños. Andrea, Diana y David quiero darles las gracias por ser esas personitas que dan sentido a mi vida con su cariño, alegría y comprensión. Tía Olí eres una hada madrina, hoy y siempre miles de gracias porque tu entrega y apoyo me han enseñado que el amor sincero hace milagros. Dalí este logro es nuestro y hoy quiero agradecer Cada momento que hemos compartido, tu eres mi amiga del alma, mi compañera incondicional del camino y mi hermana de corazón.

PAULA ALEXANDRA GAMEZ PATIÑO

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más sincero agradecimiento a las personas que me apoyaron en la parte académica y profesional.

A Jimena Eraso, una amiga que con su comprensión y sabiduría ha guiado siempre mi camino profesional. A Freddy Villalobos, por su compromiso y apoyo constante en el desarrollo de la investigación.

A Margarita Chaves y Claudia Calvache, por su aporte y compromiso con el proceso investigativo.

A la Universidad de Nariño, por permitirme la formación como profesional y como persona.

Al Hospital Infantil los Ángeles, que hizo posible el logro de mis objetivos académicos y el acercamiento humano a la realidad de los niños y sus familias.

DALILA CHAVES CAMAYO

Cada final trae un nuevo comienzo y en el devenir de la vida, existen personas que permiten que cada instante se guarde en los recuerdos. Quiero dar las gracias a mis abuelos, tíos y primos por todas sus enseñanzas, apoyo y cariño.

A la familia Chaves Camayo agradezco la confianza y el afecto brindado, su apoyo fue fundamental para la culminación de mis estudios académicos.

Expreso mi agradecimiento sincero a la Doctora Jimena Eraso Osejo, su profesionalismo y calidad humana guiaron mi práctica profesional y el presente trabajo de grado, permitiendo que comprendiera el compromiso de mi profesión. Gracias por su amistad sincera y apoyo incondicional.

También quiero manifestar mis agradecimientos al programa de psicología porque encontré en cada uno de los profesores la motivación para llegar hasta el final de mi etapa académica y el comienzo de mi etapa como profesional. Al psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis agradezco su compromiso y colaboración como coinvestigador en el trabajo de grado. Gracias especiales a las psicólogas Claudia Calvache y Margarita Chaves, jurados del trabajo de grado; el aprender de su experiencia me permitió seleccionar el camino en el que quiero profundizar.

A todos ustedes de nuevo muchas gracias.

PAULA ALEXANDRA GAMEZ PATIÑO

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	18
ABSTRACT	20
INTRODUCCIÓN	22
PROBLEMA	24
Planteamiento del Problema	24
Formulación del Problema	27
Sistematización del Problema	27
Justificación	28
Objetivos	30
Objetivo General	30
Objetivos Específicos	30
MARCO TEÓRICO	32
Cáncer Infantil	32
Causas del Cáncer Infantil	33
Tipos de Cáncer	34
Enfermedades Hematológicas	35
Leucemia	35
Linfomas	35

Tumores sólidos más frecuentes en niños	36
Tumores del sistema nervioso central	36
Neuroblastomas	36
Tumor de wilms	37
Osteosarcoma	37
Sarcoma de ewing	37
Detección de cáncer en niños y adolescentes	37
Tratamiento del cáncer en niños y adolescentes	38
Quimioterapia	38
Radioterapia	39
Cirugía	39
Transplante de médula	40
Depresión	40
Aspectos generales	40
Antecedentes en el estudio de la depresión	43
Definición de la depresión	45
Características clínicas de la depresión	46
Causas de la depresión	47
Teorías conductuales	47

Teorías cognitivas	49
Teorías del procesamiento de la información	49
Teorías cognitivo – sociales	50
Teorías conductuales – cognitivas	52
Teorías interpersonales	53
Depresión en niños y adolescentes	55
Características de la niñez y la adolescencia	55
Síntomas depresivos en el desarrollo	57
Depresión y cáncer	60
La presencia de depresión en niños y adolescentes con cáncer	63
Autoconcepto	67
Problemas Conceptuales	67
Delimitación conceptual de términos utilizados	68
Modelos unidimensionales	70
Modelo nomotético	70
Verdadero unidimensional	70
Modelos multidimensionales	71
Modelo de factores independientes	71

Modelo de factores correlacionados	72
Modelo jerárquico	72
Conceptualización el autoconcepto	73
Autoconcepto en la adolescencia temprana	78
Autoconcepto y síntomas depresivos en adolescentes	79
Apoyo social	80
Antecedentes históricos y estado Actual de los estudios de apoyo social	80
Concepto de apoyo social	81
Apoyo social y salud	82
Apoyo social en enfermos crónicos	83
Apoyo social y depresión en pacientes con enfermedades crónicas	84
Apoyo social y depresión en pacientes con cáncer	85
Conocimiento sobre el cáncer	86
Conocimiento del cáncer y depresión	90
Generalidades sobre terapia cognitivo – conductual	90
MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	93
METODO	95

Diseño	95
Población	95
Procedimiento	97
Fase 1: Selección de la institución e información a las autoridades competentes	97
Fase 2: Selección de la población	97
Fase 3: Análisis estadístico de los datos	98
Fase 4: Análisis de resultados y conclusiones	98
Instrumentos	99
Variables	102
Hipótesis	103
Hipótesis de trabajo	103
Hipótesis nula	104
RESULTADOS	105
Características sociodemográficas de la población	105
Niveles de las variables de estudio	106
Relaciones entre apoyo social, autoconcepto y conocimiento de la enfermedad	113
Relaciones entre variables predictoras y variable criterio	116

Relaciones entre variable depresión y variables sociodemográficas	118
DISCUSIÓN	120
Programa de intervención psicosocial para adolescentes con cáncer entre 10 y 17 años, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles.	131
Introducción	131
Contexto del programa de intervención	133
Plan general del programa de intervención	133
Aspectos a abordar en el programa de intervención	134
Estructura de las sesiones del programa de intervención	136
CONCLUSIONES	146
LISTA DE REFERENCIAS	150
ANEXOS	165
ANEXO A. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	165
ANEXO B. FORMATO DE ASENTIMIENTO INFORMADO	166
ANEXO C. FORMATO DE CUESTIONARIO SOBRE	167
CONOCIMIENTO DEL CÁNCER	
ANEXO D. FORMATO DE ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA	168
ANEXO E. FORMATO DE LA ESCALA DEL CENTRO DE	169
ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES – D)	

ANEXO F. FORMATO DE LA ESCALA DE APOYO SOCIAL (AS)	171
ANEXO A. FORMATO DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO	172
FORMA 5 (AF5)	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Descripción estadística de la dimensión académica del autoconcepto	106
Tabla 2: Descripción estadística de la dimensión del autoconcepto que mide la relación con los adultos	106
Tabla 3: Descripción estadística de la dimensión social del autoconcepto	107
Tabla 4: Descripción estadística de la dimensión familiar del autoconcepto	107
Tabla 5: Descripción estadística de la dimensión física del autoconcepto	108
Tabla 6: Descripción estadística de la dimensión emocional del autoconcepto	108
Tabla 7: Niveles de la percepción de la variable: apoyo social	109
Tabla 8: Niveles de la subescala de afecto depresivo en la muestra de estudio	111
Tabla 9: Niveles de la subescala de ausencia de afecto positivo en la muestra de estudio	111
Tabla 10: Niveles de la subescala de síntomas somáticos en la muestra de estudio	112
Tabla 11: Niveles de la subescala de problemas interpersonales en la muestra de estudio	112
Tabla 12: Niveles de la variable conocimiento de la enfermedad en la muestra de estudio	113
Tabla 13: Matriz de correlaciones entre variables predictoras autoconcepto (dimensiones), apoyo social y conocimiento de la enfermedad.	115

Tabla 14: Matriz de correlaciones entre variables predictoras (autoconcepto apoyo social y conocimiento de la enfermedad) y variable criterio (riesgo de depresión)	117
Tabla 15: Nivel de significancia de la variable sociodemográfica (lugar de residencia) y la subescala de síntomas somáticos de la CES - D	118
Tabla 16. Descripción estadística de la variable sociodemográfica y subescala del CES – D	116
Tabla 17: Objetivos del programa de intervención	133
Tabla 18: Plan de actividades para la variable depresión	134
Tabla 19: Plan de actividades para la variable autoconcepto	134
Tabla 20: Plan de actividades para la variable apoyo social	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de la muestra según sexo	96
Figura 2: Distribución en porcentajes de la muestra de estudio para autoconcepto global	109
Figura 3: Niveles de riesgo de depresión de la muestra de estudio	110

RESUMEN

El presente estudio transversal/correlacional tuvo como objetivo establecer las relaciones existentes entre la depresión (variable criterio) y las variables psicosociales (autoconcepto, apoyo social) y el conocimiento sobre la enfermedad como variables predictoras. Esta investigación se llevó a cabo con 25 adolescentes entre 10 y 17 años diagnosticados con cáncer, usuarios del Hospital Infantil Los Ángeles de la Ciudad de Pasto.

La motivación principal para la realización de la presente investigación fue contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población de estudio, a través del aporte en el conocimiento, teniendo en cuenta la ausencia de investigaciones en este campo y específicamente en la población oncológica de nuestra región y con respecto a la relación entre las variables de estudio.

Los instrumentos que se aplicaron fueron la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), el cuestionario de autoconcepto (AF5), escala de Apoyo Social (AS), dirigidos a adolescentes y los cuales han sido adaptados a nuestro medio nariñense; además de un cuestionario de conocimientos con respecto al cáncer y una encuesta sociodemográfica, diseñadas y adaptadas por las autoras específicamente para el presente trabajo de investigación. Los datos arrojados por los instrumentos fueron analizados con el coeficiente de correlación por rangos de Spearman y la prueba de Kruskal Wallis por medio del programa estadístico SPSS versión 13. Los resultados más relevantes muestran correlaciones positivas estadísticamente significativas entre las diferentes dimensiones de las variables predictoras (autoconcepto y apoyo social). De igual forma se hallaron correlaciones negativas estadísticamente significativas entre la

variable criterio (riesgo de depresión) y las variables predictoras (autoconcepto y apoyo social). La variable conocimiento de la enfermedad no tuvo relación con ninguna de las variables de estudio. A partir de las relaciones encontradas entre las variables de estudio se formuló un programa de intervención desde el enfoque cognitivo – conductual.

Palabras clave: cáncer, depresión, autoconcepto, apoyo social, conocimiento sobre el cáncer, programa de intervención

ABSTRACT

This cross-sectional/correlational study aimed to establish the links between depression, as a variable approach and psychosocial variables (self - concept, social support) and knowledge about the disease, as predictive variables, this investigation was developed with 25 adolescents between 10 and 17 years diagnosed with cancer, outpatients of the Children's Hospital Los Angeles.

The main motivation for conducting this investigation was to contribute to improving the quality of life of the study population, through the input on knowledge, taking into account the lack of research in this field and specifically in the population of oncological our region and regarding the relationship between the variables studied.

The instruments that were implemented were the Depression Scale of the Centre for Epidemiologic Studies (CESD), the self concept questionnaire (AF5), the scale of Social Support (AS), aimed at adolescents and which have been adapted to our environment nariñense, plus a questionnaire of knowledge with respect to cancer and socio-demographic survey, designed and tailored by the authors specifically for this research work.

The collected data were analyzed with the Spearman rank correlation coefficient and Kruskal Wallis test from statistical program SPSS. The results show a statistically significant positive correlation between predictive variables (self concept and social support) and statistically significant negative correlations between the criterion variable (risk of depression) and predictive variables (self concept and social support). The knowledge of the disease did not relationship with any of the variables studied. Based on

the founded relations between variables it was made an intervention program from the cognitive - behavioral approach.

Keywords: cancer, depression, self - concept, social support, knowledge about cancer, intervention program.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está orientada a establecer las relaciones que existen entre las variables psicosociales (autoconcepto y apoyo social), conocimientos de la enfermedad y la depresión en adolescentes con cáncer de 10 a 17 años, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

En la justificación se argumentan los diferentes aspectos que avalan la realización de este trabajo investigativo, a partir de una visión biopsicosocial del fenómeno en cuestión para el diseño de una propuesta de intervención en beneficio de la población de estudio. En planteamiento del problema, se exponen de manera general el fenómeno a investigar haciendo un énfasis en estudios realizados por diferentes autores acerca de las relaciones de las variables de estudio en diversas poblaciones.

Para sustentar teóricamente la investigación se abordaron conocimientos tanto de psicología como de medicina que permiten la comprensión del fenómeno de estudio, se realiza la conceptualización de cáncer, depresión, autoconcepto, apoyo social y conocimiento acerca del cáncer a partir de la visión de diferentes autores y de los estudios realizados sobre el tema.

En el apartado de metodología se menciona el tipo de estudio, la población, el procedimiento, instrumentos, variables e hipótesis de estudio.

En los capítulos finales se presenta, los hallazgos y análisis estadístico de los datos recolectados en la aplicación de instrumentos; posteriormente se realiza la interpretación de dichos hallazgos, a la luz de un contraste teórico; se realiza además el

diseño del programa de intervención teniendo en cuenta los aspectos fundamentales de la discusión y finalmente se plantean las conclusiones del estudio.

PROBLEMA

Planteamiento del problema

Bajo la denominación de cáncer se agrupa una cantidad diversa de enfermedades, que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo. En Colombia según la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, los casos de cáncer en niños hasta los 15 años de edad están en aumento y el tipo más común es la leucemia. En la actualidad se registran 1.200 casos cada año y el 3% de estos menores fallecen, igualmente se constituye en la segunda causa de muerte infantil en el país. (Pacheco y Madero, 2003). En la ciudad de Pasto, la incidencia de cáncer (1998 – 2002) en hombres menores de 15 años fue de 43 casos, la leucemia y los linfomas son los más comunes; en el caso de la leucemia se presentaron 18 casos y de linfoma No Hodgkin 7 casos. La incidencia de cáncer en mujeres menores de 15 años fue de 35 casos. Las principales localizaciones están representadas por la leucemia con un total de 17 casos, seguido por las neoplasias malignas del encéfalo y el globo ocular (4 casos cada uno) (Bolaños, Hidalgo y Yepez, 2007)

Cuando en una persona se confirma el diagnóstico de cáncer, este desencadena muchos síntomas y signos tanto físicos como psicológicos, cuando se habla específicamente de la población adolescente (objetivo del presente trabajo de investigación), este diagnóstico los enfrenta a diferentes emociones, las secuelas psicológicas son mayores por el proceso de desarrollo que están viviendo; aunque ellos refieran sentirse bien en el primer momento, el tratamiento del cáncer genera un fuerte conflicto debido a la ansiedad y al dolor asociados a procedimientos médicos y a efectos secundarios del tratamiento (Alarcón, 2006). Así pues las consecuencias psicológicas en

adolescentes, después del diagnóstico de una enfermedad oncológica, se pueden manifestar con diferentes síntomas como pesadillas, insomnio, retraimiento y trastornos como depresión, anorexia, ansiedad entre otros (Gonzalez, 2006).

Por otro lado, en circunstancias en las que la salud física de la persona está involucrada, como en enfermedades crónicas, se eleva la prevalencia de la depresión: entre más severa sea la enfermedad, es más probable que la depresión la complique (Alarcón, 2006). Coyne, Thompson, Klinkman y Nease, en el 2002, encontraron una alta prevalencia de la depresión (4.8% y 13%) en poblaciones con diagnósticos médicos diversos; estudios recientes indican una prevalencia entre 6% y 14% en personas hospitalizadas o con enfermedades crónicas (Fisch, 2004), provocando el incremento de síntomas, reducción de la calidad de vida e incluso pobres resultados médicos y de tratamiento (Allen, Cull y Sharpe, 2003).

Así mismo la prevalencia de la depresión en pacientes con una enfermedad crónica como el cáncer es difícil de establecer, ya que las variaciones de las mediciones son amplias a pesar de la rigurosidad en los instrumentos y la metodología (Alarcón, 2006). Sin embargo se estima que la prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer se encuentra entre 10% a 35% (Massie, 2004 y Lloyd, 2003), aunque Spielberger (2001) afirma que la prevalencia puede alcanzar hasta un 85% en los pacientes oncológicos, incluyendo los pacientes en edad adolescente, incluso en el Hospital infantil los Ángeles según el reporte de atención psicológica de 2007, se ha detectado la presencia de trastornos depresivos y afines en pacientes oncológicos en un 80% de la población atendida (Eraso-Osejo J. 2007)

Igualmente, los cambios en el cuerpo como la pérdida o ganancia de peso, pérdida de pelo, úlceras bucales o secuelas permanentes como amputación, daño

cerebral, secuelas cognitivas, etc, hacen que el adolescente se perciba diferente a los demás, todo esto afecta su autoconcepto y hace que se acentúen manifestaciones psicológicas anteriormente mencionadas. (Gonzalez, 2006).

Helgeson, Cohen y Fritz (1998); Fox (1995) y Turner – Cobb, Sephton, Koopman, Blake – Mortimer y Spiegel (2000), plantean que el apoyo social es un factor que contribuye a resultados favorables en tratamientos médicos crónicos. En pacientes oncológicos con mayores niveles de apoyo social se presenta un mejor estado de ánimo y se percibe menos interferencias de la enfermedad en sus vidas, reportando altos niveles de satisfacción con su vida, con sus relaciones personales y mejor calidad de vida (Caress, 2001). Las personas con fuentes de apoyo efectivas tienden a mostrar menos síntomas tanto de trastornos físicos como mentales frente al estrés que las personas sin dicho apoyo (Dubois, 1992). Autores como Cassel, Cobb, Dickman, Barrera y West han reconocido que la posibilidad del apoyo social, amortigua el impacto del estrés y la depresión causado por enfermedades crónicas en la salud mental (citados por Sue, 1994).

Por último, Camps y Sanchez (2006), afirman que el desconocimiento de la enfermedad y del tratamiento para el cáncer provoca ansiedad y depresión en los pacientes, por lo cual se hace necesario el fortalecimiento de la comunicación clara y precisa entre el personal sanitario, la familia y los pacientes.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se aprecia la existencia de una relación entre un fenómeno común entre pacientes oncológicos, como lo es la depresión y variables como: el autoconcepto, el apoyo social (para efectos del presente trabajo y de aquí en adelante denominadas variables psicosociales) y el conocimiento que tiene la persona sobre el cáncer, por lo cual se propone realizar la presente investigación,

encaminada a identificar dicha relación en nuestro medio nariñense y particularmente en una institución hospitalaria de la ciudad de Pasto, con miras al diseño de un programa de intervención desde el enfoque cognitivo conductual..

Formulación del Problema

¿Cuáles son las relaciones que existen entre variables psicosociales, conocimientos de la enfermedad y depresión en adolescentes con cáncer de 10 a 17 años usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

¿Cuáles son los niveles de las variables de estudio del presente trabajo (psicosociales, conocimientos de la enfermedad y depresión)?

¿Cuáles son las relaciones entre las variables predictoras (variables psicosociales, y conocimientos de la enfermedad)?

¿Qué relación existe entre las variables predictoras (variables psicosociales, y conocimientos de la enfermedad) y la variable criterio (depresión) en la población?

¿Cuáles son las relaciones entre variables sociodemográficas y la variable de criterio en la población?

¿Cuáles son las variables predictoras que tienen mayor relación con la variable de criterio con miras a formular un programa de intervención?

Justificación

La psicología es una disciplina que exige una continua investigación para llenar los vacíos del conocimiento que constantemente surgen en el estudio del ser humano. En las diferentes áreas de la psicología hay un interés especial por la búsqueda del bienestar del individuo, abordando una perspectiva biopsicosocial en la comprensión de los problemas físicos y mentales del ser humano. Desde este punto de vista, la psicología de la salud se constituye como una área de estudio que se preocupa por comprender los cambios que se producen en la persona en el momento de enfrentar una enfermedad, teniendo en cuenta los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad (Brannon y Feist, 2001). El impacto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de una enfermedad provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente que varían en grado e importancia, y que están relacionados con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la depresión, es una respuesta psicológica que forma parte de los problemas que los pacientes refieren con mayor frecuencia (Leinster, 1994 y Young y Marks, 1996).

Se sabe además que una enfermedad crónica como el cáncer aumenta el riesgo de manifestar sintomatología asociada a la depresión o incluso un trastorno depresivo, y más aún cuando se hace referencia a la población adolescente, ya que en esta etapa del desarrollo se da una búsqueda de autonomía, independencia y fortalecimiento del autoconcepto, que se pueden ver fuertemente afectados por el diagnóstico de cáncer (Gonzalez, 2006).

Aunque en estudios mundiales, la depresión es una de las consecuencias psicológicas más frecuentes en los pacientes con cáncer, no se tienen cifras exactas que

indiquen la prevalencia de depresión en población adolescente con cáncer en Colombia, debido al difícil diagnóstico de este trastorno del ánimo, en Nariño, el Instituto Departamental de Salud registra 177 casos diagnosticados con depresión en la población general, (Citado por Ortega y Santander, 2006) además, existen muy pocos datos y poco concluyentes sobre la prevalencia de la depresión en población con cáncer, así pues el presente trabajo se convertirá en un punto de partida en la investigación de esta problemática, construyendo nuevos conocimientos sobre el tema que generen impacto en tanto permiten entender y organizar lo que se observa y vivencia en la realidad.

De igual manera y teniendo en cuenta que en las instituciones hospitalarias, los pacientes que tienen dificultad en adaptarse a la condición médica representan un claro reto para el equipo interdisciplinario de salud, ya que este mismo equipo se ve en la necesidad de responder a múltiples problemas psicológicos y sociales (Holland y Passik, 1998), tales como la depresión (Alarcón, 2006), bajos niveles de autoconcepto (Gonzales, 2006), influencia de la percepción de apoyo social (Helgeson y Fox, 1998) y desconocimiento sobre la enfermedad (Camps y Sanchez, 2006), el estudio de las relaciones que existen entre estas variables en adolescentes oncológicos contribuirá a que se realice un análisis de manera integral, desde los diferentes aspectos de su conceptualización brindando así herramientas teóricas y prácticas a las personas encargadas de atender este tipo de problemáticas.

Igualmente este trabajo permite contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes oncológicos del Hospital Infantil los Ángeles, quienes proceden desde diferentes lugares de los departamentos de Nariño y Putumayo principalmente, pues ser sujetos activos del estudio, les permitirá conocer y empoderarse de su propia realidad y contar con el apoyo psicológico pertinente, así como propiciar la formulación

de una propuesta de intervención basada en una realidad colectiva estudiada y descrita con la rigurosidad y ética de la metodología de la investigación y el aporte académico y profesional de la psicología.

Por último y no menos importante el desarrollo del presente trabajo, permitirá a las autoras, poner en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática aquí especificada.

Objetivos

Objetivo General

Establecer las relaciones que existen entre las variables psicosociales, conocimientos de la enfermedad y depresión en adolescentes con cáncer de 10 a 17 años, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

Objetivos Específicos

Caracterizar sociodemográficamente a la población de adolescentes con cáncer de 10 a 17 años, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

Describir los niveles de las variables de estudio en adolescentes con cáncer de 10 a 17 años usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

Precisar las relaciones que existen entre las variables predictoras, en adolescentes con cáncer de 10 a 17 años usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

Establecer cual es la relación que existe entre las variables predictoras y la variable criterio en adolescentes con cáncer de 10 a 17 años usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

Precisar las relaciones entre variables sociodemográficas y la variable de criterio en la población de adolescentes con cáncer de 10 a 17 años usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto.

Diseñar un programa de intervención para la población de adolescentes con cáncer de 10 a 17 años usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de Pasto a partir de las relaciones encontradas entre la variable criterio y las variables predictoras.

MARCO TEÓRICO

Cáncer Infantil

El cáncer (neoplasia maligna) se define como un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se desarrollan sin control (Brannon y Feist, 2001). En algunas ocasiones se forman proliferaciones llamadas tumores, los cuales son aglomeraciones de células que interfieren con el funcionamiento normal del cuerpo, sin embargo no todos los tumores son cancerosos. Los tumores benignos (no cancerosos), con frecuencia pueden extirparse. Estos tienden a mantenerse localizados en un área específica a diferencia de los tumores malignos, los cuales suelen extenderse y establecen colonias secundarias y representan una amenaza para la vida. (Stevens, 2002). Las células cancerosas pueden desprenderse y viajar a través de la sangre o el sistema linfático a otras partes del cuerpo, donde se establecen y continúan creciendo en un proceso que se conoce como metástasis. (Barahona, 1993).

La característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía, es decir, su capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que rigen a otras células. Este crecimiento tumoral ilimitado hace que el cáncer destruya a su huésped, dañando otros órganos o procesos fisiológicos, o bien, utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. (Brannon y Feist, 2001). Los tumores malignos pueden dividirse en cuatro grupos principales: carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas. Los tipos de cáncer más comunes durante la infancia son la Leucemia, los tumores cerebrales y el Linfoma (Die – Trill, 2003)

Todos los tipos de cáncer, incluyendo los que se dan en la infancia, tienen un proceso patológico en común, sin embargo el cáncer infantil tiene características propias que le diferencian del cáncer en los adultos: el cáncer infantil tiene en la mayor parte de los casos un mejor pronóstico que el de los adultos, su aparición no depende de la práctica de conductas de riesgo, como, por ejemplo, se sabe que el hecho de fumar incrementa el riesgo de cáncer de pulmón. Exponerse demasiado al sol incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de piel. Estos tipos de desencadenantes van actuando lenta y paulatinamente en el cuerpo, de modo que es posible que los cánceres que pueden desencadenarse aparezcan hasta la edad adulta. (Dawshen y Patton, 2007)

Causas del cáncer infantil

Tipos diferentes de cáncer tienen causas diferentes y pueden depender de muchos factores. Algunos cánceres son más comunes que otros y las posibilidades de supervivencia varían entre tipos distintos. La mayoría de los cánceres no tienen causas conocidas de origen químico, ambiental, genético, inmunológico o viral y también surgen espontáneamente por causas que son, por lo tanto, inexplicables (Acceso Computarizado Salud de Nueva York (NOAH, 2007). Las causas del cáncer son muy complejas e implican tanto a células como a factores en el medio ambiente. Se han realizado muchos avances en la identificación de causas posibles de cáncer.

Sustancias químicas y de otro tipo: La exposición a sustancias como es el caso de ciertas sustancias químicas, metales o pesticidas, puede aumentar el riesgo de cáncer. Toda sustancia química que puede producir cáncer se conoce como carcinógena. Asbesto, níquel, cadmio, uranio, radón, cloruro de vinilo, bencidina y benceno son ejemplos de carcinógenos conocidos. Estos pueden actuar de manera aislada o

conjuntamente con otros carcinógenos, como el humo del cigarrillo, para incrementar el riesgo de cáncer.

Radiación ionizante: Ciertos tipos de radiación, como radiografías, rayos de sustancias radioactivas y rayos ultravioletas de la exposición al sol, pueden producir daño al ADN de las células, lo cual puede provocar cáncer.

Herencia: Ciertos tipos de cáncer ocurren más frecuentemente en algunas familias que en otras, lo cual indica cierta predisposición heredada a la aparición del cáncer. Sin embargo, incluso en estos casos, el medio ambiente desempeña una función en el desarrollo del cáncer.

Con todo lo anterior, se puede afirmar que determinar una única causa del cáncer es difícil, ya que esta es una enfermedad crónica provocada por muchas causas. Sobre todo para el cáncer en la infancia y en la adolescencia el cual no se relaciona en gran medida con factores de riesgo por el estilo de vida como el consumo de tabaco y alcohol, dieta deficiente o insuficiente actividad física. Muchos sistemas de órganos en los niños están sujetos a crecimiento y desarrollo rápidos en los primeros años de vida. Estos sistemas son especialmente vulnerables a sufrir heridas durante estos periodos de desarrollo. (Barahona, 1993)

Tipos de cáncer

En general, los tipos más frecuentes de cáncer en la niñez y la adolescencia se pueden dividir en dos grandes grupos: enfermedades hematológicas: leucemias y

linfomas, y tumores sólidos: tumores óseos (osteosarcoma, tumor de Ewing), tumores cerebrales, tumores renales, etc. (García, Vila, López y Medin, 2006):

Enfermedades hematológicas.

Leucemia

Es el tipo de cáncer infantil más frecuente y supone alrededor del 33% de todos los casos. La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) generalmente se presenta en personas mayores de 25 años, pero también aparece durante la infancia o la adolescencia (Yelarnos, Fernández, García y Pascual, 2005), es la más común en niños, sin embargo en la adolescencia no es tan frecuente. Es una enfermedad que se origina a partir de una célula linfoide de la médula ósea que pierde sus características y su función, convirtiéndose en una célula tumoral (linfoblasto).

Existen distintos tipos de LLA según el tipo de célula linfoide a partir de la que se haya originado el tumor. Para su diagnóstico se emplean pruebas específicas de citometría de flujo y genética molecular que permiten conocer el tipo de LLA y darle un tratamiento específico. La Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) no es tan frecuente en niños. Se origina a partir de las células mieloides y en algunos casos el tratamiento de elección es el trasplante de médula ósea.

Linfomas

Los linfomas son cánceres que se desarrollan a partir del sistema linfático, el cual forma parte del sistema inmunológico. Este sistema linfático se encuentra en una serie de órganos como son el bazo, el timo, los ganglios, la médula ósea; y otros órganos que contienen tejido linfoide como las amígdalas, la piel, el intestino delgado y el estómago. Un linfoma puede desarrollarse en cualquiera de estos órganos. Los linfomas pueden

dividirse en Linfoma de Hodgkin y Linfoma no Hodgkin. El Linfoma de Hodgkin generalmente afecta a los ganglios linfáticos periféricos, en personas de 10 a 30 años. El Linfoma no Hodgkin es más frecuente en los niños. Con frecuencia se desarrolla en el intestino delgado o en el mediastino (espacio entre los dos pulmones), aunque también puede aparecer en el hígado, bazo, sistema nervioso, médula ósea y ganglios linfáticos (Yelarnos y Cols, 2005)

Tumores sólidos más frecuentes en niños

Tumores del sistema nervioso central

Los tumores cerebrales se clasifican y denominan por el tipo de tejido en el cual se desarrollan. Constituyen el segundo tumor más frecuente en los niños. Pueden aparecer en cualquier edad en la infancia y en la adolescencia, aunque son más frecuentes entre los 5 y los 10 años de vida. Pueden producir convulsiones, cefaleas, vómitos, irritabilidad, alteraciones de la conducta, somnolencia, etc (Yelarnos y Cols, 2005)

Neuroblastoma

Es un tumor que se origina en las células nerviosas de la glándula adrenal (es una glándula que se encuentra cerca de los riñones y el lugar más frecuente de estos tumores), del tórax, del cuello y de la médula espinal.

Es un tumor que sólo se desarrolla en niños, generalmente por debajo de los 5 años. Uno de los síntomas más característicos es la presencia de una masa y dolor abdominal, pero además puede acompañarse de diarrea y dolor de huesos (Yelarnos y Cols, 2005)

Tumor de wilms

Es un tumor maligno que afecta a las células de los riñones. Ocurre generalmente en niños antes de los 10 años. Los síntomas más frecuentes son la presencia de una masa abdominal, fiebre, pérdida de apetito, presencia de sangre en la orina o dolor abdominal (Yelarnos y Cols, 2005)

Osteosarcoma

Es el tumor óseo más frecuente en niños y adolescentes. Comienza en las células óseas inmaduras que crecen normalmente en los tejidos óseos. Se localiza sobre todo en el extremo de los huesos largos (fémur o tibia), alrededor de la rodilla, también puede aparecer en los huesos del brazo (García y Cols, 2006)

Sarcoma de ewing

Es el segundo tumor óseo maligno más frecuente. Es un tumor sólido que se origina a partir del tejido neural parasimpático, en la mayoría de los casos aparece en las costillas o los huesos largos. Sin embargo, puede localizarse también fuera de los huesos (tumor de Ewing extraóseo) o como una forma más diferenciada que se conoce como tumor primitivo neuroectodérmico (García y Cols, 2006)

Detección de cáncer en niños y adolescentes

El cáncer en los niños y adolescentes muchas veces es difícil de detectar, por lo cual es necesario realizar exámenes médicos regulares y estar alerta ante cualquier signo o síntoma inusual persistente para informar al médico (NOAH, 2007) Los signos o síntomas inusuales incluyen: Masa o tumefacción extraña, palidez inexplicable, pérdida

de energía, tendencia de repente a formar hematomas, dolor o cojera persistente, localizada, fiebre o enfermedad prolongada, inexplicada, dolores de cabeza frecuentes, tal vez con vómitos, cambios repentinos en los ojos o la visión, pérdida excesiva y rápida de peso.

Dependiendo del tipo de cáncer, se realizarán diferentes exámenes para el diagnóstico. Por lo general en primera instancia se realiza un historial médico detallado y un examen extensivo. Además se pueden realizar biopsia, análisis de sangre, aspirado o punción de médula, punción lumbar, resonancia magnética, ecografía, radiografía y gamma grafía (García y Cols 2006)

Tratamiento del cáncer en niños y adolescentes

Para el tratamiento del cáncer, se utilizan diversos procedimientos, los mas utilizados son los siguientes:

Quimioterapia

Se llama quimioterapia a un conjunto de fármacos o medicamentos que destruyen las células tumorales e impiden que se reproduzcan. La quimioterapia se administra por vía oral, intravenosa, intramuscular, intratecal (mediante una punción lumbar) y/o subcutánea (García, Vila, López y Medin, 2006):

La quimioterapia intensiva afecta la médula ósea y provoca anemia y problemas de sangrado, además de incrementar el riesgo de padecer infecciones graves. Los tratamientos de quimioterapia tienen efectos secundarios. Algunos de estos efectos son a corto plazo, como la caída del cabello, los cambios en el color de la piel, un mayor

riesgo de contraer infecciones, las náuseas y los vómitos. Otros son a largo plazo, como el daño cardíaco o renal, los problemas del aparato reproductor o el desarrollo de otro cáncer en una etapa posterior de la vida (Patton, 2007)

Radioterapia

Se administra mediante aceleradores de electrones. Se hace en la Unidad de Radioterapia, en sesiones cortas (de algunos minutos) que se repiten durante varios días.

Antes de comenzar se realiza una "simulación del tratamiento". Durante la simulación los técnicos estudian los campos de tratamiento y la dosis más adecuada.

La radioterapia, en algunas ocasiones puede provocar una leve irritación de la piel en la zona irradiada (García, Vila, López y Medin, 2006), además de cansancio, pérdida del apetito y reacciones en la piel. Cuando se utiliza la irradiación corporal total antes de un trasplante de médula, existe un mayor riesgo de que el niño tenga un crecimiento más lento, problemas de tiroides, funcionamiento anormal de los ovarios o los testículos, o cataratas (Patton, 2007)

Cirugía

Se utiliza algunas veces para colocar un reservorio de administración de quimioterapia. Otras veces, para llegar a un diagnóstico (biopsia) y en el caso de los tumores sólidos, como una parte más del tratamiento dirigida a la extirpación del tumor (García, Vila, López y Medin, 2006).

Transplante de médula

Es una intensificación del tratamiento, ya que se administran dosis elevadas de quimioterapia con o sin radioterapia que destruyen la médula ósea del cuerpo. Después se reemplaza por una médula ósea sana (Yelarnos y Cols, 2005) En algunos casos, es el primer tratamiento de elección para evitar una recaída de la enfermedad. En otros casos, es un segundo tratamiento cuando el primero no ha logrado la remisión o la enfermedad ha reaparecido (García, Vila, López y Medin, 2006).

La médula ósea puede provenir de un donante o del propio paciente. Si se toma médula ósea del paciente, la médula se congela y se guarda. Después se la somete a tratamientos con medicamentos para eliminar las células cancerosas. El paciente debe estar protegido de infecciones hasta que la médula ósea transplantada empiece a producir una cantidad suficiente de glóbulos blancos. (Yelarnos y Cols, 2005). La médula ósea donada puede reaccionar contra los órganos del paciente. Esto se conoce como rechazo. Puede ocurrir en cualquier momento del transplante.

Depresión

Aspectos generales

La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual. El riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida oscila entre el 10% y el 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los varones (APA, 1995). La depresión afecta a múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo. Además, los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo (Figueras, 2006)

La existencia o no de la depresión infantil es un tema que durante décadas ha ocupado el estudio de la comunidad científica. Esto se debe principalmente al hecho de que el área de salud mental infantil durante un largo tiempo no fue considerada de gran relevancia. La depresión en niños y adolescentes se está manifestando en forma considerable. El niño se ve envuelto en una vida llena de compromisos, demandas, competencias y en su mismo proceso evolutivo debe adquirir las habilidades y destrezas que le permitan sobrevivir y aún más sobresalir (Gonzalez, 2006).

Para Deuber (1982), la depresión existe y puede manifestarse en los niños y las niñas desde los seis años de edad. Pauchard (2002), argumenta que los niños 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 (Gonzalez, 2006)

Aunque actualmente la depresión en niños y adolescentes es aceptada, la resistencia al concepto de depresión como entidad clínica en la infancia y la adolescencia en décadas anteriores proviene tanto de la escuela psicoanalítica como de aquellos que defendían que los síntomas depresivos representaban experiencias transitorias asociadas al desarrollo normal. (Figueras, 2006)

Melanie Klein fue la primera psicoanalista que introdujo el término de depresión, referido a la infancia. Esta autora introdujo la “ansiedad depresiva” como una etapa forzosa en el desarrollo evolutivo del niño (la reacción depresiva, en consecuencia,

constituiría un modo de respuesta comportamental normal, que incluso tendría una finalidad adaptativa). Otros autores que abordaron la depresión en la infancia fueron Spitz (1946) y Bowlby (1958), además de otros autores como Deutsch (1919-1959), Bakwin (1942), Freud y Burlingham (1960), Schaffer y Callender (1959) y Heinicke y Westheimer (1965) (Del Barrio, 2000). En muchos de estos estudios, realizados con niños, se analizan las relaciones entre separación, experiencias de pérdida y la aparición de comportamientos afectivos patológicos, caracterizados por ansiedad y depresión (Figueras, 2006)

En los años sesenta surgen los conceptos de depresión enmascarada y de equivalentes depresivos. Diversos autores como Toolan, Glasser y Malmquist, sugieren que la hiperactividad, el comportamiento oposicionista, los problemas conductuales, el bajo rendimiento escolar y las quejas somáticas pueden, en algunos casos, representar “equivalentes depresivos” o manifestaciones de “depresión enmascarada”. El niño podía padecer una depresión, pero ésta se encontraría “enmascarada” y los síntomas que se detectarían tendría poco o nada que ver con la depresión, tal y como se manifiesta en el adulto (Figueras, 2006). En esta década el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos, y más tarde también biológicos. También se empiezan a aplicar a niños y adolescentes los modelos conductuales-cognitivos de la depresión adulta. Estos modelos destacan que las características de la depresión son el déficit de habilidades sociales la presencia de distorsiones cognitivas la percepción de las situaciones externas como incontrolables, la desesperanza y la falta de refuerzo externo (Figueras, 2006).

En la actualidad se acepta de forma generalizada la existencia de la depresión infantil, aunque dentro de esta aceptación se puede distinguir la existencia de dos

corrientes. En primer lugar, aquellos que sostienen que es equiparable a la del adulto y se puede diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos. De esta forma, y estimulados por los avances en la biología psiquiátrica, diversos autores diseñaron escalas de valoración y entrevistas estructuradas que adaptaban los criterios adultos al diagnóstico de la depresión infantil (Gonzales, 2006).

En segundo lugar, en los últimos años las nuevas investigaciones sobre el actual concepto de depresión en el niño, se orientan más hacia el estudio de la depresión infantil desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. Es una posición más moderada que asume que algunas de las manifestaciones de la depresión en niños son diferentes de las manifestaciones adultas y, en cambio, otras son similares a las adultas. Desde esta posición se argumenta que la fenomenología de los trastornos del estado de ánimo en jóvenes evoluciona con el desarrollo del sujeto; se afirma que algunas de las manifestaciones son exclusivas de niños, y se sugiere que los síntomas pueden variar según la edad del niño. Desde esta perspectiva, los criterios para la depresión del adulto no serían aplicables a los niños y menos de forma uniforme (Figueras, 2006)

Antecedentes en el estudio de la depresión

El cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Soranos de Ephesus, señalaba como problemas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad. Durante la edad media se consideraba que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales (Alvarez, 2006) En 1630 se empezó a abandonar esta creencia cuando Robert Burton facilitó la identificación de los estados depresivos. A principios

del siglo XIX Philippe Pinel señaló como causas de la melancolía en primer lugar a las psicológicas y en segundo a las físicas. (Sue, 1994). Los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco depresiva, situación que prevaleció las primeras tres décadas de este siglo. (Calderón, 2001)

Para el DSM-IV (1994) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) el episodio depresivo mayor se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su nivel de funcionamiento, previo, que dure por lo menos, 2 semanas, en las cuales el paciente perciba un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer; y por lo menos cinco síntomas de un grupo de nueve, que incluyen el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, una marcada disminución o la pérdida de interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día, una pérdida o aumento importante del peso corporal, sin hacer dieta, o pérdida o aumento del apetito, agitación o enlentecimiento psicomotores, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida (Alarcón, 2006)

Actualmente el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta la autoestima y las cogniciones. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un episodio de tristeza. No se refiere a debilidad personal. Por lo general, todas las personas atraviesan por períodos de tristeza, incomprensión, soledad e infelicidad, sin embargo esta situación de tristeza (tristeza profunda) se vuelve preocupante cuando el

individuo continúa con los síntomas por más de dos semanas o meses. Empieza a verse afectado el desarrollo individual, la interacción personal, la capacidad de trabajar e incluso interfiere con el comportamiento normal (Alvarado, 2006)

Existen varios tipos de trastornos depresivos (Citado por Alvarez y Alvarado, 2006):

1. Depresión severa: La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que afectan la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.
2. Distimia. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona.
3. Trastorno bipolar. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios constantes en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o euforia (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos, pero más a menudo son paulatinos.
4. Depresión Circunstancial. Un episodio prolongado de tristeza que se desencadena través de una pérdida o desilusión (Citado por Alvarado y Alvarez, 2006).

Definición de la depresión

De acuerdo con la CIE – 10, los episodios depresivos se caracterizan por humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una

disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida del apetito. (CIE 10).

Características clínicas de la depresión

El DSM IV plantea los siguientes criterios diagnósticos para la depresión infantil: disforia, anhedonia, aumento o disminución de apetito o peso, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, agitación o lentitud motora, autoreproche o culpabilidad, dificultades para concentrarse y pensar, ideas de suicidio o de muerte, irritabilidad. La duración de los síntomas para establecer el diagnóstico debe ser de 2 semanas. La CIE – 10 (1992) plantea los siguientes criterios diagnósticos para la depresión infantil: disforia, anhedonia, aumento o disminución de apetito o peso, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, agitación o lentitud motora, autoreproche o culpabilidad, dificultades para concentrarse y pensar, ideas de suicidio o de muerte,

quejas somáticas. La duración de los síntomas para establecer el diagnóstico debe ser de 2 semanas. (Figueras, 2006)

El trastorno depresivo parece incrementarse en los jóvenes; de hecho, las menores tasas de prevalencia se encuentran en los años preescolares y los mayores porcentajes en adolescentes. En segundo lugar, a pesar de que la sintomatología depresiva se puede identificar antes de la adolescencia, la incidencia de depresión se incrementa de forma importante en la adolescencia (González, 2006)

Causas de la depresión

Teorías conductuales

Los enfoques conductuales de los trastornos depresivos comparten una misma base teórica con las teorías del aprendizaje, en especial del condicionamiento operante. Las teorías conductuales se basan en la idea original de Skinner que plantea que la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas (Sanz y Vásquez, 1995). Charles Ferster estudió el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental y planteó cuatro procesos que aislados o en combinación pueden explicar la patología depresiva:

1. Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo.
2. Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.

3. Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en los que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas lo que supone a su vez una mala adaptación al medio, y por tanto, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción conductual.
4. Repertorios de observación limitados que llevarían a las personas con un trastorno depresivo a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones. (Sanz y Vásquez, 1995)

Por otro lado, Ferster, planteaba que muchas conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivos, de tal manera que dichas conductas se mantienen por reforzamiento negativo.

Para Peter Lewinsohn, la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, los cuales son los fenómenos primarios de la depresión. Otros síntomas de la depresión como la baja autoestima y la desesperanza serían la consecuencia de la reducción en el nivel de actividad. Por lo tanto la pérdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta constituiría la causa suficiente de la depresión que, a su vez, podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores aislados o en combinación (Sue, 1994):

1. Un ambiente que no proporciona el refuerzo suficiente.

2. Falta de habilidades sociales para obtener el reforzamiento de un ambiente dado.
3. Incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la puesta en marcha de sus habilidades sociales, le impiden acceder a los refuerzos sociales.

Teorías cognitivas

Teorías del procesamiento de información

Estas teorías se inspiran en el paradigma del procesamiento de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva como elementos centrales en su conceptualización de la depresión.

La teoría más conocida de esta categoría es la propuesta por Aaron Beck (Citado por Sanz y Vásquez, 1995). La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como triada negativa: una visión negativa del yo, de su propio mundo o experiencia personal y del futuro. Este procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión, conduce al resto de síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan el trastorno (Sanz y Vásquez, 1995).

Por otra parte, John Teasdale desarrolló una teoría de la depresión, conocida como la “Hipótesis de la activación diferencial”. Este modelo postula que cada emoción en particular está representada en la memoria por una unidad o nodo específico, al cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas autonómicas, los términos verbales que la describen y cogniciones que contienen tanto descripciones de los sucesos que evocan esa emoción como pensamientos, creencias y recuerdos que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones. En el caso del nodo de la tristeza o depresión, éstas últimas cogniciones serían negativas. Cuando un nodo particular es activado, se experimenta la emoción correspondiente y la activación se propaga a través de conexiones del nodo para evocar otras manifestaciones de la emoción.

Teorías cognitivo sociales

Martín Seligman plantea que las cogniciones y sentimientos de desamparo son aprendidos. Una persona que ve que sus acciones continuamente tienen muy poco efecto sobre el ambiente desarrolla una expectativa de desamparo. Cuando esta expectativa es confirmada en ambientes que pueden no ser controlables puede resultar pasividad y por último depresión. Seligman describió la depresión como una creencia en el propio desamparo (Sue, 1994). Postuló que la pérdida percibida de control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad es causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva, y tal expectativa está mediada por dos factores: una historia de fracasos en el manejo de situaciones y una historia de reforzamientos sobre sobre una

base no contingente que haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

Lyn Abramson, Gerald Metalsky y Lauren Alloy plantean la teoría de la desesperanza, la cual postula una nueva categoría nosológica de los trastornos depresivos, la depresión por desesperanza, definida principalmente por su causa. La causa suficiente y próxima para que aparezca este tipo de depresión es la desesperanza: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia de ese suceso. A diferencia de la teoría de la Indefensión Aprendida, no se habla de “sucesos incontrolables” sino de “sucesos vitales negativos”, por lo cual el modelo pone de manifiesto que la presencia de sucesos estresantes negativos está asociada con la aparición de reacciones depresivas (Sanz y Vásquez, 1995)

Las atribuciones que la gente hace acerca de esos sucesos y el grado de importancia que les confiere contribuyen al desarrollo de la desesperanza y de síntomas de la depresión por desesperanza.

La información situacional que sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso, alto en consistencia y bajo en distintividad favorece una explicación atribucional conducente a la desesperanza. Además de la información situacional, las diferencias individuales en cuanto a poseer o no un estilo atribucional depresógeno contribuyen como un factor de vulnerabilidad en la formación de atribuciones conducentes a la desesperanza.

Además se plantea que la desesperanza puede ser producto de las conclusiones a que una persona llegue sobre las consecuencias del suceso negativo, igualmente se

plantea la posibilidad de que otros factores (falta de apoyo social) sean antecedentes de la desesperanza. La teoría de la desesperanza no incluye síntomas del tipo de los errores o distorsiones cognitivas de Beck. La razón de esta exclusión es que los autores del modelo han descubierto la posibilidad de que los depresivos pudieran ser más precisos en su visión de la realidad que los no deprimidos, fenómeno que se ha denominado “realismo depresivo” (Sanz y Vázquez, 1991).

Teorías conductuales – cognitivas

Estas teorías se centran más en la varianza personal de la interacción persona – situación e incluyen procesos cognitivos.

Lynn Rhem elaboró una teoría de la depresión denominada Teoría del Autocontrol de Rhem. Parte de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo. Por tanto, en estas condiciones de ausencia de reforzamiento externo, el control propio de la conducta es más importante, y en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes. De esta forma en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta. La teoría de la depresión de Rehm puede concebirse como un modelo de diátesis – estrés: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Ese déficit, de acuerdo con Rhem, se concreta en cualquier combinación de las siguientes situaciones: déficit de las conductas de autoobservación, déficit en las conductas de autoevaluación y déficit en las conductas de autorreforzamiento (Sanz y Vázquez, 1995).

Por otro lado, Peter Lewinsohn plantea la Teoría de la Autofocalización, la cual postula que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. La principal variable mediadora sería un aumento de la autoconciencia (aumento transitorio y situacional en la autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente), aumento que sería resultado de los esfuerzos insuficientes del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren (Sue, 1994).

Teorías interpersonales

Este enfoque enfatiza la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Existen varios autores que explican la depresión desde este enfoque, uno de ellos es James Coyne quien sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. Cuando se da la ruptura interpersonal, los depresivos buscan a las personas de su ambiente para obtener apoyo social, pero las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social. Estas personas, que en un primer momento intentaron aliviar la sintomatología de los depresivos, se sienten cada vez más molestos y frustrados con la constante conducta sintomática de éstos (Sanz y Vásquez, 1995)

Ian Gotlib y su grupo de investigación han extendido el modelo de Coyne resaltando los papeles que juegan el individuo, sus estilos cognitivos como los miembros

de su ambiente social en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo. Se plantea que el desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor interpersonal, intrapsíquico o bioquímico. La gravedad de este estresor depende de las circunstancias externas y de factores de vulnerabilidad (interpersonales, intrapersonales: cognitivos y conductuales). La adquisición de los factores de vulnerabilidad es fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia (Sanz y Vásquez, 1995)

Para Gotlib y su grupo de investigación, el inicio de la depresión es resultado de la aparición de un estresor que debido a los factores de vulnerabilidad es interpretado por el individuo como un acontecimiento que reduce su valía personal sin que haya ninguna posibilidad de conseguir otras fuentes de gratificación. La capacidad del sujeto para resolver la situación de estrés depende de la naturaleza de ésta como de las habilidades de afrontamiento. Gotlib y colaboradores sugieren que uno de los primeros síntomas depresivos es la autofocalización, y que una excesiva autofocalización puede exacerbar la depresión al interferir con las habilidades de resolución de problemas y al incrementar las distorsiones cognitivas acerca de la persistencia del estresor. Una vez la depresión se inicia hay dos factores que mantienen la depresión: factor interpersonal (habilidades sociales y esquemas interpersonales negativos, respuesta de las personas significativas a la conducta sintomática) y sesgo cognitivo negativo (aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos, ya sean reales o distorsionados) (Sanz y Vásquez, 1995).

Depresión en niños y adolescentes

Características de la niñez y la adolescencia

Desde los 9 años hasta los 18 los niños y adolescentes experimentan una serie de cambios rápidos e importantes en diferentes ámbitos que les permiten crecer, aprender, adaptarse y socializarse. En general, estos cambios no producen problemas, pero en algunos casos pueden llevar a trastornos psicológicos (Figueras, 2006)

La etapa del desarrollo escolar, de 6 a 12 años es una etapa en la que el niño realiza grandes cambios desde el punto de vista social, afectivo y cognitivo. En esta etapa la escuela es el más importante de los contextos en el que se integra el niño, además de las actividades extraescolares, deportivas o artísticas. En esta etapa también se cimientan y consolidan las relaciones con los iguales (González, 2006).

De los 8 a los 12 años, el niño accede a un equilibrio social y afectivo de la misma manera que se consolidan los progresos cognitivos. La personalidad e identidad del niño se afianzan y son claramente reconocidas por sus padres, compañeros y entorno social. Es sólo al final de esta etapa, en la preadolescencia o adolescencia temprana, cuando surgen nuevos elementos desequilibradores de la propia identidad (Figueras, 2006).

La adolescencia es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios. La palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término adolescencia, señala el carácter de cambio señalado: *adolescere* significa crecer, madurar. La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez (Figueras, 2006). La etapa adolescente es el periodo de transición entre infancia y edad

adulta que transcurre desde los 11-12 años hasta los 18-20 años. El hecho de ser una etapa tan amplia ha hecho que se haya dividido en tres periodos (González, 2006)

1. Adolescencia temprana: 11-14 años
2. Adolescencia media: 15-18 años
3. Adolescencia tardía: más de 18 años

La adolescencia es el momento en que la persona inicia la consolidación de sus competencias específicas y su competencia o capacidad general frente al mundo, frente a la realidad, al entorno social, estableciendo su adaptación y ajustes, si no definitivos, sí lo más duraderos. Por una parte, consume el proceso de internalización de pautas de cultura y de valores, y perfecciona la adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y, en general, sociales. Por otra, desarrolla y asegura la propia autonomía frente al medio, la eficiencia de las acciones instrumentales encaminadas a un fin. Por ello mismo, un particular balanceo y sutil equilibrios –a veces, desequilibrio- de independencia y dependencia, de autonomía y heteronomía, seguridad e inseguridad en sí mismo, manifestados en relación tanto con la familia, la autoridad o la generación de los adultos, cuanto con los iguales y grupo de compañeros, caracteriza al adolescente (Figueras, 2006)

La adolescencia, como periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, puede ser particularmente estresante. El estrés puede producirse en parte, porque, junto a los cambios biológicos de la pubertad, se incrementan los esquemas y exigencias de los demás para adecuarse a los rasgos y conductas característicos de hombres y mujeres. Las ideas y conductas de los adolescentes se configuran por la anticipación de sus roles adultos como mujeres y hombres. Durante la adolescencia los jóvenes se preparan para asimilar y practicar sus posibles roles como adultos (Alarcón, 2006).

Junto a los conflictos característicos del periodo adolescente se encuentra la psicopatología propia de la edad, ya que la adolescencia es considerada como el momento propicio para la aparición de toda clase de trastornos conductuales o emocionales (Gonzalez, 2006). Canals, Martí-Hennerberg, Fernández-Ballart y Doménech (1995) realizaron un estudio epidemiológico longitudinal con población catalana (Reus; Tarragona) y afirman que la edad de 13 años ha resultado ser un momento crucial para el incremento de la prevalencia y de la incidencia de la depresión, al menos. En la misma línea, Abad, Forns y Gómez (2002) evaluaron un grupo de 1.342 adolescentes catalanes con el Youth Self Report y encontraron una tendencia al incremento con la edad de la sintomatología en las mujeres respecto a los hombres, a partir de los 13 años (Figueras, 2006)

A la entrada de la adolescencia el niño experimenta unos cambios físicos y psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, muy grandes en un tiempo relativamente breve. El adolescente debe hacer frente a estos cambios en su cuerpo y en su mente. Esto le coloca en una situación de vulnerabilidad. Cuando esto ocurre, también varían sus relaciones con el entorno y el rol que le pide la sociedad.

Los síntomas depresivos en el desarrollo

La depresión puede expresarse como signo, síntoma, síndrome o trastorno. Como signo o señal, la tristeza o disforia es una de las emociones humanas más común en todas las edades. Como síntoma la depresión es más intensa y prolongada e interfiere en el bienestar o la adaptación del individuo. Entendida como síndrome o trastorno la depresión incluye, además de la tristeza o la disforia, un conjunto de síntomas tales

como la anhedonia, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga, lentitud psicomotora o ideaciones suicidas entre otros (Figueras, 2006)

Los síntomas depresivos en niños y adolescentes se expresan mediante una variedad de problemas emocionales y conductuales que pueden ser diferentes de la sintomatología depresiva característica en los adultos. La depresión infantil se caracteriza por un cambio permanente de la capacidad de disfrutar los acontecimientos, de comunicarse con los demás y un cambio en el rendimiento escolar y esto va acompañado de acciones que pueden ser consideradas como conductas de protesta o de rebeldía (González, 2006).

Del Barrio (1990) destaca que los síntomas fundamentales de la depresión infantil son los siguientes: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida o aumento del apetito y del peso, aislamiento social, hiperactividad, disforia e ideación suicida. Estos síntomas, principalmente los de carácter interiorizado (baja autoestima, tristeza,...) son similares a los descritos en la depresión en la edad adulta. Sin embargo, en la depresión infantil y adolescente, se dan síntomas específicos como, por ejemplo, los problemas de conducta, la irritabilidad, las rabietas o la desobediencia (Figueras, 2006).

Generalmente los síntomas de la depresión infantil tienen un carácter exteriorizado y de protesta lo que hace difícil su reconocimiento, así se pueden encontrar trastornos de conducta, rasgos de ansiedad, fallos escolares, etc., que encubren la sintomatología de la depresión haciendo difícil en la mayoría de los casos su diagnóstico (Del Barrio, 2000). Una historia familiar de enfermedad mental, de abusos físicos o sexuales, la pérdida de seres queridos, la separación de los padres, el desarraigo social, un cambio de domicilio o ciudad, pueden provocar depresión en los niños y adolescentes (González, 2006).

Los síntomas de la depresión en niños y adolescentes, varían según la edad. Entre los 6 y 12 años, los niños se muestran aburridos, tristes, agitados, con baja autoestima, autodesprecio, autoagresividad, con sentimientos de culpa, problemas atencionales, con ideas, planes e intentos de suicidio. Entre los 13 y 18 años, los adolescentes, se encuentran tristes, irritables, rebeldes, con pérdida de apetito o ganancia de peso, insomnio, hipersomnia, cansancio, fatiga preocupación por la imagen corporal, baja autoestima, autodesprecio, reducción del pensamiento abstracto, indecisión, ideas, planes, intentos de suicidio y suicidios violentos (Alarcón, 2006)

Son varios los factores de riesgo predisponentes para la existencia de la depresión infantil. Estos factores pueden ser de “tipo personal” como son el temperamento y la personalidad; los infantes introvertidos tienen mayor tendencia a la depresión que los extrovertidos. La autoeficacia, la baja autoestima, las atribuciones negativas, las expectativas, también juegan un papel importante en los factores de riesgo personales cuando estas no se cubren o por el contrario rebasan los límites de control del sujeto. También se deben de considerar los “factores físicos”, es decir, la existencia de bases biológicas de la depresión, el factor hereditario. Otros factores de riesgo son de “carácter social” tales como la familia, la estabilidad y la afectividad, si hay carencia de éstos para el niño puede tender a la depresión. Un factor más es la clase social a la que pertenece el niño o la niña o incluso al país en donde vive, lo cual se debe principalmente a las exigencias de vida en los países desarrollados. También se habla de “acontecimientos vitales negativos” como el fracaso escolar, la ruptura de amistades, la muerte o enfermedad de un familiar, la propia enfermedad, accidentes, etc (Del Barrio, 2000)

Depresión y cáncer

La depresión afecta a 121 millones de personas y es una de las principales causas de invalidez alrededor del mundo (Massie, 2004). La depresión es el trastorno psiquiátrico que se presenta con mayor frecuencia y es la primera causa de hospitalizaciones psiquiátricas, representando el 23.3% del total de las hospitalizaciones. Sin embargo, se calcula que el 80% de las personas que presentan depresión no reciben tratamiento (Cassem, 1997)

Las condiciones médicas crónicas, elevan la prevalencia de la depresión. Entre más severa sea la enfermedad, es más probable que la depresión la complique (Alarcón, 2006). Coyne, Thompson, Klinkman y Nease, en el 2002, encontraron una alta prevalencia de la depresión (4.8% y 13%) en poblaciones con diagnósticos médicos. Otros indican una prevalencia entre 6% y 14% en personas hospitalizadas o con enfermedades crónicas (Fisch, 2004).

Se estima que la prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer se encuentra entre 10% a 25 % (Massie, 2004 y Lloyd, 2003). Aunque Spielberger (2001) afirma que la prevalencia puede alcanzar hasta un 85% en los pacientes oncológicos. La prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer es difícil de establecer, debido a las variaciones de las mediciones, las cuales son amplias a pesar de la rigurosidad en los instrumentos y la metodología (Alarcón, 2006).

A pesar de que los criterios mencionados anteriormente son de utilidad diagnóstica, en los pacientes con cáncer ésta se ve limitada, debido a que los síntomas somáticos de la depresión (fatiga, pérdida del apetito, de peso y alteraciones del sueño) ocurren en la mayoría de los pacientes oncológicos debido a la enfermedad misma y sus tratamientos. Por tal motivo se ha dado mas importancia a los síntomas psicológicos que

incluyen sentimientos intensos y permanentes de desesperanza, sentimientos de impotencia, excesiva culpa, o sentimientos de autoinculpación, sentimientos de minusvalía y la idea de que la enfermedad es un castigo (Chochinov, 2001)

Se considera que los pacientes con cáncer pueden experimentar ansiedad y depresión debido a las secuelas fisiológicas de las enfermedades o sus tratamientos, respuesta psicológica ante la enfermedad, presencia de otras condiciones médicas, número total de síntomas físicos, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, uso de múltiple fármacos, deprivación sensorial, pérdida de funcionamiento físico, aislamiento, dependencia de otros, cambios en los estilos de vida, estigma, autoadministración de tareas, amenazas a la dignidad y a la autoestima, estrés, autovaloración pobre del estado de salud, perturbaciones de las transiciones vitales y disminución de recursos . La enfermedad confronta a las personas con retos y amenazas que incluyen la experimentación de dolor, desfiguramiento y cambios en las expectativas futuras (Spiegel, 1996), lo cual lleva a pensar en la posible aparición de la depresión, la cual es una condición médica-afectiva seria que afecta pensamientos, sentimientos y la habilidad para funcionar en la vida diaria que puede presentarse a cualquier edad (González, 2006)

En pacientes con enfermedades físicas la depresión puede estar asociada accidentalmente, ser una complicación de la propia enfermedad física o bien causar o agravar síntomas somáticos tales como fatiga, malestar o dolor. El termino depresión hace referencia a una serie de alteraciones de la afectividad que pueden ir de moderadas a severas o bien de transitorias a persistentes. Los síntomas depresivos son 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. En éste caso el diagnóstico de enfermedad o desorden depresivo puede realizarse. El diagnóstico depende principalmente de la presencia de dos síntomas cardinales: disminución persistente del humor o afectividad y pérdida de interés o placer en actividades usuales (Peveler, Carlson y Rodin, 2002).

Algunas de los principales causas para la depresión en gente que padece cáncer son: los factores de riesgo relacionados directamente con la enfermedad tales como, la depresión en el tiempo del diagnóstico, pobre control del dolor, avance en el estado del cáncer, estresores en la vida, incremento de alteraciones físicas, tipo de cáncer así como el tratamiento con ciertos agentes de quimioterapia. También existen factores de riesgo que no se relacionan directamente con la enfermedad: historia personal de depresión, pérdida de soporte familiar, historia familiar de depresión o suicidio, historia de alcoholismo o abuso de drogas, problemas psicológicos previos y tratamiento psicoterapéutico, entre otros (Henriksson y Hietanen, 1995; Lloyd Williams y Friedman, 2001; Lynch, 1995; Massie y Holland, 1987; Meyer y Mark, 1995).

Sin embargo, también existen muchos mitos acerca del cáncer y cómo la gente se enfrenta a él. Uno de los principales es que las personas con cáncer están siempre deprimidas, se considera que la depresión es normal en las personas que sufren de cáncer, o bien que los tratamientos son inútiles ya que cada una de estas personas tendrá un constante sufrimiento y una muerte dolorosa. Se piensa que la tristeza y la culpa son sentimientos propios de quien padece el cáncer (González, 2006) Ciertamente toda la gente experimentará estas reacciones en algún o algunos periodos de la enfermedad, pero no tienen que convertirse en una constante por lo que es importante hacer una distinción entre grados normales de tristeza y desórdenes de depresión.

La presencia de depresión en niños y adolescentes con cáncer

Los adolescentes con cáncer se enfrentan a situaciones médicas y emocionales que influyen en la adaptación psicológica. Las manifestaciones fisiológicas causadas por la enfermedad y el tratamiento (dolor, náuseas, vómitos, alteraciones en la imagen corporal), junto con el afrontamiento de una condición médica potencialmente mortal, a las reacciones familiares, a la cronicidad del cáncer, a las alteraciones en las relaciones sociales, al deterioro en el progreso escolar y a impacto que produce la enfermedad en el entorno del adolescente pueden generar malestar emocional que impiden una adaptación psicosocial (Die – Trill, 2003) . Los adolescentes con éste tipo de diagnóstico se enfrentan a situaciones que lo privan de las relaciones con sus amigos y familiares y del control de la vida misma, causando usualmente intensas reacciones de desampara, ira, culpa y depresión que se pueden manifestar en diferentes áreas (Soler, 1996)

La depresión en pacientes con cáncer es difícil de establecer debido a múltiples factores como los criterios diagnósticos de la depresión, el tipo de trastorno depresivo estudiado, el tiempo transcurrido desde la confirmación del diagnóstico, y el estadio del cáncer (Arteaga y Die – Trill, 2000). También es difícil de diagnosticar debido a que algunos síntomas físicos son usualmente considerados como manifestaciones de un desorden depresivo que puede ser resultado de la alteración médica por si misma. Las consecuencias de la depresión en niños y adolescentes enfermos incluye tanto incapacidad como anormalidad, las cuales se asocian con la depresión en cualquier paciente. Las investigaciones producen una amplia evidencia según la cual los niños y las niñas que sufren de enfermedades médicas crónicas o inhabilitantes incrementan el riesgo de presentar desajustes psicológicos y psicosociales (González, 2006)

Los niños y adolescentes enfermos que se encuentran deprimidos constituyen un grupo especial de alto riesgo que pueden sufrir consecuencias severas mucho más allá de las esperadas en otra población médica (Masi, Favilla, Mucci y Millepiedi, 2000; Shemesh, Bartell, y Newcorn, 2002). De hecho, uno de cada diez infantes experimenta una alteración crónica alrededor de los 15 años. La prevalencia de la depresión entre los niños y adolescentes de la población en general, es decir, menores sanos, es similar para hombres y mujeres hasta la adolescencia. En este tiempo, la sintomatología depresiva se incrementa y se mantiene en la población femenina. Así mismo, diferencias de género en cuadros depresivos han sido encontradas en niños o adolescentes con alteraciones médicas (Cantoral, Méndez y Nazar, 2002). Los desórdenes depresivos son una causa común de alteración en adultos y menores (Druss, Rosenbeck y Sledge, 2000), sin embargo, la depresión no se presenta necesariamente en todos los pacientes clínicamente enfermos.

Una cuestión a considerar en la valoración de la depresión infantil es la necesidad de contar con múltiples informantes para su diagnóstico. Así, se tiene por un lado la información del padre y de la madre, de los propios niños y niñas, compañeros y compañeras y en ocasiones de los maestros y maestras, y por lo general se reportan grandes discrepancias entre estos informes. Esta diferencia se agudiza en el grupo de niños y niñas con enfermedades médicas ya que en ocasiones el padre y la madre de estos niños y niñas pueden no distinguir con claridad los síntomas o alteraciones del estado de ánimo de sus hijos e hijas de aquellos síntomas considerados como propios de la enfermedad que padecen (Canning, Hanser, Shade y Boyce, 1992; Woffe y Cols, 2000). No se puede dejar de lado la cuestión del tratamiento, ya que los patrones de respuesta infantil y los cambios que van constantemente experimentando con respecto a

la enfermedad médica, hacen aún más complicada la distinción de la depresión como entidad clínica independiente (González, 2006)

Bennett (1994) realizó un estudio de síntomas depresivos entre niños y adolescentes con problemas médicos crónicos. Los resultados indican un elevado factor de riesgo de presentar síntomas depresivos entre niños y niñas con problemas médicos moderados y severos aunque concluye que existe un mayor riesgo en algunas entidades clínicas tales como el asma, dolor abdominal recurrente, más que en pacientes con cáncer, fibrosis quística, o diabetes mellitas (González, 2006)

En algunos estudios se han observado escasos problemas emocionales o comportamentales en niños con cáncer, y un funcionamiento psicosocial adecuado en aquellos que están en tratamiento activo (Levin, Brown, Pawletko, Gold y Whitt, 2000)

En algunos de los primeros estudios realizados sobre depresión en niños y adolescentes con cáncer no se encontraron datos suficientes que avalen una relación significativa entre ellos. Los resultados arrojan niveles promedio de depresión similares a los de la población en general. Investigaciones posteriores han observado altos niveles de depresión y ansiedad en niños y adolescentes con cáncer en comparación con grupos de niños sin cáncer (Kashani y Hakami, 1982).

Von, Enskär, Kreuger y Sjödén (2000) hacen una revisión de investigaciones que muestran algunos factores de riesgo relacionados con dificultades psicosociales en niños y adolescentes durante y al término del tratamiento de cáncer. Los resultados indican que en una población de niños y niñas entre 9 y 18 años durante el tratamiento presentaron altos niveles de ansiedad en comparación con quienes ya habían terminado el tratamiento (Barley Moore y Mosher, 1997). Pero otros autores (Frank, Blount y Brown, 1997) han demostrado que los niños y niñas en tratamiento no difieren

significativamente de aquellos que lo han finalizado con respecto a niveles de depresión y ansiedad. Haciendo una revisión sobre los ajustes de los niños y niñas con cáncer en un tiempo mayor, Eiser y Havermans (2000) concluyeron que mientras más temprano se realiza el diagnóstico se incrementa la vulnerabilidad psicológica.

Según Sean (2002) para muchos investigadores, los niños y las niñas con cáncer u otras enfermedades crónicas frecuentemente se adaptan a su condición reprimiendo sus emociones y enfrentándose a sus sentimientos de depresión y ansiedad. También se han estudiado otros factores de riesgo tales como la relación entre niveles altos de depresión y su relación con la etapa del desarrollo en que se realiza el diagnóstico, así como las secuelas físicas o bien la relación entre un largo tiempo para la administración del tratamiento, recaídas múltiples y problemas psicosociales. Von, Enskär, Kreuger y Sjödnén (2000), realizaron un estudio cuyo propósito era estimar los niveles de autoconcepto, depresión y ansiedad entre niños y adolescentes suizos con edades entre 8 y 18 años en o finalizado el tratamiento de cáncer y los resultados comparados con un grupo de pares de niños suizos sin alteración médica. Los resultados no mostraron diferencias entre estos grupos con respecto a los factores estudiados apoyando así los resultados de estudios anteriores. Otros estudios han reportado que los niños y niñas con cáncer se sienten mal con respecto a su apariencia física y su imagen corporal en comparación con el grupo sano, y esto influye directa o indirectamente en la presencia de rasgos depresivos. Los autores concluyen que la apariencia física es un aspecto del autoconcepto que afecta a los niños y adolescentes con cáncer.

Se puede considerar la depresión, menos relacionada con el diagnóstico del cáncer y más relacionada con la inconformidad de una enfermedad crónica, el efecto de la enfermedad sobre la apariencia física, las relaciones con los compañeros y el

desempeño en la escuela así como el miedo constante de la posible presencia de recaídas. Es decir, los niños con cáncer viven bajo una amenaza constante de vida, involucrados en tratamientos invasivos y dolorosos predisponiendo a presentar dificultades emocionales y psicosociales (González, 2006

Autoconcepto

Problemas Conceptuales

Existen algunos problemas, aún no resueltos, a la hora de estudiar el autoconcepto (Byrne, 1996):

1. No existe una aceptación suficientemente generalizada sobre su definición conceptual ni sobre las distintas dimensiones que lo constituyen.
2. En la literatura suelen utilizarse términos sinónimos que no necesariamente significan lo mismo: autoestima, autoimagen, auto percepción, autoconciencia etc.
3. En los ambientes psicológicos se emplean con frecuencia e indistintamente autoconcepto y autoeficacia. Sin embargo, se trata de conceptos que deben ser aclarados. Para Bandura (1986) ambos indican aspectos diferentes y no deberían utilizarse como sinónimos: Autoeficacia representa la valoración que el individuo realiza sobre sus capacidades para organizar o ejecutar determinadas conductas hacia la consecución de un objetivo. Se edifica sobre la base de personal de logros anteriores, sobre la biografía del sujeto en su interacción con el medio, conjuntamente con factores de tipo conductual (Balaguer, García y Pastor, 2005). El autoconcepto, sin embargo, incorpora sentimientos de

autovalía asociados a la competencia percibida (Strein, 1993), manteniéndose más independiente del contexto (Pajares y Millar, 1994).

4. Autoconcepto versus autoestima. Puede que sea la precisión conceptual de ambos términos la que más se debate. La tendencia mayoritaria es que son conceptualmente diferentes (Hattie, 1992). El autoconcepto implicaría aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, en tanto que la autoestima conlleva un componente más autoevaluativo y se integra en el primero (Blascowich y Tomaka, 1991). Como escribe Herrero y Musitu (1998) el autoconcepto hace referencia a la imagen que el individuo tiene sobre sí mismo – una imagen que impregna su funcionamiento individual y su comportamiento social – mientras que la autoestima expresa la evaluación que el individuo hace de esa imagen Lila (1991) concluye que el autoconcepto se va formando sobre la base de las evaluaciones que el sujeto realiza sobre sí mismo y su comportamiento ante las personas con las que se relaciona (Balaguer y Cols, 2005).

Delimitación conceptual de los términos utilizados

El término “self” hace referencia a un constructo que se puede definir en base a las creencias, actividades y experiencias relacionadas con el mismo. Según Higgins (1996), el self no es un simple objeto, sino un constructo que no puede ser directamente percibido o conocido. Sin embargo, cada individuo (con la ayuda de los otros) construye todo un cuerpo de creencias sobre él. La acumulación de este conjunto de creencias es, en esencia, la construcción del self. (Balaguer y Cols, 2005)

Baumeister (1998) define el self como una entidad caracterizada por tres tipos de actividades y experiencias: la conciencia reflexiva, los roles interpersonales y la función ejecutiva. Por conciencia reflexiva se entiende la experiencia por la cual una persona es consciente de sí misma. Esta experiencia parece ser común en todos los seres humanos y es central para la naturaleza del self. Las personas aprenden quién y qué son para otras personas y siempre tienen identidades como miembros de grupos sociales. Asimismo, las relaciones con los otros significativos son de vital importancia para el desarrollo del self. Por último, tiene una función ejecutiva, es una entidad que toma decisiones, que inicia las acciones y que adquiere responsabilidades.

El término autoconcepto hace referencia a los atributos o características del self que son reconocidos conscientemente por el individuo a través del lenguaje, son las autodescripciones que realiza el sujeto (Harter, 1999). De este modo, una serie de afirmaciones como “Yo soy una mujer” o “Yo soy un estudiante” se reúnen para producir una conciencia multifacética del self (Fox, 1988).

Shavelson y Marsh (1986) definen al autoconcepto como las autopercepciones de una persona que se forman a partir de la experiencia y de las interpretaciones de su ambiente. Se encuentra influido especialmente por las evaluaciones de los otros significativos, los reforzadores y las atribuciones de la persona sobre su propia conducta (Shavelson y Marsh., 1986).

El término autoestima implica un componente evaluador, por tanto consiste en una serie de reflexiones sobre el self. La autoestima es el aspecto evaluativo de la conciencia reflexiva del self ya que hace un juicio basado en el autoconocimiento (Baumeister, 1998). Sin embargo, las autodescripciones no están exentas del carácter evaluador de la autoestima, por lo que la distinción mencionada entre autoconcepto -

autoestima o auto descripciones - auto evaluaciones es más conceptual que operacional. Es decir, las auto descripciones que el individuo hace de sí mismo no tienen un valor neutro, tienen un significado afectivo y reflejan autorrepresentaciones que son evaluadas como favorables o desfavorables.

Susan Harter (1999), utiliza el término auto concepto para referirse a las auto evaluaciones de dominios específicos como la aceptación social, la competencia cognitiva, la apariencia física, etc., y emplea el término autoestima o autovalía para referirse a las evaluaciones globales de la valía del individuo como persona.

Modelos unidimensionales

Modelo nomotético

El modelo nomotético representa la visión más tradicional y antigua del auto concepto. Fue etiquetado por vez primera por Soares y Soares (1983). Quizás porque el término “nomotético” implica generalidad y universalidad, Marsh y Hattie (1996) se refieren al mismo con el nombre de “unidimensional, modelo del factor general”. Este modelo, como su propio nombre indica, sugiere que existe un único factor general de auto concepto compuesto por diferentes áreas de experiencia. Estas áreas de experiencia están tan dominadas por el factor general que no es posible diferenciar adecuadamente factores separados (Balaguer y Cols, 2005).

“Verdadero” modelo unidimensional

El “verdadero” modelo unidimensional, denominado así por Byrne (1996) para distinguirlo del modelo unidimensional nomotético, presenta un auto concepto general, medido directamente y no a través de autopercepciones más específicas. Según

Rosenberg (1979), tanto la autoestima global como las partes que componen esta globalidad “...existen dentro del campo fenomenológico del individuo como entidades separables y distinguibles, y cada una puede y debe ser estudiada en su propio derecho” (Rosenberg, 1979). Sin embargo, Rosenberg centró su trabajo únicamente en el estudio del autoconcepto general o autoestima global y criticó el modelo nomotético resumiendo el problema en la siguiente afirmación: “Por lo tanto, sumar las partes para calcular la totalidad es ignorar el hecho de que la actitud global es el producto de una síntesis enormemente compleja de elementos, los cuales se basan en el campo fenomenológico del individuo. No son simplemente los elementos per se, sino sus relaciones, influencia y combinación los responsables del resultado final” (Rosenberg, 1979).

Modelos multidimensionales

Modelo de los factores independientes

Esta perspectiva teórica fue propuesta por primera vez por Soares y Soares (1980), siendo estos investigadores sus únicos defensores. Ellos lo denominaron originalmente modelo taxonómico, pero esta etiqueta se opone al modelo taxonómico tal y como lo interpretan Marsh y Hattie (1996) sobre la base de las teorías de inteligencia. La tesis principal de estos investigadores fue que el autoconcepto está compuesto por múltiples facetas, cada una de las cuales es independiente del resto de dimensiones, y que estarían débilmente correlacionadas. Este modelo contradice la existencia de un autoconcepto global y de una estructura jerárquica correlacionada

Modelo de los factores correlacionados

En contraste con el modelo anterior, esta estructura teórica propone que las dimensiones o dominios específicos están correlacionados entre sí y/o con una medida global de autoconcepto. Dentro del marco del modelo de los factores correlacionados, el autoconcepto se conceptualiza a lo largo de un continuo de percepciones de competencias muy específicas a muy globales, sin ser estas conceptualizaciones mutuamente exclusivas (Harter, 1990).

Modelo Jerárquico

El modelo jerárquico multidimensional, incorpora cada uno de los modelos descritos anteriormente. La noción teórica sustentada por este modelo es que el autoconcepto general es un factor de orden superior que consiste en percepciones del self como persona, sin hacer referencia a ningún dominio específico. A la base de este autoconcepto general se encuentran múltiples autoconceptos específicos de diversos dominios, los que, pueden interpretarse como constructos separados .

Sin embargo, el modelo jerárquico por excelencia, fue propuesto a partir de una base tanto conceptual como empírica, por Shavelson y colaboradores (1976). Este modelo presenta un autoconcepto global en la cima, actuando como un resultado de percepciones del self en los dominios académico, social, emocional y físico. Cada dominio representa los efectos combinados de percepciones de mayor especificidad situacional en un nivel inferior de la jerarquía.

El modelo jerárquico puede incorporar los modelos descritos anteriormente. En apoyo a los modelos taxonómicos, se podrían interpretar las diferentes facetas del autoconcepto como factores o dimensiones no correlacionadas. La evidencia a favor del

modelo de los factores correlacionados automáticamente implica apoyo para el modelo jerárquico. Esta versatilidad del modelo jerárquico constituye su fortaleza y su debilidad. Su fortaleza porque proporciona un marco amplio para explorar la estructura del autoconcepto, y su debilidad porque, al menos en el nivel de abstracción considerado, no puede ser probado (Marsh, 1997).

Conceptualización del autoconcepto

El autoconcepto es el concepto que las personas tienen de sí mismas. En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros es decir, si pienso que soy torpe, me siento mal, por tanto hago actividades negativas y no soluciono el problema. (Balaguer, García y Pastor, 2005). Las personas con bajo autoconcepto se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Estas personas, con bajo autoconcepto y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. (Burns, 1990).

En el autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros.

1. Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona.
2. Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.

3. Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

Los factores que determinan el autoconcepto son los siguientes:

La actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad (Bermudez, 2003)

El esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.

Las aptitudes: son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).

Valoración externa: es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc. (Balaguer y Cols, 2005)

Existen factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto, se construye diariamente con nuestras experiencias y de las relaciones con las personas que nos rodean. Si a menudo nos estimulan, y acentúan más lo positivo que lo negativo y nos promueven a superarnos, desarrollaremos un autoconcepto positivo (García y Pelegrin, 2001).

El desarrollo del autoconcepto dependerá del tipo de relaciones que se establezcan a lo largo de la existencia de la persona, las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, proporcionando un sentido

de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando los niveles de Autoconcepto y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Barez, 2003)

Cava y Musitu (2000) establecen la siguiente diferencia ,el autoconcepto remite a descripciones abstractas, que se diferencian de la autoestima porque no implican juicios de valor. Se tiene un concepto de uno mismo que es el autoconcepto y una valoración del mismo que es la autoestima. Se tiene un concepto de sí mismo diferente en cada uno de los ámbitos o contextos (Balaguer y Cols, 2005)

La Rosa define el autoconcepto como la percepción que uno tiene de sí mismo, específicamente son las actitudes, sentimientos, conocimientos, respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social. Y lo clasifica en nueve dimensiones: sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva, accesibilidad, emocional intraindividual (estados de ánimo), emocional interindividual, salud emocional, ético e iniciativa (Balaguer y Cols, 2005)

El modelo teórico de Shavelson define una serie de características básicas del autoconcepto, de las que se destaca la multidimensionalidad. Por multidimensionalidad se entiende que el autoconcepto presenta diversos constructos o aspectos relacionados pero distinguibles. Efectivamente estos autores, junto a otros muchos (Marsh, 1993; Musitu y García1991) destacan la característica fundamentalmente multidimensional y jerárquica del autoconcepto, con diversos factores que pueden encontrarse diferencialmente relacionados con diferentes áreas del comportamiento humano (Tomás y Oliver, 2004)

Por lo tanto García y Musitu (1995) establecen 5 dimensiones del autoconcepto:

1. Autoconcepto Académico/Laboral. Se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. La dimensión gira en torno a dos ejes: el primero se refiere al sentimiento que el estudiante/trabajador tiene del desempeño de su rol a través de sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiante...) y, el segundo, se refiere a cualidades específicas valoradas especialmente en ese contexto (inteligente, estima, buen trabajador/ra) (Lila, 1991; Gutiérrez, 1984; Musitu y Allatt, 1994; Veiga, 1991; Benedito, 1992; Bracken, 1996).
2. Autoconcepto social. Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales. Dos ejes definen esta dimensión: el primero hace referencia a la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla; el segundo eje, se refiere a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). (Cheal, 1991; Broderick, 1993; Pons, 1989; Lila, 1991, 1995; Molpeceres, 1991; Herrero, 1992; Gutiérrez, 1989).
3. Autoconcepto Emocional. Hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera hace referencia a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso/a, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior

(profesor, director, etc.). (Gracia, Herrero y Musitu, 1995; Herrero, 1994; Cava, 1998).

4. Autoconcepto Familiar. Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar. El significado de este factor se articula en torno a dos ejes. El primero, se refiere específicamente a los padres en dos dominios importantes de las relaciones familiares como son: la confianza y el afecto. El segundo eje hace referencia a la familia y al hogar con cuatro variables, dos de ellas formuladas positivamente —me siento feliz y mi familia me ayudaría— aluden al sentimiento de felicidad y de apoyo, y las otras dos, formuladas negativamente —mi familia está decepcionada y soy muy criticado— hacen referencia al sentimiento de no estar implicado y de no ser aceptado por lo otros miembros familiares. (Abril, 1996; Pinazo, 1993; Gil, 1997; Llinares, 1998; Cava, 1998; Musitu y Allatt, 1994).
5. Autoconcepto Físico. Este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física. El factor gira en torno a dos ejes que son complementarios en su significado. El primero alude a la práctica deportiva en su vertiente social —me buscan...—, física y de habilidad —soy bueno/a...—. El segundo hace referencia al aspecto físico —atracción, gustarse, elegante—. (García, 1993; Herrero, 1994; Gracia, Herrero y Musitu, 1995; Ayora, 1996).

El autoconcepto en la adolescencia temprana

El contenido de las autodescripciones en la adolescencia temprana está formado por los atributos que favorecen las relaciones interpersonales y las destrezas sociales que influyen en las interacciones con los otros o en su atractivo social. Además, también incluye competencias tales como las habilidades académicas (ser inteligente) así como sus efectos (estar contento, estar triste) (Damon y Hart, 1988). La organización de dichas autodescripciones está marcada por los procesos de diferenciación y de integración del autoconcepto.

Harter y colaboradores (Harter y cols., 1997; Harter y Monsour, 1992), en sus investigaciones realizadas con adolescentes de los tres niveles evolutivos (adolescencia temprana, media y tardía), aportan evidencia empírica de que, en gran medida, en la adolescencia los jóvenes no identifican como contradictorios atributos que representan opuestos (alegre con los amigos vs. deprimido con la familia, alborotador en la escuela vs. tranquilo en casa, estudioso vs. perezoso) y mucho menos los experimentan como conflictivos. La dificultad en las abstracciones, así como el hecho de que otros significativos puedan tener diferentes opiniones sobre el sí mismo, impide la construcción de un autoconcepto integrado en la adolescencia (Harter y Monsour, 1992)

La diferenciación de las abstracciones evita la aparición de conflictos por el hecho de que ciertas dimensiones del autoconcepto puedan ser contradictorias (Harter y Monsour, 1992). Además, reduce la posibilidad de que los atributos negativos puedan extenderse o generalizarse a otras dimensiones (Linville, 1987; Simmons y Blyth, 1987). Así, aunque la construcción del autoconcepto proporciona la base para que los atributos sean contradictorios, muchos jóvenes adolescentes no identifican contradicciones o experiencias de conflicto, dada la estructura de sus autorrepresentaciones abstractas.

Autoconcepto y síntomas depresivos en adolescentes

A pesar de la rotundidad con la que algunos autores afirman que hay que diferenciar claramente el autoconcepto de la autoestima, las búsquedas bibliográficas son un fiel reflejo de la gran confusión existente en la actualidad. (Díaz, 2005). King y cols (1996), encuentran en una muestra de 224 adolescentes japoneses (113 hombres y 111 mujeres) como los síntomas depresivos correlacionan negativamente con factores del autoconcepto como la competencia académica, la aceptación social y la atracción física. El autoconcepto fue evaluado con la Self Perception Profile for Children y la semiología depresiva con la Reynolds Adolescent Depresión Scale. Igualmente, encontraron diferencias importantes entre ambos sexos (menor autoconcepto y mayor puntuación depresiva en las mujeres) (Díaz, 2005)

Algunos autores como Balaguer (2005) explican la diferenciación que existe entre el autoconcepto entre hombres y mujeres con el argumento de que el autoconcepto en la mujeres está bastante más idealizado, mientras que para Block y Robins (1993) este se debe a que el autoconcepto en los hombres se va incrementado más rápidamente con el desarrollo que en la mujeres. Otros autores proponen que el malestar psicológico tiene correlación con el autoconcepto idealizado más que con el real. Esto podría explicar que la inadaptación social y el mayor malestar psicológico se manifiesten con mayor intensidad en las mujeres que en los hombres (Balaguer, 2005)

En esta misma posición se encuentran DuBois (1988). Roberts y Gamble en el 2001 investigaron si la presencia en el pasado de un trastorno depresivo podía influir en el autoconcepto de los adolescentes una vez remitido el cuadro clínico. El estudio valoró el autoconcepto durante el cuadro clínico y después de que este remitiera. Encontraron

que cuanto más severo fue el trastorno depresivo más negativamente afectó al autoconcepto. (Balaguer y Cols, 2005)

En esta misma línea, Coronen y colaboradores compararon las puntuaciones en autoconcepto en un grupo de adolescentes diagnosticados de depresión frente a otro grupo con diferentes diagnósticos psiquiátricos. Los resultados fueron que los adolescentes con el diagnóstico de depresión presentaban menor autoconcepto social y que las mujeres presentaron puntuaciones mayores en la escala de depresión y menor autoconcepto que los hombres. Efectivamente, se ha visto que no solo la semiología depresiva, sino, igualmente, los trastornos de ansiedad, pueden afectar al autoconcepto en diversas de sus dimensiones: general, escolar, familiar y social (Díaz, 2002).

Por otro lado Soler, 1996, afirma que en los adolescentes con cáncer se presenta un bajo autoconcepto y que a su vez conlleva a un retraimiento afectando las adaptaciones emocionales.

Apoyo social

Antecedentes históricos y estado actual de los estudios del apoyo social.

A partir de los años 60 y 70 comienza a surgir con una gran fuerza el término de apoyo social, teniendo como antecedente al sociólogo Emile Durkheim que a finales del siglo XIX destacó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud.

En el año 1967, Holmes y Rahe publicaron sus estudios sobre los eventos vitales como generadores de estrés, identificándose algunos factores del medio como nocivos para la salud del individuo, siendo ésta la primera aproximación al estudio del Apoyo Social Posteriormente en la década del 70, es que los estudios sobre este aspecto, como factor influyente o determinante en un gran número de patologías y sus efectos no solos

nocivos sino positivos en la salud, comienzan a tener auge hasta la actualidad (Reyes, 2003).

Concepto de apoyo social

Por apoyo social se entiende la percepción que entiende un individuo de ser miembro de una compleja red en la cual puede dar y recibir afecto y ayuda. (Alarcón, 2006). El soporte social pueden proporcionarlo familiares, amigos, compañeros de trabajo, sacerdotes, etc. Y es reconocido como un factor importante para la adaptación de la persona a situaciones de estrés (Sue, 1994)

A pesar de las diferentes conceptualizaciones de apoyo social existe consenso en que:

1. El apoyo social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).
2. El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir, se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs apoyo recibido). (Reyes, 2003).

Apoyo social y Salud

Heller, Swindle y Dusenbury plantean que el apoyo social influye esencialmente en la salud a través de la percepción e interpretación del individuo del apoyo recibido. Gonzalo Musitu le da al apoyo social un rol dinámico sobre la base del proceso de comunicación, que permite la interinfluencia de los procesos afectivos, cognitivos y volitivos de las personas objetos de ese intercambio (Reyes, 2003)

Las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico, lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental. (Barrón y Sanchez, 2001). El apoyo social percibido entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros (Gómez, Perez y Vila, 2001) ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe (conductas de apoyo) (Sandín, 2003)

El apoyo social consistente ha sido vinculado a resultados favorables en tratamientos médicos crónicos (Helgeson, Fox y Shilder, 1998). En lo referente a pacientes con cáncer se ha mencionado que la disponibilidad de soporte social influye sobre la supervivencia y la calidad de vida (Helgeson y Fox, 1998). Una explicación posible para esto es que los pacientes con mayores niveles de apoyo social, pueden tener más facilidad de acceso a servicios de salud y es posible que tengan mejores hábitos en cuanto al cuidado de salud (Fox y Kimmel, 1998). También se ha planteado que las diferencias en cuanto al soporte social pueden mediar los resultados en pacientes con cáncer, a través de la adherencia al tratamiento. Además los pacientes con más apoyo social pueden recibir ayuda en los aspectos prácticos del tratamiento, como transporte, establecimiento de citas médicas y adquisición de medicamentos. Finalmente las

condiciones nutricionales más adecuadas al tratamiento pueden ser asequibles para quienes cuentan con mayores niveles de apoyo social (Helgeson, Fox y Shilder, 1998).

La calidad de involucramiento en actividades sociales ha mostrado reducir la mortalidad de cáncer. La calidad de involucramiento hace referencia al tiempo dedicado a actividades en comunidad, como compartir con amigos, compromiso en actividades recreativas en las que se interactúa con otros. Las personas comprometidas en este tipo de actividades tienen menor mortalidad por cáncer (Helgeson, Fox y Barraclough, 1998).

En cuanto a las intervenciones de apoyo en pacientes con cáncer la literatura disponible apoya la idea que las medidas de apoyo emocional ofrecidas a los pacientes pueden mejorar no solo su calidad de vida en el proceso de enfrentamiento de enfermedad sino que en algunos casos incluso puede prolongar la supervivencia de los pacientes (Alarcón, 2006)

El apoyo social en enfermos crónicos

El estudio del apoyo social, se hace particularmente necesario en las enfermedades crónicas, pues su nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los sujetos que la padecen y hace que este recurso sea de gran importancia para estas personas, debido a su influencia en los niveles de salud y como amortiguador de las consecuencias negativas de estas enfermedades; otra razón que sustenta dicha necesidad, es la gran incidencia de estas enfermedades en el mundo contemporáneo (Reyes, 2003)

La relación entre apoyo social y enfermedades crónicas se establece fundamentalmente en el proceso de afrontamiento y la adaptación a la enfermedad, se

identifica además como modulador del estrés que genera ser portador de una enfermedad con esas características.

A nivel mundial las enfermedades crónicas han tenido un amplio abordaje en el estudio del apoyo social, destacándose las enfermedades del corazón, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y los tumores malignos (Reyes, 2003)

Apoyo social y depresión en pacientes con enfermedades crónicas

Rodríguez Marín refiere que la función amortiguadora del apoyo emocional sobre la depresión que puede producir el estar enfermo, tiene una incidencia mayor al principio de la enfermedad y va disminuyendo en la medida que pasa el tiempo. Este apoyo emocional en los momentos de aparición de la enfermedad es más efectivo si es brindado por familiares cercanos, siendo posteriormente más útil el apoyo instrumental y material brindado por otras personas durante la recuperación y rehabilitación del individuo. Una investigación desarrollada por Quintana aborda la relación entre apoyo social y Depresión, refiriendo que el apoyo proveniente de la familia y de profesionales fueron las fuentes asociadas con la gravedad de la depresión (Reyes, 2003)

Barrera, Cruz y Luna (2006), en un estudio afirman que el apoyo social o la ausencia de éste, será significativo en la adquisición y mantenimiento de la depresión.

Barrón y Sánchez (2001) encontraron una relación positiva entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico, además de que es una variable mediadora del estrés en el deterioro psicológico y la depresión. En cuanto a la relación con los síntomas depresivos, Allgöwer, Wardle y Steptoe (2001) encontraron que estos están negativamente correlacionados con el apoyo social en hombres y en mujeres.

Según Roca el apoyo social necesitado y (o) efectivo está en dependencia de:

1. Si el problema que presenta el individuo es transitorio o de fácil solución o prolongado.
2. Si el sujeto padece una enfermedad crónica o aguda.
3. Si los problemas tienen una causa en el interior del individuo o en el exterior.
4. Si estos problemas influyen o no en la autoestima del individuo.

Rodríguez Marín (1992) refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales

Apoyo social y depresión en pacientes con cáncer

El apoyo percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes oncológicos que guarda relación con niveles menores de depresión, y que a su vez pueden incidir favorablemente en la experiencia de dolor (Barez, Blasco y Fernández – Castro, 2003)

Además se encuentra que los pacientes con cáncer que presentan mayores niveles de apoyo social tienden a tener un mejor estado de ánimo, a percibir menos interferencia de la enfermedad en su vida (Alarcón, 2006), además con el apoyo necesario el paciente oncológico se puede adaptar adecuadamente a la enfermedad, compensando las deficiencias que se pueden producir en su desarrollo como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento oncológico (Die – Trill, 2003).

Según Bedoya, Contreras, Fernández, Quiceno, Tobón, Vinaccia y Zapata, (2005) los pacientes oncológicos perciben que aunque el apoyo social recibido lo

hallaban con frecuencia en la familia, la calidad de dicho apoyo se percibía como pobre. Por el contrario los pacientes señalan estar más satisfechos con el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal de salud en cuanto a que informan, y con los amigos en razón de que escuchan, acompañan y distraen.

Conocimiento sobre el cáncer

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer, requiere estar informada sobre su enfermedad, su tratamiento y sobre los posibles efectos negativos del mismo. En un primer momento ante el diagnóstico del cáncer el paciente tiende a evadirse, pero se ha comprobado que tras varias semanas/meses se adaptan a la situación y quieren conocer más sobre el desarrollo de la misma e inclusive solicitan información sobre el pronóstico de su enfermedad. Es significativo que las personas que sufren una depresión o ansiedad requieren más información. (Sánchez, 2006)

Los datos científicos reflejan las dificultades que existen en la comunicación médico-paciente. Los enfermos no suelen entender o recordar lo que dice el médico y el profesional sanitario no cuenta con una formación específica sobre comunicación, imprescindible en el desarrollo de la labor asistencial (Camps, 2006)

Esta mala comunicación tiene consecuencias y efectos adversos, ya que la falla en la comunicación se asocia a un incremento del uso de tratamientos innecesarios y medicinas alternativas así como a un empeoramiento en el control de síntomas como el dolor y a la aparición de secuelas psicológicas como depresión o ansiedad (Sanchez, 2006).

Uno de los primeros asuntos que se debe abordar frente al diagnóstico de cáncer es la comunicación del diagnóstico, el tratamiento y los aspectos psicosociales del

mismo y la forma de afrontamiento. El cáncer ha sido una enfermedad tabú que se tendía a ocultar al paciente y a la que se evitaba mencionar directamente. Sin embargo a lo largo de los últimos años ésta tendencia se ha ido invirtiendo (Durá, 1990). A ello contribuye, el creciente número de personas que sufren ésta enfermedad, el conocimiento generalizado de síntomas muy concretos de algunos tipos de cáncer y de los efectos secundarios de los tratamientos, la adopción de un modelo médico en el que se enfatiza el papel más activo del paciente y la obligación legal en algunos países como Estados Unidos de informar a la persona de su enfermedad (Amigo, Fernández y Perez, 2003)

En lo relativo a la comunicación sobre la enfermedad, se debe tener en cuenta dos variables que permiten la organización de la información que se da al paciente. Por un lado existe un importante grupo de pacientes que desean ser informados lo más completamente posible sobre su enfermedad, mientras que otros no desean recibir información alguna. Por una parte la información detallada sobre los tratamientos es probable que provoque a corto plazo desajustes comportamentales especialmente en aquellos casos en donde la enfermedad tiene un peor pronóstico o cuando la persona sea informada de más problemas de los que esperaba. A medio y a largo plazo la información puede mejorar las conductas de autocuidado y reducir el miedo y las conductas depresivas (Durá, 1990)

De acuerdo a los estudios de Fallowfield (1995), los enfermos de avanzada edad y de mal pronóstico desean información menos específica sobre su enfermedad. Los resultados de este estudio no son generalizables en nuestro contexto, ya que las diferencias culturales influyen en los procesos de transmisión de información médica

La comunicación del diagnóstico tendrá un efecto más o menos positivo en función del que, cómo y cuando se comunique dicha información (Cruzado y Olivares, 1996). En cuanto al qué o contenido de la información éstos autores destacan que debería incluir: el diagnóstico de la enfermedad y las características clínicas del cáncer, el tipo de procedimiento diagnóstico que se va a utilizar y las modalidades de tratamiento que se va a aplicar, además de los efectos secundarios y las medidas paliativas disponibles para afrontar los mismos.

En cuanto al cómo y cuándo presentar la información se han subrayado los siguientes aspectos (Couuzijn, 1990; Cruzado y Olivares, 1996). La información debe darse gradualmente en función de la fase del proceso asistencial en el que la persona se encuentre. Demasiada información puede confundir al paciente, y más aún en aquellos momentos en que su capacidad para atender y comprender la misma no es la óptima. Superar el cáncer supone un largo proceso que implica momentos distintos como el diagnóstico, cirugía, quimioterapia, por ello la información deberá ir detallándose en cada el momento del proceso.

Por otra parte la información debe ser congruente desde todas las instancias, de tal manera que se informe al paciente y a los miembros de su entorno al mismo tiempo, todo esto supone una buena comunicación entre los doctores y otros profesionales sanitarios para evitar, contradicciones o explicaciones diferentes del problema (Cruzado y Olivares, 1996). Se debe tener en cuenta el papel que juega la cultura, ya que ésta no solo influye en cómo se transmite la información, sino también sobre quien de la familia se la transmite y sobre la cantidad de información como se transmite (Die – Trill, 2003).

No se debe olvidar que en situaciones tan difíciles como la situación de enfermedad, las personas escuchan aquello que quieren oír y tienden a seleccionar

determinados fragmentos de la información por lo que cualquier divergencia, puede ser malinterpretada (Durá, 1990).

La información sobre la naturaleza, evolución y pronóstico de la enfermedad debe ser dada por el médico, aunque los aspectos psicosociales de la enfermedad deben ser tratados por el psicólogo o por otro paciente que ha pasado por la misma situación (Cruzado y Olivares, 1996).

Por otra parte la información ha de adecuarse al estilo personal del paciente. Tal y como se ha destacado hay personas que no quieren saber nada sobre su enfermedad y viceversa. Mientras que en el primer caso una insistencia excesiva puede generar un mayor malestar en el paciente, en el segundo se debería ser suficiente extenso en la información para evitar que el paciente indague por su cuenta (Amigo, Fernández y Perez, 2003)

Finalmente, se debe informar de manera realista las posibilidades de tratamiento y las elevadas tasas de recuperación existentes en la actualidad, además de destacar el papel que el comportamiento del paciente juega en su recuperación. No se trata de alentar expectativas desproporcionadas sino suministrar la información adecuada a cada paciente en particular para conseguir una mejor adaptación a la enfermedad a largo plazo (Cruzado y Olivares, 1996).

Font (2003), en un estudio sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en el cáncer observa que no se ha mostrado suficientemente los efectos de las intervenciones informativas a nivel de conocimiento de la enfermedad y su tratamiento. Ni se conoce con detalle que pacientes deben ser informados ni hasta que punto debe profundizarse la información. Sin embargo las intervenciones informativo – educativas si logran efectos positivos en el campo afectivo.

Conocimiento del cáncer y depresión

Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (1996), proponen que la información adecuada para el paciente debe ser secuencial, no excesiva, congruente, adecuando el lenguaje para permitir que el paciente se vaya adaptando a su propio ritmo con el proceso que conlleva la enfermedad; el médico es la persona más adecuada para dar la información. Resaltando la importancia de explorar qué es lo que el paciente sabe y qué es lo que quiere saber, como parte del proceso de adaptación, pues algunas personas usan la negación o evitación ante el diagnóstico, por lo que en ocasiones se les debe repetir varias veces la información, así como ofrecer un espacio de dudas y de expresión emocional.

Por su parte, Pruitt, Waligora-Serafin, McMahon, Byrd, Besselman, Kelly. (1993), realizaron un estudio con psicoeducación, en pacientes oncológicos de diversos tipos de cáncer, para intentar reducir el estrés psicológico en un grupo de pacientes evaluados con alto riesgo de éste. La intervención incluyó temas acerca de los tratamientos, el cáncer, estrategias de afrontamiento y habilidades de comunicación; los resultados arrojaron que los pacientes no experimentaron cambios en su estado afectivo, tampoco sus niveles de conocimiento aumentaron, sin embargo, la depresión disminuyó en el grupo de intervención.

Generalidades sobre terapia cognitivo-comportamental.

Actualmente, se hace presente la terapia cognitivo-conductual. Esta posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov quién descubre un proceso de aprendizaje

que luego llamará Condicionamiento Clásico. Se trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira John B. Watson, quién aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases para lo que luego se llamó conductivismo. Lo que se conserva hoy en terapia cognitivo-conductual de los aportes de Watson es su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo (Fernández, 1994)

Hacia el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Instrumental u Operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. (Sue, 1994))

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Estas investigaciones toman cuerpo en la "Teoría del aprendizaje social", desde el cual se afirma que el aprendizaje no solo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas (Fernández, 1994)La práctica de la teoría cognitivo-conductual se caracteriza como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos. (Cataño, 2005)

La intervención terapéutica en terapia cognitivo-conductual se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los

objetivos del tratamiento. Estas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios (Cataño, 2005)

A pesar de las críticas, una gran cantidad de estudios de seguimiento han demostrado que la mayoría de las veces los síntomas no retornan una vez eliminados. Las investigaciones que reportan recaídas corresponden a trastornos como la esquizofrenia o el Trastorno antisocial de la personalidad. Por otra parte los índices de eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad y depresión rondan el 90% de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de dos años (Chiarelli, 2004)

En conclusión, la terapia cognitivo-conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee lineamientos éticos y bases filosóficas y metodologías determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento.

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

Cáncer

El cáncer (neoplasia maligna) se define como un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se desarrollan sin control (Brannon y Feist, 2001).

Depresión

De acuerdo con la CIE – 10, los episodios depresivos se caracterizan por humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida del apetito. (CIE 10)

Autoconcepto

Representación mental que la persona tiene de sí misma, es organizado o estructurado, está compuesto por múltiples dimensiones, es jerárquico con percepciones de la conducta personal en situaciones específicas a la base de la jerarquía, inferencias sobre el sí mismo en dominios más amplios (social, físico, académico) en el medio de la jerarquía, y un autoconcepto global o general. (Balaguer y Pastor, 2005)

Apoyo Social

Disponibilidad y calidad de recursos interpersonales con que las personas cuentan para auxiliarse ante una aflicción emocional (Sue, 1994)

Enfoque Cognitivo Conductual

Es un sistema psicoterapéutico, basado en una teoría psicopatológica y un cuerpo de técnicas derivadas de la psicología cognitiva y conductual, la teoría del procesamiento de la información y la teoría de los sistemas. (Cataño, 2005)

Adolescencia

La adolescencia es una etapa vital en la que se producen un gran número de cambios. La palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término adolescencia, señala el carácter de cambio señalado: *adolescere* significa crecer, madurar. La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez (Figueras, 2006)

MÉTODO

Diseño

La investigación se realizó a través de un diseño no experimental, de tipo transversal/correlacional (Mackey, 2005), porque no se manipuló deliberadamente ninguna de las variables y porque se realizó una única medición en el tiempo en la muestra de estudio, para determinar la relación que existe entre la variable criterio (depresión) y las variables predictoras (variables psicosociales y conocimiento sobre la enfermedad del cáncer).

Población

La población estuvo constituida por 31 adolescentes de 10 a 17 años diagnosticados con algún tipo de cáncer, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles de la Ciudad de Pasto durante el primer semestre de 2008. Del total de la población, se contó con la participación de 25 menores, ya que dos menores fueron remitidos para finalización del tratamiento en otra ciudad, tres sujetos fallecieron y otro se negó a participar en el estudio.

De los 25 sujetos con los que finalmente se llevó a cabo el estudio, el 60% eran hombres y el 40% mujeres, como se puede observar en la Figura 1.

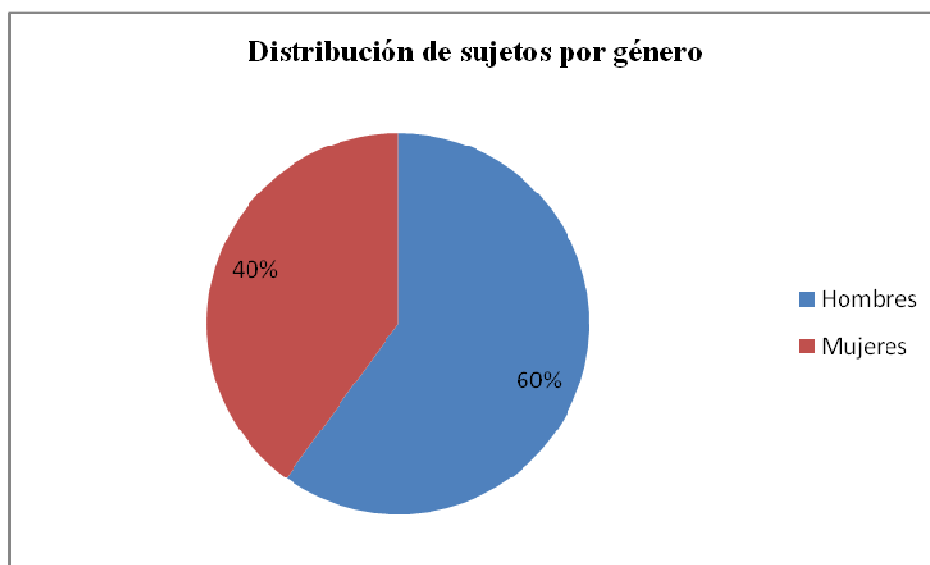


Figura 1. Distribución de la muestra de estudio según sexo.

La media de edad de la muestra fue de 13.84 años, con una desviación estándar de 1.84 y una mediana de 14.

Participaron adolescentes con distintos diagnósticos de cáncer: Leucemia Linfocítica Aguda, Linfoma de Hodgkin, Rabdomiosarcoma, Tumor Neuroectodérmico primitivo (PNET Cerebral) y Tumores malignos de Abdomen. La mayor proporción de participantes presentan el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda (LLA).

Con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos éticos de investigación con humanos, la participación en el estudio fue de carácter voluntario posterior a la información brindada sobre el proyecto a los sujetos de estudio. Se garantizó la privacidad en la información personal obtenida a partir de los diferentes instrumentos y se firmó consentimiento informado (representante legal del menor) y asentimiento informado (el sujeto adolescente). Igualmente los casos detectados como clínicos se canalizaron para recibir el tratamiento oportuno.

Procedimiento

Fase 1. Selección de la Institución e información a las autoridades competentes

Se realizó la selección de la institución para llevar a cabo la investigación, teniendo en cuenta los objetivos del proyecto y la población. Se decidió trabajar con el Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto porque es la única institución hospitalaria que presta servicio especializado de Oncología pediátrica en el suroccidente colombiano.

Posteriormente se comunicó sobre el proyecto de investigación a las autoridades competentes del Hospital Infantil los Ángeles, obteniendo la autorización de Gerencia y Subgerencia Científica y el servicio de Oncohematología para la ejecución del proyecto.

Fase 2. Selección de la población

La selección se realizó de manera personal, abordando a los sujetos en la institución hospitalaria. Para esto se tuvo en cuenta su asistencia a controles médicos en el servicio de Oncohematología y las hospitalizaciones por nuevo ingreso, tratamiento o recaída.

Se informó acerca de las características e implicaciones de la investigación para la aprobación de la participación en la investigación a través de la firma de consentimiento y asentimiento informado. El consentimiento informado fue diligenciado por el representante legal del menor después de la asesoría realizada por las autoras de la investigación. Los adolescentes aceptaron su participación con la firma del asentimiento informado, posteriormente se realizó la aplicación individual de los instrumentos.

Los cuestionarios fueron aplicados por el grupo de investigación, debido a las condiciones médicas de la muestra (efectos del tratamiento y la enfermedad).

Fase 3. Análisis estadístico de los datos

Para determinar las relaciones entre las variables de estudio (predictoras y de criterio) se utilizó el Coeficiente de Correlación de los Rangos de Spearman, ya que no hay una distribución normal de los datos. El r de Spearman es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos de cada grupo de sujetos comparando dichos rangos, y se utiliza cuando se presentan valores externos o ante distribuciones no normales (Pita y Pértega, 1997).

Para establecer las relaciones entre las variables sociodemográficas y la variable criterio se utilizó la prueba de Kruskal – Wallis, que se usa para comparar poblaciones cuyas distribuciones no son normales. Para realizar el análisis estadístico se recurrió al Statistical Program for the Social Sciences, versión 13 para Windows (SPSS).

Fase 4. Análisis de resultados y conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la fase anterior, se realizó un contraste teórico teniendo en cuenta las relaciones encontradas entre las variables. Se retomaron los fundamentos teóricos del proyecto de investigación, comparando los planteamientos propuestos por diferentes autores acerca de la temática abordada.

Se analizaron las diversas propuestas teóricas, construyendo argumentos que sustenten la discusión de la presente investigación.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados se diseñó el programa de intervención dirigido a la muestra de estudio con respecto a las variables predictoras y la variable criterio, el programa apunta al bienestar físico y emocional de los adolescentes con cáncer, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles.

Posteriormente se formularon las conclusiones a partir de los aspectos relevantes encontrados en el proceso de investigación llevado a cabo.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para medición de las variables de estudio en la población fueron: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Cuestionario de Autoconcepto Forma – 5 (AF5), Escala de Apoyo Social, Cuestionario sobre conocimientos acerca del cáncer y una encuesta sociodemográfica.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Es una escala de auto-reporte de 20 reactivos, diseñada para medir síntomas depresivos en la población en general (Radloff, 1978). Dentro de los ítems se incluyen: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo, pérdida de energía y alteraciones del sueño y el apetito, los cuales han sido organizados en las sub-escalas a) Afecto Depresivo (soledad, tristeza, angustia, llanto, etc), b) Afecto Positivo (Sentirse tan bueno como los demás, esperanza, felicidad, disfrutar la vida, etc), c) Síntomas Somáticos (agotamiento, pérdida de apetito, pérdida de sueño, cansancio, etc) y d) Problemas Interpersonales (Sentir que la gente no es amigable, sentirse odiado, etc). El CES-D ha demostrado buena consistencia interna, confiabilidad test-retest, validez concurrente y validez de constructo. En el estudio de Villalobos-Galvis (2006) se demostró que esta escala tiene una adecuada validez factorial y que su consistencia interna es alta (alfa de Cronbach = 0,87).

El cuestionario de Autoconcepto Forma – 5 (AF5)

Fue creado por García, F y Musitu, G. (1995). El AF-5 partiendo de una concepción multidimensional, evalúa el autoconcepto mediante una escala tipo likert, es de aplicación individual o colectiva. El cuestionario evalúa el autoconcepto académico/laboral, social, emocional, familiar y físico. En su versión original el coeficiente alpha de la escala es de 0,83 en la muestra de Llinares, Molpeceres, y Musitu (2001), lo que indica una buena consistencia interna del cuestionario. La justificación teórica y estadística demuestran la confiabilidad y validez del mismo, el cual fue creado para aplicarlo en población española, sin embargo para el presente trabajo se aplicará una validación del mismo realizada en población escolarizada de la ciudad de San Juan de Pasto (Eraso, 2007a).

Escala de Apoyo Social

Fue diseñada por Matud (1998) como una medida breve y de fácil aplicación de la percepción global de apoyo social disponible. Está compuesta por 12 ítems que recogen información sobre la percepción de disponibilidad de las personas que pueden prestar apoyo emocional e instrumental, así como información en las áreas personal, laboral y familiar. Ofrece muestras de las dimensiones de estima, información, compañía y ayuda tangible del apoyo social; todos los ítems se agrupan en un solo factor cuyo Alfa de Cronbach oscila entre 0,89 y 0,91. Fue adaptada por Villalobos-Galvis, 2006, en el departamento de Nariño

Además de consistencia interna, la escala ha mostrado validez de constructo, pues se correlaciona de forma negativa con: depresión, ansiedad, sintomatología

somática y disfunción social; mientras que se correlaciona positivamente con la autoestima (Matud 1998).

Cuestionario sobre conocimientos acerca del cáncer

La variable de conocimiento de la enfermedad en el presente estudio se entiende como el nivel de información que el paciente maneja de su enfermedad, abordando aspectos como conocimientos generales de la enfermedad, el tratamiento y los cuidados básicos. Para la elaboración del cuestionario se adaptó un cuestionario sobre conocimientos aplicado en la investigación para evaluar los efectos de un videojuego en adolescentes oncológicos con respecto a la adhesión al tratamiento, conocimientos acerca del cáncer ilustrados en el juego, calidad de vida y autoeficacia (Hopelab, 2004).

El cuestionario elaborado inicialmente constaba de 10 preguntas que fueron validadas por expertos de nuestro medio, es decir, personal de salud de la unidad de Oncohematología del Hospital Infantil los Ángeles. Después del análisis hecho por los expertos, el cuestionario que se aplicó a los participantes del estudio evalúa en 5 niveles (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo) la información que maneja el paciente acerca de su enfermedad y tratamiento a través de 8 preguntas.

Encuesta sociodemográfica

Fue diseñada por las autoras, para recolectar información relevante sobre aspectos sociodemográficos de los participantes del estudio (género, edad, escolaridad, zona de residencia, diagnóstico, estadio de la enfermedad, atención psicológica)

Variables

Como el presente trabajo de investigación se trata de un estudio correlacional las variables se dividen en:

Variable criterio:

Depresión, entendida como la ausencia o presencia de síntomas depresivos que indican niveles de riesgo. La variable asume 5 valores correspondientes a los puntos de corte que se proponen en la CES – D que son los siguientes:

Riesgo de depresión muy bajo: 0 a 9 puntos

Riesgo de depresión bajo: 10 a 14 puntos

Riesgo de depresión medio: 15 a 20 puntos

Riesgo de depresión alto: 21 a 32 puntos

Riesgo de depresión muy alto: 33 a 80 puntos

Variables predictoras:

Autoconcepto: Representación mental que la persona tiene de sí misma compuesta por múltiples dimensiones (académico, social, emocional, familiar, físico, relación con los adultos y global)

Muy bajo. 0 a 2 puntos

Bajo: 3 a 4 puntos

Medio: 5 puntos

Alto: 6 a 7 puntos

Muy alto: 8 a 9 puntos

Apoyo social: Percepción de la disponibilidad y calidad de recursos interpersonales. La variable asume 5 valores de acuerdo a los siguientes baremos planteados en la escala AS:

Muy bajo: 0 a 29 puntos

Bajo: 30 a 37 puntos

Medio: 38 a 43 puntos

Alto: 44 a 47 puntos

Muy alto: 47 a 52 puntos

Conocimiento sobre la enfermedad: Nivel de información que maneja el adolescente con respecto a conocimientos generales (enfermedad, tratamiento y cuidados básicos). La variable asume 5 niveles como se presentan a continuación:

Muy bajo: 0 a 1 respuesta correcta

Bajo: 2 a 3 respuestas correctas

Medio: 4 respuestas correctas

Alto: 5 a 6 respuestas correctas

Muy alto: 7 a 8 respuestas correctas

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

Existe una relación inversa entre las variables predictoras (variables psicosociales y conocimiento sobre la enfermedad) y la variable criterio (depresión).

Existe relación entre cada par de variables predictoras (variables psicosociales: autoconcepto; apoyo social y conocimiento sobre la enfermedad)

Hipótesis Nulas

No existe una relación inversa entre las variables predictoras (variables psicosociales y conocimiento sobre la enfermedad) y la variable criterio (depresión).

No existe relación entre cada par de variables predictoras (variables psicosociales: autoconcepto; apoyo social y conocimiento sobre la enfermedad).

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población

El grupo estudiado lo componen 15 hombres y 10 mujeres, con una edad entre los 10 y 17 años. El promedio de edad fue de 13.84 años, con una desviación estándar de 1.84.

En una distribución de las personas por grupos de edad, el 36% se encuentra entre los 10 y 13 años, el 64% se ubica entre los 14 y 17 años.

Con relación al nivel de escolaridad alcanzado, un 32% del grupo de estudio se ubicó en primaria incompleta, un 8% en primaria completa, el 52% en secundaria incompleta y el 8% en secundaria completa.

Con respecto a la zona de residencia el 64% de la muestra se ubicó en el sector rural y el 36% en el sector urbano.

El 68% del grupo de sujetos de estudio ha recibido atención psicológica, mientras que el 32% no.

El tipo de diagnóstico encontrado en la muestra es de 84% para enfermedades hematológicas (Leucemia Linfoide Aguda y Linfomas) y 16% para tumores sólidos (PNET, Rabdomiosarcoma y tumores malignos de abdomen).

En cuanto al estadio de la enfermedad de los sujetos de estudio se encontró que el 8% está en la fase de inducción al tratamiento de cáncer, el 40% en la fase de tratamiento, el 24% finalizando tratamiento, el 20% en fase de recaída y el 8% en cuidados paliativos.

Niveles de las variables de estudio.

La muestra tiende a presentar niveles altos y muy altos en las diferentes dimensiones del autoconcepto. En la tabla 1, se observa que para el autoconcepto académico el 80% presentó niveles altos y muy altos, lo cual indica que la muestra de estudio tiene una percepción positiva del desempeño de su rol como estudiante, circunstancia que puede llegar a favorecer la adaptación a la enfermedad y al tratamiento.

Tabla 1

Descripción estadística de la dimensión académica del autoconcepto

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoconcepto académico	Muy bajo	2	8,0
	Bajo	1	4,0
	Medio	2	8,0
	Alto	6	24,0
	Muy alto	14	56,0

Esta tendencia también se observa en los niveles de autoconcepto en relación con los adultos, ya que en los niveles bajo y muy bajo se ubica el 36% de la muestra y el 12% en un nivel medio (Tabla 2), con esto se puede deducir que los adolescentes con cáncer consideran que tienen unas buenas relaciones con las personas adultas.

Tabla 2

Descripción estadística de la dimensión del autoconcepto que mide la relación con adultos.

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoconcepto adulto	Muy bajo	3	12,0
	Bajo	6	24,0
	Medio	3	12,0
	Alto	8	32,0
	Muy alto	5	20,0

El 48% de la muestra tiene niveles altos y muy altos en el autoconcepto familiar y social, es decir, que perciben su buen desempeño en las relaciones sociales y familiares. A diferencia del autoconcepto académico y de relación con los adultos, la distribución de la muestra tiende a ser uniforme, es decir, se ubican porcentajes similares en cada categoría (Tabla 3 y 4).

Tabla 3

Descripción estadística de la dimensión social del autoconcepto

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoconcepto social	Muy bajo	6	24,0
	Bajo	3	12,0
	Medio	4	16,0
	Alto	6	24,0
	Muy alto	6	24,0

Tabla 4

Descripción estadística de la dimensión familiar del autoconcepto

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoconcepto familiar	Muy bajo	4	16,0
	Bajo	4	16,0
	Medio	5	20,0
	Alto	7	28,0
	Muy alto	5	20,0

En el autoconcepto físico se observa que la mayoría de la muestra de estudio tiende a manifestar una distribución uniforme en los niveles muy alto, medio y muy bajo. Mientras que 3 participantes tienen niveles bajo y alto en la percepción de su autoconcepto (Tabla 5).

Tabla 5

Descripción estadística de la dimensión física del autoconcepto

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoconcepto físico	Muy bajo	6	24,0
	Bajo	2	8,0
	Medio	7	28,0
	Alto	1	4,0
	Muy alto	9	36,0

El mayor porcentaje de la muestra en el autoconcepto emocional se encuentra en los niveles bajo y muy bajo (44%), es decir, que esta proporción de la población tiene una percepción negativa de su estado emocional, que puede estar relacionado con el hecho de presentar un estresor altamente impactante como lo es el cáncer (Tabla 6)

Tabla 6

Descripción estadística de la dimensión emocional del autoconcepto

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Autoconcepto emocional	Muy bajo	5	20,0
	Bajo	6	24,0
	Medio	7	28,0
	Alto	5	20,0
	Muy alto	2	8,0

Finalmente, el 60% de la muestra de estudio se ubica en un nivel alto y muy alto de autoconcepto global, mientras que en los niveles bajo y muy bajo se encuentra el 32% de la población. En el nivel medio está el 8% de la muestra, como se observa en la figura 2.

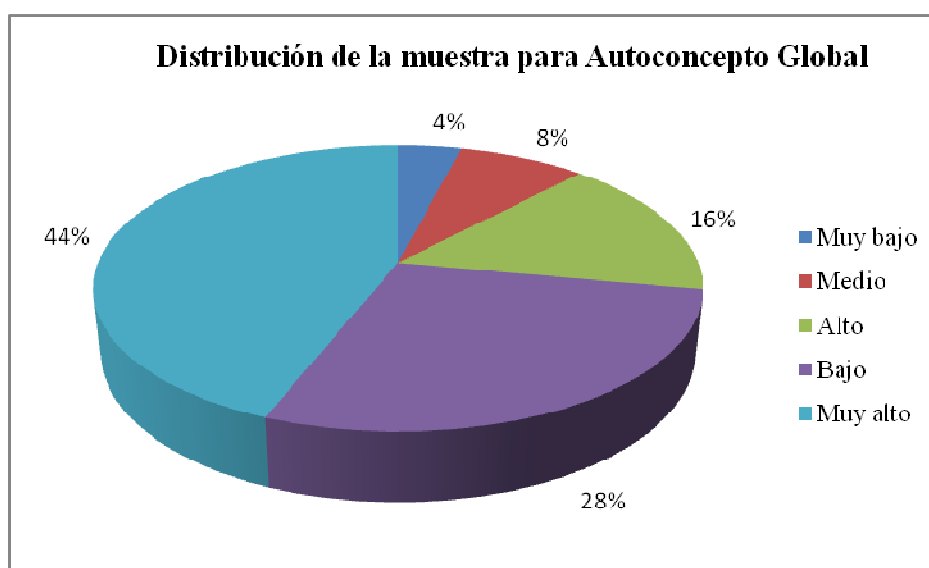


Figura 2. Distribución en porcentaje de la muestra de estudio para el autoconcepto global.

Por otra parte, los datos muestran que la percepción de apoyo social de los adolescentes con diagnóstico de cáncer, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles, tiende a ser positiva, es decir, que el 60% de la muestra considera que cuenta con una red de apoyo funcional para el afrontamiento de diversas situaciones en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. (Tabla 4).

Tabla 7

Niveles de percepción de la variable psicosocial: Apoyo social

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	2	8,0
Bajo	4	16,0
Medio	4	16,0
Alto	6	24,0
Muy alto	9	36,0

Con respecto a la variable criterio (depresión), se observa que un gran porcentaje de la muestra presenta riesgo bajo y muy bajo de depresión, y el resto de la muestra se

ubica en riesgo medio, alto y muy alto. (Figura 3). Se puede afirmar además que el apoyo social se convierte en un factor protector para el riesgo de sufrir depresión, ya que el 60% de la muestra de estudio presenta un nivel alto de apoyo social (Tabla 7 y Figura 3)

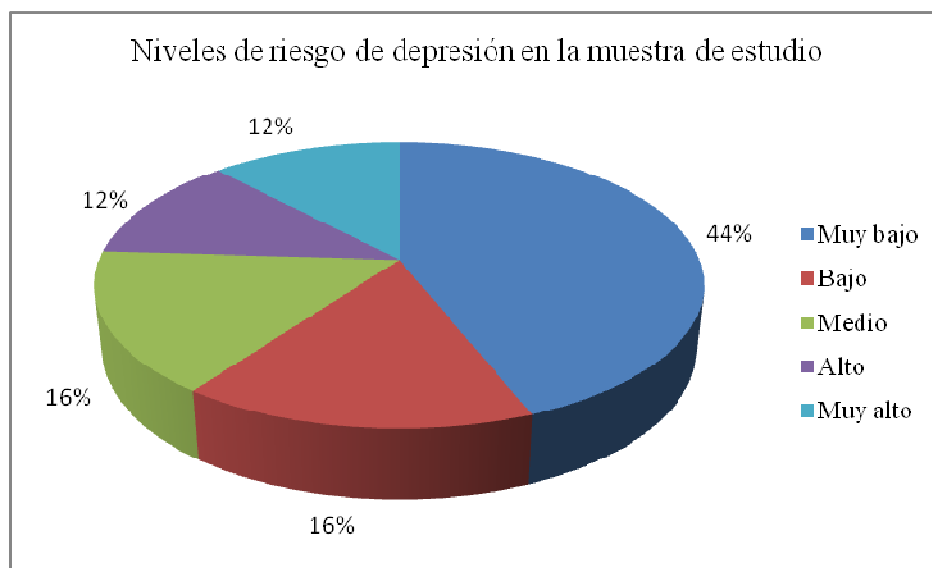


Figura 3. Distribución de porcentajes de la muestra con respecto a los niveles de riesgo de depresión.

A partir de las subescalas del CES – D se encuentra que el 48% de la muestra de estudio presenta niveles bajos y muy bajos en la subescala de afecto depresivo. El 28% presenta niveles altos y muy altos de afecto depresivo caracterizado por sentimientos de minusvalía, soledad, tristeza, angustia y llanto. Mientras que el 24% tiene un nivel medio en esta subescala (Tabla 8).

Tabla 8

Niveles de la subescala de afecto depresivo en la muestra de estudio

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Afecto depresivo	Muy bajo	9	36,0
	Bajo	3	12,0
	Medio	6	24,0
	Alto	3	12,0
	Muy alto	4	16,0

En la tabla 9, se observa que en la subescala de ausencia de afecto positivo, el 60% presenta niveles bajos y muy bajos, lo que significa que la muestra tiende a presentar sentimientos de felicidad, esperanza y satisfacción con la vida. El 24% tiene niveles altos y muy altos en esta subescala, lo que indicaría que hay carencia de afecto positivo.

Esta subescala, junto con la de afecto depresivo presentan una correlación significativamente estadística con el autoconcepto global, es decir, que niveles altos en la ausencia de sentimientos de bienestar y niveles bajos de afecto depresivo influyen positivamente en el autoconcepto global (representación mental de sí mismo en todas las dimensiones) (Tabla 14)

Tabla 9

Niveles de la subescala de ausencia de afecto positivo en la muestra de estudio

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Afecto positivo	Muy bajo	8	32,0
	Bajo	7	28,0
	Medio	4	16,0
	Alto	2	8,0
	Muy alto	4	16,0

El 20% del grupo de estudio tiene niveles altos y muy altos en la subescala de síntomas somáticos, el 52% presenta niveles bajos y muy bajos, que indican que

sintomatología como: pérdida de apetito, sueño, cansancio y fatiga, no se manifiestan o se manifiestan mínimamente en este porcentaje de la muestra (Tabla 10)

Tabla 10

Niveles de la subescala de síntomas somáticos en la muestra de estudio

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas somáticos	Muy bajo	10	40,0
	Bajo	3	12,0
	Medio	7	28,0
	Alto	3	12,0
	Muy alto	2	8,0

Con respecto a la subescala de problemas interpersonales, el 84% de la muestra presenta niveles bajos y muy bajos, es decir, que la mayoría de los sujetos de la muestra tiene una percepción favorable de la aceptación social, además se puede observar que la mayoría de adolescentes se ubican en niveles bajos, lo cual indica que el aspecto social no es relevante para ésta muestra (Tabla 11).

Tabla 11

Niveles de la subescala de problemas interpersonales en la muestra de estudio

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Problemas interpersonales	Muy bajo	14	56,0
	Bajo	7	28,0
	Medio	3	12,0
	Alto	1	4,0

Finalmente, teniendo en cuenta los niveles de conocimiento en la muestra, se observa que un porcentaje alto (88%) de los sujetos de estudio manejan la información pertinente con respecto a la enfermedad y el tratamiento. Mientras que el 12% tiene niveles bajos y muy bajos de conocimiento (Tabla 12).

Tabla 12

Niveles de la variable conocimientos de la enfermedad en la muestra de estudio

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	2	8,0
Bajo	1	4,0
Medio	0	0,0
Alto	13	52,0
Muy alto	9	36,0

Relaciones entre, Apoyo social, Autoconcepto y Conocimiento

En la tabla 13 se muestran las correlaciones obtenidas, en la muestra de adolescentes, entre las diferentes dimensiones del autoconcepto. Se observa que la dimensión académica del autoconcepto muestra una correlación estadísticamente significativa con las dimensiones: social, familiar y relación con los adultos. Además, está correlacionada con la variable de apoyo social.

La dimensión de autoconcepto social muestra similar comportamiento ya que tiene una correlación significativa con las dimensiones de autoconcepto físico, autoconcepto en la relación con adultos y con la variable de apoyo social (Tabla 13).

En contraste, se muestra cómo el autoconcepto emocional no presenta correlaciones significativas con otras dimensiones del autoconcepto o variables predictoras, al igual que la variable de conocimientos de la enfermedad.

Por otra parte la dimensión familiar se correlaciona significativamente con la dimensión física y académica, mientras que no se establece relación de esta dimensión con la variable de apoyo social. Por su parte el autoconcepto físico y de relación con los adultos se relacionan entre sí, las dos dimensiones establecen relaciones significativas con la variable de apoyo social.

El autoconcepto global y el apoyo social tienden a mantener una correlación directa, de tal modo que puntuaciones altas, medias o bajas en uno, implica similares puntuaciones en el resto de ellas, además de que las correlaciones son estadísticamente significativas.

Tabla 13

Matriz de correlaciones entre las variables predictoras: Autoconcepto (dimensiones), Apoyo social y Conocimiento de la enfermedad

	Autoconcepto académico	Autoconcepto social	Autoconcepto emocional	Autoconcepto familiar	Autoconcepto físico	Autoconcepto adulto	Autoconcepto global	Apoyo social
Autoconcepto social								
Coefficiente de correlación	0,45							
Significancia	0,01							
Autoconcepto emocional								
Coefficiente de correlación	0,15	0,21						
Significancia	0,23	0,15						
Autoconcepto familiar								
Coefficiente de correlación	0,36	0,29	0,26					
Significancia	0,04	0,08	0,10					
Autoconcepto físico								
Coefficiente de correlación	0,31	0,49	0,25	0,42				
Significancia	0,06	0,01	0,11	0,02				
Autoconcepto adulto								
Coefficiente de correlación	0,50	0,73	0,22	0,25	0,46			
Significancia	0,01	0,00	0,14	0,11	0,01			
Apoyo social								
Coefficiente de correlación	0,40	0,77	0,22	0,29	0,60	0,69	0,70	
Significancia	0,02	0,00	0,14	0,08	0,00	0,00	0,00	
Conocimiento de la enfermedad								
Coefficiente de correlación	0,09	0,11	-0,20	-0,18	-0,20	0,15	-0,01	0,18
Significancia	0,33	0,31	0,17	0,20	0,16	0,24	0,49	0,20

Relaciones entre variables predictoras y la variable criterio

En la tabla 14 se observan las diferentes correlaciones entre las variables predictoras y la variable criterio. Las correlaciones tienden a ser negativas, es decir, puntuaciones altas, medias o bajas en las variables predictoras implican puntuaciones opuestas en la variable criterio, las correlaciones que se establecen entre el riesgo de la depresión con el autoconcepto global y el apoyo social son estadísticamente significativas, ya que el nivel de error es inferior a 0.05 (Tabla 14)

El autoconcepto social y de relación con los adultos presentan una correlación inversa y significativa con la subescala de afecto positivo. Las dimensiones emocional y física del Autoconcepto correlacionan negativamente con el afecto depresivo, es decir, que a mayor nivel de Autoconcepto emocional o físico, menor nivel de afecto depresivo (Tabla 14)

La subescala de síntomas somáticos, presenta una correlación negativa y estadísticamente significativa con el autoconcepto familiar (Tabla 14).

Con respecto al riesgo de depresión, se observa una correlación inversa con las dimensiones del autoconcepto: social, físico, familiar y de relación con los adultos. Mientras que el autoconcepto global tiene una correlación significativamente estadística con las subescalas de afecto depresivo y afecto positivo (Tabla 14)

La variable conocimiento de la enfermedad presenta una sola correlación positiva y significativa con la subescala de síntomas somáticos de la CES – D, lo que significa que a mayor conocimiento de la enfermedad, mayor sintomatología somática (Tabla 14).

Tabla 14

Matriz de correlaciones entre las variables predictoras (Autoconcepto, apoyo social y conocimiento de la enfermedad) y la variable criterio (riesgo de depresión)

		Afecto depresivo	Afecto positivo	Síntomas somáticos	Problemas interpersonales	Depresión total
Autoconcepto académico	Coefficiente de correlación	-0,27	-0,24	-0,08	0,07	-0,31
	Significancia	0,096	0,119	0,358	0,363	0,067
Autoconcepto social	Coefficiente de correlación	-0,27	-0,35	-0,05	0,21	-0,37
	Significancia	0,099	0,045	0,408	0,16	0,036
Autoconcepto emocional	Coefficiente de correlación	-0,34	-0,23	-0,31	0,24	-0,3
	Significancia	0,047	0,134	0,064	0,121	0,071
Autoconcepto familiar	Coefficiente de correlación	-0,26	-0,14	-0,39	-0,11	-0,4
	Significancia	0,103	0,247	0,028	0,294	0,024
Autoconcepto físico	Coefficiente de correlación	-0,36	-0,31	-0,26	0,05	-0,43
	Significancia	0,037	0,064	0,104	0,399	0,015
Autoconcepto adulto	Coefficiente de correlación	-0,28	-0,47	-0,1	0,01	-0,45
	Significancia	0,088	0,009	0,312	0,481	0,011
Autoconcepto global	Coefficiente de correlación	-0,47	-0,42	-0,24	-0,02	-0,58
	Significancia	0,009	0,019	0,122	0,463	0,001
Apoyo social	Coefficiente de correlación	-0,19	-0,24	-0,07	0,03	-0,37
	Significancia	0,18	0,125	0,369	0,439	0,033
Conocimiento de la enfermedad	Coefficiente de correlación	0,18	0,06	0,59	-0,12	0,28
	Significancia	0,197	0,392	0,001	0,292	0,091

Relación entre la variable depresión y las variables sociodemográficas

Después del análisis estadístico realizado entre las variables sociodemográficas (género, edad, escolaridad, lugar de residencia, tipo de diagnóstico, estadio de la enfermedad y atención psicológica) no se encontró una relación estadísticamente significativa con la variable depresión, a excepción de la variable lugar de residencia, la cual presentó una correlación fuerte con la subescala de síntomas somáticos, es decir, que hay diferencias con respecto a las afecciones somáticas entre los adolescentes que viven en el sector rural y los que viven en el sector urbano (Tabla 15)

El rango medio de los adolescentes que viven en el sector urbano indica que éstos tienen mayores síntomas somáticos que los adolescentes que se ubican en el sector rural (Tabla 16)

Tabla 15

Nivel de significancia de la variable sociodemográfica (lugar de residencia) y las subescalas del CES - D

	Afecto depresivo	Afecto positivo	Síntomas somáticos	Problemas interpersonales	Depresión total
Chi – Cuadrado	,536	,623	6,963	,081	,646
Significancia	,464	,430	,008	,776	,422

Tabla 16

Descripción estadística de la variable sociodemográfica (lugar de residencia) y las subescalas del CES - D

Subescalas CES - D	Lugar de residencia	Frecuencia	Rango medio
Afecto depresivo	Rural	16	12,22
	Urbano	9	14,39
Afecto positivo	Rural	16	13,84
	Urbano	9	11,50
Síntomas somáticos	Rural	16	10,22
	Urbano	9	17,94
Problemas interpersonales	Rural	16	12,72
	Urbano	9	13,50
Depresión total	Rural	16	12,16
	Urbano	9	14,50

DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo establecer las relaciones entre las variables psicosociales (autoconcepto y apoyo social), conocimiento de la enfermedad y la depresión en adolescentes con cáncer, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles, a partir de la descripción sociodemográfica de la población y la evaluación de los niveles de cada una de las variables. También se analizan las relaciones entre autoconcepto, apoyo social y conocimiento de la enfermedad, así como la relación de estas mismas con la depresión. Finalmente se precisa las relaciones entre variables sociodemográficas y depresión. A partir de los resultados obtenidos en la investigación se diseña un programa de intervención para los participantes del estudio.

Los adolescentes con cáncer se enfrentan a situaciones médicas y emocionales que influyen en la adaptación psicológica. Las manifestaciones fisiológicas causadas por la enfermedad y el tratamiento (dolor, náuseas, vómitos, alteraciones en la imagen corporal), junto con el afrontamiento de una condición médica potencialmente mortal, a las reacciones familiares, a la cronicidad del cáncer, a las alteraciones en las relaciones sociales, al deterioro en el progreso escolar y a impacto que produce la enfermedad en el entorno del adolescente pueden generar malestar emocional que impiden una adaptación psicosocial (Die – Trill, 2003).

Los tipos de cáncer más comunes durante la infancia son la Leucemia, los tumores cerebrales y el Linfoma (Die – Trill, 2003), hecho que se confirma con la muestra de estudio, donde los diagnósticos más frecuentes de los sujetos son: Leucemia, Linfoma de Hodkin, PNET y tumores malignos de abdomen.

El riesgo de padecer depresión en la muestra de estudio es de 24%, la interpretación de estos resultados es compleja ya que la prevalencia de la depresión en

pacientes con cáncer es difícil de establecer debido a múltiples factores como los criterios diagnósticos de la depresión, el tipo de trastorno depresivo estudiado, el tiempo transcurrido desde la confirmación del diagnóstico, y el estadio del cáncer (Arteaga y Die – Trill, 2000), sin embargo Massie (2004) y Lloyd (2003) concluyen que la prevalencia de depresión en enfermos con cáncer oscila entre un 10% y 25%, aumentando con mayores grados de incapacidad física, enfermedad más avanzada y presencia de dolor, cifras similares a las encontradas en el presente estudio.

Dentro del mismo análisis estadístico se encuentra que la variable criterio se correlaciona inversamente con el autoconcepto, es así como un bajo autoconcepto puede predisponer a los sujetos a la depresión, como lo afirma Burns (1990). Los niveles de autoconcepto presentados por el grupo de estudio son altos en sus dimensiones como en el Autoconcepto global, situación que contradice lo expuesto por Soler (1996), quien afirma que en los adolescentes con cáncer se presenta un bajo autoconcepto y que a su vez conlleva a un retraimiento afectando las adaptaciones emocionales.

Los resultados obtenidos se explicarían desde la relación encontrada entre las dos variables mencionadas anteriormente (depresión y autoconcepto), en donde el autoconcepto alto se convierte en un factor protector en la aparición del riesgo de depresión (Del Barrio, 2000), así mismo, la semiología depresiva, puede afectar al autoconcepto en diversas de sus dimensiones: global, escolar, familiar y social (Díaz, 2005).

Harter y colaboradores (Harter y cols., 1997; Harter y Monsour, 1992), en sus investigaciones realizadas con adolescentes de los tres niveles evolutivos (adolescencia temprana, media y tardía), aportan evidencia empírica de que, en gran medida, en la adolescencia los jóvenes no identifican como contradictorios atributos que representan

opuestos (alegre con los amigos vs. deprimido con la familia, alborotador en la escuela vs. tranquilo en casa, estudioso vs. perezoso) y mucho menos los experimentan como conflictivos. La dificultad en las abstracciones, así como el hecho de que otros significativos puedan tener diferentes opiniones sobre el sí mismo, impide la construcción de un Autoconcepto integrado en la adolescencia (Harter y Monsour, 1992)

La diferenciación de las abstracciones evita la aparición de conflictos por el hecho de que ciertas dimensiones del Autoconcepto puedan ser contradictorias (Harter y Monsour, 1992). Además, reduce la posibilidad de que los atributos negativos puedan extenderse o generalizarse a otras dimensiones (Linville, 1987; Simmons y Blyth, 1987). Así, aunque la construcción del autoconcepto proporciona la base para que los atributos sean contradictorios, muchos jóvenes adolescentes no identifican contradicciones o experiencias de conflicto, dada la estructura de sus autorrepresentaciones abstractas.

Por otra parte, Gonzales (2006) afirma que la depresión tiene mayor relación con la inconformidad de una enfermedad crónica, el efecto de la enfermedad sobre la apariencia física y las relaciones con los compañeros y la familia. Situación que se corrobora en el análisis realizado con las dimensiones del autoconcepto y el CES – D, donde las dimensiones física, social, familiar y relaciones con los adultos están inversamente correlacionadas con la variable criterio.

El autoconcepto, se construye diariamente con las experiencias y las relaciones con las personas del entorno. Si se estimula, y acentúa más lo positivo que lo negativo se promueven el desarrollo de un autoconcepto positivo (García y Pelegrin, 2001), la ausencia de sentimientos de bienestar, esperanza y felicidad influyen de manera negativa en el concepto que las personas forman de sí mismas, interviniendo en los componentes afectivo, cognitivo y conductual del autoconcepto (Balaguer, García y Pastor, 2005). Por

esta razón las personas con bajo autoconcepto se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Estas personas, con bajo autoconcepto están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad (Balaguer y Cols, 2005).

El desarrollo del autoconcepto dependerá del tipo de relaciones que se establezcan a lo largo de la existencia de la persona, las redes sociales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, proporcionando un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, fomentando conductas saludables, incrementando los niveles de autoconcepto y optimizando las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Barez, 2003).

El estudio realizado evidencia una correlación positiva entre autoconcepto y apoyo social, siendo éste último un amortiguador de las consecuencias negativas de la enfermedad (Reyes, 2003). El apoyo social se constituye en un factor que influye positivamente en la construcción del autoconcepto, las relaciones que se establecen con los pares y adultos (profesores, vecinos) permiten el establecimiento de sentimiento de satisfacción frente al rol que se desempeña a nivel académico y social. El contar con una fuente de apoyo social funcional garantiza la adaptación del adolescente a situaciones que generan estrés, como lo es la enfermedad; a mayor percepción de apoyo social, mayores niveles de autoconcepto global. Igualmente las evaluaciones que hacen los demás determinan la percepción de su imagen física. Teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas por la muestra de estudio en la percepción de apoyo social y su relación positiva con la dimensión física del autoconcepto se demuestra que con el apoyo necesario el paciente oncológico se puede adaptar adecuadamente a la

enfermedad, compensando las deficiencias que se pueden producir en su desarrollo como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento oncológico (Die – Trill, 2003).

De igual manera, el apoyo social puede producir una reacción en espejo, es decir, si el adolescente percibe el apoyo durante su enfermedad y tratamiento por parte de personas significativas, su estilo de afrontamiento será similar al percibido en su ambiente (Alarcón, 2006).

Según Bedoya y Cols (2005) los pacientes oncológicos perciben que aunque el apoyo social recibido lo hallaban con frecuencia en la familia, la calidad de dicho apoyo se percibía como pobre. Por el contrario los pacientes señalan estar más satisfechos con el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal de salud en cuanto a que informan, y con los amigos en razón de que escuchan, acompañan y distraen, sin embargo el apoyo emocional en los momentos de aparición de la enfermedad es más efectivo si es brindado por familiares cercanos, siendo posteriormente más útil el apoyo instrumental y material brindado por otras personas durante la recuperación y rehabilitación del individuo (Reyes, 2003). Esto podría explicar en parte la relación que se establece entre apoyo social y las dimensiones del autoconcepto social y adulto, en contraste a la no existencia de relación entre autoconcepto familiar y apoyo social. Los adolescentes de la muestra de estudio tienden a presentar una percepción más favorable de su desempeño social cuando tienen más apoyo para el afrontamiento del cáncer.

El apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (Herrero y Musitu, 1998), tanto de sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (esto es, la composición de las

redes sociales). Barrón y Sánchez (2001) encontraron una relación positiva entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico, además de que es una variable mediadora del estrés en el deterioro psicológico y la depresión. En cuanto a la relación con los síntomas depresivos, Allgöwer, Wardle y Steptoe (2001) encontraron que estos están negativamente correlacionados con el apoyo social en hombres y en mujeres, al igual que se observa en el presente estudio en donde el apoyo social tiene una correlación significativamente estadística con el riesgo a padecer depresión ($r=-0.37$ y $\alpha=0.033$).

Barrera, Cruz y Luna (2006) afirman que el apoyo social o la ausencia de éste será significativo en la adquisición y mantenimiento de la depresión, el sistema de apoyo social es fundamental para el manejo de las consecuencias físicas y psicológicas que provoca una enfermedad como el cáncer ya que permite disponer de las capacidades personales promoviendo el logro de metas vitales. Por esta razón se encuentra que en pacientes con cáncer con mayores niveles de apoyo social, el estado de ánimo es estable, percibiendo menos interferencias de la enfermedad en su vida (Alarcón, 2006). Evidencia de lo anterior son los datos de correlación obtenidos en la variable criterio y la variable predictora: apoyo social.

La percepción alta de apoyo social en un gran porcentaje de la muestra de estudio (60%), en contraste al reporte de niveles bajos de riesgo a padecer depresión lleva a analizar ésta situación a partir de las teorías interpersonales propuestas por Gotlib (1992), quien plantea que algunos individuos desarrollarán una depresión clínica como respuesta a una situación de estrés, mientras que otras manifestarán un estado de depresión leve, esto se debe a la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad que pueden ser interpersonales (cantidad y calidad de apoyo social, cohesión de la familia,

habilidades de la familia para manejar problemas cotidianos) o intrapersonales, incluyendo aquí todos los elementos cognitivos y conductuales. Parece que las personas más integradas en su comunidad perciben mayor apoyo psicológico, lo que repercute beneficiosamente sobre su salud mental. (Barrón y Sanchez, 2001). El apoyo social, tal y como hemos señalado, es una variable mediadora del papel del estrés en el deterioro psicológico y la depresión.

El apoyo social percibido entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros (Gómez, Perez y Vila, 2001) ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe (conductas de apoyo) (Sandín, 2003). El apoyo percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes oncológicos que guarda relación con niveles menores de depresión, y que a su vez pueden incidir favorablemente en la experiencia de dolor (Barez, Blasco y Fernández – Castro, 2003).

Así mismo es importante la relación que un enfermo de cáncer puede establecer con el personal sanitario ya que esto influye positivamente en el afrontamiento y comprensión de la enfermedad (Gómez y Cols, 2001), la necesidad de comunicación y de información médica es una variable subjetiva que depende de la percepción que tenga la persona sobre su enfermedad. Mientras que la tendencia de unos puede ser a obtener la mayor y más detallada cantidad de información sobre su condición médica, otros prefieren no saber nada. La necesidad de obtener información médica puede ser mayor en el proceso oncológico, como los son el diagnóstico de cáncer, el inicio de tratamiento, el diagnóstico de una recaída, el paso de un tratamiento activo a uno paliativo.

De acuerdo a los estudios de Fallowfield (1995), los enfermos de avanzada edad y de mal pronóstico desean información menos específica sobre su enfermedad. Los

resultados de este estudio no son generalizables en nuestro contexto, ya que las diferencias culturales influyen en los procesos de transmisión de información médica. La cultura no solo influye en cómo se transmite la información, sino también sobre quien de la familia se la transmite y sobre la cantidad de información como se transmite (Die – Trill, 2003).

El presente estudio lleva a plantear que las barreras lingüísticas y las diferencias culturales en el proceso de informar y de comprender esta información, no muestran correlaciones con las variables de estudio. Esto se ajusta a lo planteado por Font (2003) quien plantea que no hay evidencia de los efectos de las intervenciones informativas a nivel de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento en pacientes con diagnósticos oncológicos. La escasa documentación bibliográfica sobre la variable de conocimiento de la enfermedad no facilita el análisis de ésta, sin embargo con los datos estudiados en la presente investigación se concluye que el conocimiento de la enfermedad es una variable que no influye en la presencia o ausencia de riesgo de depresión, en la percepción de apoyo social y en los niveles de autoconcepto de los adolescentes con cáncer usuarios del Hospital Infantil los Ángeles.

Los resultados encontrados a partir del análisis en el grupo de estudio son opuestos a los referidos por autores quienes plantean una relación inversa entre el conocimiento de la enfermedad y la depresión (Camps y Sanchez, 2006). Sin embargo estos mismos autores plantean que a los adolescentes que se les proporciona información contradictoria o inadecuada acerca de su diagnóstico o pronóstico pueden manifestar ansiedad como una respuesta de afrontamiento a su enfermedad, circunstancia que en algunos casos puede confundirse con sintomatología depresiva.

Igualmente en la muestra de estudio, se observa que no existen relaciones significativas entre variables sociodemográficas (edad, género, escolaridad, estadio de la enfermedad, tipo de diagnóstico y atención psicológica) y la variable criterio (riesgo de depresión). Algunos autores como Cantoral y cols afirman que las mujeres adolescentes tienen mayor predisposición a sufrir un trastorno del estado de ánimo como la depresión, no obstante en el presente estudio no se encuentran grandes diferencias en el nivel de riesgo depresivo entre hombres y mujeres. En la misma línea Abad y Cols (2002) en sus estudios encontraron una tendencia al incremento con la edad de la sintomatología en mujeres con respecto a los hombres, a partir de los 13 años (Figueras (2006). Por el contrario, Druss y Cols (2000), plantean que no se han encontrado diferencias de género en cuadros depresivos de niños y adolescentes con alteraciones médicas.

Según Gonzalez (2006) los trastornos depresivos parecen incrementarse en los jóvenes, ya que la incidencia de la depresión se eleva en la adolescencia, además las menores tasas de prevalencia se encuentran en años preescolares y los mayores porcentajes en adolescentes. Hecho que no se evidencia en la presente investigación, en la cual no se determina este tipo de relación.

Por otro lado los datos arrojados por los instrumentos muestran que aspectos tales como el diagnóstico reciente, tratamiento activo y cuidado paliativo no influyen en los niveles de riesgo a padecer depresión, tal como lo plantean los estudios realizados por Frank, Blount y Brown en 1997 y la investigación efectuada por Von, Enskär, Kreuger y Sjöden en el 2000 con adolescentes suizos.

De acuerdo con Druss, Rosenbeck y Sledge (2000) la sintomatología depresiva es una causa común de las alteraciones en adultos y menores, sin embargo, la depresión no se presenta necesariamente en los pacientes con alguna enfermedad crónica. En

algunos estudios se han observado escasos problemas emocionales o comportamentales en niños con cáncer, y un funcionamiento psicosocial adecuado en aquellos que están en tratamiento activo (Levin, Brown, Pawletko, Gold y Whitt, 2000), situación que se confirma con el análisis estadístico de la variable riesgo de depresión, ya que los resultados muestran niveles promedio de depresión similares a los de la población en general (Gonzales, 2006).

Con respecto al tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y atención psicoterapéutica previa Henriksson y Hietanen (1995), Lloyd y Friedman (2001), Lynch (1995), Massie y Holland (1987), y Meyer y Mark (1995) también afirman que se constituyen como factores de riesgo para la depresión. De igual manera Barley y Mosher (2000), encontraron que en una población de niños y niñas entre los 9 y 18 años durante el tratamiento se presentaron altos niveles de depresión en comparación con quienes ya habían terminado el tratamiento. Situación que no se ajusta a lo encontrado en los adolescentes del presente estudio, quienes no presentan relaciones significativas entre tipo de diagnóstico, estadio de la enfermedad, atención psicológica previa con el riesgo de depresión.

En cuanto a la variable sociodemográfica lugar de residencia, el análisis de los resultados demuestra que existe una relación estadísticamente significativa con la subescala de síntomas somáticos del CES – D, sin embargo no se ha encontrado literatura que sustente ésta relación, convirtiéndose en un aspecto sobresaliente para ser retomado en futuras investigaciones.

El estrés provocado por una enfermedad como el cáncer provoca malestar emocional en el paciente y su familia. Los adolescentes con éste tipo de diagnóstico se enfrentan a situaciones que lo privan de las relaciones con sus amigos y familiares y del

control de la vida misma, causando usualmente intensas reacciones de desamparo, ira, culpa y depresión que se pueden manifestar en diferentes áreas (Soler, 1996). Tales reacciones pueden presentarse de manera temporal o acentuarse en un trastorno del estado de ánimo.

El nivel de riesgo a padecer depresión en los adolescentes con cáncer usuarios del Hospital Infantil los Ángeles es similar al nivel de prevalencia de depresión en la población en general, lo cual indica la importancia de realizar intervenciones preventivas con este tipo de población.

Con respecto a los niveles de autoconcepto encontrados en el grupo de estudio es importante intervenir en los casos donde los resultados fueron de un nivel bajo para prevenir posibles consecuencias emocionales. También es necesario trabajar con el resto de la población para facilitar la adaptación a los diferentes cambios producidos por la enfermedad a través del fortalecimiento del autoconcepto.

Igualmente es importante tener en cuenta que el apoyo social recibido por los sujetos facilita el afrontamiento de situaciones estresantes como la enfermedad y otras circunstancias que afectan negativamente la vida de una persona, por lo cual es importante reforzar el establecimiento de redes de apoyo social.

A pesar de que el adolescente con cáncer esté adaptado emocionalmente, se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas que le permitan reforzar el sentimiento de competencia en la vida cotidiana, brindándole la información pertinente sobre la enfermedad a través de diferentes estrategias que faciliten la comprensión.

El análisis correlacional entre las variables de estudio (riesgo de depresión, apoyo social, autoconcepto y conocimiento de la enfermedad) permite plantear

intervenciones dirigidas a las necesidades de la muestra de estudio, interviniendo de manera integral a nivel psicosocial y favoreciendo el estado de salud física

Es importante tener en cuenta la existencia de factores que limitaron la investigación en diferentes aspectos como por ejemplo, el número de la muestra de estudio, el cual fue reducido por condiciones externas a las autoras de la investigación (remisión a otras ciudades, fallecimiento de pacientes y la no participación en el estudio). Otro factor a considerar es la sintomatología depresiva en niños y adolescentes con cáncer, la cual puede estar asociada accidentalmente, ser complicación de la enfermedad física o bien causar o agravar síntomas somáticos tales como fatiga, malestar y dolor (Peveler y Cols, 2002), situación que dificulta la evaluación de la depresión en la muestra.

Programa de intervención psicosocial para adolescentes con cáncer de 10 a 17 años
usuarios del Hospital Infantil los Ángeles

Introducción

En las diferentes etapas de su desarrollo, el niño experimenta diferentes situaciones que le exigirán el manejo de estrategias de afrontamiento que no había empleado hasta el momento y que en algunas ocasiones corresponderán al estado evolutivo y otras a situaciones accidentales que se presentan dentro del ciclo vital como es la presencia del cáncer, cuyos tratamientos requieren continuas hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas

El diagnóstico del cáncer implica un riesgo a la propia vida del paciente, produciendo un impacto psicológico en el paciente como en su familia; las reacciones se

intensifican cuando el paciente es un niño, porque los padres se van a enfrentar a sentimientos de impotencia al percibir que no tienen control frente a la enfermedad de su hijo.

El tratamiento del cáncer es a largo plazo y los procedimientos suelen ser aversivos. Para minimizar los efectos de la enfermedad los niños y adolescentes deben enfrentarse a pruebas diagnósticas y procesos terapéuticos que ocasionan dolor como los continuos exámenes de sangre, inyecciones intravenosas para administrar quimioterapia o rehidratar al enfermo, la punción lumbar o extracción de médula ósea (Noyes, Holt y Massie, 1998)

Debido a las secuelas del cáncer el niño o adolescente oncológico va a manifestar una serie de alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión, conductas regresivas y evitativas, sensación de malestar asociada al dolor producido por los tratamientos, sintomatología como náuseas y vómito, y alteraciones en la imagen corporal debido a los cambios en la apariencia física (Massie, 1998).

Teniendo en cuenta lo expuesto y los resultados encontrados, se hace necesario diseñar un programa de intervención psicológica que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse el adolescente y su familia.

El esquema de intervención trabaja en función de los resultados encontrados en la presente investigación contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes con cáncer, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles.

Contexto del programa de intervención

El programa de intervención se ejecutará en un contexto hospitalario de manera individual y grupal, teniendo en cuenta la condición médica del paciente (hospitalización o tratamiento ambulatorio)

Plan general del programa de intervención

Tabla 17

Objetivos del programa de intervención

Con el adolescente con cáncer	Evaluar los niveles de riesgo de depresión, autoconcepto y apoyo social.
	Intervenir interdisciplinariamente (psicología y psiquiatría) con los adolescentes que presenten niveles altos y muy altos de riesgo de depresión
	Reforzar el autoconcepto en los adolescentes que presenten riesgo medio y bajo de depresión
	Fomentar la red de apoyo social en los adolescentes con niveles medio y bajo de riesgo de depresión
	Controlar la depresión asociadas al proceso de enfermedad así como la sintomatología causada por efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento (vómitos, náuseas, insomnio, falta de apetito, dolor, etc)
	Implicar al paciente en el proceso de tratamiento
	Favorecer la comunicación del paciente oncológico con el personal sanitario y su propia familia.

Aspectos a abordar en el programa de intervención

Tabla 18

Plan de actividades para la variable depresión.

	Actividad
¿Cómo incrementar el autoconocimiento y modificar las distorsiones cognitivas?	Generar compromiso ante el proceso de cambio. Identificar distorsiones cognitivas Reorganizar la experiencia alrededor de una experiencia negativa: ¿Qué evento externo provocó el malestar? ¿Qué pasó por la mente? ¿Por qué se llegó a esa conclusión? ¿Qué se hizo luego?
Entrenamiento en técnicas para modificar pensamientos	Entrenar en la técnica cognitiva: Debate racional cognitivo
Entrenamiento en técnicas conductuales	Elaborar programa de actividades y asignación de tareas graduales y entrenamiento asertivo.
Entrenamiento en técnicas para control de sintomatología asociada a la enfermedad	Entrenar en relajación muscular progresiva Entrenar en respiración Entrenar en relajación a partir de la imaginación Intervenir a través de actividades lúdicas: lectura de cuentos, actividades manuales, videojuegos.

Nota: Si la sintomatología depresiva persiste, continuar con psicoterapia individual y familiar. Evaluar si es necesario remisión a psiquiatría.

Tabla 19

Plan de actividades para la variable autoconcepto

	Actividad
¿Cómo cambiar los pensamientos negativos?	Modificación de esquemas erróneos de pensamiento
¿Cómo enfrentarse a situaciones	Aprender a controlar el comportamiento

conflictivas?	<p>Aprender a solucionar los problemas con los demás:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconozco que tengo un problema 2. “Mi problema es:...” 3. Alternativas de solución frente al problema 4. Consecuencias positivas y negativas, a corto y a largo plazo de cada una de las soluciones. 5. Elección de la alternativa de solución con más ventajas. 6. Puesta en práctica de solución 7. Evaluación de resultados.
¿Cómo mejorar las relaciones interpersonales?	<p>Aprender a comportarse socialmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión de habilidades sociales no verbales 2. Saber formular quejas de forma correcta. 3. Empatía: saber ponerse en el lugar de los demás. 4. Expresión de emociones 5. Resolución de conflictos y toma de decisiones.
¿Cómo disminuir las autoexigencias y ser más permisivo?	<p>Aprender a valorar imagen corporal</p>

Tabla 20

Plan de actividades para la variable apoyo social

	Actividad
Entrenamiento, recuperación y adquisición de habilidades orientadas a la prevención de recaídas y mejora del funcionamiento personal y social.	Actividades de la vida diaria
	Psicoterapia cognitiva y de apoyo grupal
	Habilidades sociales
	Psicoeducación y manejo de la enfermedad
	Autocontrol y manejo del estrés
	Manejo del Tiempo libre
Integración social y comunitaria	Uso de recursos comunitarios
	Apoyo a la integración social
	Participación social y ocupación del tiempo libre

*Estructura de las sesiones del programa de
Intervención*

Sesión 1

1. Entrevista individual con cada uno de los pacientes
2. Evaluación psicológica del paciente
3. Explicación del programa de intervención.

Sesión 2

1. Aplicación de cuestionarios de evaluación de riesgo de depresión, apoyo social y autoconcepto.
2. Psicoeducación: efectos psicosociales de la enfermedad en el paciente y su familia.
3. Ejercicio de apropiación: identificar los efectos psicosociales de la enfermedad y su manejo en la vida cotidiana.
4. Comenzar el entrenamiento en técnicas de relajación: respiración abdominal

Sesión 3

1. Resolver las dudas surgidas en la sesión anterior y responder a las preguntas realizadas por los pacientes.
2. Practicar la respiración abdominal.
3. Comenzar el entrenamiento en relajación muscular progresiva. Primera fase: tensión-distensión.
4. Cómo cambiar los pensamientos negativos: Detectar pensamientos negativos automáticos, elaboración de pensamientos alternativos.

5. Ejercicio de apropiación: Representación de varias situaciones que involucren a varias personas y que implique una interacción entre ellas. Cada actor irá relatando los pensamientos que aparezcan en voz alta. El monitor y el resto del grupo irá anotando en un papel, de forma individual, los pensamientos erróneos que según ellos expresen los actores. Al final se socializaran estos pensamientos y el sentimiento generado por ellos, junto con el pensamiento alternativo. Posteriormente se clasificaran los pensamientos por categorías.
6. Se finaliza la sesión con un ensayo completo de la tensión-distensión y realizando cinco respiraciones de tipo abdominal.

Sesión 4

1. Solución de inquietudes planteadas en sesiones anteriores.
2. Entrenamiento en las tres fases de la respiración: abdominal, central y superior.
3. ¿Cómo enfrentarse a situaciones conflictivas?: Aprender a controlar el comportamiento: entrenamiento en establecimiento y cumplimiento de metas, fomentar la independencia y autonomía, y autocontrol emocional.
4. Ejercicio de apropiación: elegir una pareja dentro del grupo y escribir en un papel por orden de importancia las cinco cosas más importantes de su vida. Después deben compartir con su compañero las cinco cosas elegidas y expresar sentimientos hacia cada una de ellas. A continuación se realiza un ejercicio de imaginación, según el cual se propone a los integrantes del grupo que piensen cómo sería ésta lista de cinco cosas dentro de 10, 20 o 30 años. Finalmente se les pide que respondan al siguiente interrogante:

¿Cómo te gustaría planear tu vida para que cuando seas adulto te sientas satisfecho?

5. Se finaliza la sesión con una práctica completa de relajación muscular progresiva y respiración completa: abdominal, central, superior y completa

Sesión 5

1. Resolver las dudas surgidas de la sesión anterior
2. Beneficios de la práctica de la relajación.
3. Aprender a solucionar los problemas con los demás: Reconozco que tengo un problema, “Mi problema es:...”, alternativas de solución frente al problema, consecuencias positivas y negativas, a corto y a largo plazo de cada una de las soluciones, elección de la alternativa de solución con más ventajas, puesta en práctica de solución y evaluación de resultados.
4. Ejercicio de apropiación: aplicación de la técnica en un problema no resuelto de la vida cotidiana.
5. Se finaliza la sesión con una práctica completa de relajación.

Sesión 6

1. Se aclaran dudas de la sesión anterior.
2. Habilidades sociales: distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva
3. Ejercicio de apropiación: se propone trabajar las siguientes situaciones: Simular estar en la sala de espera del hospital y solicitar un vaso de agua, preguntarle la hora a un extraño, pedir a un amigo que le acompañe a o ir al cine, sin importar que diga no., solicitar a un compañero de clase los

apuntes de la asignatura, cambiar en una tienda un artículo defectuoso comprados el día anterior, ir a un supermercado, solicitar un cambio de fecha de examen médico al personal de enfermería, decir no a un compañero ante una petición injusta. Por ejemplo, “Dejar un trabajo escrito propio para entregárselo a la profesora como suyo”

4. Se continúa con el entrenamiento en técnicas de relajación. Imaginación
5. Se finaliza la sesión con ejercicios de imaginación.

Sesión 7

1. Se inicia la sesión evaluando lo aprendido en las sesiones anteriores.
2. ¿Cómo disminuir las autoexigencias y ser más permisivo: aprender a valorar la imagen corporal.
3. Ejercicio de apropiación: Se solicita a cada adolescente que haga su propio carnet, que lo defina a sí mismo. El carnet incluirá una foto reciente, nombre, edad, con un adjetivo a elegir entre bueno, malo o regular. Se describirá a sí mismo como estudiante y también incluirá tantos adjetivos como le sea posible que lo describan físicamente, según como se ve. Debe incluir también aficiones, personaje que admire, cualidad que más destaca de todas las que posee. Otro requisito importante para completar el carnet es que el niño describa cuál es la expresión facial que muestra a los demás, como por ejemplo, mi cara es alegre, es triste, tengo cara de pocos amigos. Es importante que se ayude al participante a que se describa cómo se ve a sí mismo en los diferentes entornos. Por ejemplo: ¿Cómo eres en casa?, ¿y en casa de los abuelos?, ¿en el colegio?, ¿en el hospital?, ¿con tus amigos?. Una vez que cada

niño ha hecho su ficha autodescriptiva, se le solicita al niño que realice otra de un compañero de tratamiento en la que anote su principal característica física, sus aficiones, cómo es como compañero, cuál es su mejor cualidad, cuál es su expresión facial, y a continuación cada niño leerá a su compañero la tarjeta que ha elaborado.

4. Retroalimentación

5. Si finaliza con la siguiente dinámica: Se hace que 6-8 personas formen un círculo cogidos por los hombros, y que uno de los miembros se quede fuera. El ejercicio consiste en que la persona que ha quedado fuera intente entrar en el círculo sin usar la comunicación verbal, mientras que los miembros que lo forman tratan de no dejarle entrar (sin violencia, ni un empeño excesivo). Normalmente se observa como el grupo cada vez se va cerrando más y más, de tal forma que se genera una unión muy estrecha entre ellos frente a la persona que queda fuera. Después de realizar el ejercicio, se analiza tanto el grupo formado por quienes estaban en círculo, como a la persona que quedaba fuera. Con el fin de que reflexionen sobre el tema, se compara el ejercicio con la siguiente situación: se les dice a los sujetos que imaginen un grupo de pacientes que asisten a control en el hospital. Este grupo adopta una postura hermética y cerrada, frente a la persona que queda fuera del círculo, y que podría ser un nuevo miembro que se debe incorporar al grupo, y que utiliza estrategias para poder entrar en él. A continuación se analizan los sentimientos y comportamientos adoptados tanto por quienes formaban el círculo, como por la persona que quedó fuera.

Sesión 8

1. Se inicia la sesión con reflexiones sobre la sesión anterior
2. ¿Cómo reorganizar la experiencia alrededor de una experiencia negativa?:
3. Ejercicio de apropiación: Que los participantes deben contestar las siguientes preguntas de manera individual: Qué evento externo provocó el malestar?, ¿Qué pasó por la mente?, ¿Por qué se llegó a esa conclusión?, ¿Qué se hizo luego?
4. Socializar la actividad y comenzar entrenamiento en la técnica de debate racional – cognitivo.
5. Se finaliza la sesión con la práctica de la técnica de imaginación.

Sesión 9

1. Se retoman aspecto de la sesión anterior.
2. Se practica la técnica de debate racional – cognitivo en parejas, planteando situaciones de la vida cotidiana.
3. Socialización y retroalimentación de la actividad
4. Entrenamiento en la práctica de imaginación de recuerdos agradables.
5. Práctica de la relajación
6. Cierre de actividad

Sesión 10

1. Se inicia la sesión con una dinámica de integración: La mitad del grupo tiene los ojos vendados. Están agrupados de dos en dos (un ciego y un guía). Los guías eligen a los ciegos, sin que sepan quién les conduce. Durante 5 minutos los lazarillos conducen ciegos, después de los cual hay un cambio de papeles (se elige pareja de nuevo, ahora escogen los que

antes hacían de ciegos). Se realiza evaluación de la actividad, indagando los sentimientos experimentados durante el ejercicio.

2. ¿Cómo manejar mi tiempo libre?
3. Ejercicio de apropiación: Organizar un horario de actividades que incluyan los distintos ámbitos en los que se desenvuelve diariamente (social, familiar, académico, hospitalario).
4. Socializar actividad y realizar retroalimentación
5. Aplicar el horario realizado durante la sesión en la vida cotidiana.
6. Cierre de la actividad

Sesión 11

1. Se hace una revisión de la actividad asignada en la anterior sesión.
2. ¿Cómo expresar la molestia, el desagrado y el disgusto?
3. Ejercicio de apropiación: Se realizará un juego de roles escenificando la siguiente situación: “En la cocina de la casa se encuentran los platos, tazas y cubiertos organizados en el lugar correspondiente. Después de cocinar cada integrante de la familia debe lavar lo que utilizó. Juan no lava sus platos y Pepe por evitar un conflicto lava todos los días el plato de su hermano. Esto genera ira y malestar en Pepe porque pierde tiempo.” Se comenta con el grupo cómo expresar las molestias, desagrado y disgusto, sin entrar en riña. Para ello se solicita que realicen la representación de papeles dos sujetos (uno realiza el papel de Pepe y otro el de Juan)
4. Retroalimentación de la actividad

5. Información sobre cuidados básicos para mantenimiento de la salud y seguimiento de recomendaciones médicas.
6. Cierre de la actividad

Sesión 12

1. Se resuelven dudas de la sesión anterior
2. Se retoma práctica de técnicas de relajación aprendidas.
3. Identificar pensamientos y sentimientos actuales con respecto a la enfermedad
4. Retroalimentación de la actividad
5. Dinámica: "Este es mi amigo" Los participantes se sientan en círculo con las manos unidas. Uno comienza presentando al compañero de la izquierda con la fórmula "este es mi amigo X", cuando dice el nombre alza la mano de su amigo al aire; se continúa el juego hasta que todos hayan sido presentados. Hay que procurar el conseguir que todos los participantes se sientan integrados y aceptados dentro del grupo. Es importante que todos los compañeros sepan su nombre.
6. Cierre de la sesión.

Sesión 13

1. Se inicia con la evaluación final del programa de intervención, solicitando a los participantes que brinden su opinión con respecto al trabajo realizado.
2. Realizar una lista de aspectos positivos y negativos del programa de intervención.
3. Retroalimentación de la actividad

4. Compartir lo aprendido durante todas las sesiones.
5. Retroalimentación de la actividad
6. Dinámica de cierre: Practicar la escucha activa por medio de juego de roles.

Escena 1.- Un amigo escucha a otro que le cuenta la última película que ha visto en el cine.

Escena 2.- Una amiga le cuenta a otra “lo mal que se siente con su madre, la cual se muestra hostil y exigente con ella”.

Escena 3.- Una madre escucha de forma activa al hijo que le transmite su problema de fracaso escolar. El hijo le plantea el miedo a suspender porque se siente incapaz de organizarse, de concentrarse y se siente “inútil” por ello. La madre hace uso de la escucha activa.

Escena 4.- Una madre que se siente triste y preocupada por el problema de alcoholismo de su marido expone a su hija de 16 años su problema y solicita su ayuda para que convenza al padre a asistir a un centro de rehabilitación y tratamiento del alcoholismo.

La hija hace uso de la escucha activa. Tras escenificar estas situaciones, se comenta con el grupo la comunicación no verbal utilizada que acompaña a la escucha activa. También se comenta la secuencia utilizada y los consejos que se emiten tras la escucha activa. Se intenta hacer hincapié en la necesidad del uso de la empatía (capacidad para entender la situación y ponerse en el lugar del otro) antes de emitir consejos y ayuda.

Sesión final

1. En ésta sesión se retoma la evaluación iniciada en la sesión anterior.

2. Se establecen compromisos con respecto al seguimiento de recomendaciones médicas y la aplicación de lo aprendido durante todo el programa de intervención
3. Se realiza aplicación de los instrumentos para evaluación de los niveles de riesgo de depresión, autoconcepto y apoyo social.
4. Cierre del programa de intervención

CONCLUSIONES

Los síntomas depresivos en el enfermo oncológico deben recibir siempre la atención adecuada, independientemente de su intensidad, siendo exploradas sus causas y aplicados los tratamientos necesarios. Esto implica que no sólo ha de ofrecerse tratamientos a enfermos que presenten alteraciones de estados de ánimo severas y ataques de llanto frecuentes, sino también aquellos que presentan aislamiento, poca cooperación con los cuidados sanitarios, funcionamiento a nivel menor del que deberían según su estado físico, expresión de hostilidad o irritabilidad, o que exhiban un cambio comportamental que sugiere la existencia de una alteración anímica.

En los pacientes oncológicos, el inicio de la enfermedad desencadena problemas físicos y comportamentales que influyen en la adaptación y el funcionamiento físico, social, psicológico y calidad de vida. En estas circunstancias el apoyo social se constituye como uno de los recursos personales más importantes para minimizar los efectos de la enfermedad favoreciendo la percepción que se tiene sobre el control de la vida misma.

El análisis realizado entre la variable autoconcepto a partir de sus dimensiones con el resto de las variables de estudio, permite hacer una descripción más completa de cada relación entre dimensión del Autoconcepto, apoyo social y riesgo de depresión, facilitando la explicación de los resultados y reafirmando la importancia de un modelo multidimensional para el estudio del Autoconcepto global de la muestra de estudio.

Desde el ámbito de la psicología de la salud, y en particular desde la psicología oncológica, se han desarrollado intervenciones psicológicas con el objetivo de mantener o recuperar la calidad de vida (sintomatología física, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales) que pudiera estar afectada por la enfermedad o su

tratamiento. De éste modo, las intervenciones que se aplican de modo sistemático en el cáncer, intentan responder a las necesidades que presentan los pacientes en las distintas fases de la enfermedad y el tratamiento.

La psicología entrega herramientas para un correcto manejo de la información en un momento crítico como lo es el diagnóstico de una enfermedad crónica; se ha observado que así como son relevantes las acciones que se llevan a cabo por parte del equipo médico también lo son la información, el momento, la forma de ser proporcionada y la persona que la entrega para el manejo de la situación de enfermedad.

Los pacientes oncológicos frecuentemente tienden a presentar trastornos de estado de ánimo, sin embargo los síntomas depresivos no se tienen en cuenta en esta población, interfiriendo con el tratamiento adecuado. Existen múltiples factores que contribuyen a que no se considere la presencia de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer, entre ellos están el considerar que es normal estar deprimido cuando se presenta una enfermedad debilitante crónica que potencialmente amenaza la vida del individuo.

Es importante aplicar el programa de intervención propuesto en la presente investigación, ya que está diseñado de acuerdo a las necesidades identificadas en los adolescentes con cáncer, usuarios del Hospital Infantil los Ángeles para contribuir a su bienestar psicosocial. También se debe realizar posteriores investigaciones que se encaminen a la evaluación del programa y de ésta forma se realicen aportes teóricos y prácticos para la intervención psicológica de pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico.

Se hace necesario continuar con la investigación en pacientes oncológicos, especialmente en niños y adolescentes debido a que es una población que por sus

condiciones médicas requiere una intervención psicológica permanente. Así mismo, es relevante seguir investigando acerca de las relaciones existentes entre depresión, autoconcepto, apoyo social y conocimiento de la enfermedad para fortalecer ésta línea de investigación.

Un gran número de adolescentes se adaptan bien a su enfermedad y no necesitan de intervenciones psicosociales específicas, sin embargo existen otros adolescentes que van a presentar síntomas psicológicos, en donde es necesario intervenir, psicosocialmente y través de técnicas más específicas: psicoterapia individual, grupal, tratamiento familiar e incluso, en algunos de ellos psicofarmacológicamente.

Es importante el papel que desempeñan las redes artificiales de apoyo social como lo son los grupos de auto-ayuda para pacientes oncológicos ya que se convierten en recursos de apoyo, a nivel informativo y emocional, tan importantes como las redes naturales de apoyo (familia y amigos). Esto garantizará el mejoramiento de la calidad de vida y la adaptación del paciente y su familia a la enfermedad y el contexto hospitalario.

Las manifestaciones afectivas que aparecen en los adolescentes, principalmente los estados depresivos, son resultado no sólo de la enfermedad, sino también de las consecuencias, tales como, las restricciones en actividades físicas o de juego; la imposición de un régimen alimenticio o de medicamento; el cambio de autoimagen debido a la pérdida de pelo o de peso corporal; la pérdida de la rutina diaria como la asistencia a clase o la convivencia con los compañeros debido a las constantes visitas médicas u hospitalizaciones. Existen momentos críticos que evidencian con mayor fuerza alteraciones psicológicas y éstos suelen ser tanto el momento inmediato al diagnóstico como el proceso mismo del tratamiento. Cuando se recibe el diagnóstico el adolescente necesita entender, aceptar, lo que le está ocurriendo y los cambios que la

enfermedad le ocasionarán, por lo cual se puede presentar la depresión. El seguimiento del tratamiento y las recaídas se acompañan por lo general de síntomas depresivos y ansiosos, sin embargo, finalizado éste, continua un periodo largo de sobrevivencia y curación que suele ir acompañado de un optimismo generalizado a pesar de la presencia de una cierta incertidumbre y vulnerabilidad.

Durante la evaluación e intervención psicológica en pacientes oncológicos pediátricos se hace necesario contar con el apoyo desde diferentes disciplinas como la medicina, terapia ocupacional y trabajo social que permitan el manejo integral y completo de la situación médica por la que atraviesa el adolescente y su familia, así como de sus consecuencias a nivel emocional y físico.

El desarrollo de un proyecto de investigación debe tener el apoyo de las entidades en las cuales se ejecutaran las diferentes actividades que permitirán el logro de los objetivos, tal como se observa en la presente investigación, la cual contó con el apoyo institucional que permitió iniciar y culminar el proceso investigativo con el fin de aportar aspectos relevantes para la evaluación e intervención en los adolescentes oncológicos.

La descripción de los niveles de la variable criterio (depresión) y las variables predictoras (autoconcepto, apoyo social y conocimiento de la enfermedad) se hizo bajo el rigor metodológico que exige la investigación cuantitativa, apoyándose en instrumentos que han sido validados en el contexto nariñense y en población adolescente. Esto permitió la recolección de datos confiables para el análisis estadístico pertinente, la elaboración de los resultados y el planteamiento de la propuesta de intervención encaminada a resolver las necesidades específicas de la población.

REFERENCIAS

- Abril, J. (1996). *El ajuste y bienestar en poblaciones en alto riesgo psicosocial: Un análisis desde la perspectiva del apoyo y el marketing social*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Acceso Computarizado a la Salud de Nueva York. NOAH. (2007). Obtenido en Enero de 2008 en <http://www.noah-health.org/es/cancer/types/childhood/what/basics.html>
- Alarcón, A. (2006). El cáncer y la depresión. Manual de Psicooncología. Clínica Marly.
- Allgöwer, A., Wardle, J., and Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223-227.
- Alonso, J. (2005). Programa de preparación psicológica en Cirugía Infantil Programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo – Conductual*, 3. 56 – 70.
- Amigo, I., Fernández y Perez, M. (2003). Manual de Psicología de la Salud. Segunda edición. Madrid. Pirámide
- Aragón, M; Leyda, J; Lizón, J; López, S; Marín, J; Mora, M y Neipp. C. (2001). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología, diciembre, Vol 16*, 111 – 122.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnóstico y estadística. *Manual de desórdenes mentales*. (DSM – IV). Washington: Masson. 1994.
- Alvarado, C. (2006). El Autoconcepto y la Depresión en Madres de Hijos con necesidades Educativas Especiales. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 24 - 42
- Alvarez, N. (2006). La relación que existe entre el Autoconcepto y la depresión entre administradores del Colegio Anglo Americano. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 9 – 23.

- Arteaga, N y Die Trill, M (2000). Tratamiento psicológico del niño y el adolescente con fase terminal. En: Die – Trill, M y Lopez, E. (Eds). *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: La comunicación con el enfermo y su familia*. ADES ediciones, pp. 583 – 589.
- Ayora, D. (1997). *Factores psicológicos, sociales, estructurales y de rendimiento de la educación físico-deportiva en adolescentes*. Tesis Doctoral. Dir.: Angel García y Fernando García. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Valencia.
- Balaguer, I; García, M y Pastor, Y. (2003). El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y género. *Revista de Psicología Social*, 18 (2). 141.159.
- Barahona Clemente, T. (1993). Protocolo de Información al paciente oncológico y su familia. *Libro de Ponencias y Comunicaciones de las Primeras Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer*. pg. 174
- Barley, J; y Mosher, R. (1997). Respuestas de ajuste de niños y sus madres al cáncer: Autocuidado y ansiedad. *Foro de oncología*, 2. 519 – 525.
- Barrera, V; Alaniz, y Luna, R. (2006). Determinación de los Factores de Riesgo para la Depresión en Adolescentes. *Memorias y mejores Trabajos*.
- Baumeister, R.F. (1987).Cómo se hizo el sí mismo un problema: Una revisión psicológica de investigación histórica *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 163-176.
- Barez, M., Blasco., T. y Fernández., C., J. (2003). *La inducción de la sensación de control como elemento fundamental d la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer*. *Anales de Psicología*, 19, 235 – 246.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura Social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-28.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996) Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-121.

- Bedoya, M., Contreras, F., Fernández, H., Quiceno, M., Tobón, S., Vinacci, S y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, Vol 15, Num2: 207 – 221.
- Beltrán, L. (2006). La correlación existente entre la depresión y el Autoconcepto en los alumnos de preparatoria del colegio Anglo Americano. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 59 – 74.
- Benedito, A. (1992). *La comunicación y el conflicto en las organizaciones*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu e Ismael Quintanilla. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Bermúdez, M. (2003). Déficit de autoestima. *Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Blascovich, J., y Tomaka, J. (1991). *Medidas de Autoestima*. En J.P. Robinson, P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.), *Medidas de personalidad y actitudes sociales psicológicas* (pp. 115-160). London: Academic Press.
- Block, J.H., y Robins, R.W. (1993). Un estudio longitudinal de consistencia y cambio en la autoestima en la adolescencia temprana y adultez temprana. *Desarrollo del niño*, 64, 909-923
- Boyoli, J; Guerra, H; Fernández, A; Muñoz, C; Sánchez, M y Sánchez V. (2006). Depresión y autoconcepto. *Boletín de investigación. Maestría en Psicología*. Universidad del Valle de México.
- Branden, N. (1997). *Cómo mejorar su Autoestima*. Editorial Paidós. México.
- Bracken, B. A. (1996). *Manual de Autoconcepto*. New York: John Wiley & Sons.
- Brannon, L y Feist, J. (2001). Identificación de factores conductuales en el cáncer. *Psicología de la Salud*. Thomson Editores Spain. Madrid.
- Broderick, C. B. (1993). *El proceso de la familia*. London: Sage.

- Bolaños, H; Hidalgo, A y Yopez, M (2007). *Incidencia del Cáncer en el Municipio de Pasto, 1998 – 2002*.
- Burns, R. (1990). *El Autoconcepto*. Teoría, medición, desarrollo y comportamiento. Ediciones EGA. Bilbao.
- Byrne, B.M. (1996). *Medida del autoconcepto. Tema e instrumentación*. Washington: APA.
- Calderón, G. (1985). *Depresión*. Editorial Trillas. México.
- Camps, C y Sanchez, P. (2006). *Manual de Comunicación en Oncología*. Sociedad Española de Oncología Médica
- Canning, E; Hanser, S; Shade, K y Óbice, W. (1992). Desórdenes mentales en niños con enfermedades crónicas. *Pediatría*, 90. 692- 696.
- Cantoral, G, Méndez, M y Nazar, A. (2002). *Depresión en adolescentes*. Un análisis desde la perspectiva de género. 27 – 32
- Cassem, N. (1997). *Pacientes deprimidos*. Hospital General de Massachussets. 35 – 68.
- Cataño, M (2005) *La psicología comportamental: reconstrucción epistémico-histórica de sus condiciones metodológicas*. Obtenido en enero de 2008 en www.umce.cl/publicaciones/mie/mie_modulo4.pdf
- Cava, M. J. (1998). *Elaboración y evaluación de un programa de intervención para la potenciación de la autoestima*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Cava, M. J., & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados [Psychosocial welfare in institutionalized and not institutionalized old people]. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10, 215-221.

- Cheal, D. (1991). *Familia y teoría del estado*. London: Harvester
- Chiarelli, M (2004) Creación y Coordinación Psicología Integradora. Obtenido en Enero 2008 en: psicologialatina.com
- Chochinov, M. (2003). *Depresión, esperanza y significado al final de la vida*. Palliat Med, 6. 973 – 977.
- Contreras, F y Vinaccia, S (2007). Como redactar informes de investigación en Psicología y Ciencias Sociales. Uso correcto de las Normas APA. Universidad Santo Tomás. Facultad de Psicología. Bogotá – Colombia.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Coyne, J. C., Thompson, R., Klinkman, M. S. y Nease Jr., D. E. (2002). Desórdenes emocionales en cuidado primario. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 798-809.
- Cruzado, J. y Olivares, M.E. (1996). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En Buceta, J.M. y Bueno, A. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide. p. 495-543.
- Damián, M. (2006). El Autoconcepto y la depresión en Adolescentes de la Escuela Normal. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 75 – 83
- Damon, W., y Hart, D. (1988). *Entendiendo el sí mismo en la niñez y la adolescencia*. New York: Cambridge University Press
- Deuber, C. (1982). Depresión en niños de Edad escolar. Implicaciones para el cuidado primario. *Prácticas de enfermería*, 7 (8). 26 – 30.
- Del Barrio, V; Frías, D y Mestre V. (1994) Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47 (4), 471 – 476.

Del Barrio, V; Frías, D y Mestre V. (1990) Revisión histórica de los conceptos depresión y sí mismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 10. 291 – 297.

Del Barrio, V. (1997). *La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Madrid. Ariel.

Del Barrio, V. (2000) *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Madrid. Aljibe.

Del Barrio, V. (2001). Avances en depresión infantil y juvenil. *Información psicológica*. Archivo. 3 – 23.

Díaz, J. (2005). Semiología depresiva en la adolescencia. *Centro de Salud Infanto Juvenil*. Almería

Die – Trill, M. (2003). *Psicooncología*. Madrid. Aula de estudios sanitarios. ADES

Dowshen, S y Patton, D. (2007). El cáncer. Obtenido en Enero de 2008 en http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/mas_informacion.html

DuBois, D.L., y Hirsch, B.J. (2000). Autoestima en la Adolescencia Temprana. *Diario de la Adolescencia Temprana*, 20(1), 5-11.

Durá,E.(1990): *El dilema de informar al paciente de cáncer*. Valencia: Nau Llibres

Druss, B. J, Rosenbeck, R. A. y Sledge, W. H. (2000). Health and disability cost of depressive illness in a major U.S. corporation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1274-1278

El estudio de resultados de Re-Mission: La investigación de un videojuego muestra mejoras en los resultados relacionados con la salud de jóvenes con cáncer. Obtenido en septiembre 2007 en <http://www.hopelab.org>.

Eraso-Osejo J. (2007) Reporte de atención psicológica en pacientes del servicio de especiales, *Informe anual Hospital Infantil los Ángeles*, 2.

- Eraso-Osejo J. (2007a) (en curso). *Adaptación de cuestionario AF 5 en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto*. Informe técnico no publicado.
- Essau, C y Petermann, U. (1995). Depresión en niños y adolescentes. *Psicología, Psicopatología, Psicoterapia*, 43. 18 – 33.
- Esteve, J. (2005). Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Fallowfield, L., Ford, S. y Lewis, S. (1995). No news is not good news: Patient preferences for information. *PsychoOncology*, 1995; 4: 197 -202.
- Fernández, B; García, G; Pascual, C y Yelarnos, C. (2005). El cáncer en los niños. *Centro del cáncer*. 5 – 17.
- Fernández, B; García, G, Medín, G; Pascual, C y Yélarnos C. (2005). Soy Daniel. *Centro del cáncer. Asociación española contra el Cáncer*.
- Fernández, R. Evolución Histórica de la Evaluación Conductual. *Evaluación Conductual Hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. 25 – 53
- Figueras, A. (2006). Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona
- Fisch, M. (2004). Tratamiento de la depresión en cáncer. *Diario de monografías del Instituto Nacional del Cáncer*, 32, 105-111.
- Flores, G. (2006). La Depresión y el Autoconcepto en las Madres de las niñas del Instituto Cultural. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 84 – 98.
- Frank, N; Blount, R y Brown, R. (1997). Atribución, atontamiento y ajuste en niños con cáncer. *Diario de Psicología Pediátrica*, 22. 563 – 576.
- Font, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En: Pérez Álvarez, M. Et al. (2003). Capítulo 2, pp. 57-92.

- Fox, B (1998) Incidencia de los factores psicológicos en el pronóstico de Cáncer. *Psicooncología*. Nueva York. Universidad de Oxford. 110 - 124.
- Fox, K.R. (1988). La autoestima y la juventud, *Quest*, 40, 230-246.
- García, A (1993). *Autoeficacia, socialización y práctica deportiva*. Tesis Doctoral. Dir.: Amparo Escartí y Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- García, F y Musitu, G (1995). Métodos de exploración psicosocial. *Manual Autoconcepto Forma (AF5)*. España.
- García, M.C., y Pelegrín, S. (2001). Características de los padres y el autoconcepto de los adolescentes. *Boletín de Psicología*, No 73, 22 – 41.
- Gil, F; Hollenstein, M y Maté, J. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Pisicooncología*. Vol 1. No, 2 – 3. 211 – 230.
- Gil, M. (1997). *Salud y fuentes de apoyo social: Análisis de una comunidad*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Gómez, L., Pérez, M y Vila., J. (2001). *Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud*. *Psicología Conductual*, 9, 5 – 38.
- Gonzalez, J. (2006). Relación entre Depresión y Autoconcepto en Personal Docente. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 99 – 113.
- Gonzalez, L., y Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*. Vol. 11 (1), 16 – 30.

- Gonzalez, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20, 22 – 44.
- Gotlib, I. H., y Hammen, C. (1992). Aspectos psicológicos de la depression. Hacia una integración cognitiva – interpersonal. Chichester: John Wiley y Sons.
- Gutiérrez, M. (1984). *Niveles de disciplina familiar, autoestima y variables escolares*. Tesis de Licenciatura. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Gutiérrez, M. (1989). *Interacción familiar, autoconcepto y conducta prosocial*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu, Antonio Clemente. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Valencia.
- Harter, S. (1990a). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. En A.M. Greca (Ed.), *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pp. 292-325). Boston: Allyn & Bacon.
- Harter, S. (1999). La construcción del sí mismo. *Una Perspectiva de Desarrollo*. New York, NY: The Guilford Press.
- Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H.A., & Whitesell, N.R. (1997). The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9(4), 835-853.
- Harter, S., & Monsour, A. (1992). Developmental analysis of conflict caused by opposing attributes in the adolescent self-portrait. *Developmental Psychology*, 28, 251-260.
- Hattie, J. (1992). *Autoconcepto*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Helgeson, B; Cohen, S y Fritz, H (1998) Apoyo Social y Cáncer: *Psicooncología*. Nueva York. Universidad de Oxford. 99 - 109

- Henriksson, M y Hietanen, P. (1995). Desórdenes mentales en pacientes con cáncer. *Diario de desorden afectivo*, 36. 11 – 20.
- Herrero, J. (1992). *Estructuras familiares y socialización*. Tesis de Licenciatura. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste biopsicosocial*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu y Enrique Gracia. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: Un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Kazan, J y Hakami, N. (1982). Depresión en niños y adolescentes con tumores. *Diario de pediatría de Canadá*, 27. 474 – 477.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The Health of Youth. A crossnational survey*. WHO Regional office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69). Canada.
- Levin, W., Brown, RT, Pawletko, TM., Gold, CH., y Whitt, K. (2000). Social skills and psychological adjustment of child and adolescent cancer survivors. *Psycho Oncology*, 9: 113 – 126.
- Lila, M. S. (1991). *El autoconcepto: una revisión teórica*. Tesis de Licenciatura. Dir.: Gonzalo Musitu. Universidad de Valencia. Valencia.
- Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- Llinares, L. (1998). *Un análisis contextual de los estilos de socialización familiar y sus relaciones con los valores y el autoconcepto*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.

- Llinares, L., Molpeceres, M.A., & Musitu, G. (2001). La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelaciones en la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17, 189 – 200.
- Lloyd, W y Friedman, T. (2001). Depresión en pacientes con cuidado paliativo, una perspectiva de estudio. *Diario europeo del cuidado del cáncer*, 10. 270 – 274.
- Lloyd, W. (2003). Depresión, el síntoma oculto en el cáncer avanzado. *Sociedad médica*, 96. 577 – 581.
- Mackey, M (2005) Diseños de Investigación. *Centro Rosarino de Estudios Perinatales*.
- Madero, L y Pacheco, M. (2003). Oncología Pediátrica. Servicio de Oncohematología. Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid. *Psicooncología*, 1. 107 – 116.
- Marsh, H.W. (1993). Academic self-concept: Theory measurement and research. En J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 4, pp. 59-98). Hillsdale, NJ:Erlbaum
- Marsh, H.W. (1997). The measurement of Physical Self-Concept: A construct validation approach. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp.27-58). Champaign: Human Kinetics.
- Marsh, H.W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self concept. En B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of Self-Concept: Developmental, social and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: Wiley.
- Masi, G; Favilla, L; Mucci, M y Millepiedi, S. (2000). Depresión en niños y adolescentes con ansiedad generalizada. *Psiquiatría infantil y el desarrollo humano*, 30. 205 – 215.
- Massie, Mj. (2004). Prevalencia de depresión en pacientes con cáncer, 32. 57 – 71.
- Matud, M.P. (1988) *La investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Informe Final. Centro de estudios de Mujer, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

- Molpeceres, M. A. (1991). *Sistema de valores, estilos de socialización y colectivismo familiar*. Tesis de Licenciatura. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Musitu, G., & Allatt, P. (1994). *Psicología de la familia*. Valencia, Albatros.
- Ortega, L y Santander, F. (2006). *Construcción y caracterización psicométrica de una prueba para medir depresión en estudiantes de pre grado y post grado de la Universidad de Nariño, sede Pasto*. Trabajo de Grado. Dir: Nubia Sanchez. Facultad de Psicología. Universidad de Nariño. San Juan de Pasto
- Pajares, F. y Miller, M.D. (1994). Papel de las creencias de la autoeficacia y el autoconcepto en la resolución de problemas matemáticos: Un camino de análisis. *Journal of Educational Psychology*, 86, 193-203.
- Pauchard, H. (2002). La depresión infantil. Síntomas y tratamiento. Obtenido en Enero de 2008 de <http://www.relaciones-humanas.net/depresióninfantil.html>.
- Pardo, G; Sandoval, A y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, No. 13, 13 – 28.
- Patton, D. (2007). Linfoma infantil. Obtenido en Enero de 2008 de http://www.kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/cancer_lymphoma_esp.html
- Pértega Diaz S. y Pita Fernández S. (1997). *Relación entre variables cuantitativas*. Unidad de epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. 141 – 144.
- Peveler, R; Carson, A y Rodin, G. (2002). Depresión en pacientes médicos. ABC de la medicina psicológica. *Diario médico británico*, 325, 149 – 152.
- Pinazo, S. (1993). *Consumo de drogas en niños en edad escolar*. Tesis Doctoral. Dir.: Gonzalo Musitu y Enrique Berjano. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.

- Pons, J. (1989). *Autoconcepto, comunicación familiar y consumo de drogas en alumnos de segundo ciclo de E.G.B.* Tesis de Licenciatura. Dir.: Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.
- Pruitt BT, Waligora-Serafin B, McMahon T, Byrd G, Besselman L, Kelly GM et al. An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-oncology* 1993;2:55-62.
- Quiles, J. (2004). *Educación en la Autoestima*. Editorial CCS. Madrid.
- Radloff, L.S. (1978). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1.
- Reyes, A (2003). *Apoyo Social y Funcionamiento Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis*. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.
- Rodríguez Marin, J. (1992). Estilos de vida y salud. *Clínica y Salud*, 3 (3), 233 – 237.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books
- Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141 – 157.
- Sanz, J y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): *Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas*. En A. Belloch y E. Ibañez(Eds), Manual de psicopatología. Vol 2 (pag 785 - 875). Valencia: Promolibro.
- Sanz, J y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: *Teorías psicológicas*. En A. Belloch, B. Sandin, y F. Ramos (Eds), Manual de psicopatología. Vol 2 (pag 341 – 378). Madrid: McGraw Hill.
- Sean, P. (2002). Adaptación de los niños a enfermedades crónicas. *Magazín de Salud Mental*. Obtenido en Enero de 2008 en <http://www.findarticles.com>

- Shavelson, R.J. y Marsh, H.W. (1986). Sobre la estructura del Autoconcepto. En R. Schwarzer (Ed.), *Ansiedad y Cognición*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shemesh, E; Bartell, A y Newton, J. (2002). Evaluación y tratamiento de la depresión en niños. *Reporte actual de psiquiatría*, 4. 88 – 92.
- Simmons, R.G., y Blyth, D.A. (1987). *Moving into adolescence: The impact of pubertal change and school context*. New York: Aldine de Gruyter.
- Soares, L.M., & Soares, A.T. (1983). *Components of students' self-related cognitions*. Paper presented at the American Educational Research Association Annual Meeting,
- Soler, M. (1996) Elementos asociados con la problemática social de los niños con cáncer. Madrid.
- Spiegel, D (1996). Cáncer y depresión. *Diario de psiquiatría Británico*, 168.109 – 116.
- Stevens, L. (2002). El cáncer en niños. *Diario de la Asociación Médica Americana*. No 14.
- Strein, W. (1993). Avances en investigación sobre Autoconcepto Académico: Implicaciones para la Psicología Escolar. *Revista de Psicología Escolar*, 22, 273-284.
- Sue, D; Sue, D y Sue, S. (1994). Trastornos afectivos mayores y del pensamiento. *Comportamiento anormal*. Mc Graw – Hill. México. 345 – 365.
- Tapia, L. (2006). La relación que existe entre la Depresión y el Autoconcepto entre los maestros de primaria. *Depresión y Autoconcepto*, 3. 1 – 16.
- Tomás, J y Oliver, A. (2004). *Análisis Psicométrico Confirmatorio de una Medida Multidimensional del Autoconcepto en Español*. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol 38. 285 – 291.

- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*. Vol 2. No 2. 241 – 257.
- Veiga, F. (1991). *Autoconceito e disrupção escolar dos jovens*. Tesis Doctoral. Dir.: Ester Luisa Rodrigues y Gonzalo Musitu. Facultad de Psicología. Universidad de Lisboa. Lisboa.
- Villalobos-Galvis, F. (2006). *Validación y estandarización de pruebas psicológicas en adolescentes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto*. Informe técnico no publicado.
- Von, E; Enskär, K; Kreuger, A y Sjöden, P. (2000). Autoestima, depresión y ansiedad entre niños y adolescentes suizos en tratamiento del cáncer. *Acta de pediatría*, 89. 229 – 236.
- Wooffe, J; Grier H y Klar, N. (2000). Síntomas y sufrimiento en niños con cáncer. *Nuevo diario de medicina de Inglaterra.*, 342. 326 – 333.

ANEXOS

ANEXO A. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



HOSPITAL INFANTIL “LOS ÁNGELES”
San Juan de Pasto NIT: 8912002402
EMAIL: ihangele@col2.telecom.com.co

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ en representación legal del menor _____ acepto su participación en la investigación denominada: **Relación Entre Variables Psicosociales, Conocimientos de la Enfermedad y Depresión En Adolescentes con Cáncer Usuarios Del Hospital Infantil Los Ángeles De Pasto**

Declaro que he leído o (se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación, el procedimiento, los participantes, sus limitaciones y riesgos que conlleva esta investigación, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría (actividad realizada por el grupo investigativo) para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos acerca de la investigación.

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento de la investigación. Fui informado de las medidas que se tomaran con respecto a la confidencialidad de la información.

Firma de la persona que da el consentimiento

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No: _____ de _____

Firma del investigador que realizó la asesoría

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No: _____ de _____

ANEXO B. FORMATO DE ASENTIMIENTO INFORMADO



HOSPITAL INFANTIL “LOS ÁNGELES”
San Juan de Pasto NIT: 8912002402
EMAIL: ihangele@col2.telecom.com.co

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ acepto mi participación en la investigación denominada: Relación Entre Variables Psicosociales, Conocimientos de la Enfermedad y Depresión En Adolescentes con Cáncer Usuarios Del Hospital Infantil Los Angeles De Pasto

Declaro que he leído o (se me ha leído) el documento sobre asentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación, el procedimiento, los participantes, sus limitaciones y riesgos que conlleva esta investigación, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría (actividad realizada por el grupo investigativo) para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos acerca de la investigación.

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo retirar mi asentimiento en cualquier momento de la investigación. Fui informado de las medidas que se tomaran con respecto a la confidencialidad de la información.

Firma de la persona que da el asentimiento

Nombre: _____

Documento de Identidad No: _____ de _____

Firma del investigador que realizó la asesoría

Nombre: _____

Cédula de ciudadanía No: _____ de _____

ANEXO C. FORMATO DE CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE
CÁNCER



HOSPITAL INFANTIL “LOS ÁNGELES”
San Juan de Pasto NIT: 8912002402
EMAIL: ihangele@col2.telecom.com.co

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE CÁNCER

A continuación encontraras algunas preguntas relacionadas con el cáncer y su tratamiento, respóndelas de acuerdo al conocimiento que actualmente tengas sobre la enfermedad.

1. ¿Qué es el cáncer?

2. ¿Cuáles son las causas del cáncer?

3. ¿Qué tipo de cáncer te diagnosticaron y en qué consiste?

4. ¿Qué sabes sobre la quimioterapia?

5. ¿Qué es la radioterapia?

6. ¿Cuáles son las consecuencias físicas del tratamiento contra el cáncer?

7. ¿Qué cuidados debe tener una persona que es diagnosticada con cáncer?

8. ¿Qué sucede si se deja de recibir el tratamiento de quimioterapia?

ANEXO D. FORMATO DE ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA



HOSPITAL INFANTIL “LOS ÁNGELES”
San Juan de Pasto NIT: 8912002402
EMAIL: ihangele@col2.telecom.com.co

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Nombre completo:

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Edad: _____

Género: Femenino __ Masculino __

Escolaridad: _____

Zona de residencia: Urbana __ Rural __

Atención psicológica: Si __ No __

Tipo de diagnóstico: _____

Estadio de la enfermedad: inducción __ Tratamiento __ Finalizando tratamiento __
Recaída __ Cuidados paliativos __

ANEXO E. ESCALA DE DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Edad: _____ años Consecutivo

Curso _____ o Semestre: _____ Institución
 Facultad: _____

A continuación encontrarás varios cuestionarios que te van a preguntar sobre algunos aspectos personales. Por favor lee detenidamente las instrucciones, las frases y las opciones de respuesta y luego **marca con una X** en la respectiva casilla. No te demores mucho en responder cada pregunta.

Por último, recuerda que esta encuesta es anónima y que **NO** hay respuestas buenas o malas, por eso te pedimos que respondas de la forma más honesta posible.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

CES-D-R

A continuación encontrarás algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**. Por favor, lee cada afirmación y marca con una X el número de días (de 0 a 14) en que te sentiste así.

Durante las dos últimas semanas, ¿cuántos días te sentiste así?	Número de días				
	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
1. Me molestaron muchas cosas que en otras ocasiones ni me afectan	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
2. No tuve ganas de comer	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
3. Me sentí triste a pesar de tener el apoyo de mi familia, amigos(as) o novio(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
4. Sentí que tenía las mismas capacidades que los demás	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
5. Tuve problemas para poner atención a lo que estaba haciendo	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
6. Me sentí deprimido(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
7. Sentí que todo lo que hacía representaba un gran esfuerzo para mí	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
8. Vi el futuro con esperanza	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
9. Pensé que he fracasado en la vida	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
10. Tuve miedo	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
11. Aunque dormía, al otro día me levantaba cansado(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días

12. Estuve feliz	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
13. Hablé menos de lo normal	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
14. Me sentí solo(a)	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
15. Sentí que la gente no fue amable conmigo	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
16. Disfruté de la vida	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
17. Lloré en algunas ocasiones	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
18. Me sentí triste	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
19. Sentí que no le caía bien a los demás	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
20. Sentí que “no podía más” con mi vida	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
21. Tuve pensamientos sobre la muerte	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
22. Pensé que mis seres queridos (familia, amigos, pareja) estarían mejor, si yo muriera	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días
23. Pensé en matarme	Ningún día	Entre 1 y 4 días	Entre 5 y 8 días	Entre 9 y 11 días	Entre 12 y 14 días

ANEXO F. ESCALA DE APOYO SOCIAL

AS

Las siguientes preguntas se refieren a la presencia de personas que te dan o pueden darte apoyo o ayuda en diferentes ocasiones. Por favor, lee cada situación, piensa si cuentas o no con una persona para esa situación y luego marca con una X en la columna que indica cuánto cuentas con ella.

<i>Cuento o puedo contar con esta persona...</i>	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Tienes alguien que te escuche cuando deseas hablar?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
2. ¿Tienes alguien que te consuele cuando estás triste?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
3. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas económicos?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
4. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas académicos o laborales?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
5. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas familiares?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
6. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas con tus amigos?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
7. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas de pareja?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
8. ¿Tienes alguien con quien puedas ser como realmente eres?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
9. ¿Puedes contar con alguien que te cuide si lo necesitas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
10. En situaciones de presión o tensión ¿Cuentas con alguien que te ayude a sentirte más tranquilo/a?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
11. ¿Tienes con quien salir de casa, si deseas hacerlo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
12. ¿Tienes quién te dé información o te aconseje para resolver tus problemas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
13. ¿Crees que hay personas que te quieren realmente?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

ANEXO G. ESCALA DE AUTOCONCEPTO FORMA - 5

AF5

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

SEXO: Masculino ___ Femenino ___ Edad _____ Años Consecutivo _____

COLEGIO _____ CURSO _____

Queremos que nos ayudes a saber qué piensan y sienten los niños acerca de ellos mismos, lee cada una de las frases y califica entre cero y nueve (0 y 9) si estás muy de acuerdo o muy en desacuerdo con lo que dice la frase. A continuación te mostramos un ejemplo de cómo debes marcar.

Ejemplo: Frente a la frase: "Me gusta hacer tareas".
Si estas MUY DE ACUERDO, es decir, si la frase refleja lo que realmente sientes, la calificarás con un valor alto como por ejemplo el 8 y lo marcarás con una X así:

Me gusta hacer tareas

Si estás EN DESACUERDO, es decir, la frase NO refleja lo que realmente sientes, la calificarás con un valor bajo como por ejemplo el 1 y lo marcarás con una X así:

	En desacuerdo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Muy de acuerdo
Me gusta hacer tareas		X	

Si estás MAS O MENOS DE ACUERDO, calificarás la frase con un valor intermedio como por ejemplo el 5 y lo marcarás con una X así:

	En desacuerdo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Muy de acuerdo
Me gusta hacer tareas		X	

1. Hago bien las tareas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. Hago amigos fácilmente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Algunas cosas me dan miedo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. En mi casa me critican mucho	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Me cuido físicamente (hago deporte, me alimento bien, cuido mi salud)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Mis profesores me consideran un buen estudiante	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Soy una persona amigable	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Muchas cosas me ponen nervioso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. Me siento feliz en mi casa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. Mis amigos o compañeros me buscan para hacer algún deporte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

11. Trabajo mucho en clase	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Es difícil para mí hacer amigos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Me asusto por cualquier cosa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Mi familia está decepcionada de mí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Mi forma de vestir es elegante.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Mis profesores me quieren	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Soy una persona alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Cuando un adulto me habla, me pongo muy nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Cuando tengo un problema mi familia me ayuda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Me gusta como soy físicamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Soy un buen estudiante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Para mí es difícil hablar con gente que no conozco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Me pongo nervioso cuando un profesor me hace una pregunta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Mis padres me dan confianza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Soy bueno haciendo deporte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Mis profesores me consideran inteligente y juicioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Tengo muchos amigos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Soy muy nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Me siento querido por mis padres	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Soy una persona atractiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION