



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica

**Efectos de un Programa de Intervención Conductual sobre el Estrés en Niños con
Cáncer, en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de
Caracas.**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la escuela de Psicología, como requisito parcial
para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Tutora:

Gissell Luna

Autores:

Marielys D. Meneses Nava

Andreyana D. Sánchez Dugarte

Caracas, Enero del 2014

Agradecimientos

A las personas que participaron e hicieron posible la realización de esta investigación. A los miembros de la Unidad de Oncología, la Dra. Migbelia Acosta, quien en todo momento nos apoyó en este gran reto y quien nos demostró ser una gran mujer. A Leonardo Contreras, quien no solo se encargó de cuidar a cada uno de los niños, sino a nosotras también, además de las innumerables muestras de fortaleza que nos ofreció. La tía Gigi, quien con sus historias sobre el día a día en la Unidad nos daba a conocer la importancia del trabajo realizado.

A todos los niños quienes nos enseñaron que siempre hay motivos para luchar, quienes nos ofrecieron sus sonrisas y abrazos sin esperar nada a cambio, a Ustedes nuestros queridos niños por su valentía. Los queremos. A los padres por colaborar y permitirnos el trabajo con sus hijos. A nuestra tutora la Lic. Gissell Luna por permitirnos conocer este gran mundo de la Psicooncología, gracias a que facilitó el acercamiento a la Unidad de oncología

A la Universidad Central de Venezuela por ser nuestra segunda casa, por permitirnos reír, llorar y alcanzar nuestras metas. A nuestros mentores, Profesor José, Leonardo Hernández, Carolina Mora, Liliana Cubillos, Lucy Trías, Eduardo Santoro, Purificación Prieto, mil gracias por sus enseñanzas, por sus consejos y por ser parte de nuestro recorrido dentro de la universidad. A nuestros amigos, hermanos que nos hicieron vivir momentos divertidos, quienes nos acompañaron en las buenas y en las malas, quienes se convirtieron en otra familia.

Nuestro motor de vida, nuestros padres, quienes son nuestro ejemplo a seguir, quienes jamás nos dejaron solas en nuestro transitar por la universidad, no hubo ningún traspie o alegría en la cual no contáramos con su apoyo, gracias por sus consejos, por esta meta que se cumple y que hoy también es de Ustedes.

Las Autoras.

Dedicatoria.

A mi familia, por creer en mis sueños y ayudarme a volar alto, por darme los valores necesarios para poder crecer libremente: A mi mamá, mi papá, tía Coro, tía Tania, a Honey, Juan Carlos y Jesús. A mi esposo, por darle color a este viaje, gracias por caminar a mi lado durante esta etapa enseñándome con tu amor que los sueños se cumplen con dedicación y esfuerzo.

A mis mentores: Profe José, Leo, Carolina, Liliana y Lucy. A la Doctora Migbelia y a Leonardo.

A mis amigos, mis hermanos: a Bea, Liu, Lik, Barbie y a mí adorada familia. A mi gran amiga Nereida. A la mejor compañera de tesis, ¡Amiga, lo logramos!, te admiro, te respeto y te quiero hasta el infinito y más allá.

Abuelita, este logro es para ti, te amo.

Andreyna D. Sánchez Dugarte

A mi madre, Elide Nava por su fortaleza, por apoyarme y guiar cada uno de mis pasos. Te Amo. A mis sobrinos Daniel y Alexa, por ser mi inspiración, mi alegría, por regalarme la felicidad en cada sonrisa.

A mis profesores: Eduardo Santoro, Purificación Prieto, Leonardo Hernández, Lucy Trias y Liliana Cubillos por sus enseñanzas. Mi compañera de tesis, amiga, confidente, gracias por todo. A mis amigos, una familia que aunque no es de sangre, si lo es de corazón. A la Dra. Migbelia Acosta y Leonardo Contreras. Gracias infinitas. A los niños de la Unidad de Oncología, los adoro y aprecio enorme a todos.

Marielys Meneses

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.
Mención: Psicología Clínica.

**Efectos de un Programa de Intervención Conductual sobre el Estrés en Niños con
Cáncer, en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de
Caracas.**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la escuela de Psicología, como requisito parcial
para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Autoras: Br. Marielys Meneses

Br. Andreyana Sánchez

Tutora: Lic. Gissell Luna

Fecha:

Resumen

El cáncer es la segunda enfermedad de mayor impacto en niños causando malestar a nivel biológico y psicológico. El estrés es centro en investigaciones psico-oncológicas y abordado por diferentes metodologías, por eso la presente investigación evalúa la efectividad de un programa de entrenamiento en los niveles de estrés en dicha población. El cuasiexperimento de diseño pretest-posttest, determinó los niveles de estrés con el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil en 7 pacientes en etapa de diagnóstico y tratamiento, de ambos sexos y edades entre 7 y 10 años. Los resultados arrojaron diferencias significativas entre las medias de los puntajes, disminuyéndose los niveles de estrés de grave a bajos de estrés, concluyéndose que dichos cambios se deben a la aplicación del programa.

Palabras clave: Cáncer infantil, estrés, programa de entrenamiento.

Índice de Contenido

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria	iii
Resumen.....	iv
Índice de contenido	v
Índice de tablas y figuras.....	ix
Índice de anexos	x
Introducción	1
I. Problema de Investigación.....	4
1.1.Planteamiento del Problema.....	4
1.2.Justificación del Problema	5
II. Objetivos.....	9
2.1.Objetivo General	9
2.2. Objetivos Específicos.....	9
III. Marco Referencial.....	10
2.1.Cancer.....	10
2.1.1.Etiología del cáncer	10
2.1.2..Tipos de cáncer.....	12
2.1.2.1.Leucemia	12
2.1.2.1.1.Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)	12
2.1.2.1.2.Leucemia mieloide aguda (LMA)	13
2.1.2.2. Linfomas.....	13
2.1.2.2.1.Linfoma de Hodgkin	14
2.1.2.2.2.Linfoma no-Hodgkin (LNH)	14
2.1.2.3.Sarcomas del tejido blando y huesos.....	14
2.1.2.3.1.Osteosarcoma o sarcoma osteogénico	15
2.1.2.3.2.Sarcoma de Ewing.....	15
2.1.2.3.3.Rabdomioidsarcoma	15
2.1.2.4. Tumores neurales y de médula espinal.....	16
2.1.2.4.1.Tumor del plexo coroideo	16
2.1.2.4.2.Craneofaringioma	16
2.1.2.4.3.Glioma	16
2.1.2.4.3.1..Astrocitoma	17
2.1.2.4.3.2.Ependimoma.....	17

2.1.2.4.3.3.Glioblastoma Multiforme (GBM)	17
2.1.2.4.3.4.Meduloblastoma/ TNEP	17
2.1.3.Fase de diagnóstico y tratamiento	18
2.1.3.1.Fase de diagnóstico: Exámenes	18
2.1.3.1.1.Biopsia	18
2.1.3.1.2.Biopsia de Médula Ósea	18
2.1.3.1.3.Aspiración de Médula Ósea	18
2.1.3.1.4.Punción lumbar o punción espinal	19
2.1.3.1.5.Tomografía axial computarizada (TAC)	19
2.1.3.1.6.Tomografía por emisión de positrones	19
2.1.3.1.7.Química sanguínea (Panel metabólico básico o completo)	20
2.1.3.1.8.Hemocultivos (Cultivos de la sangre)	20
2.1.3.1.9.Recuento Sanguíneo completo (CBC)	20
2.1.3.2.Fase de tratamiento	20
2.1.3.2.1.Quimioterapia	21
2.1.3.2.2.Cateterización o Líneas venosas centrales	21
2.1.3.2.3.Radioterapia	22
2.1.3.2.4.Cirugía	22
3.2.Estrés	23
3.2.1. Definición de estrés	23
3.2.2.Estrés Infantil	24
3.2.2.1.Afrontamiento como estrategia para disminuir el estrés	30
3.2.2.1.1.Afrontamiento de la familia	30
3.2.2.1.2.Afrontamiento del paciente	31
3.2.2.1.2.1.Afrontamiento de temores	32
3.2.2.1.2.2.Habilidades sociales en la infancia	34
3.2.2.1.2.3.Manejo de emociones	36
3.2.2.1.2.4.Manejo de Imagen Corporal	42
3.2.2.1.2.4.1.Factores predisponentes	44
3.2.2.1.2.4.2.Factores de mantenimiento	45
3.2.2.1.2.5. Proyecto de vida	46
3.3. Relación entre cáncer y estrés	48
3.3.1. Psicooncología	52
3.4. Antecedentes empíricos	53

IV. Marco Metodológico.....	59
4.1. Sistema de variables	59
4.1.1. Variable	59
4.1.1.1. Definición teórica	59
4.1.1.2. Definición operacional	60
4.1.1.3. Forma de variación	65
4.1.2. Variable	65
4.1.2.1. Definición conceptual.....	65
4.1.2.2. Definición de medida	66
4.1.3. Variable extrañas	66
4.1.3.1. Controladas.....	66
4.1.3.2. No Controladas	67
4.2. Tipo de investigación y Diseño	68
4.3. Participantes	69
4.3.1. Población	69
4.3.2. Participantes	70
4.3.2.1. Criterios de inclusión.....	70
4.3.2.2. Criterios de exclusión.....	70
4.4. Instrumentos y materiales.....	71
4.4.1. Cartas realizadas	70
4.4.2. Documentos relacionados a la evaluación de expertos	71
4.4.3. Evaluaciones realizadas a los participantes.....	72
4.4.4. Materiales relacionados a los actividades del programa	73
4.4.5. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IEEC)	75
4.5. Procedimiento.....	76
4.5.1. Pre-experimental	76
4.5.2. Experimental	86
4.6. Propuesta de Análisis de Resultados	93
4.6.1. Medidas de tendencia central	93
4.6.1. Medidas de Variabilidad	94
V. Resultados.....	95
5.1. Resultados de las evaluaciones	95
5.2. Análisis estadísticos de los resultados.....	104
VI. Discusiones	111

VII. Conclusiones	116
VIII. Limitaciones	119
IX. Recomendaciones.....	121
X. Referencias bibliográficas	123
XI. Anexos.....	130

Índice de Tablas

Tabla 1. Factores que intervienen en la experiencia del estrés en la infancia	27
Tabla 2. Estrés infantil: síntomas psíquicos, físicos y conductuales	29
Figura 1. Diseño de pretest-postest de un grupo.....	69
Tabla 3. Categorización arrojadas en el análisis de contenido	79
Tabla 4. Datos de identificación y especialización de los expertos	82
Tabla 5. Evaluación del programa por objetivos específicos esperados y obtenidos	95
Figura 2. Porcentajes de los objetivos específicos cumplidos y No cumplidos durante la aplicación del programa de intervención conductual	99
Tabla 6. Resultados obtenidos en la evaluación del programa de intervención conductual realizadas a los padres de los participantes.....	100
Tabla 7. Resultados obtenidos posterior a la evaluación del programa de intervención conductual por parte de los participantes.....	103
Tabla 8. Tabla de estadísticos descriptivos para el pretest y postest	105
Tabla 9. Puntajes individuales obtenidos en el pretest y postest	106
Figura 3. Medias de los puntajes obtenidos por los participantes en el pretest y postest	107
Tabla 10. Prueba del Kolmogorov-Smirnov para una muestra	108
Tabla 11. Prueba <i>T</i> de muestras relacionadas	109

Índice de Anexos

Anexo 1. Carta de permiso dirigida a la Unidad de Oncología Pediátrica del Ortopédico Podológico de Caracas.....	130
Anexo 2. Carta de permiso dirigida a la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas.....	131
Anexo 3: Carta de autorización para grabaciones y fotografía.....	132
Anexo 4: Formato de evaluación de entrevistas	133
Anexo 5: Formato de evaluación de observación.....	135
Anexo 6: Evaluación N°1	137
Anexo 7: Evaluación N°2	138
Anexo 8: Fichas N° 1.....	139
Anexo 9: Protocolo de relajación autógena	140
Anexo 10: Evaluación N°3	142
Anexo 11: Evaluación N°4.....	142
Anexo 12: Sopa de Letras N° 1	143
Anexo 13: Evaluación N° 5 (Formato de Evaluación del Programa)	144
Anexo 14: Formato de Dibujo N° 1.....	146
Anexo 15: Formato de Dibujo N° 2 y 3.....	146
Anexo 16: Cuento N° 1.....	147
Anexo 17: Formato de Dibujo N° 4.....	147
Anexo 18: Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC)	149
Anexo 19: Planificación del Programa	150
Anexo 20: Manual del facilitador	Ver en CD

Introducción

La problemática a nivel mundial con respecto a la aparición de enfermedades crónicas ocasiona gran malestar físico, emocional, social y personal no sólo de quien la padece sino del núcleo dentro del cual se encuentra. El cáncer es una de las enfermedades con mayor incidencia en la población venezolana, observándose un aumento en la cantidad de pacientes que son atendidos anualmente, según la información arrojada por las Fundaciones que trabajan con dichos pacientes, debido a que los boletines epidemiológicos del Ministerio del Poder Popular Para la Salud (MPPS) no se encuentran actualizados. Los datos que se han logrado observar no sólo se corresponden a una población adulta, por el contrario, los niños en edad escolar también se encuentran expuestos al padecimiento del cáncer, generando consecuencias de gran impacto para ellos.

Dentro de las principales consecuencias que pueden presentarse en un paciente oncológico infantil se puede encontrar la aparición del estrés producto de los acontecimientos desencadenantes de la enfermedad, por lo cual podemos entender el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986, c.p. Trianes 2003). Además, agregándose a lo mencionado, la valoración que cada uno de los individuos con respecto a las situaciones amenazantes, debido a que la manera en la cual estas son asumidas facilita o no la aparición de estresores en la persona y al afrontamiento que este tiene a la enfermedad, criterio mencionado por Ortiz y Ortiz (2007) al exponer el modelo de creencias en la salud. Este indica que las percepciones que tiene la persona de la enfermedad influyen desde sus comportamientos protectores de la salud hasta la realización de registros asignados por los personales de la salud y el

abandono del proceso psicoterapéutico. Es por ello que al concebir la enfermedad, y las situaciones relacionadas a ellas, como amenazantes o estresantes puede influir negativamente en el proceso terapéutico del niño con su enfermedad (Ortiz y Ortiz, 2007).

Por lo cual, el presente trabajo de investigación abordará el estrés que produce la enfermedad, implementando estrategias conductuales que disminuyan los niveles de estrés para así, facilitar la posible mejora del estado de salud.

En base a lo antes expuesto, es importante tener en cuenta que una enfermedad siempre genera cambios y si bien para muchos, según lo planteado por Trianes (2003), la vida durante la infancia es una época de gozo, libre de preocupaciones, separada de las cargas y responsabilidades. Para otros, desde posiciones más serias, dudan que en los niños y niñas se presenten todas las condiciones para que padezcan de estrés, sin embargo, profesionales de la infancia observan reacciones emocionales negativas ante determinados acontecimientos de su vida, lo cual hace muy difícil negar su existencia.

Como se planteó en el párrafo anterior, es difícil afirmar que no se presentan emociones negativas, el paciente cuando es diagnosticado con una enfermedad como el cáncer, experimentan un cambio bastante notable en lo que respecta a su calidad de vida, debido a que la enfermedad se encuentra acompañada de una serie de procedimientos médicos que conllevan en ocasiones a una ruptura en la asistencia continua a la escuela, desvinculación de otros miembros de la familia, cambios en su rutina diaria, etc.

Hoy en día desvincularse de una realidad tan importante como el cáncer, sería menospreciar el camino tan extenso que existe para ofrecer posibilidades de encontrar

estrategias que aminoren el efecto de las consecuencias de una enfermedad crónica y peor aún en la población infantil.

En dicha investigación no sólo se dará a conocer que es el cáncer y los principales tipos que existen, además del estrés y la dinámica dentro de una enfermedad crónica, por el contrario se ofrecerá conocer todo el proceso de estudio llevado a cabo con pacientes oncológicos infantiles, para conocer cuáles son las principales necesidades que manifiestan y ofrecer una posible solución a través de un programa de intervención conductual que disminuya los niveles de estrés y que a su vez facilite que el procedimiento médico, social , personal y familiar del paciente tenga el menor impacto posible.

I. Problema de Investigación

1.1.Planteamiento del problema

En oposición a investigaciones de carácter diagnóstico, se evidencia que algunas exponen el manejo del estrés como conducta alternativa para lograr la instauración y el aumento de habilidades de afrontamiento de la enfermedad, que en efecto, se relaciona directamente con el objetivo principal del proyecto. Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996), concretan que el manejo del estrés debe ser parte del repertorio básico en pacientes y sus familiares que afrontan estas situaciones aversivas en su estilo de vida, acotándose que dicha habilidad debe ser instaurada previa al ingreso al espacio hospitalario, es decir, en el periodo del diagnóstico. Es por ello, que se plantean como objetivo en su investigación la determinación de la efectividad de un programa conductual en el manejo de estrés enfocado a la preparación previa al ingreso al ambiente hospitalario, trabajando en conjunto con los padres de los pacientes.

Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009), realizan una revisión sobre los procedimientos psicológicos realizados a esta población basada en el paradigma cognitivo-conductual en las cuales se mencionan la transmisión de la información, entrenamiento en habilidades de afrontamiento de la enfermedad, el juego, el humor, etc. Los autores afirman que dichas técnicas empleadas han sido efectivas en niños y niñas con esta condición de salud así como para sus familiares, recomendando el uso de la práctica diaria de estos procedimientos para su mayor efectividad. Además, recomiendan involucrar variables como la adaptación de la arquitectura, creación de aulas de recreación para lograr un mayor alcance de los resultados incluyendo problemáticas como la carencia emocional y el desarrollo del niño y de la niña (Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2009).

Partiendo de lo planteado por Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009), se propone como principal interrogante en este estudio:

¿Cuál es la efectividad de un programa conductual que aborde la Psicoeducación a padres, afrontamiento de temores, asertividad, manejo de emociones, manejo de autoimagen y proyecto de vida en los niveles de estrés de niños entre 7 y 10 años de edad que asisten a control médico en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas?

1.2. Justificación del problema

El interés particular en la intervención con niños en unidades oncológicas radica principalmente en la necesidad de ofrecer el acompañamiento necesario y efectivo para quien lo padece, ya que esto facilitará una notable reducción en los niveles de estrés que presente el niño. De igual manera, se hace referencia a que los casos de cáncer en niños tienen una mayor prevalencia en edades comprendidas de 3 a 13 años de edad, sin embargo, para el propósito de esta investigación la muestra a trabajar fue de niños con un rango de edad de 7 a 10 años de edad, ya que esto nos garantizaba que todos los participantes se encontraran dentro del periodo escolar de ciclo básico, puesto que si los participantes estuviesen en un nivel más alto, ya estarían transitando al periodo de la adolescencia, el cual se caracteriza por los muchos cambios en todas las dimensiones psicofísicas del crecimiento y desarrollo humano (Fundación Amigos del Niño con Cáncer, 2013).

Según lo mencionado anteriormente con respecto al padecimiento del cáncer infantil y el tratamiento oncológico, es importante destacar que existe un considerable solapamiento sintomático entre el estrés, la ansiedad y la depresión, lo que complica el diagnóstico e intervención. A ello se agrega que los niños, en general, tienen menos facilidad que los adultos para describir su experiencia interna, aunque evidentemente, siempre que sea posible, hay que contar con ella. Sea como fuere, el deterioro de las relaciones interpersonales en la familia o en la escuela, el descenso del rendimiento académico, las alteraciones en el estado de ánimo, los cambios alimenticios, los dolores y quejas corporales producto de enfermedades pueden ser un indicador sobre la aparición del estrés (Martínez- Otero, 2012).

Es por ello, que para el abordaje integral de los pacientes oncológicos se hace necesario lograr cambios efectivos en la reducción del estrés, realizando énfasis en la repercusión que los indicadores estresores pueden generar en la vida cotidiana de cada uno de los pacientes. Entendiendo, que los indicadores de estrés no solo se limitan al área hospitalaria sino al ámbito familiar y social.

En una investigación realizada Bragado, Hernández, Sánchez y Urbano (2009), hacen mención de la importancia del manejo del estrés asociado a la enfermedad y al tratamiento, ya sabiendo que son los principales estímulos estresores vinculados al padecimiento de la enfermedad como lo indica Trianes (2003); es por ello que se recomienda el estudio de esta variable en futuras investigaciones en el área de psicooncología pediátrica.

En la línea expuesta por Bregado, Hernández, Sánchez y Urbano (2009), en años anteriores se había realizado una investigación caracterizada por el psico- diagnóstico de variables como el estrés, miedos específicos y alteraciones en las emociones en la población infantil que padece cáncer. Fernández-Castillo y López-Naranjo (2006), sugieren dentro de su investigación la realización de investigaciones dirigidas al entrenamiento de niños en herramientas para afrontar el estrés causado por la enfermedad y sus tratamientos.

En base a lo antes mencionado, aunado a la relevancia social que puede implicar el abordaje psicológico de los niños que padecen Cáncer, nos planteamos determinar la efectividad de un programa de intervención sobre el estrés en esta población, basado en la Terapia Conductual. El programa estuvo dirigido a niños con Cáncer que presentan altos niveles estrés y que se encuentran asistiendo a Unidades Oncológicas.

La importancia de realizar un abordaje a niños que presentan cáncer, se hace cada día más importante porque brinda posibilidades de adherencia al tratamiento, facilitando el proceso de cambio para la reducción del estrés. En las estadísticas brindadas por la Fundación Amigos del Niño con Cáncer (2013) se evidencia el aumento significativo del padecimiento de esta enfermedad, aunado a la variedad en procesos médicos para el tratamiento del cáncer y el poco acompañamiento psicológico que en el caso Venezolano suele observarse en los centros hospitalarios del país, por lo cual la intervención en esta población cobra mayor relevancia en la actualidad por lo vulnerables que pueden ser los niños con cáncer.

II. Objetivos

2.1. Objetivo General.

Determinar la efectividad de un programa de intervención conductual para disminuir el estrés, en niños entre 7 y 10 años de edad que asisten a control médico en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas.

2.2. Objetivos específicos.

- φ Conocer los niveles de estrés a través del Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) previo a la aplicación del programa de intervención conductual.
- φ Conocer los niveles de estrés a través del Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) una vez culminada la aplicación del programa de intervención conductual.
- φ Determinar si el programa conductual generó cambios significativos en la reducción de los niveles de estrés en los pacientes oncológicos.
- φ Validar socialmente el programa de intervención conductual aplicado para la reducción de los niveles de estrés, en niños con cáncer.

III. Marco Referencial

3.1.Cáncer

Hablar de cáncer se ha convertido en un tema común, en vista del aumento considerable de esta enfermedad en la población. El cáncer constituye en Venezuela una de las más frecuentes causas de enfermedad o muerte, ocupando el segundo lugar en la lista de mortalidad general, detrás de las enfermedades del corazón; por sus características de evolución y desarrollo, este conjunto de enfermedades revisten una gran complejidad, tanto en el orden médico por las implicaciones en tecnología de diagnóstico y tratamiento; como en el psicosocial, por la carga emocional y económica que representa (Capote, 2008).

Se conoce como cáncer aquella enfermedad genética producida por alteraciones en la secuencia o en la expresión del ADN (Manrique, Sullcahuamán-Allende y Limache-García, 2013). Se caracteriza por la incapacidad celular de detener su proliferación debido a la inactividad del mecanismo apoptótico (muerte celular programada) y la capacidad de convertirse en células malignas dispersándose a otros órganos o tejidos en el proceso conocido como metástasis (Baum y Andersen, 2002 c.p. Valencia, Flores y Sánchez, 2006).

3.1.1. Etiología del cáncer.

Según Manrique, Sullcahuamán-Allende y Limache-García (2013), el cáncer puede ser clasificado según su origen como cáncer esporádico o hereditario. El cáncer de carácter esporádico representa el 90% de los casos, identificándose por su carácter no hereditario y

por presentarse en los pacientes a partir de los 40 años; por otra parte, el cáncer hereditario o familiar representa entre el 5 al 30% de los casos presentados, caracterizándose por su diagnóstico temprano (antes de los 50 años) y por la presencia de esta enfermedad en dos o más familiares del paciente (Manrique, Sullcahuamán-Allende y Limache-García, 2013).

Conociendo esto, puede concluirse que el cáncer no ha sido determinante a una edad específica; hoy en día los niños y niñas también son víctimas potenciales de padecer esta enfermedad, diferenciándose del cáncer presentado en adultos por distintos factores como el tipo de tejido de origen embrionario, la presencia de factores causales involucrados a su aparición y por las altas tasas de supervivencia debido a la flexibilidad de adaptación terapéutica que presentan los niños con cáncer (Salcedo y Chaskel, 2009).

Según Salcedo y Chaskel (2009) el cáncer infantil es una de las patologías más importantes y la principal causa de muerte en la infancia, coincidiendo con lo expuesto por la Fundación Amigos del Niño con Cáncer (2013), en donde se reporta que solo para el año 2012 se atendieron 1.025 niños en el territorio nacional, con un 41.85% de prevalencia en niñas y un 58.15% en niños.

3.1.2. Tipos de cáncer.

De acuerdo con Salcedo y Chaskel (2009), los tipos de cáncer más frecuentes en la población infantil son: Leucemias, Linfomas, Sarcomas y los Tumores sólidos.

3.1.2.1. Leucemia.

Es un tipo de cáncer presente en las células hematopoyéticas que son producidas en la médula ósea del paciente, las cuales están encargadas del origen de las células de la sangre. En médula ósea son producidas tres tipos de células sanguíneas: los glóbulos rojos encargados de brindar oxígeno al cuerpo, los glóbulos blancos que funcionan como defensas de infecciones y las plaquetas encargadas de la detención de hemorragias (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.2.1.1. Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).

La Leucemia Linfoblástica Aguda, también conocida como LLA, es un tipo de cáncer presente en las células hematopoyéticas encargadas de producir un tipo de glóbulo blanco denominado linfocito. El origen del mismo es producido por mutaciones en el linfoblasto (célula hematopoyética) que la convierten en célula de leucemia. Dicha célula puede desplazar a células sanas ubicadas en la médula ósea, además de propagarse por el torrente sanguíneo y afectar a otros órganos, como el hígado, el bazo, etc. (Children's Oncology Group, 2011).

Dicha enfermedad, es considerada como el tipo de cáncer infantil más común, pudiendo clasificarse de acuerdo al tipo de linfocito afectado, siendo de células B y T los tipos más comunes de LLA.

3.1.2.1.2. Leucemia mieloide aguda (LMA.)

La LMA es un tipo de cáncer que afecta las células mieloides, las cuales incluyen plaquetas, glóbulos blancos y rojos. Dicha célula de leucemia afecta a órganos como el

bazo, cerebro, médula espinal, hígado, entre otros, ya que pueden derramarse en el torrente sanguíneo del paciente, pudiendo originar cloromas (tumores malignos) en diferentes partes del cuerpo de la persona afectada. La leucemia mieloide aguda (LMA) puede ser detectada mediante la extracción de líquido cefalorraquídeo a través de la punción lumbar. De tal modo que esta enfermedad es considerada el segundo tipo de leucemia que se presenta con mayor frecuencia en la población infantil (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.2.2. *Linfomas*

El linfoma es un cáncer que afecta el sistema linfático de la personas teniendo en consideración que este sistema abarca importantes órganos que pertenecen al sistema inmunológico como los ganglios linfáticos, amígdalas, adenoides, bazo, glándula timo y la médula espinal. Este cáncer se origina a partir de las mutaciones o errores en las células del sistema linfático que llegan a multiplicarse descontroladamente. Este aumento de células de linfoma origina un recrecimiento en los ganglios linfáticos y/o otros órganos de los pacientes, así como la aparición de masas tumorales a nivel del cuello, ingle, bajo el brazo, pecho, abdomen, etc. (Children's Oncology Group, 2011). Existen dos tipos de linfoma que pueden afectar la población infantil: Linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin

3.1.2.2.1. *Linfoma de Hodgkin:*

Tipo de linfoma que se caracteriza por la presencia de una célula llamada Reed-Sternberg, causando inflamación en los ganglios linfáticos ubicados frecuentemente en el cuello y en la parte superior del cuerpo. Entre los síntomas que puede causar este tipo de linfoma son: fiebres recurrentes, sudoración nocturna, pérdida de peso y/o erupción en la

piel. Dicha enfermedad es poco común en niños pequeños sin embargo se presenta frecuentemente en el periodo de la adolescencia (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.2.2.2. Linfoma no-Hodgkin (LNH):

Linfoma originado en los tejidos linfáticos que se caracteriza por su origen inespecífico, ya que se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, propagándose por el líquido cefalorraquídeo. Entre los síntomas producidos por este tipo de linfoma se encuentran los sarpullidos en la piel y dolor constante en los huesos; en los niños, puede propagarse a los testículos causando inflamación (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.2.3. Sarcomas del tejido blando y huesos

Los sarcomas son tumores sólidos que se originan por las mutaciones o cambios en las células jóvenes que se convierten en hueso, músculo, ligamentos y articulaciones (Children's Oncology Group, 2011). Entre los tipos de sarcomas más frecuentes en la infancia tenemos:

3.1.2.3.1. Osteosarcoma o sarcoma osteogénico.

Dicho sarcoma es el cáncer más común producido en los huesos, ocasionado por un cambio o una mutación en la célula joven. Su crecimiento descontrolado logra debilitar los huesos produciendo dolor y pudiéndose propagar a los pulmones. Dicho sarcoma afecta mayormente a los huesos de los brazos, piernas, articulaciones de las rodillas, afectando frecuentemente a la población de adolescentes y adultos jóvenes (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.2.3.2. *Sarcoma de Ewing.*

Considerado como el segundo tumor óseo más frecuente, el sarcoma de Ewing afecta normalmente los huesos de la pelvis, pecho, brazos y piernas (Children's Oncology Group, 2011)

3.1.2.3.3. *Rabdomiosarcoma.*

Según Children's Oncology Group (2011), es el cáncer que “surge desde las células que normalmente se desarrollan en las células musculares” (p.25), originándose por un cambio o mutaciones en los rabdomioblastos (células jóvenes), produciendo el sarcoma en cualquier parte del cuerpo como: alrededor del ojo del paciente (Orbitario), en la parte inferior de cráneo (Parameningeo), en el rostro o cuello alejado de la parte inferior del cráneo (No parameningeo), en el brazo y pierna (Extremidades) y en el sistema urinario y órganos reproductores.

3.1.2.4. ***Tumores neurales y de médula espinal.***

Dicho tipo de cáncer se origina en el cerebro mediante mutaciones o errores en una célula del Sistema Nervioso Central que permite la multiplicación de la misma, resultando de la aglomeración de las mismas lo conocido como tumores (Children's Oncology Group, 2011). Pueden clasificarse en tumores malignos caracterizados por su rápido crecimiento y por su tendencia a propagarse y los benignos, los cuales son de crecimiento lento y suelen no propagarse. Entre los tipos de tumores podemos encontrar:

3.1.2.4.1. Tumor del plexo coroideo.

Originado en el tejido que produce el líquido cefalorraquídeo y tienen mayor prevalencia en los primeros años de vida del niño o aquellos que se encuentran en el periodo de lactancia.

3.1.2.4.2. Craneofaringioma.

Tumores originados en los alrededores de la glándula pituitaria caracterizados por su crecimiento lento causando presión en los tejidos y estructuras circundantes dentro del cerebro. Dichos tumores pueden causar deficiencias hormonales, dificultades en el crecimiento del niño, en el equilibrio hídrico y otras anomalías (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.2.4.3. Glioma.

Tumor originado en la glía (tejido conjuntivo del Sistema Nervioso Central), es decir, el nervio óptico, o en el tronco encefálico. Los mismos pueden clasificarse de acuerdo a su velocidad de crecimiento, siendo los de grado 1 y 2 los de crecimiento más lento y de grado 3 y 4 los que poseen un desarrollo avanzado. Entre los diferentes tipos de gliomas podemos encontrar:

3.1.2.4.3.1. Astrocitoma.

Los astrocitomas se encuentran entre los tumores del Sistema Nervioso Central más comunes en niños, originándose en cualquier parte del cuerpo o a nivel de médula espinal. Debe su nombre a la forma de las células que forman el tumor, debido a que guardan cierta similitud con las estrellas.

3.1.2.4.3.2. *Ependimoma.*

Es un tumor que se origina en el sistema ventricular del cerebro o en la parte central de la médula espinal, propagándose a través del líquido cefalorraquídeo a áreas del cerebro o médula espinal.

3.1.2.4.3.3. *Glioblastoma Multiforme (GBM).*

Dicho tumor es una variante de un astrocitoma pero con un crecimiento avanzado.

Oligodendroglioma: Estos tumores pueden originarse en las células productoras de mielina, ubicándose comúnmente en los hemisferios cerebrales, caracterizándose por su crecimiento rápido o lento.

3.1.2.4.3.4. *Meduloblastoma /TNEP.*

Los meduloblastoma pueden originarse en las células nerviosas primitivas dentro del SNC, ubicándose en el cerebelo del paciente. El tumor neuroectodermal, conocido por sus siglas TNEP guarda similitud al meduloblastoma sin embargo se origina en otra área del cerebelo.

3.1.3. Fase de diagnóstico y tratamiento.

3.1.3.1. Fase de diagnóstico: Exámenes.

En lo que respecta al diagnóstico del cáncer existen una serie de procedimientos y exámenes que permiten conocer la presencia de células cancerosas y determinar el estado de evaluación de las células cancerígenas después de haberse aplicado el tratamiento (Children's Oncology Group, 2011). Entre los procedimientos y exámenes más comunes utilizados en la población infantil tenemos:

3.1.3.1.1. Biopsia.

Consiste en la extracción de tejido con la finalidad de analizar la posible existencia de células cancerosas. Dicho procedimiento puede realizarse en el contexto quirúrgico aplicándose anestesia total o local en la zona en donde se encuentra alojado el tejido (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.2. Biopsia de Médula Ósea.

Es un procedimiento caracterizado por la extracción de tejido perteneciente en dicho órgano, realizado para determinar la presencia de tejido canceroso, además de permitir la determinación de células sanas (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.3. Aspiración de Médula Ósea.

Es un examen en el cual se extrae muestra del líquido de la médula empleando una jeringa para poder determinar la presencia de células cancerosas en la médula ósea. Se caracteriza por ser un procedimiento altamente doloroso, es por ello que en ocasiones se emplea anestesia total en el paciente para disminuir su carácter aversivo (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.4. Punción lumbar o punción espinal.

Es un examen realizado para detectar la presencia de células cancerosas en el líquido cefalorraquídeo (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.5. Tomografía axial computarizada (TAC).

Según Children's Oncology Group (2011), este procedimiento es considerado un tipo de radiografía especial mostrándose en ella una imagen detallada del interior del cuerpo del paciente. En algunas ocasiones se administra tinte vía intravenoso u oral para producir contrastes con la finalidad de diferenciar las estructuras en situación normal de las estructuras cancerosas (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.6. Tomografía por emisión de positrones.

Es un tipo de tomografía que tiene como objetivo la búsqueda de actividad tumoral, inflamaciones o infecciones las cuales serán plasmadas en imágenes. Este examen se caracteriza por la administración intravenosa de una pequeña cantidad de isótopo radioactivo o trazador el cual se desplazará a los lugares en donde se encuentra la actividad tumoral (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.7. Química sanguínea (Panel metabólico básico o completo).

Estos exámenes se caracterizan por el análisis de sangre indicando los niveles de sodio, potasio, plaquetas, etc., además de indicar el estado de los órganos (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.8. Hemocultivos (Cultivos de la sangre).

Los hemocultivos se realizan para determinar la presencia de bacterias, virus u hongos que indiquen la infección con la finalidad de establecer la atención médica necesaria para tratarla (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.1.9. Recuento Sanguíneo completo (CBC).

Según Children's Oncology Group (2011), este examen consiste en el recuento de las células sanguíneas como los glóbulos blancos, rojos y plaquetas, analizándose el estado de la médula ósea después de aplicado el tratamiento y/o determinar si el paciente necesita transfusión.

3.1.3.2.Fase de tratamiento.

Una vez diagnosticado el paciente se recurre a la etapa de la elaboración del plan de tratamiento para el tipo de cáncer detectado, en el cual se destaca la descripción general de plan de atención incluyendo aspectos como el cronograma de cada tratamiento, examen y procedimiento. Es importante acotar que dicho plan de tratamiento se encuentra sujeto a cambios ya que dependerá de la aceptación biológica que tendrá el niño con el tratamiento. Al presentarse indicadores como fiebre y/o un recuento sanguíneo con bajos niveles de células sanguíneas se considerará necesario el cambio del protocolo (Children's Oncology Group, 2011).

Según Children's Oncology Group (2011), la planificación del tratamiento involucra la administración de medicamentos que pueden combinarse en diferentes momentos de la terapia del niño. Entre los tratamientos más comunes administrados en niños con cáncer se encuentran:

3.1.3.2.1. Quimioterapia.

La quimioterapia es un medicamento para tratar enfermedades, sin embargo se utiliza para el tratamiento del cáncer para la detención o destrucción de las células cancerosas. La quimioterapia se emplea para el tratamiento de varios tipos de cáncer, administrándose un solo medicamento o combinaciones de ellos vía oral, intravenosa, intramuscular y subcutánea (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.2.2. Cateterización o Líneas venosas centrales.

Consiste en la colocación de un catéter semi-permanente o un dispositivo de acceso a la gran vena central que lleva al corazón mediante el cual se administra tratamiento para diferentes tipos de cáncer. Puede clasificarse en línea externa, la cual se localiza en el pecho o en el brazo, y línea interna caracterizada por permanecer debajo de la piel del paciente (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.2.3. Radioterapia.

Este tipo de tratamiento tiene como finalidad la destrucción de células de rápida propagación mediante el uso de rayos de energía de gran potencia. Este tipo de tratamiento puede administrarse solo o combinado con otros tipos de terapias de tratamiento como la cirugía o quimioterapia. Esta puede clasificarse de acuerdo a su administración siendo interna o externa, siendo esta última el tratamiento aplicado frecuentemente a niños con cáncer (Children's Oncology Group, 2011).

3.1.3.2.4. *Cirugía.*

La cirugía es empleada como procedimiento para el tratamiento del cáncer, con la finalidad de extirpar el tumor de células cancerígenas para detener la propagación de células cancerosas acumuladas en el mismo (Children's Oncology Group, 2011). Según Children's Oncology Group (2011), este procedimiento puede combinarse con otras tipologías de tratamiento como la quimioterapia o la radiación con el objetivo aportarle mayor efectividad al plan de tratamiento estipulado. El proceso quirúrgico puede ser clasificado de acuerdo a la fase en la cual se encuentre el paciente, siendo la cirugía primaria el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia en la población infantil en donde se extirpa la totalidad o la mayor parte del tumor (Children's Oncology Group, 2011).

3.2.Estrés

3.2.1. Definición de estrés.

El estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986, c.p. Trianes 2003).

La reacción del estrés depende de cómo es percibida la situación, más que la clase de situación en sí. El ser humano tiende a reaccionar de diversas formas ante las situaciones generadoras del estrés. Entre la situación y reacción personal se podría mencionar como el responsable de dicha reacción, la apreciación, la valoración cognitiva que hace la persona de la situación.

En referencia a la percepción y valoración, se destacan según Lazarus y Folkman (1986, c.p. Trianes 2003), dos procesos, determinantes y explicativos de las diferencias entre las personas a la hora de responder ante situaciones similares y ellos son:

- ϕ Se produce una primera evaluación de la situación, llamada evaluación cognitiva primaria, que permite decidir si dicha situación es benigna, irrelevante o estresante. Si la situación puede ocasionar daños, pérdida o amenazas será percibida como estresante. Además, existe un segundo tipo de evaluación, llamada evaluación cognitiva secundaria, dirigida a examinar los propios recursos para hacer frente a dicha situación.
- ϕ El segundo proceso que interviene es el afrontamiento, entendido como el procesamiento, a través del cual la persona maneja las demandas o situaciones que percibe como estresantes.

3.2.2. Estrés infantil

La infancia se caracteriza sobre todo, por el cambio. Durante este periodo los niños y niñas, se encuentran en desarrollo, es decir, en permanente proceso de cambio, por lo cual, deben hacer frente a los retos que suponen la superación de una etapa a otra. Los retos a los cuales se enfrenta, pueden, en determinados casos convertirse en acontecimientos estresantes que pueden poner en riesgo el proceso natural (Trianes, 2003).

Se debe tomar en cuenta que no se puede hablar de estresor sin que ese estímulo produzca una respuesta estresada, alteración emocional, trastorno psicológico por parte de la persona. No existen estresores a priori, sino que dependen de la experiencia del sujeto. Sin embargo, se puede hacer referencia de acontecimientos externos que son, potencialmente, estresores para muchos niños, se pueden encontrar los que suponen pérdida, amenaza o daño, y también se incluyen los desafíos o retos del entorno como las tareas evolutivas, la novedad, ambigüedad e incertidumbre de los acontecimientos, el exceso de información y el exceso de estimulación (Trianes, 2003).

También existen acontecimientos o estímulos implicados en la acción de un estímulo estresor. Son factores de tipo físico y psicológico, que hacen a la persona vulnerable y predispuesta a manifestar ciertas reacciones de estrés, por ejemplo, determinadas características de temperamento, como puede ser una alta reactividad emocional o timidez (Trianes, 2003).

En la infancia existen situaciones y acontecimientos que pueden ser considerados como estresores porque cumplen con ciertas características ya que implican daño o pérdida, son amenazas reales o potenciales para el bienestar, son retos ante los cuales irremediablemente hay que responder (Trianes, 2003).

Las fuentes de estrés infantil pueden tener su origen en algunas características de la personalidad del niño, en la estructura familiar o en el estilo educativo de los padres, en la competitividad escolar, en problemas de salud, en la exposición a amenazas en el entorno social, etc. (Martínez- Otero, 2012).

Los síntomas de estrés en la edad escolar son más fáciles de detectar que en la etapa preescolar, entre otras razones porque los niños a medida que crecen saben y describen mejor, aunque no sin dificultad, cómo se encuentran (Martínez- Otero, 2012).

En el período escolar (aproximadamente entre los 5 y los 12 años), son los aspectos ambientales los que suelen explicar la aparición del estrés infantil. Entre los factores estresantes hay que incluir la exposición del niño a situaciones de maltrato, la falta de afecto, la separación/divorcio de los padres, la penuria económica, los problemas en el centro educativo (inadaptación, malas relaciones, sobrecarga de trabajo, etc.), las enfermedades crónicas, la baja autoestima, las escasas habilidades interpersonales, etc. (Martínez- Otero, 2012). Según estos autores, se pueden agrupar los estresores en cinco sectores mediante un proceso de sistematización y síntesis:

- ϕ Personal. Hay características personales, condicionadas obviamente por el entorno, que favorecen el estrés, por ejemplo, la excesiva inhibición, la falta de habilidades sociales, la baja autoestima.
- ϕ Familiar: La estructura familiar disfuncional, así como los estilos educativos parentales presididos por la permisividad/anomia, el autoritarismo o la sobreprotección, igualmente desaconsejables.
- ϕ Escolar. La insuficiente comunicación y las malas relaciones interpersonales, al igual que la estructura y la gestión institucionales predominantemente rígidas y verticales.
- ϕ Social. La continua exposición a estímulos amenazantes, por ejemplo, vivir en un entorno hostil. De igual modo, han de incluirse como factores que

predisponen a la ansiedad la existencia de problemas económicos en la familia y la falta de apoyo social suficiente.

- φ Salud. Las enfermedades, sobre todo crónicas, con el malestar, el dolor y el temor acompañantes, son fuentes de estrés infantil, al igual que la posible hospitalización, que supone separación de la familia y alejamiento del entorno escolar y social, exigencias de adaptación a un medio extraño y con frecuencia vivenciado como amenazante, etc.

Según Trianes (2003) entre los diversos elementos que componen la experiencia de estrés en niños se encuentran:

- φ Variables antecedentes (estímulos y situaciones estresantes que pueden ser percibidos como tales por el niño).
- φ Variables que modifican la experiencia del estrés, y pueden ser de diversa naturaleza, las variables moduladoras (como temperamento, género, edad o desarrollo, que influyen en la calidad e intensidad de la vivencia que hace un niño ante un estresor. Variables amortiguadoras o protectoras; factores de riesgo y factores de afrontamiento.
- φ Consecuencias del estrés, o sea, las reacciones o respuestas del estrés.

Tabla 1.

Factores que intervienen en la experiencia del estrés en la infancia (Fuente: Trianes, 2003)

Antecedentes		Variables Mediadoras		Consecuencias
Estímulos estresores	Factores Protectores	Factores moduladores	Factores de Afrontamiento	Reacciones de Estrés
Desarrollo y maduración: Deficiencias, tareas y superaciones, separaciones, autonomía. Familia: falta de apego, maltrato, divorcio, muerte, nacimiento hermano, etc. Escuela: Demandas de separación, aprendizajes escolares, éxito y fracaso escolar, etiquetaje de las diferencias.	Personales: soporte biológico saludable, desarrollo socio cognitivo sano, temperamento fácil. Familia: calidad de apego, apoyos y recursos, personalidad y habilidades, status socioeconómico y cultural. Escuela: la experiencia de éxito escolar, la motivación por aprender, el apoyo de los profesores.	Personales: temperamento, género, edad y desarrollo. Familia: forma de la familia, estrés de los padres. Factores de riesgo: Problemas de conducta, agresividad con iguales, experiencias negativas, padres enfermos mentales, muerte de familiares, excesivo apego del adulto, etc.	Habilidades personales: manejo de estrés, habilidades sociales, regulación emocional, comprensión de los problemas, toma de distancia. Habilidades de los padres: implicación en la educación de los hijos, habilidades de crianza, estilos parentales. Factores socioculturales: ayudas comunitarias, etc.	Conductuales: inhibición, pasividad, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, problemas de conducta. Emocionales: irritabilidad y labilidad, depresión, ansiedad, temores y fobias, agresividad. Cognitivas: baja autoestima, teorías o pensamientos negativos, indefensión. Psicosomáticas: dolor de barriga, dolor de cabeza-
Relaciones con iguales: rechazo y no aceptación, inhibición, timidez, pérdida o ausencia de amigos.	Relaciones con iguales: los amigos, redes de apoyo entre compañeros. Factores macro-socioculturales: clase social, bienestar y			

Factores:	calidad de vida,
Macro-	recursos
socioculturales,	comunitarios.
pobreza ,	
discriminación,	
desastres	

La dinámica bajo las cuales las variables se relacionan es la siguiente. En primer lugar, un acontecimiento o estímulo es definido como estresante a partir de que un determinado lo percibe como amenazador o perjudicial. Esta percepción depende de las condiciones personales de cada uno de los niños, los recursos y apoyos con los que cuenta, además de, la percepción de las exigencias que requiere la situación para ser resuelta. La definición de situación estresante depende más de la experiencia subjetiva que de la calidad objetiva de ese estímulo. La evaluación básica que efectúa el niño es si la amenaza de la situación puede ser superada o no. Cuando la situación amenazante es evaluada como no superable con los recursos con los que cuenta la persona, la experiencia de estrés se dispara y existe la posibilidad de una reacción psicopatológica o no adaptativa (Trianes, 2003).

Según Martínez- Otero (2012), en el cuadro de estrés infantil podemos encontrar síntomas psíquicos, físicos y conductuales como los siguientes:

Tabla 2.

Estrés infantil: Síntomas psíquicos, físicos y conductuales. (Fuente: Martínez- Otero, 2012).

Síntomas psíquicos	Desmotivación, desinterés.
	Irritabilidad.
	Ansiedad.
	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
	Errores de memoria.
	Labilidad afectiva.
Síntomas físicos	Alteraciones del sueño.
	Pérdida o aumento de peso.
	Malestar general.
	Cefaleas.
	Problemas digestivos.
Síntomas conductuales	Rechazo de la escuela.
	Disminución del rendimiento.
	Aumento de los errores.
	Incumplimiento de tareas.
	Empeoramiento de las relaciones con los compañeros o los profesores.

Una vez explicados los temas anteriormente expuestos sobre los factores que intervienen en la experiencia del estrés en la infancia y la sintomatología que puede presentar el infante, a continuación se realiza la descripción sobre los factores mediadores que pueden incidir en la disminución del estrés, mediante conductas adaptativas relacionadas al afrontamiento del mismo.

3.2.2.1. Afrontamiento como estrategia para disminuir el estrés.

Según Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) las habilidades de afrontamiento hacen referencia al conjunto de respuestas adaptativas de carácter cognitivo, psicofisiológico y motor en situaciones estresantes para la persona. Estas estrategias de afrontamiento no se limitan solo a la persona que padece de estrés o alguna enfermedad como el cáncer, por el

contrario vincula a todas las personas que se encuentran dentro del contexto social del paciente oncológico; haciendo énfasis en los cuidadores principales, dentro de ellos se encuentra la familia.

3.2.2.1.1. *Afrontamiento de la familia*

La familia de la enfermedad crónica, se considera como aquel sistema de miembros que se comunican e influyen entre sí y comparten la vivencia de una enfermedad relevante en sus vidas. La calidad de la relación entre los padres, su estrés a propósito de la enfermedad y la cohesión familiar tienen un valor agregado en el afrontamiento de la enfermedad (Trianes, 2003).

Blechman (1990, c.p. Trianes, 2003), describe un modelo de competencia a nivel familiar frente a la enfermedad crónica basado en la comunicación y la promoción de la competencia entre los integrantes de la familia, independientemente del nivel cultural, social, económico y de las dificultades que puedan presentar. Las características de dicho modelo son:

- ϕ La existencia de interacciones interpersonales entre los integrantes de la familia plenos de señales de emociones positivas, consecuencias agradables y estímulos para el aprendizaje y comportamiento competente.
- ϕ Una comunicación efectiva que promueva el humor animoso y positivo entre cada uno de los integrantes de la familia.

- φ Existen integrantes de la familia animosos que son los primeros en trabajar duro y competentemente, los cuales sirven de escudo frente a la psicopatología que pudiera aparecer en la familia.

3.2.2.1.2. *Afrontamiento del paciente.*

En la edad escolar son diversas las posibilidades de enseñar al niño estrategias cognitivas que le permitan afrontar la enfermedad, debido a que le proporciona posibilidades de comprensión más precisas de la naturaleza de la enfermedad (cáncer) y de la vida en el hospital cada vez que se requiera de su hospitalización. Algunos autores como Petrillo y Sanger (1980, c.p. Trianes, 2003) sugieren algunos principios para disminuir la desconfianza o los sentimientos de ansiedad ante lo desconocido en los niños de edad escolar que se encuentran padeciendo la enfermedad:

- φ Preparar al niño ofreciéndole información suficiente que le permita anticipar la experiencia y no sentir ansiedad ante lo que le vaya a suceder.
- φ Enseñar al niño sobre aquello que está permitido o no, frente a la situación que le genera temor.
- φ Ofrecer al niño posibilidades de colaborar y elecciones de participar.
- φ Prestarle apoyo y motivación constante.
- φ Los padres deben ser conscientes de su comportamiento, ya que este funge como modelo para el niño.
- φ Se deben propiciar espacios para que el niño tenga la oportunidad de hablar sobre sus temores, preguntar cuáles son sus inquietudes y permitir que exprese sus sentimientos.

Así mismo, la posibilidad de interacción con el personal médico, cuidadores y otros niños que estén atravesando una situación similar, puede servir al niño de ayuda, debido a que crea relaciones de apoyo circunstanciales. En el caso de hablar con otros niños, permite no solo la comunicación sino la relativización de las enfermedades, se crean nuevos lazos de amistad y estos pueden ser una fuente de apoyo ante el estrés, debido a los cambios que puede generar la separación del colegio y hermanos (Trianes, 2003).

3.2.2.1.2.1. Afrontamiento de temores.

El estrés se encuentra estrechamente relacionado con el miedo y la ansiedad, entendiéndose el miedo como una respuesta ante un estímulo particular que tiene el carácter como desagradable; y la ansiedad se entiende como el sentimiento de desasosiego, preocupación o miedo a un estímulo de origen desconocido (Craig, 1997). Según Cauromo, et all. (2000, c.p. Ortiz, 2006), el miedo y la ansiedad son parte de la experiencia de padecer una enfermedad crónica, en el infante sentimientos de temor, angustia, ira, culpa y pánico, ante los procedimientos médicos, la hospitalización, a lugares cerrados, separación de sus seres queridos, etc. (Ortiz, 2006).

Los procedimientos médicos, propios de la fase de diagnóstico y tratamiento, son percibidos como estresantes y amenazantes y dolorosos por el niño, quien se comienza a preocupar por su integridad física, ocasionándole alteraciones de tipo emocional, cognitivo y de comportamiento (Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado, Vera-Villaruel, 2005; Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006). Según Fernández-Castillo y López-Naranjo (2006), otras manifestaciones relacionadas al estrés se incluirían las pesadillas, los trastornos del sueño, cambios de conducta como la regresión.

Según Moix (1999, c.p. Ortiz, 2006), clasifica el miedo de acuerdo a las preocupaciones que padece el infante correspondiente a su edad, en donde el miedo que padecen los niños de 6 a 12 años se diferencia del resto ya que el miedo se encuentra dirigido a mutilaciones y dolor, percibiendo la hospitalización como castigo. Los niños con edad escolar ante situaciones que generen miedo y ansiedad se caracterizan por emitir conductas de regresión, depresión, inquietud como taquicardias, sudoración, sensaciones de frío y calor, además de volverse exigentes con sus padres demandando afecto, atención, presencia física y aliento (Alfonso, 2005).

Otro de los elementos que facilita el afrontamiento de la enfermedad para la reducción de los niveles del estrés en pacientes oncológicos se encuentra relacionado con las habilidades sociales que pueden encontrarse en los repertorios conductuales de los pacientes, los cuales pueden fungir como factores de riesgo si no se encuentran instaurados en los pacientes, provocando un déficit en la manera de interactuar con su entorno.

3.2.2.1.2. Habilidades sociales en la infancia.

Las habilidades sociales son definidas por Kelly (1987) como el conjunto de conductas de carácter adquirido que emplean las personas en situaciones interpersonales con la finalidad de alcanzar o conservar el reforzamiento ambiental. La persona con habilidades sociales de tipo asertivo se caracteriza por mantener contacto visual, expresar afecto, poseer fluidez verbal, un tono de voz y postura adecuada, además de frases que indiquen el reconocimiento de la opinión del otro, mostrando aceptación o desacuerdo y la posible solución al conflicto (Kelly, 1987). De acuerdo a lo expuesto se entiende que una persona con habilidades sociales de tipo inasertivo, carece de los indicadores anteriormente

expuestos caracterizándose por un tono de voz inadecuado y con un contenido verbal que puede ser agresivo o pasivo cuando se requiere expresar opiniones o mostrar desacuerdo o disconformidad con el otro (Kelly, 1987).

Dentro de las habilidades sociales de carácter inasertivo podemos encontrar: el estilo agresivo y pasivo, el cual constituye un continuo en el cual se sitúa la asertividad como el punto intermedio del mismo.

El estilo agresivo se caracteriza por una mirada fija, con tono de voz alto, un habla de tipo fluido y/o rápida en el cual ocurre un enfrentamiento de opiniones entre el hablante y el oyente, se emite gestos de amenaza y una postura intimidatoria con la finalidad de violar los derechos de la otra persona (Caballo, 2007). A diferencia del estilo agresivo, el estilo pasivo se caracteriza por una mirada con dirección hacia abajo, un tono de voz bajo, emisión de gestos de vulnerabilidad, postura hundida, la minimización de eventos de importancia, incapacidad de expresar honestamente pensamientos, sentimientos y opiniones; permitiéndose el control de los mismos al otro (Caballo, 2007).

Según Monjas (1993) las habilidades sociales en los niños y niñas “son conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (p. 29). A lo largo del desarrollo estas habilidades sociales se fortalecerán mediante la intervención de dos factores principales: La presencia de un ser humano (familiar, par, amigo o maestro).

Este tipo de repertorio conductal se observa en niños, de igual manera que en los adultos, siendo un niño con estilo agresivo quien defiende sus derechos y opiniones de forma autoritaria, imponiéndose sobre los demás, descalificando y produciendo malestar

emocional en el otro. El niño que se caracteriza por un estilo pasivo, es amenazado por los demás, inhibe su derecho a expresarse por miedo a sufrir consecuencias negativas (Monjas y González, 1998).

Entre las alteraciones en el área de habilidades sociales que posee un infante que padece cáncer en fase de diagnóstico y/o tratamiento, podemos mencionar las conductas de oposición, ira y rebeldía, los cuales pertenecen al tipo de habilidades sociales de estilo agresivo; y las conductas de sumisión e inhibición características del estilo pasivo (Caballo, 2007; Hernández, López y Durá, 2009). Es importante recalcar que factores estresantes como el padecimiento de una enfermedad produce cambios en las habilidades sociales que posee el infante, en donde produce el rechazo y no aceptación de relaciones interpersonales y la pérdida o ausencia de amigos lo cual se encuentra relacionado con el abandono académico temporal a causa del proceso de tratamiento (Trianes, 2003).

En base a lo expuesto, se podría presumir que los pacientes oncológicos pueden presentar un déficit en las habilidades sociales a causa de los cambios producidos por la enfermedad, lo cual podría aumentar considerablemente el malestar psicológico debido a que afecta la convivencia del niño en el ambiente hospitalario con sus pares, familiares y personal médico. Entre los cambios que pueden presentar los pacientes oncológicos encontramos el cambio de rutina a nivel familiar y escolar, la convivencia con el contexto hospitalario, la administración de procedimientos médicos lo cuales pueden generar situaciones aversivas, el desgaste físico y emocional que trae consigo la enfermedad, entre otras. Dentro del malestar que manifiesta el paciente oncológico, uno de los principales elementos que evidencia cambios es el relacionado con las emociones de los pacientes, observándose un déficit en el manejo de emociones desencadenadas por la enfermedad.

3.2.2.1.2.3. Manejo de emociones.

Las emociones pueden definirse de varias formas, por ejemplo como un estado afectivo que se experimenta, cualquier alteración y/ o agitación de la mente, el sentimiento, que puede provocar cambios físicos o fisiológicos en el individuo; pueden ser definidas así mismo, como impulsos para actuar, planes para enfrentarnos a situaciones inesperadas (Soto, 2005).

Así mismo, podría definirse una emoción como un estado afectivo en el que la alegría, la tristeza, el miedo, el odio, etc., es experimentado, a diferencia de la razón o la voluntad. Las emociones son nuestros “termómetros”, midiendo lo que realmente está sucediendo en y alrededor de nosotros. Las emociones suelen ir acompañadas de cambios corporales o físicos, tales como un latido cardíaco acelerado o sudoración (War Child Holland, 2011).

Por su parte, Ibarrola (2011), plantea que las emociones son fenómenos multidimensionales caracterizados por cuatro elementos: cognitivo (Cómo se llama y que significa lo que siento), fisiológico (qué cambios biológicos experimento), conductual (hacia donde dirige cada emoción mi conducta) y expresivo (a través de que señales corporales se expresa).

Las emociones juegan un rol importante en la manera racional de pensar de los individuos, según algunos autores existen siete emociones primarias de las que se derivan las demás, ellas son: La alegría, sorpresa, amor, definidas como emociones positivas, mientras que tristeza, vergüenza, ira y miedo, se definen como emociones negativas (Soto, 2005).

Por su parte, las emociones podemos clasificarlas en emociones adecuadas e inadecuadas. Las emociones adecuadas derivan de una evaluación realista de situaciones personales y de los acontecimientos que puedan suceder (Vergara y Fuertes, 2009).

En lo que respecta a las emociones inadecuadas éstas derivan de una evaluación distorsionada de la realidad. En lugar de reconducirnos hacia los objetivos deseables, lo único que hacen es paralizar la acción, llevándonos a un estado de ánimo inútilmente doloroso, cuya única función parece ser la de servir de castigo a quien lo experimenta (Vergara y Fuertes, 2009).

La distinción entre las emociones adecuadas e inadecuadas reside en aprender a diferenciar entre las preferencias y necesidades. Cuando alcanzamos una meta, vemos realizadas nuestras metas y nos sentimos satisfechos, por el contrario, cuando no se cumplen nuestras metas, podemos sentirnos tristes, frustrados, contrariado pero nunca desesperados (Vergara y Fuertes, 2009).

Sin embargo, no todos los seres humanos expresan sus emociones y al momento de expresarlas tienen una forma distinta al otro para hacerlo, esto radica en la herencia y el medio. La interacción continua entre ambas es la que facilita la configuración de las experiencias emocionales de las personas individuales. La herencia produce esquemas de comportamiento emocional que se refleja en el temperamento, pero la influencia del entorno es de gran relevancia durante los primeros años de vida y en el ámbito familiar, debido a que van madurando las emociones sociales, sentimientos como los celos, envidia, confianza y seguridad (Ibarrola, 2011).

La importancia de las emociones recae en que éstas son funcionales, debido a que funcionan como mecanismos de:

- φ Supervivencia: Las emociones pueden indicarnos cuando una necesidad humana no se cumple.
- φ Toma de decisiones: las emociones facilitan el proceso de toma de decisiones.
- φ Límites de comportamiento: las emociones nos indican cuando frente a una situación se puede sentir malestar con nuestro comportamiento o el de otra persona. Las emociones nos ayudan a poner límites, lo cual es necesario para proteger nuestra salud física y mental.
- φ Comunicación: Las emociones facilitan el proceso de comunicación, las muestras de expresión facial nos permiten transmitir alegría, tristeza, etc.
- φ La felicidad: Éste sentimiento se origina en querer satisfacer nuestras necesidades, sobre todo nuestras necesidades emocionales. Podemos estar en un ambiente cálido, secos, y bien alimentados, pero seguimos siendo infelices.

En lo que respecta a las emociones en los niños es importante que aprendan a reconocer sus propias emociones. Ellos deben darse cuenta por qué tienen ciertas emociones, para aprenderlas a expresar y a manejar de una manera culturalmente apropiada. Un niño necesita aprender que cuando está enojado, no debe ser físicamente agresivo con los demás, sino que debe tratar de hablar de sus emociones con sus compañeros o adultos de confianza. O cuando los niños tienen miedo necesitan entender por qué tienen miedo (“¿Estoy en peligro? Entonces debo buscar el apoyo de alguien”) (War Child Holland, 2011).

La capacidad para expresar y manejar las emociones, así como ser capaz de reconocer y tratar con las emociones de otros, son poderosos mecanismos de adaptación que mejoran la resiliencia de los niños en situaciones difíciles (War Child Holland, 2011).

Para Del Barrio (2005, c.p. Sanz, s/f) las emociones infantiles cumplen un papel importante en la supervivencia del niño, debido a que a través de ellas son capaces de mostrar y transmitir sus necesidades; las emociones infantiles tienen características específicas y diferentes a las de los demás, debido a que son menos variadas, presentan mayor intensidad y más variables. Una de las formas más adecuadas de estudiar las emociones es a través de las expresiones faciales sin perder de vista a los estados fisiológicos desvinculados de las emociones.

Según Molina, Osses, Riquelme, Riquelme, Sepúlveda y Urrutia (2010, c.p. Sanz, s/f) los 5 rasgos característicos de las emociones en los niños son los siguientes:

- φ Emociones intensas: da igual la magnitud de las experiencias vividas por los niños pues responderán con la misma intensidad ante todas.
- φ Aparición con frecuencia: las emociones son frecuentes en los niños y con el paso del tiempo van aprendiendo que sus explosiones emocionales provocan determinadas reacciones en los adultos, ya sea de aprobación o de castigo por parte de ellos.
- φ Transitoriedad: pueden pasar rápidamente del llanto a las risas, de los celos al cariño.

- ϕ Reflejo de individualización: al nacer, todas las reacciones suelen ser similares en todos los niños, pero a medida que van creciendo empiezan a reflejar la influencia de los aprendizajes en ellos.
- ϕ Cambio en la intensidad: A medida que pasa el tiempo, existen emociones que se debilitan y otras, en cambio, que se fortalecen.
- ϕ Detectables a través de síntomas conductuales: a veces las emociones no pueden expresarse de forma directa, pero pueden ser identificables por la inquietud que transmitan, el llanto, dificultades de aprendizaje o desarrollo.

Lo antes expuesto, hace referencia a la importancia de controlar las emociones específicamente en los niños. En la casa y escuela, se debe acostumbrar a conversar sobre lo que sentimos, los padres y adultos son un modelo a seguir para los niños, facilitando la incorporación de un vocabulario emocional que facilite el uso de estos términos en los niños, mediante el aprendizaje vicario. A pesar de la importancia que tiene enseñarle a hablar a los niños sobre sus emociones, algunos autores expresan que las palabras solo representan una parte de la comunicación emocional (Ibarrola, 2011).

Cuando un niño no puede interpretar correctamente la comunicación no verbal de las otras personas puede mostrar inhibición en las interacciones sociales, lo cual puede generar rechazo por parte de otros niños. Es importante saber qué sentimos, como también darnos cuenta de lo que sienten los demás. Sólo cuando el niño conoce y pone nombre a sus emociones está en la disposición de controlarla (Ibarrola, 2011).

Lo mencionado en el párrafo anterior, se puede evidenciar en las situaciones de explosiones emocionales, las cuales constituyen una respuesta normal. Estas no deben ser

reprimidas, ni juzgadas, ya que existen reacciones fisiológicas que no tiene sentido racional, siendo el autocontrol el polo opuesto de la represión o la anulación de las emociones personales. Una emoción no expresada puede generar cuadros de comportamiento poco adaptado y afectar la salud, por lo tanto, autocontrolarse es saber expresar las emociones de forma que no hagan daño a uno mismo, ni a los demás. (Ibarrola, 2011).

Así mismo, uno de los elementos que genera mayor impacto en los pacientes oncológicos se relaciona con los cambios que se producen a nivel físico, por ello, la importancia del manejo de la imagen corporal que pueden presentar los pacientes durante el proceso de tratamiento, es fundamental en la disminución de los niveles de estrés que puedan generarse en los pacientes.

3.2.2.1.2.4. Manejo de la Imagen Corporal.

La imagen corporal puede definirse como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000 c.p. Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007) y la vivencia que se tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999 c.p. Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

De acuerdo con Rosen (1995, c.p Raich, 2004), la imagen corporal es la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, es decir, se contemplan aspectos subjetivos como : satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

Según lo planteado por Salaberria, Rodríguez y Cruz, (2007), existe una distinción entre las definiciones de imagen corporal y apariencia física; las personas con una apariencia física que se aleja de los patrones de belleza pueden sentirse complacidos con su imagen

corporal y de modo contrario. En lo que respecta a la apariencia física ésta corresponde a una de las primeras fuentes de interacción social, tomando en consideración que los traumatismos, deformaciones, etc, pueden aumentar el riesgo de problemas psicosociales de las personas que puedan padecerla.

La imagen corporal se compone de varias variables (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990 c.p. Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

- φ Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones del propio cuerpo.
- φ Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones del cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. En lo emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.
- φ Aspectos conductuales: aquellas conductas que pueden derivarse de la percepción y los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación.

Dentro de las principales alteraciones de la imagen corporal se encuentran (Cash y Brown, 1987 c.p Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007):

- φ Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que el cuerpo genera.

- φ Alteraciones perceptivas que facilitan la distorsión de la imagen corporal y / o la inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Según lo expuesto en el párrafo anterior, algunos autores indican que es difícil saber, si la imagen corporal se distorsiona porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

En lo que respecta a la formación de la imagen corporal negativa, los autores Salaberria, Rodríguez y Cruz (2007), plantean la existencia de dos variables de relevancia; por un lado de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la imagen. En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.

3.2.2.1.2.4.1. Factores predisponentes

- φ Sociales y culturales: Aquellos que proponen un ideal estético relacionado con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración por la delgadez, la estigmatización de la gordura, la invención sobre la manipulación del peso y del cuerpo) (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).
- φ Modelos familiares y amistades: El modelo de figuras importantes como los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo; además el ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).
- φ Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, la dependencia hacia otros, los sentimientos de ineficacia (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

- φ Desarrollo físico y feedback social: los cambios propios del desarrollo, la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo pueden ser factores predisponentes.
- φ Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

3.2.2.1.2.4.2. Factores de mantenimiento.

- φ Suceso activante: la exposición del cuerpo, el escrutinio social y la comparación social (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).
- φ La disforia o malestar: éstas conducen a la realización de conductas de evitación, de rituales, comprobaciones que pueden activar pensamientos negativos (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

En base a lo expuesto anteriormente y tomando en cuenta los factores que pueden incidir en el aumento o la disminución del estrés en los pacientes oncológicos, uno de los temas que puede ser fundamental para la superación del estrés y la enfermedad es el relacionado con el planteamiento de metas, por lo cual, la importancia de fortalecer estos procesos y planteamientos que se puedan tener en un futuro. Los pacientes oncológicos pueden presentar distorsiones en sus metas, estando sesgadas por la creencia sobre la relación del cáncer con la muerte, aunado a las experiencias relacionadas con el padecimiento de la enfermedad.

Los casos presentados en la población infantil normalmente se presentan durante los primeros años de vida, por lo cual, los pacientes oncológicos pudieran presumir que su condición de salud siempre será la misma y deben estar expuestos constantemente a los procedimientos médicos, habituándose al ambiente hospitalario, sin visualizarse fuera de este ambiente. Dichas creencias en muchas ocasiones pueden verse reforzadas por los agentes cuidadores, es decir, los padres, quienes pueden fortalecer niveles de dependencia hacia ellos, sin promover la ideas o intereses a largo plazo; estos niveles se relacionan con los estilos de afrontamiento que tienen los padres, que a su vez pueden ser modelados por los pacientes oncológicos pediátricos.

En otras palabras, el establecimiento y planificación de metas corresponde a la construcción del proyecto de vida.

3.2.2.1.2.5. Proyecto de vida.

Un proyecto de vida puede definirse como el resultado de un proceso constructivo, realizado por la persona que utiliza oportunamente la experiencia anterior, las posibilidades y alternativas concretas que le ofrece el ambiente en una cierta etapa de su vida (Baldivieso y Perotto 1995 c.p Navarro, 2009).

Según Baldivieso y Perotto (1995, c.p Navarro, 2009), un proyecto de vida es la acción siempre abierta y renovada de enfrentar y superar el presente y abrirse camino al futuro, buscando conquistar su propia vida y el mundo en que se vive. El proyecto oscila entre dos extremos que es importante tener en cuenta: uno que se caracteriza por asumir la predeterminación y la repetición como condiciones inamovibles, y otro que se define en el espacio de la posibilidad y la libertad para decidir y hacer.

Los autores (Baldivieso y Perotto 1995 c.p Navarro, 2009) hacen referencia a que un proyecto de vida cumple con los postulados que se mencionan a continuación:

- φ Son reales: No se hace al margen del conocimiento y experiencias.
- φ Se trata de una formulación simbólica, un esquema en el que representamos la realidad que se espera y planea alcanzar.
- φ En él se ponen en juego en relación estrecha, las estructuras representativas, las ejecutivas y las motivacionales. Al analizar la conducta se observa que cada una de ellas activa a las otras dos.
- φ Los proyectos de vida no son innatos. Es un proceso de internalización de la cultura. Es en el proceso del desarrollo humano, que permiten proyectarse y tener una visión del propio futuro.

Los mismos autores proponen que los proyectos pueden ser: (Baldivieso y Perotto 1995 c.p Navarro, 2009).

- φ Cerrados, en los que no se integra lo imprevisto. Es un proyecto más bien rígido frente a la novedad. La persona no acepta adaptarse a las situaciones cambiantes, sino que se mantiene en una mirada inamovible de lo que desea alcanzar y de lo que es posible.
- φ Simples, cuando contemplan sólo algunos aspectos de la vida, no considerando todas las dimensiones posibles en la realización del ser humano.

- φ Incoherentes, cuando no mantienen una dedicación ante las tensiones que pueden surgir en algunas partes del proyecto. Hay una fragilidad frente a las tensiones que lo aleja de lo realizable.
- φ Irreales, cuando se pierde la mirada a la realidad y sus alternativas posibles. Esto lo hace finalmente irrealizable.
- φ Platónicos, cuando el proyecto queda en la auto ilusión, las palabrerías, en el deseo, pero no compromete la acción y la entrega de la persona a su proyecto.
- φ Con metas a corto plazo, lo que lo hace dependiente de los refuerzos evidentes e inmediatos, sin lo cual el proyecto no alcanza una mirada de su horizonte hacia el cual se dirige.
- φ Dependientes, cuando están supeditados a las condiciones reales de la vida sin que tengan relevancia en el actuar, las aspiraciones de la persona.

3.3. Relación entre cáncer y estrés

Bayés (1985, c.p. Oroza, 1999), señala que el cáncer debe concebirse como un “complejo fenómeno producido por una particular y desconocida combinación de secuencias, intensidades, tiempo de exposición al estímulo cancerígeno, estado del organismo y condiciones psicológicas” (p. 239).

Considerando el carácter inesperado reportado por los pacientes oncológicos en relación al diagnóstico y desarrollo de la enfermedad, Baum y Andersen (2001 c.p. Valencia,

Flores y Sánchez, 2006) consideran que estos son una fuente de estrés que pueden producir alteraciones biológicas y cambios en la conducta del paciente relacionadas con la salud.

Según Trianes (2003), enfrentarse a una enfermedad crónica como el cáncer, implica la presencia de factores mediadores del estrés, debido a la hospitalización y a la enfermedad. Entre ellos se encuentran la edad, la experiencia anterior y el tipo de procedimiento médico.

Por su parte, la edad es el factor más relevante, las diferencias en función de la edad afectan sobre todo a dos aspectos: la valoración del estresor y afrontamiento del mismo. Según Trianes (2003), la valoración del estresor implica varios procesos simultáneos en el niño ya que requiere buscar en la memoria del niño experiencias pasadas de la actuación médica temida; definirla con los parámetros de duración e intensidad y tomar la decisión de manejar la situación, aspecto que está influido por la intensidad de la ansiedad y estrés. De acuerdo a la búsqueda de respuestas adaptativas emitidas en experiencias pasadas, si el niño o la niña poseen un repertorio conductual deficitario en habilidades de afrontamiento puede que emita reacciones inadecuadas ante las situaciones estresantes como el llanto y/o la agresividad (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996). El nivel de desarrollo cognitivo y las capacidades de la memoria y el procesamiento de información influyen en la calidad del recuerdo y de la comprensión de la enfermedad o la operación quirúrgica (Trianes, 2003).

En la experiencia anterior, cabe resaltar que en edades comprendida a los 6- 7 años, los niños presentan menos capacidad cognitiva para tener un recuerdo exacto de la experiencia anterior, y pueden distorsionar el recuerdo fácilmente, aumentando la

intensidad o el dolor del procedimiento temido, así como presentar creencias falsas (Trianes, 2003).

Además de ello, percibirá la disminución de la calidad de vida, lo que podría predisponerlo a la enfermedad, a exacerbar la gravedad de su diagnóstico y a presentar cambios emocionales y de comportamiento, como la desesperanza, depresión y soledad (Barón y Ordoñez, 1998; Friedman y Mulhem, 1992 c.p. Valencia, Flores y Sánchez, 2006). El tipo de procedimiento médico, especialmente los intensos y dolorosos pueden provocar ataques de ansiedad, pánico, comportamiento pasivo indefenso y conductas regresivas en niños en edad escolar, ya que pueden anticiparlos y que perciben la situación fuera de su control (Trianes, 2003).

En lo que respecta al niño que es diagnosticado con una enfermedad como el cáncer, se enfrenta a un amplio espectro de emociones tal como se indicó anteriormente: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad. Precisamente es el nivel de desarrollo el que va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad (Méndez, Orgilés, López – Roig y Espada, 2004). Al conocer el diagnóstico, los niños suelen preguntarse si van a morir y, en función de su edad, lograrán comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y sus miedos (Méndez, Orgilés, López – Roig y Espada, 2004).

El niño con cáncer debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosos que la propia enfermedad (Méndez, Orgilés, López – Roig y Espada, 2004). Por ello, también es común que se generen en ellos

comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento (Méndez, Orgilés, López – Roig y Espada, 2004).

El estrés constituye una variable elemental que puede influir de forma negativa no solo en el estilo de vida y resultados del tratamiento del paciente oncológico, sino también de los cuidadores principales, quienes deben sopesar con las consecuencias tangibles de dicha enfermedad, aunado al tiempo que puede llegar a prolongarse ésta. Según Brophy y Erickson (1990, c.p. Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996), exponen una relación estrecha entre la ansiedad experimentada por los principales cuidadores (los progenitores) y los niveles de activación cardíaca constatando lo señalado por Davies (1984, c.p. Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996), quien realizó estudios relacionados con la correlación existente entre los niveles de ansiedad de las madres y las alteraciones conductuales emitidas por los niños con enfermedades crónicas en condiciones de hospitalización.

3.3.1. Psicooncología.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, representa un claro indicador sobre la importancia del abordaje psicológico que puede ofrecerse en integración con otras disciplinas como la medicina, la enfermería, el trabajo social, entre otras, para la evaluación y tratamiento adecuado a los infantes oncológicos. En consecuencia, la Psicología se ha correspondido a la necesidad de crear, diseñar, adaptar y validar métodos y programas que permitan el abordaje de dicha situación en pro de los niños y niñas y a sus cuidadores velando por su bienestar emocional (Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2009; Almanza-Muñoz y Holland, 2000).

Durante la década de los 50, la psicología realizó investigaciones relacionadas con la adaptación psicológica de pacientes con cáncer mediante aspectos relacionados con la comunicación y el manejo de la culpa; paralelo a la inauguración de la unidad de psiquiatría oncológica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering en Nueva York, siendo estos acontecimientos las primeras aproximaciones a la rama de la Psicooncología (Almanza-Muñoz y Holland, 2000).

La Psicooncología vela por el cuidado psicosocial de pacientes y familiares, brindándoles herramientas para afrontar activamente los cambios psicológicos productos del diagnóstico y la vivencia misma del cáncer, desde la respuesta inicial del diagnóstico hasta el cuidado del paciente en su etapa moribunda (Rebolledo y Alvarado, 2006). El objetivo de la psicooncología persigue: a) comprender y reducir el dolor provocado por procedimiento médico, b) reconocer las consecuencias a largo plazo, c) entender el distrés en el diagnóstico y a lo largo del tiempo y d) conocer la importancia de las relaciones sociales (Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2009).

Según Serradas (2010), la figura del psicólogo en el ambiente de hospitalización oncológica tiene como función brindar apoyo psicológico para disminuir la ansiedad que provoca el contexto hospitalario, evaluación de capacidades, competencias y estados emocionales, y asesorías a pacientes, familiares y personal médico, prestando atención especial a las relaciones existentes entre el personal de la salud y los pacientes; esto con la finalidad de fomentar estrategias comunicacionales para mejorar las relaciones interpersonales.

La psicooncología enfocada en los niños ha sido tema de estudio durante años, relacionándose con el abordaje del cáncer dirigiendo estudios e intervenciones a los pacientes pediátricos y/o a los padres de los mismos, estructurada desde la atención primaria, secundaria y terciaria. En el área de la psicooncología la prevención primaria se establece en el abordaje de los estilos de vida, el comportamiento alimentario y el estrés (Bayés, 1991).

Entre las temáticas abordadas en la psicooncología infantil podemos nombrar el afrontamiento de la enfermedad que padece el paciente y con ello el impacto que tiene en él y en su familia.

3.4. Antecedentes empíricos

Al exponer las temáticas abordadas por la psicooncología se evidencia como la población infantil ha sido influenciada por el desarrollo de esta rama de la psicología, que si bien han sido abordados por pocos investigadores debido a la diversidad de variables extrañas no controladas, se han intentado realizar estudios rigurosos con muestras pequeñas; siendo su objetivo final la determinación y el abordaje del malestar emocional que padece dicha población.

Las presentes investigaciones a reseñarse son un compendio de los estudios realizados en la temática a explorar, el abordaje de los niveles de estrés mediante la elaboración de programas conductuales, sin embargo, se evidencia que dichas intervenciones principalmente han sido dirigidas al abordaje de diferentes variables relacionadas con el estrés (dolor, autoestima, estilos de afrontamiento de los padres, hábitos de autocuidado,

etc.) o a la evaluación psicodiagnostico de los niveles de estrés en niños con cáncer lo cual, resultó como referencia para la elaboración de la presente investigación.

En el conjunto de investigaciones dirigidas al estudio de variables relacionadas al estrés infantil en pacientes pediátricos con cáncer podemos mencionar el realizado por Orgilés, Méndez y Espada (2009), quienes efectuaron una intervención dirigida al afrontamiento del dolor a los tratamientos médicos. Con la utilización de la observación conductual y los autoinformes de los pacientes en escalas de estimación del dolor, se interviene con respiración, relajación, educación, distracción, visualización, manejos de contingencias e hipnosis. Como resultados finales se obtuvo que los infantes manifestaron cambios en las estrategias de afrontamiento al dolor implementando las técnicas utilizadas durante su etapa de tratamiento médico. Se evidencia en investigaciones de años anteriores la ejecución de intervenciones dirigidos a los niños abordándose temáticas como el afrontamiento del dolor (Orgilés, Méndez y Espada, 2009).

Otra investigación dirigida al área de psicooncología infantil podemos nombrar la llevada a cabo por Bragado, Hernández, Sánchez y Urbano (2008), quienes exploraron tópicos como el autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños que padecían y no padecían de cáncer. Para esta exploración se utilizaron pruebas como el PSDQ (Physical Self-Concept Desception Questionnaire), CDI (Children's Depression Inventory) y el STAIC (State-Trait Inventory for Children). Los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables estudiadas menos en salud y flexibilidad las cuales se encuentran relacionadas a la ansiedad estado, proponiéndose como sugerencia para futuras investigaciones la utilización de

estrategias que permitan un adecuado manejo del estrés asociado a la enfermedad y al elaboran un programa de intervención cognitivo.

Valencia, Flores y Sánchez (2006), en su investigación evalúa la efectividad de un programa centrado en el aumento de conductas relacionadas a la destreza del autocuidado y habilidades sociales, como parte de la conducta de adherencia al tratamiento y por ende la mejora de la calidad de vida. Para ello, se elaboró un programa que se encontraba dirigido a 6 pacientes oncológicos con edades entre 5 a 15 años y sus parientes inmediatos, establecidos en 7 sesiones de entrenamiento; en los cuales se utilizaron procedimientos como modelamiento, moldeamiento, reforzamiento positivo y ensayos conductuales para lograr el aumento de las conductas blanco (Valencia, Flores y Sánchez, 2006). Los resultados mostraron cambios clínicos estadísticamente significativos para las conductas blanco, así como una mejora en la percepción de la calidad de vida. Los niños aumentaron su propia participación en conductas de cuidado a su salud, reduciendo su dependencia del cuidado de otros (Valencia, Flores y Sánchez, 2006).

Resulta importante mencionar las investigaciones realizadas en el campo de la psicooncología infantil relacionadas a la variable estrés, entre las cuales podemos mencionar la llevada a cabo por Espada y Grau (2012), en donde realizan una investigación para conocer las estrategias de afrontamiento de los padres para poder realizar el acompañamiento adecuado con sus hijos, consiguiendo, mediante entrevistas, la utilización de estrategias activas como la búsqueda de información, pensamientos positivos, búsqueda de ayuda profesional; o pasivas como el escape, la huida, el aislamiento social, etc. (Espada y Grau, 2012). Como fase final del estudio se recomienda el desarrollo de técnicas educativas y de orientación que puedan promover un estilo de afrontamiento adaptativo que

favorezca el equilibrio emocional de los padres (Moral de la Rubia y Rodríguez, 2009; Espada y Grau, 2012).

Moral de la Rubia y Rodríguez (2009) estudian sobre la importancia del afrontamiento dominante y el nivel de estrés percibido por los padres de los pacientes mediante el uso de la Escala de Estrés Percibido y el cuestionario de Afrontamiento del Estrés, nutriendo así lo expuesto por Davies (1984, c.p. Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996) en relación a la correlación existente entre los niveles de estrés de los padres y los pacientes. En los resultados se obtuvo que existe una correlación directa entre el estrés de las madres y la edad de sus hijos, y diferentes estilos de afrontamiento de acuerdo al género del representante, siendo el padre quien emite un estilo de afrontamiento de tipo evitativo (Moral de la Rubia y Rodríguez, 2009).

Teniendo como referencia las investigaciones anteriormente mencionadas se evidencia que estas intervenciones se centran en el abordaje de indicadores vinculados con las consecuencias del estrés infantil mencionados por Trianes (2003) como ansiedad, depresión, autoestima y autoconcepto físico, los cuales fueron abordados por Bragado, Hernández, Sánchez y Urbano (2008), a variables mediadoras relacionadas con factores protectores como las conductas de autocuidado (Valencia, Martínez y Sánchez, 2006), a factores de afrontamiento como el afrontamiento del dolor (Orgilés, Méndez y Espada, 2009) o a variables moduladoras como el estrés de los padres (Moral de la Rubia y Rodríguez, 2009; Espada y Grau, 2012).

Investigaciones como las llevadas a cabo por Fernández-Castillo y López-Naranjo (2006) muestran la ausencia de una intervención oportuna ante esta problemática social, encontrando como limitante el aprovechamiento de la muestra centrándose solamente en la

obtención de datos, más no, en el principio de beneficencia en el cual todos los psicólogos debemos apoyarnos para favorecer al individuo en esta etapa crítica. En este estudio descriptivo transversal se evaluaban los niveles de estrés, miedos específicos y alteraciones emocionales en niños que sufrían de cáncer y sus familiares durante la etapa hospitalización mediante la utilización de Inventarios de miedos específicos e Inventario de índices de reactividad al estrés Infanto-Juvenil (IRE-IJ). Esta investigación arrojó que la percepción del estrés disminuye conforme aumenta la edad, encontrándose un déficit en cuanto al manejo de herramientas para el afrontamiento del estrés producto del cáncer.

Se evidencia que los estudios realizados se basan en la aplicación de diversos inventarios para lograr medir el nivel de estrés en estos pacientes, no obstante, el aporte desde la psicología no puede desvincularse de esta enfermedad como una problemática social en la cual convergen diferentes actores, lo cual indica, las pocas investigaciones que se insertan en el campo oncológico para ofrecer un beneficio concreto a los pacientes (niños), en función de la reducción del estrés que se produce. La mayoría centra su interés en la intervención en los padres, utilizándolos como mediadores de cambios. Si bien, no se descarta la importancia del apoyo de los cuidadores principales, observamos con preocupación que el trabajo no se ejecute directamente con pacientes infantiles durante los periodos de diagnóstico y tratamiento.

Si bien, la intervención a través de los instrumentos psicológicos pueden ofrecer información para medir nivel los niveles de estrés son una fuente de apoyo para las investigación en esta área, la intervención de programas basándose en las propias experiencias de los niños con cáncer facilita la comprensión y el conocimiento de las necesidades que aparecen como resaltantes dentro del contexto en el cual interactúa el

paciente con cáncer, aunque esto, no puede desvincularnos de la información que pueda administrar ante situaciones o eventos específicos pueden sugerir los instrumentos.

El trabajo unísono de los instrumentos psicológicos, abordaje observacional y práctico basándonos en técnicas conductuales podría generar resultados favorables en investigaciones futuras sobre esta población.

IV. Marco Metodológico

4.1. Sistema de Variables:

4.1.1. Variable: Programa de intervención conductual “Apostando por un mundo de sonrisas”.

4.1.1.1. Definición teórica: Conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente con la finalidad de disminuir el estrés en niños entre 7 y 10 años de edad que asisten a control médico en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas. Para ello se abordará la Psicoeducación para padres, el afrontamiento de temores, asertividad, manejo de emociones, manejo de autoimagen y proyecto de vida.

Se entiende la Psicoeducación para padres como el proceso de enseñanza mediante el cual se les brinda recursos teóricos y técnicos con la finalidad de fomentar la conducta prosocial así como disminuir o extinguir conductas inadaptativas (Olivarez, Méndez y Maciá, 1997 c.p. Olivares, Méndez y Ríos, 2002).

El afrontamiento de temores hace referencia al conjunto de respuestas cognitivas, comportamentales y psicofisiológicas adaptativas que pueden emitirse en situaciones que generen temor en el infante (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996; Craig, 1997).

Se conoce como asertividad todo tipo de habilidades sociales que tiene por finalidad alcanzar o conservar el reforzamiento ambiental. La persona con habilidades sociales de tipo asertivo se caracteriza por mantener contacto visual, expresar afecto, poseer fluidez verbal, un tono de voz y postura adecuada, además de frases que indiquen el reconocimiento de la opinión del otro, mostrando aceptación o desacuerdo y la posible solución al conflicto (Kelly, 1987).

El manejo del autoimagen se conoce como el conjunto de respuestas adaptativas ante la representación cognitiva que cada persona tiene de su cuerpo (Raich, 2000 c.p. Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

Se entiende como proyecto de vida el resultado de un proceso constructivo, realizado por la persona que utiliza oportunamente la experiencia anterior, las posibilidades y alternativas concretas que le ofrece el ambiente en una cierta etapa de su vida (Baldivieso y Perotto 1995 c.p Navarro, 2009).

4.1.1.2. Definición operacional: El programa se encuentra constituido por 6 sesiones, el cual se abordará de la siguiente manera:

La sesión de Psicoeducación para padres “¿Cómo mejorar la vida cotidiana de mi hijo?” se ejecutará una actividad de presentación con los padres de los pacientes, seguida de una dinámica dirigida a la importancia de una actitud positiva. Posteriormente se realizará una charla en donde se brindará información relevante para la importancia de la comprensión

de la problemática del niño, evaluándose al finalizar la misma. Seguido del receso, se realizará una actividad para explorar los contenidos aprendidos con los cuales los participantes elaborarán un resumen de los mismos. Para finalizar se realizará una dinámica que fortalezca la cohesión grupal, evaluándose la participación de los asistentes.

La sesión de Afrontamiento de temores, se comenzará con una actividad de presentación entre los participantes, evaluándose la misma. Luego se realizará una charla sobre el estrés y las conductas adecuadas para el afrontamiento de temores, además de brindar información sobre la Técnica de la Tortuga como herramienta práctica para combatir la situación considerada como atemorizante. La técnica de la tortuga es una herramienta de modificación de conducta para instaurar el autocontrol en niños, mediante el uso de la respiración y la relajación, en la cual se emplea la analogía de la conducta de replegarse que tiene la tortuga ante la posibilidad de amenaza, en la cual una vez emitida la conducta de relajación del infante ante la amenaza o el descontrol puede proceder con la emisión de una respuesta adecuada (Schneider y Robin, 1974). El aprendizaje teórico-práctico será expresado en la construcción de una sesión de imágenes en donde se representen las conductas inadecuadas y la respuesta adecuada para afrontar la situación.

La actividad siguiente a realizarse es una actividad denominada “relajándome” en la cual se invitará a la realización de la relajación autógena de Schultz. Esta técnica consiste en inducir a un estado de

relajación profunda mientras se estimula a la concentración pasiva a las sugerencias enfocadas a sensaciones de calidez y pesadez en zonas específicas del cuerpo, acompañada de visualizaciones (González de Rivera, 1982). Para la evaluación de la actividad se establecerá el cumplimiento de indicadores de relajación y la participación de los participantes. La actividad final consistirá en la representación gráfica de su experiencia durante la relajación realizada.

La sesión dirigida al tema de “Asertividad”, se iniciara a través de la técnica de relajación, donde se busca que los participantes aprendan a relajarse; posteriormente se dará inicio a una charla informativa, cuyo objetivo es que los participantes logren comprender la importancia de la asertividad dentro de su núcleo, familiar , personal y social, evaluándose la comprensión de la información suministrada, a través de la presentación de videos, en los cuales deben categorizarlos en base a la teoría. Una vez culminada la charla se procederá a la realización de una actividad práctica (realización de un postre) para lo cual se trabajara en trabajo en equipo para propiciar interacciones interpersonales donde se pueda observar estrategias de comunicación interpersonal efectivas, a través de instigaciones de las facilitadoras para la presentación de frases u oraciones asertivas. Para culminar por medio de un dibujo, se solicitará a los participantes que situaciones agradables se presentaron durante la sesión.

En lo que respecta a la sesión de imagen corporal, se inicia a través de la técnica de relajación, donde se busca que los participantes aprendan a relajarse. Posteriormente se realizará una actividad en la cual cada uno de los participantes debe colocarse sobre el suelo y con ayuda de las facilitadoras dibujar su silueta corporal, la cual deben diferenciar y nombrar las características principales de la silueta una vez culminada la charla, en la cual se expondrá la importancia de una imagen corporal positiva sobre cada uno de ellos y donde se ejemplificará a través de imágenes caricaturescas, las características de la imagen corporal positiva y negativa, para que sean clasificadas por cada uno de los participantes a qué tipo de imagen corresponde. Para finalizar, se solicitará que expresen a través de un dibujo las situaciones de su agrado.

La sesión de manejo de emociones, se inicia a través de la técnica de relajación, donde se busca que los participantes aprendan a relajarse; posteriormente se expondrá por medio de una charla información que facilite el manejo de emociones básicas en los participantes y presentando figuras animadas que representen las principales emociones tales como: el amor, alegría, rabia, tristeza y dolor, así como la manera adecuada para manejarlas; para reforzar la información suministrada en la charla, se leerá un cuento donde se observa el manejo inadecuado de la emoción tristeza, y en el cual se instigará al participante que proponga alternativas para reaccionar ante la emoción

de tristeza; posteriormente, cada participante contará con tres fichas que representan los colores del semáforo (verde, amarillo y rojo) y deberán mencionar situaciones de su vida cotidiana que puedan producir las emociones de enojo, tristeza, amor, alegría y dolor , por lo cual se interrogara cómo reaccionan en esos casos, pidiéndole a uno de los participantes que comparta su experiencia con el equipo. Cada participante evaluará con los colores del semáforo la reacción de su compañero indicando con el color verde que su reacción fue adecuada, con el color amarillo si su reacción puede ocasionarle problemas y con el globo color rojo si debe detenerse, proponiendo la manera adecuada para responder ante estas situaciones. Para finalizar, se le solicita a los participantes que coloreen el dibujo con el cual se identificaron durante la realización de las actividades, puede ser la emoción de tristeza, alegría, miedo, rabia, etc, compartiendo con sus compañeros su experiencia.

La última sesión corresponde al tema proyecto de vida, ésta se iniciará con la técnica de relajación, donde se busca que los participantes aprendan a relajarse; seguidamente se realizará un charla sobre Proyecto de vida, en donde se proyectarán imágenes que ejemplifiquen el concepto y proceso para la elaboración del proyecto de vida para cada uno de los participantes, además de un sopa de letras, donde deben identificar palabras relacionadas con el tema; una vez culminada la charla se presentan un carteleros dispuestas en la pared, en

las cuales los participantes con ayuda de las facilitadoras, deben identificar sus metas a través de verbalizaciones y plasmarlas en las carteleras, buscando que cada uno de los participantes se involucren en la actividad expresando sus metas en la escuela, personal y familia respectivamente. Para culminar la sesión se realizará una actividad para evaluar las sesiones impartidas en el programa, para ello, se le solicitará a los participantes que expresen de forma verbal, escrita o gestual como se sintieron durante las sesiones, la evaluación en dicha sesión contempla la participación de padres y de los participantes, el objetivo en el caso de los padres es que evalúen la pertinencia de los temas abordados, los cambios percibidos en sus hijos y como se sintieron durante las evaluaciones.

4.1.1.3. Forma de variación: Esta variable variará en cuanto a la presencia- ausencia.

4.1.2. Variable: Estrés.

4.1.2.1. Definición conceptual: El estrés es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986).

4.1.2.2. Definición de medida: Es el puntaje obtenido a través del Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC), en donde a mayor frecuencia de indicadores implica la presencia de estresores.

4.1.3. Variables extrañas

4.1.3.1. Controladas

- φ **Edad de los participantes:** Los pacientes recluidos en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas, con los cuales se trabajó contaban con edades comprendidas entre 7 y 10 años de edad, ya que esto nos garantizaba que todos los participantes se encuentren dentro del periodo escolar de ciclo básico, ya que tomar en consideración participantes del ciclo diversificado involucra la presencia de cambios a nivel evolutivo propios de la adolescencia (Craig, 1997). Esta fue controlada mediante la técnica de constancia de las condiciones, seleccionando a los sujetos que posean entre 7 a 10 años de edad como candidatos a participar en el programa de intervención.
- φ **Fase de la enfermedad:** Los pacientes que participaron en esta investigación se encontraban en la fase diagnóstica y de tratamiento. Se considera que en estas fases el paciente se encuentra más necesitado de orientación y apoyo, ya que experimentan altos niveles de estrés involucrados en el proceso de adaptación y brusca alteración del ritmo de vida que presenta el paciente (Rojas y Pérez, 2011, c.p. Alarcón, 2009). Esta variable fue controlada por la técnica de constancia de las condiciones en donde se seleccionaron los sujetos que se encontraban en la fase de diagnóstico y de tratamiento.

4.1.3.2. No controladas.

- φ **Hospitalizaciones y procedimientos médicos:** Esta variable no pudo ser controlada debido a las variaciones que a nivel hematológico pueda presentar el

paciente o la aplicación de tratamientos como la quimioterapia. Además de las posibles evaluaciones médicas que requieran la hospitalización del paciente debido a la complejidad de dichos estudios, siendo el examen más frecuente dentro de los participantes la punción lumbar.

- φ **Nivel escolar:** No se tomará en consideración el nivel escolar que posea el paciente debido a que este criterio no es esencial para su inclusión en el programa.
- φ **Género de los participantes:** Los participantes del programa de intervención pertenecerán al género femenino y masculino, siendo esta variable no considerada como criterio de exclusión para alguno de sus dos valores; ya que al lograrse el control de la misma solo reducirá la muestra (Valencia, Flores y Sánchez, 2006).
- φ **Tipo de cáncer:** Esta variable no será determinada como criterio de inclusión debido a no poder disponer de un número de participantes mayor al propuesto (10 participantes). Además, no se considera ético realizar la aplicación de dicho programa excluyendo a pacientes con las mismas necesidades por padecer a un tipo de cáncer determinado. Además de lo expuesto, dicho criterio de exclusión se relaciona directamente a lo amparado en los artículos 15 y 26 del Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela (1981) en donde se propone que el psicólogo debe velar por el bienestar individual del sujeto en el campo de la investigación aplicada, prestándole atención de igual manera a todos sus consultantes.

φ **Disposición:** Se refiere al grado de motivación y condición de salud que presente cada uno de los pacientes oncológicos con respecto a la ejecución de las actividades durante la aplicación del programa. Se ha encontrado que las personas con pensamientos negativos padecen mayores complicaciones en su estado de salud lo cual dificulta la aplicación de técnicas relacionadas a su bienestar físico (Sánchez-Sosa, 2002, c.p. Valencia, Flores y Sánchez, 2006).

4.2. Tipo de investigación y Diseño.

Se considera esta investigación como un cuasi-experimento debido a su nivel de sistematización y control de las variables extrañas, siendo los sujetos pertenecientes a un “grupo intacto” quienes no fueron asignados al azar dado que forman parte de la unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas. La utilización de un “grupo intacto” dificulta el proceso de control absoluto de las variables presentes en este grupo; un ejemplo de estas variables son: el tipo de cáncer, nivel escolar, cambios físicos, género y disposición de los participantes. Este grupo de variables consideradas como no controladas, serán tomadas en consideración durante el análisis y discusión de resultados como posibles factores influyentes (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

En relación con el diseño que se utilizará para conocer el efecto del programa de intervención conductual sobre los niveles de estrés, se propone un diseño de pretest - posttest, que consiste en aplicar al grupo de participantes el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) previo y posterior a la ejecución el programa. Esto nos permitirá conocer los posibles efectos del programa de acuerdo a las diferencias obtenidas

en las puntuaciones del inventario (Kerlinger y Lee, 2002). A continuación se presenta el esquema del diseño a utilizarse:

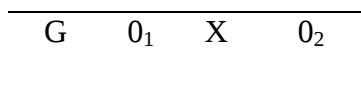


Figura 1. Diseño de pretest-postest de un grupo.

4.3.Participantes:

4.3.1. Población:

Pacientes que asisten a la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas.

4.3.2. Participantes:

10 pacientes oncológicos de ambos sexos en edades comprendidas entre 7 y 10 años de edad, los cuales reciben tratamiento en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas.

4.3.2.1.Criterios de inclusión:

- φ Pacientes oncológicos que se encontraban en la fase de diagnóstico y tratamiento.
- φ Pacientes en un rango de edad de 7-10 años.
- φ Padres que firmaron el consentimiento informado para la participación del paciente en el programa.

4.3.2.2.Criterios de exclusión

- φ Pacientes oncológicos menores de 7 años y mayores de 10 años
- φ Pacientes oncológicos que se encontraban en la fase terminal de la enfermedad
- φ Pacientes que no contaban con el consentimiento informado y acompañamiento regular de los padres y/ o representantes
- φ Pacientes que no asistieron con regularidad al programa de intervención.

4.4.Instrumentos y materiales

4.4.1. Cartas realizadas:

4.4.1.1.Carta de permiso dirigida a la Unidad de Oncología Pediátrica del

Centro Ortopédico Podológico de Caracas (Anexo 1): Dicha carta se encontraba dirigida a la Oncóloga Dra. Migbelia Acosta, con el objetivo de solicitar el uso de los espacios de la Unidad de Oncología para la realización del Programa de Intervención “Apostando por un mundo de sonrisas”.

4.4.1.2.Carta de autorización para la participación de los pacientes

oncológicos: En ella se solicitaba la autorización de los padres de cada uno de los pacientes oncológicos para verificar la participación en el programa. (Anexo 2).

4.4.1.3.Carta de autorización para grabaciones y fotografía:

Se solicitaba a los padres la autorización para la realización de registros fotográficos y grabaciones durante la ejecución del Programa de Intervención “Apostando por un mundo de sonrisas” (Anexo 3).

4.4.2. Documentos relacionados a la Evaluación de expertos

4.4.2.1.Formato de evaluación de entrevistas: Se encontraba dirigida a los expertos, quienes evaluarían las entrevistas en base a la pertinencia, redacción y formulación de las preguntas elaboradas para los padres y niños (Anexo 4).

4.4.2.2.Formato de evaluación de observación: Dicha evaluación se encontraba anexo junto al “cuestionario de evaluación de entrevistas” el cual fue evaluado, de igual manera, por los expertos. (Anexo 5).

4.4.2.3.Formato de evaluación del Programa de Intervención “Apostando por un mundo de sonrisas”: El formato contenía las especificaciones del programa como el objetivo principal del mismo, una breve descripción acerca de participantes a los cuales se encontraba dirigido, las temáticas a tratar por sesiones y la duración del mismo. De igual manera, presentaba los objetivos generales y específicos de cada sesión así como las actividades, tiempo estimado, recursos y procesos de evaluación.

4.4.3. Evaluaciones realizadas a los participantes

Evaluación N°1: Prueba de 7 preguntas relacionadas con las temáticas tratadas en la charla dirigida a los padres. (Anexo 6).

Evaluación N° 2: Hoja rayada en la cual los participantes realizaron un resumen que incluyera el 60% de los contenidos expuestos en la charla y su experiencia vivida en la sesión. (Anexo 7).

Fichas N° 1: Estas fichas, constituidas por 14 imágenes, debieron ser organizadas secuencialmente por los participantes durante la sesión II. (Anexo 8).

Protocolo de relajación autógena: Dicho protocolo contiene el guión de verbalizaciones las cuales fueron impartidas a los participantes durante la realización de la relajación ejecutada en las sesiones II, III, IV, V y VI. (Anexo 9)

Evaluación N° 3: Esta evaluación consiste en la clasificación de 5 videos presentados de acuerdo a los criterios “Asertivo” e “Inasertivo”. En él, los participantes deberán colocar una “X” en la opción correcta. (Anexo 10).

Evaluación N° 4: Hoja de clasificación de frases e imágenes las cuales representan el criterio “Autoimagen positiva” y “Autoimagen negativa”. (Anexo 11).

Sopa de Letras N° 1: En esta sopa de letras los participantes debieron identificar 5 palabras (Metas, Bienestar, Proyecto, Vida y Únicos). (Anexo 12).

Evaluación N° 5 (Formato de Evaluación del Programa): Esta serie de evaluación, dirigidas a padres y a niños, tuvo como finalidad la evaluación del Programa de Intervención “Apostando por un mundo de sonrisas” en la cual se evaluaron mediante una escala la pertinencia de los temas abordados, la utilidad, la eficacia de las facilitadoras, entre otros aspectos fundamentales para su evaluación (Anexo 13).

4.4.4. Materiales relacionados con las actividades del programa:

4.4.4.1.Tarjeta en blanco N°1: Utilizada para la realización de la dinámica 1 de la sesión I, dirigida a los padres de los niños. En ella debían anotar una frase positiva con la que se sintieran identificados.

Formato de Dibujo N° 1: En este formato los participantes debieron expresar mediante un dibujo como se sintieron durante la realización de la relajación (Anexo 14).

4.4.4.2.Formato de Dibujo N° 2: Este formato de dibujo, que fue utilizado en la sesión III, los participantes debieron expresar mediante un dibujo cual fue la actividad de su agrado. (Anexo 15).

4.4.4.3.Formato de Dibujo N° 3: Fue utilizado en la sesión IV, cuando los participantes debieron expresar mediante un dibujo cual fue la actividad de su agrado (Anexo 15).

4.4.4.4.Cuento N° 1: Este cuento, titulado “El Cuento de Nicanor” fue leído por las facilitadoras durante la realización de la Dinámica 4 el cual se relacionaba con el manejo inadecuado de las emociones, específicamente de la tristeza. (Anexo 16).

4.4.4.5.Formato de Dibujo N° 4: Con la finalidad de realizar la Actividad 3, los participantes debieron seleccionar una de las figuras que representa la emoción con la que se sentían identificados. El formato constaba de 5 figuras que representan las emociones expuestas en la charla pautada para la sesión V. (Anexo 17).

4.4.4.6.Ingredientes para la realización de la “Tarde de trufas” (Actividad 2, Sesión III).

4.4.4.7.Utensilios de cocina.

4.4.4.8.Formatos de evaluación de actividades

4.4.4.9.Manual del facilitador

4.4.4.10. Diapositivas para las sesiones:

4.4.4.11. Computador portátil.

4.4.4.12. Televisor.

4.4.4.13. Colores.

4.4.4.14. Marcadores.

4.4.4.15. Láminas de papel Bond.

4.4.4.16. Tarjetas de colores roja, verde y amarillo.

4.4.4.17. Cartulinas

4.4.5. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC) (Anexo 18):

El Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC) fue administrado como Pre y postest de la variable a intervenir, el estrés. Este tiene como principal objetivo “la evaluación de estímulos estresores y de las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas o conductuales que se emiten en la infancia al sufrir la acción de los estresores” (Trianes, Mena, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2012, p.31). Este inventario expone acontecimientos cotidianos relacionados con la escuela, familia y salud que son representativos al constructo estrés cotidiano (Trianes, Mena, Fernández-Baena, Escobar, Maldonado y Sánchez, 2009).

El inventario consta de 25 ítems dicotómicos que evalúan la presencia o ausencia de sucesos, problemas, demandas y contrariedad que pueda presentar el infante en su vida cotidiana, que puedan ocasionar malestar emocional en él. Los ítems se encuentran distribuidos en ámbitos como la problemas de salud y psicosomáticos, escuela y familia.

La dimensión Problemas de Salud y Psicosomáticos consta de 12 ítems los cuales se encuentran relacionados con situaciones de enfermedad como visitas al doctor, padecimientos médicos, terrores nocturnos, fatiga o preocupación por la imagen corporal. La dimensión Estrés en el ámbito escolar está conformada por 6 ítems que incluyen situaciones como problemas con el profesorado y compañeros de estudio, bajas calificaciones y exceso de tareas. La dimensión Estrés en el ámbito familiar consta de 7 ítems y se incluyen situaciones como dificultades económicas, soledad percibida, falta de contacto, discusiones entre hermanos y exigencias de los padres hacia el niño o niña.

Este inventario ha sido analizado mediante análisis factoriales, la fiabilidad en test-retest, muestra un 0.80 de confiabilidad y 0,81 de validez interna, siendo revisada su validez externa con Registros de rendimiento académico, el Cuestionario de estrés en niños (Questionnaire Stress in Children), autoinforme del Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes, niveles de ratio cortisol/DHEA como componente fisiológico principal del estrés, etc. (Trianes et al. 2012).

A pesar que no se han encontrado investigaciones relacionadas con la aplicación de este inventario a nivel hospitalario, se tiene referencia de su uso en otras áreas de estudio como el ámbito escolar.

Escobar, Trianes y Fernández-Baena (2008, cp. Trianes et al. 2012), emplearon el inventario con la finalidad de conocer en la población escolar las relaciones entre altos niveles de estrés cotidiano y baja autoestima, ansiedad, bajo autoconcepto, depresión, locus de control externo y sentimientos de incapacidad. De igual forma, Martínez-Otero (2012) se administra el instrumento a 156 alumnos pertenecientes a 5° Grado de Educación Primaria con la finalidad de evaluar los niveles de estrés de esta muestra para lograr ejecutar acciones que contribuyan en la mejora del ambiente escolar.

4.5.Procedimiento:

4.5.1. Pre-experimental:

4.5.1.1.Contacto inicial con la institución

En primer lugar se realizó el contacto con la Dra. Migbelia Acosta oncóloga de la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas para conocer la disposición de implementar el desarrollo de un Programa de intervención conductual , sobre el estrés en niños con cáncer, entregándose la carta de solicitud de permiso para la realización del programa y los estudios involucrados: observación y estudio de necesidades.

4.5.1.2.Juicio de expertos del guión de entrevista.

En referencia a las recomendaciones emitidas por los expertos, éstos se centraron en los aspectos de redacción, formulación de preguntas y la pertinencia de los temas planteados en cada una de ellas.

La redacción se centró en la modificación de algunas preguntas, de modo tal que tuvieran coherencia al momento de plantárselas a los padres de los pacientes oncológicos, esto con el objeto de facilitar la comprensión de las mismas, así mismo, se efectuaron cambios en la formulación de las preguntas para procurar que éstas tuvieran una estructura más cerrada y así facilitar el proceso de respuesta.

En cuanto a la pertinencia de los temas ahí expuestos se ajustaron a la búsqueda y manejo de información respecto a la enfermedad de los pacientes, así como a las conductas y cambios más notables a nivel físico y comportamental de los pacientes oncológicos desde la perspectiva de los padres; sin embargo, durante el proceso de revisión los expertos sugirieron agregar y modificar algunas de las preguntas que se encontraban en el formato. Otra de las recomendaciones estuvo centrada en la cantidad de preguntas a realizar a los padres de los pacientes oncológicos, se indicó que las entrevistas no debían ser tan extensas para evitar el agotamiento y fatiga de los padres, lo cual podía interferir en la información que suministrarían.

4.5.1.3. Estudio de necesidades: Entrevistas y observaciones.

Una vez realizado el enlace con la Institución, se procedió al estudio de necesidades y observaciones de los pacientes oncológicos previo a la información que suministrará la Oncóloga encargada sobre la disponibilidad de horarios para su realización. Dicho estudio de necesidades se inició con la realización de entrevistas semi-estructuradas a los padres de los pacientes conformado por 13 preguntas, esto, con el objetivo de conocer la información que poseían sobre la enfermedad que padecen sus hijos, los estilos de afrontamiento adoptados al conocer el diagnóstico y los cambios comportamentales emitidos por los

pacientes, etc. Es importante recalcar que de las 13 preguntas con las cuales contaba el guión de entrevista, (2) dos de ellas fueron agregadas posterior a la revisión de los expertos, decisión tomada debido a la importancia de conocer la información que manejaban respecto al tema de estrés y la percepción de éstos sobre la presencia de indicadores de estrés en los pacientes oncológicos.

Al culminar la etapa de entrevistas semi-estructuradas con los padres, se realizó las entrevistas con los pacientes para conocer qué tipo de información poseían de su enfermedad, sus opiniones, sentimientos e intereses acerca de sus vivencias, esto con el objetivo de adaptar la realización del programa a las necesidades de los pacientes.

4.5.1.4. Análisis de contenido.

Una vez culminada dicha técnica de recolección de información, se procedió al análisis de contenido del mismo con la finalidad de lograr la categorización de las necesidades y debilidades que presentaban en el ámbito emocional los niños y que pudieran ser compensados con la realización del programa. El análisis de contenido derivó la categorización de los siguientes elementos:

Tabla 3.

Categorización arrojada en el análisis de contenido.

Frecuencia	Categorías y sub categorías	Plasmadas en las preguntas
7	Preocupación	1-3
6	Polaridad	1-2-
4	Culpa/miedo	1-2
14	Conocimiento: Tratamientos, experiencia previa, Evitación, Efectos secundarios, Localización del tumor	1-4-5-9
9	Prioridad de los padres: Salud y Bienestar	7
2	Trasferencia del conocimiento	3-7
7	Creencias: Creencias acerca de la vida, Fe/Espiritualidad, Del cáncer.	1-2-7
20	Estilos de afrontamiento de los padres	2
4	Estilo de afrontamiento del niño según los padres	3-4-9
20	Elementos físicos	4-7-8
8	Elementos sociales	4-7-10
6	Elementos emocionales	4-7-9-12-13
5	Elementos familiares	4-7
2	Elementos Laborales y/ o económicos	4-7
8	Conductas inadecuadas: Inasertividad, Cumplimiento de normas en casa/ escuela, Falta de tolerancia a la frustración, Falta de adherencia al tratamiento, Presencia de indicadores de estrés	6

La categorización fue realizada basándose en las coincidencias encontradas en las respuestas de los padres, posteriormente, se procedió a definir el nombre de las categorías donde pudieran incluirse las sub categorías iniciales de cada una de las respuestas de los padres a través de las entrevistas. Se tomó para dicho análisis de contenido la frecuencia y el número de la pregunta a la cual corresponden las respuestas dadas por los padres, esto con el fin de facilitar la detección de necesidades presentes e incluirlas en el programa de

intervención, con la finalidad de atender a las mismas y reducir los niveles de estrés en los pacientes oncológicos.

La derivación de las categorías expuestas, representan las respuestas de los padres con respecto a la enfermedad de los pacientes oncológicos, desde el momento en el que conoce la enfermedad, tratamiento, seguimiento, adherencia , cambios físicos, personales y sociales, encontrándose, que la información suministrada por los padres presenta indicadores que pueden englobarse dentro de la definición de estrés, por lo cual se podría indicar que no sólo los niños presentan estos indicadores, sino que también los familiares de estos lo manifiestan.

La información que suministra el análisis de contenido permitió definir la temática a plantearse en cada uno de los temas de las sesiones tomando como punto de partida que las categorías y sub categorías pueden ser indicadores del estrés.

4.5.1.5.Diseño preliminar del programa.

La elaboración del programa de intervención conductual sobre el estrés en niños con cáncer, se diseñó en base a los resultados obtenidos en el análisis de contenido, categorías y sub-categorías definidas que se suponen, expresarán las necesidades más importantes reflejadas por los padres de los pacientes. Así mismo, se elaboró el manual del facilitador (ver anexo 19), el cual contemplaba cada una de las actividades planteadas para cada una de las sesiones de intervención del programa, así como las instrucciones y formatos de evaluación para cada una de las actividades.

El material de apoyo (diapositivas) contenía información teórica de cada uno de los temas que serían trabajados en cada una de las sesiones, pero ajustándose la información a la edad de los participantes para facilitar la comprensión y fijación de los contenidos.

4.5.1.6.Evaluación de expertos del programa preliminar.

Una vez elaborado el programa de intervención se hizo entrega de la versión preliminar a cada uno de los expertos en el área quienes debieron revisar el contenido de los 6 sesiones, con la finalidad de validar y realizar las recomendaciones pertinentes sobre aquellos cambios que debían realizarse al programa de ser necesario. Para ello, se contactaron a expertos que tuviesen experiencia en el área de técnicas conductuales, desarrollo infantil, diseño de programas y psicooncología, el cual se muestra en la Tabla 4, los datos de identificación y datos relacionados a su área de especialización.

Tabla 4.

Datos de identificación y especialización de los expertos

Iniciales del experto	Universidad	Profesión y otros estudios realizados	Área de trabajo	Lugar de Trabajo	Años de experiencia en el área
M.D.	UCV	Lic. En Psicología. Maestría en Psicología del Desarrollo Mención Psicología del Desarrollo Humano	Psicología del Desarrollo	Escuela de Psicología UCV	27 años

R. L.	UCV	Lic. En Psicología. Magister Scientiarum en Psicología, mención análisis experimental de la conducta.	Estudio en procesos básicos asociados a comportamientos complejos. Evaluación de programas. Evaluación Clínica de Casos. Metodología de Investigación/ Estadística. Docencia en Diversas áreas de la Psicología.	Instituto de Psicología, FHE, UCV.	29 años
L.T.	UCV	Lic. En Psicología Maestría en Psicología del Desarrollo Mención Psicología del Desarrollo Humano	Psicología del Desarrollo	Escuela de Psicología UCV	30 años
L.C.	UCV	Lic. en Psicología. Maestría en Psicología del Desarrollo humano.	Psicología del Desarrollo	Escuela de Psicología UCV	30 años
L.H.	UCV	Lic. en Psicología (Mención Clínica. Maestría en Análisis Conductual (No culminado). Especialización	Psicología Ocupacional/ Psicología de la Salud / Psicología Clínica	Escuela de Psicología UCV. Departamento de Psicología Clínica. Metro de Caracas. Ejercicio Privado.	12 años

		en Dinámica de Grupos (en proceso).			
P.P.	UCV	Lic. en Psicología Clínica. Magister Scintiarum en Psicología (Mención Análisis Conductual)	Medicina Conductual, Psicología de la Salud. Formación en Psicología.	Escuela de Psicología UCV. Departamento de Psicología Clínica	
F.O	UCV	Lic. en Psicología (Mención en Asesoramiento y orientación Psicológica).	Especialista en Dinámica de grupos.	Escuela de Psicología UCV	19 años
G.L.	UCV	Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica Magister en Psicooncología	Presidenta y fundadora de la Sociedad Venezolana de Psicooncología (SOVEPO). Docente de la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Metropolitana	Psico-oncóloga del Instituto de Oncología y Hematología y del Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear del Hospital Universitario de Caracas	17 Años

Dicha evaluación fue entregada a cada uno de los expertos, anexándose un formato de evaluación, que contenía los siguientes criterios de valoración de redacción, evaluación, pertinencia de las actividades y temáticas. El criterio de evaluación “Redacción” contemplaba la corrección de la redacción de los elementos planteados en objetivos generales y específicos, actividades y evaluaciones de cada módulo con la finalidad de ajustar detalles para la ejecución efectiva del programa. El criterio de “Evaluación” requería la revisión de la concordancia entre los objetivos

planteados y las actividades a realizarse para el cumplimiento del mismo. Por último, el criterio de “Pertinencia de las actividades y temáticas” requería de la revisión de la conveniencia de las temáticas a tratarse con los pacientes y familiares, además de la evaluación de las actividades a ejecutarse como parte del contenido práctico de programa.

4.5.1.7. Ajustes del programa definitivo.

Después de las recomendaciones ofrecidas por los expertos en el área al programa de intervención conductual se realizaron los cambios pertinentes, desatancándose los siguientes: Se produjo una reducción en el tiempo de aplicación de la relajación a los pacientes oncológicos, ajustes en las dinámicas y / o actividades a realizar tanto con los padres como con los pacientes, con el objeto que éstas fueran comprensibles para cada uno de ellos, así como que no fueran a producir comentarios negativos como las burlas hacia los participantes del programa. Se efectuaron los ajustes pertinentes de redacción a los contenidos y procedimientos de las actividades del programa. La última de las recomendaciones de los expertos se encontró enfocada en las evaluaciones de cada una de las actividades de las sesiones, para ello se construyeron formatos de evaluación que permitieran verificar el cumplimiento de los objetivos que se pretendían alcanzar en cada una de las actividades.

4.5.1.8. Logística.

En lo que se refiere a la logística, se realizó el condicionamiento de los espacios físicos de la unidad y adquisición de los recursos materiales que faciliten y

garanticen el alcance de los objetivos planteados en cada sesión del programa. Posteriormente, se convocó a una reunión para aclarar las posibles dudas que los padres pudieran tener sobre la aplicación del programa, además de coordinar y fijar horarios de las sesiones, hacer entrega del consentimiento informado para la participación de los pacientes oncológicos y la autorización para la grabación de videos y fotografías.

4.5.2. Experimental

4.5.2.1. Aplicación del Pretest.

Previo al inicio de la Intervención se aplicó el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC), como medida pre-test del estrés percibido por los pacientes oncológicos.

4.5.2.2. Proceder a la aplicación del Programa de Intervención (Anexo 20)

La sesión 1 dirigida a los padres de los pacientes oncológicos tenía como objetivo la Psicoeducación. Se dio inicio a la presentación del tema contando con la participación en la primera dinámica con 4 participantes de los 6 pautados. Se realizaron las actividades previstas para que cada uno de los participantes pudieran conocerse y establecer los nexos de confianza, a través de la dinámica “ Mi maleta de viaje” cada uno debía indicar su nombre, apellido, nombre de su hijo y escogiendo un objeto que llevarían en una maleta de viaje, una vez culminada esta dinámica se procedió a la segunda dinámica llamada “Mi pasaporte” , se contó con la participación de 6 de los padres; la cual consistía en escribir una frase positiva que

los haga capaces de afrontar cualquier dificultad, en dicha dinámica se observó la disposición de cada uno de los participantes, la cual se evidencia al momento de compartir las frases con el resto de los participantes.

Seguidamente como parte del contenido teórico se expuso la información sobre los aspectos generales del cáncer, conductas y comportamientos más frecuentes asociados a la enfermedad, influencia del estrés en los participantes, cambios familiares, afección a la vida académica, recomendaciones de convivencia, creencias y estilos de afrontamiento de la enfermedad. A pesar que para esta actividad se tenía un tiempo estimado de 45 minutos se extiende por 20 minutos aproximadamente, ya que los padres intervenían con anécdotas que enriquecían la información pautadas dentro del contenido del programa. Al terminar la exposición de los contenidos se realizó con los padres el proceso de evaluación mediante una prueba diagnóstica, la cual una vez culminada dio paso al receso con una duración de 10 minutos.

Finalmente, se realizaron las últimas dos dinámicas centradas en el fortalecimiento de la información brindada y la cohesión grupal. En la dinámica “ Cuéntame sobre tu viaje” se planificó como evaluación la realización de un resumen donde reflejaran sus experiencias y conocimientos obtenidos durante la sesión, sin embargo, dicha evaluación no se logró realizar debido a que los participantes manifestaron la necesidad de completar la actividad una vez culminada la sesión para poder entrar a las consultas médicas con los pacientes oncológicos, motivo por el cual se accedió a

la petición pero éstos no lograron culminarlas antes de la hora de funcionamiento de la Unidad.

Por último, se realizó la actividad llamada “Un souvenir especial” en donde cada uno de los participantes debía entregarle a cada uno de sus compañeros un souvenir (recuerdo) del viaje realizado, el cual era representado por valoraciones positivas que piensen y sientan por esa persona. Durante esta dinámica los padres se mostraron bastante emotivos al momento de hacer entrega del souvenir, presentándose en alguno de ellos lágrimas, que según sus propias palabras eran muestra de agradecimiento.

La sesión 2 estuvo dirigida al afrontamiento de temores, teniendo como objetivo principal que los participantes lograran identificar situaciones que le produzcan temor y que desarrollaran conductas adecuadas para afrontar los mismos. La primera actividad se centró en la presentación de los participantes, constándose con la presencia de 6 de ellos, los cuales debían presentarse con una parte del cuerpo que sería indicada por las facilitadoras seguido de su nombre, que le gusta y que no le gusta. Una vez cumplida dicha actividad, se procedió a la ejecución de la charla basada en brindar información para garantizar que los participantes comprendieran la importancia del afrontamiento de temores ante situaciones de hospitalización y procedimientos médicos. Durante la charla se presentaron momentos de dispersión por parte de los niños por lo cual se utilizó instigación verbal para que los niños pudieran atender a las dinámicas presentadas en las sesiones, obteniendo una respuesta satisfactoria por parte de ellos.

Seguido de la evaluación de la charla, se realizó la actividad denominada “Relajándome”, en donde se pretendía que los participantes adquirieran una conducta de afrontamiento adecuado a situaciones de temor, en la cual se evaluó la puesta en práctica de la misma y presencia de indicadores de relajación. Como última actividad se ejecutó la actividad denominada “Como me siento” con el objetivo de que los participantes expresaran verbalmente cómo sintieron su cuerpo durante la relajación y si se concentraron en las visualizaciones.

Para la sesión 3 se tenía previsto dar inicio a las actividades con el ejercicio de relajación, sin embargo, debido a cambios en la distribución de las sesiones las cuales inicialmente se realizarían semanalmente, se llegaron a producir cambios por cuestiones de tiempo y por las hospitalizaciones frecuentes a las cuales estaban expuestos los pacientes oncológicos, por tanto, las sesiones debieron replantearse a dos sesiones por día eliminándose uno de los ejercicios de relajación pautados dentro del programa de intervención y postergándose el receso al final de la primera sesión diaria.

El tema de “Asertividad” el cual corresponde a la tercera sesión, se inició posterior al receso con la charla informativa en la cual se proyectaron diversas imágenes y videos que guardaban relación con esta habilidad social; la cual sería evaluada a través de categorización de videos definidos como “asertivos” e “inasertivos” por cada uno de los niños. Para la segunda actividad se planificó una “Tarde de trufas” en

la cual se debía elaborar un postre en grupo, el objetivo en esta actividad era que los participantes aplicaran estrategias de comunicación efectividad las cuales fueron acompañadas de instigaciones verbales por parte de las facilitadores, quienes reforzaban socialmente las respuestas adecuadas. Para finalizar la sesión se estipuló la realización de la actividad “Lo más divertido de hoy fue...” en donde los participantes expresaron con un dibujo la actividad que fue de su agrado.

Para la sesión 4 se tenía prevista la realización de la actividad “Relajándome” para dar inicio a la temática “Manejo de imagen corporal”. Una vez realizada, se procedió a la actividad llamada “Construyendo mi imagen”, donde los participantes debían realizar con ayuda de las facilitadoras su silueta corporal que sería expuesta al finalizar la charla, en la cual se expuso sobre la importancia de la imagen corporal positiva. Luego de finalizada la charla se procede a la evaluación de la temática expuesta, la cual consistió en la clasificación que representaban autoimagen positivas y negativas mediante imágenes o frases. Una vez culminada esta actividad se indicó a los participantes que debían identificar su silueta del resto de sus compañeros y, en base a las características verbalizadas de su persona, debían clasificar si poseían una autoimagen corporal positiva o negativa. Para finalizar se realizó la actividad denominada “Lo más divertido de hoy fue...” con la finalidad de conocer mediante un dibujo cual fue la actividad de su agrado durante la sesión.

La sesión 5 dentro del programa se encontró dirigida a trabajar el manejo de emociones en los pacientes oncológicos, por lo cual, se dio inicio a la sesión con la

charla respecto al tema planteado, exponiendo a través de la presentación de figuras animadas las principales emociones (amor, alegría, tristeza, rabia y dolor) que podían presentarse en los participantes. Posteriormente se procedió a la lectura de un Cuento, al cual los participantes oncológicos debían estar atentos para luego dar respuestas a las interrogantes planteadas por las facilitadoras como método de evaluación de la actividad; seguidamente se pasó a la realización de la penúltima actividad denominada el semáforo, en donde se realizó a cada uno de los participantes tres tarjetas roja, amarilla y verde y en donde las facilitadoras recrearon situaciones que pudieran generar diversas emociones en los participantes oncológicos, el objetivo planteado era que ante cada situación a la cual se hacía referencia los participantes comentaran su experiencia, mientras el resto de los participantes indicó la reacción de su compañeros; posterior a la evaluación de la actividad, se efectuó la última actividad de la sesión, en la cual los participantes debían escoger entre una lista de dibujos que representan emociones con cuál de ellas se identificaron.

La última sesión, la VI, estuvo dirigida a la orientación de los participantes en la elaboración de su proyecto de vida, dicha sesión inició con la relajación autógena mostrándose el avance de los participantes con la adquisición de las destrezas para lograr la relajación efectiva. Luego de realizada esta actividad se procedió a la ejecución de la charla relacionada con el tema proyecto de vida, mostrándose en ella el concepto, el proceso de planificación y la importancia de la elaboración de su proyecto de vida. Esta charla culminó con la entrega de una sopa de letras en donde los participantes debían encontrar las 5 palabras relacionadas al tema expuesto. Para la

actividad “Construyendo mi Proyecto de Vida” los participantes debían expresar sus metas a través de verbalizaciones las cuales eran plasmadas en cartulinas previstas en el aula, con la finalidad de generar herramientas de cambio que permitan la planificación de su proyecto de vida.

Por último se le hizo entrega de un formato de evaluación en la cual expresaron, con ayuda de una escala (de Excelente a Muy malo) la pertinencia de los temas abordados, la utilidad, la eficacia de las facilitadoras, entre otros aspectos fundamentales para su evaluación.

4.5.2.3. Aplicación del Postest.

Una vez culminada la aplicación del programa se aplicó nuevamente el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC), como medida de Post- test.

4.5.2.4. Análisis de resultados.

Los datos obtenidos en el Pretest y Postest fueron sometidos a los estadísticos descriptivos pertinentes para el análisis respecto a la efectividad del Programa “Apostando por un mundo de sonrisas” en la reducción de los niveles de estrés.

4.5.2.5. Evaluación del programa por parte de los padres y los participantes,

Una vez culminada la aplicación del post- test se efectuó una entrevista con los padres de los participantes, con el fin de constatar los cambios producidos por el programa mediante un cuestionario.

4.6. Propuesta de Análisis de Resultados

Con la finalidad de analizar los resultados, se empleó estadísticos descriptivos. Estos fueron aplicados a los resultados obtenidos en el Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC), como medidas de Pre y Post test. Entre los estadísticos descriptivos que se utilizaron:

4.6.1. Medidas de tendencia central:

- ϕ Media: Siendo esta el promedio aritmético de la distribución de un grupo determinado (Hernández, Fernández y Batista, 2006).
- ϕ Mediana: Es el valor que divide la distribución de la población por la mitad, indicando la posición intermedia de la misma (Hernández, Fernández y Batista, 2006).
- ϕ Moda: Es la categoría o la puntuación que se presenta con la mayor frecuencia dentro de una distribución (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

4.6.2. Medidas de Variabilidad:

- ϕ Desviaciones estándar: Indica el promedio de la desviación con respecto a la media de la distribución (Hernández, Fernández y Batista, 2006).
- ϕ Varianza: Es una medida de dispersión del conjunto de puntuaciones, indicando la medida en que las puntuaciones difieren entre sí (Kerlinger y Lee, 2002).

φ Prueba t para muestras relacionadas: Estadístico paramétrico que permite contrastar las diferencias que pueden existir entre dos medias relacionadas, que posee como requisito la distribución normal de la muestra, datos en escala de intervalo y es utilizado cuando la N de las muestras son pequeñas (Kerlinger y Lee, 2002).

V. Resultados

El análisis de resultados del siguiente proyecto se encuentra conformado por dos apartados: el primer apartado se encuentra orientado a la exposición de los resultados de las evaluaciones del programa pautadas para cada una de las actividades, aspecto que será presentado en tablas que mostrarán los resultados esperados y obtenidos en cada sesión.

El segundo apartado es relativo al análisis estadístico de los resultados relacionados al pretest y posttest aplicados, mostrándose tablas y gráficos que faciliten la presentación de los mismos.

5.1.Resultados de las evaluaciones.

En este apartado, como se mencionó anteriormente, se presenta la evaluación del programa “Apostando por un mundo de sonrisas” en base a los objetivos planteados para cada actividad y el rendimiento de los participantes en ellas.

Tabla 5.

Evaluación del programa por objetivos específicos esperados y obtenidos.

Sesión 1				
Actividad	Evaluación	Participantes	Esperado	Obtenido
Actividad 1: Presentación	Que los participantes logren presentarse frente al grupo	4	4	4
Dinámica 1: “Mi pasaporte”	Que el 100% de los participantes logren expresar de forma escrita y verbal la frase que los identifica	6	100%	100%
	Verbal		100%	100%
	Escrita		100%	100%
Actividad 2: Charla sobre el	Que los padres respondan correctamente el 70% o más de las preguntas realizadas	6	70%	73,8%

cáncer.				
Actividad 3: “Cuéntame sobre tu viaje”	Que el 60% de los contenidos expuestos en la charla sean incluidos en la elaboración de un resumen	7	60%	0%
Dinámica 2: “Un souvenir especial	Que el 100% de los asistentes a la sesión participen en la actividad	7	100%	100%
Sesión 2				
Actividad	Evaluación	Participantes	Esperado	Obtenido
<u>Actividad 1:</u> Presentación “Los saludos con partes del cuerpo”	Que el 100% de los participantes logren presentarse frente al grupo	6	100%	100%
Actividad 2: Charla sobre afrontamiento ante temores.	Que el 70% de los participantes construyan una secuencia en donde se identifique la situación que produzca temor y la posible respuesta para enfrentar	6	70%	100%
<u>Actividad 3:</u> “Relajándome”	Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de la relajación	6	100%	100%
	Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.		70%	60%
<u>Actividad 4:</u> “Como me siento”	Que los participantes logren representar en un dibujo como se sintieron durante la actividad de relajación	6	6	6
Sesión 3				
Actividad	Evaluación	Participantes	Esperado	Obtenido
Actividad 2: Charla sobre asertividad	Que el 80% de los videos sean categorizados correctamente de acuerdo a la palabra "Asertivo" e "Inasertivo"	5	80%	72%
<u>Actividad 3:</u> “Tarde de Trufas”	Que los participantes expresen frases asertivas durante la realización de la actividad	5	5	5
<u>Dinámica 1:</u> “Lo más divertido de hoy fue...”	Que el 100% de los participantes expresen cual actividad fue de su agrado	5	100%	100%

Sesión 4				
Actividad	Evaluación	Participantes	Esperado	Obtenido
<u>Actividad 1:</u> “Relajándome”	Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de la relajación.	6	100	100
	Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.	6	70	78,33
<u>Actividad 2:</u> “Construyendo mi imagen”	Que el 100% de los participantes logren realizar con ayuda de un compañero su silueta corporal.	6	100	100
	Que los participantes clasifiquen su autoimagen corporal como positiva o negativa.	6	100	100
<u>Actividad 3:</u> Charla sobre imagen corporal	Que sean clasificadas el 70% de las figuras humanas o frases de autoimágenes positivas y negativas presentadas.	6	70	87,5
<u>Actividad 4:</u> “Lo más divertido de hoy fue...”	Que el 100% de los participantes expresen mediante un dibujo cual actividad fue de su agrado, el cual deberá ser representado en el Formato de Dibujo N° 3	6	100	100
Sesión 5				
Actividad	Evaluación	Participantes	Esperado	Obtenido
Actividad 2: Charla sobre cómo manejar las emociones básicas.	Que el 80% de las emociones básicas presentadas en el dibujo sea identificada por los participantes	6	80	80, 55
<u>Dinámica 1:</u> “El Cuento de Nicanor	Que los participantes intervengan en la discusión respondiendo correctamente, de forma verbal, 5 de las 7 preguntas realizadas.	7	5	5,71428571
<u>Dinámica 2:</u> “El semáforo”	Que los participantes evalúen correctamente las reacciones de sus compañeros, indicando las respuestas adecuadas que sustituyan a las respuestas inadecuadas ante dichas situaciones	7	7	7
<u>Actividad 3:</u> “¿Cómo me sentí el día de	Que el 100% de los participantes se identifique con algunos de los dibujos presentados y compartan con sus compañeros su experiencia.	6	100	100

hoy?”				
Sesión 6				
Actividad	Evaluación	Participantes	Esperado	Obtenido
<u>Actividad 1:</u> “Relajándome”	Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de la relajación.	5	100	100
	Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.	5	70	84
<u>Actividad 2:</u> Charla sobre “Mi proyecto de vida”.	Que los participantes realicen una sopa de letras identificando 5 palabras relacionadas al tema de Proyecto de vida	6	5	5
<u>Actividad 3:</u> “Construyendo mi Proyecto de Vida”	Que los participantes se involucren con la actividad expresando sus metas y colocándolas en la cartulinas	4	100	100

Como se observa en la tabla expuesta, se hace mención de las actividades realizadas en cada sesión, así como la evaluación correspondiente, el número de participantes involucrados en la misma así como la especificación del resultado esperado y obtenido. En total, son 27 objetivos específicos planteados con la finalidad de disminuir los niveles de estrés de dichos participantes mediante el desarrollo de conductas adecuadas, la obtención de información y herramientas que faciliten el proceso de diagnóstico y tratamiento; de los cuales fueron alcanzados 23 objetivos planteados en el programa, lo cual representa el 85% de los mismos; dichos resultados permiten suponer la efectividad del programa de intervención.

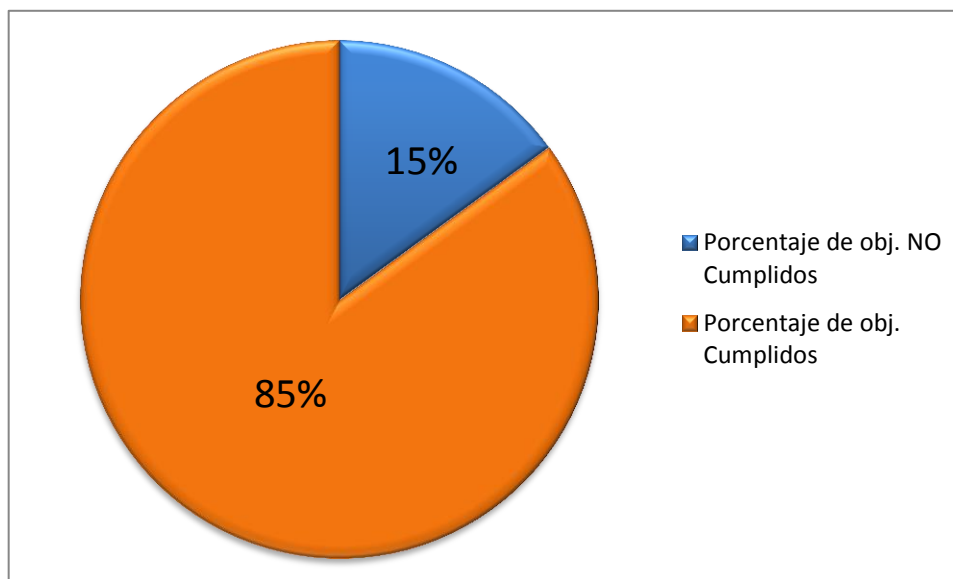


Figura 2. Porcentajes de los objetivos específicos cumplidos y NO cumplidos durante la aplicación del programa de intervención conductual.

Respecto a la evaluación del programa, la cual fue realizada a los participantes y sus padres, sobre aspectos referentes a la pertinencia de los temas abordados, la utilidad, la eficacia de las facilitadoras, entre otros aspectos; se obtuvieron los siguientes resultados en base a lo expresado por los padres a través de la evaluación:

Tabla 6.

Resultados obtenidos en la evaluación del programa de intervención conductual realizada a los padres de los participantes.

	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
Pregunta 1: La información suministrada a los niños y niñas	71%	29%	0%	0%	0%
Pregunta 2: La información suministrada a los padres	86%	0%	14%	0%	0%
Pregunta 3: Las actividades realizadas con los padres	71%	14%	14%	0%	0%

Pregunta 4: Las actividades realizadas con los niños y niñas	86%	14%	0%	0%	0%
Pregunta 5: Las estrategias que fueron brindadas a los niños y niñas	86%	14%	0%	0%	0%
Pregunta 6: Las estrategias que fueron brindadas a los padres	57%	29%	14%	0%	0%
Pregunta 7: Las evaluaciones realizadas con los padres	43%	43%	14%	0%	0%
Pregunta 8: Las evaluaciones realizadas con los niños y niñas	71%	29%	0%	0%	0%
Pregunta 9: Las diapositivas mostradas en el programa	71%	14%	14%	0%	0%
Pregunta 10: El desempeño de las facilitadoras	100%	0%	0%	0%	0%
Pregunta 11: Las explicaciones de los contenidos dadas por las facilitadoras	71%	14%	0%	0%	0%
Pregunta 12: Los temas impartidos a sus hijos	57%	43%	0%	0%	0%
Pregunta 13: La utilidad de las estrategias y herramientas brindadas a los padres	86%	14%	0%	0%	0%
Pregunta 14: La utilidad de las estrategias y herramientas brindadas a los niños	86%	14%	0%	0%	0%
Pregunta 15: La utilidad del programa	71%	29%	0%	0%	0%
		Si		No	
Pregunta 16: El programa se adaptó a las necesidades planteadas en las entrevistas	100%		0%		
Pregunta 17: Las actividades, evaluaciones y estrategias brindadas fueron suficientes para cubrir las necesidades planteadas en las entrevistas	100%		0%		
Pregunta 18: La información fue suficiente para producir cambios en los niños y niñas	100%		0%		

Los resultados obtenidos, muestran que la valoración dada por los padres de los participantes al programa “Apostando por un mundo de sonrisas” en el cuestionario oscila entre la clasificación denominada “Excelente” y “Bueno”, presentándose esta última en la pregunta 6 y 7 del cuestionario respectivamente. En la primera pregunta se observa que el 71% de los participantes respondieron que la información suministrada a los niños y niñas fue “Excelente” y el 29% de los participantes respondió que fue “Buena”. Para la segunda pregunta un 86% de los participantes clasificó como “Excelente” la información suministrada a l

os padres y el 14% de ellos la clasifico como “Buena”. Para la tercera pregunta el 71% de los participantes clasificaron como “Excelente” las actividades realizadas con los padres, un 14% de ellos la clasificó como “Buena” y otro 14% como “Regular”. En la cuarta y quinta pregunta, el 86% de los padres calificaron las actividades y estrategias brindadas a los niños como “Excelente” y un 14% como “Buena”. La sexta pregunta estaba relacionada con las estrategias brindadas a los padres de los participantes, quienes la calificaron como “Excelente” con un 57%, como “Buena” con un 29% y como “Regular” con un 14%. Para la séptima pregunta, el 43% los padres clasificaron como “Excelente” y “Buena” las evaluaciones realizadas a los padres y un 14% la clasificó como “Regular”. En la octava pregunta se preguntaba sobre las evaluaciones realizadas con los niños, las cuales sus padres la calificaron como “Excelente” con un 71% y como “Buena” con un 29%.

En la pregunta nueve, el 71% de los padres de los participantes dijeron que las diapositivas mostradas en el programa eran “Excelentes”, un 14% dijo que eran “Buenas” y un 14% dijo que eran “Regulares”. El desempeño de los facilitadores fue clasificado como “Excelente” en la decima pregunta. En la onceava pregunta, el 71% de los padres clasificó como “Excelente” las explicaciones dadas por las facilitadoras y un 14% de ellos como “Buena”. Los temas impartidos a los niños también fueron evaluados como “Excelente” por el 57% de los padres y como “Bueno” por un 43% de ellos. En la pregunta 13 y 14 se evaluó la utilidad de las estrategias y herramientas brindadas a los niños y a los padres, estos últimos las valoraron como “Excelente” y un 14% de ellos como “Buena”.

Para el segundo apartado de esta evaluación realizada, los padres de los participantes debían responder positiva o negativamente a las preguntas realizadas. En la pregunta 16, 17 y 18 los padres respondieron como positivamente a las preguntas relacionadas con la ad

aptación del programa y suficiencia de las actividades, evaluaciones y estrategias en base a las necesidades planteadas, y sobre suficiencia de la información para lograr cambios en los niños.

Dichas preguntas se encontraban dirigidas a explorar la suficiencia de las evaluaciones y estrategias brindadas a los padres de los participantes, aspectos que no fueron abordados con profundidad durante la sesión realizada con ellos, debido al escaso control del tiempo que se tenía con los participantes los cuales debían ausentarse para acompañar a sus hijos a la consulta o procedimientos médicos.

Al igual que los padres, los participantes, valoraron el programa mediante una entrevista que abordaba los criterios más relevantes sobre la efectividad del programa, las respuestas debían ser respondidas a través de las categorías “Si”, “Mas o menos” y “No”. Estas categorías y las preguntas elaboradas fueron adaptadas al lenguaje que presentaban los participantes para lograr el fácil entendimiento de las mismas. A continuación se presentan los resultados obtenidos de la evaluación realizada por los participantes.

Tabla 7.

Resultados obtenidos posterior a la evaluación del programa de intervención conductual por parte de los participantes.

Preguntas	Si	Más o Menos	No
Me gustaron las actividades realizadas	100%	0%	0%
Me gustaron los temas	100%	0%	0%
Aprendí con la información que me dieron	86%	14%	0%
Aprendí a relajarme	100%	0%	0%

Entendí las explicaciones de las facilitadoras	86%	14%	0%
Me gustaron las diapositivas que me mostraron	100%	0%	0%
He aplicado las estrategias que me han brindado	43%	43%	14%

La tabla presente permite observar las valoraciones efectuadas por los participantes con respecto a la eficacia del programa de intervención conductual, se evidencia que la mayoría de los participantes aprobaron a través de las respuestas ofrecidas los aspectos referidos a la evaluación, actividades, materiales, comprensión de instrucciones y contenido que se presentaron en el cuestionario.

En la pregunta 1 “Me gustaron las actividades realizadas” el 100 % de los participantes respondió de manera afirmativa; en la pregunta 2 “Me gustaron los temas”, el 100% afirmó que le gustaron los temas impartidos en la aplicación del programa; con respecto a la pregunta 3 “Aprendí con la información que me dieron” el 86 % indicaron haber aprendido la información impartida.

Sin embargo, cabe destacar que los participantes valoraron de manera regular el ítem “He aplicado las estrategias que me han brindado”, debido a que los niveles de estrés fueron disminuyendo de forma paulatina en el transcurso de la aplicación del programa. En referencia a la pregunta a la pregunta 4 “Aprendí a relajarme” el 100% de los participantes a través de las respuestas indicaron que aprendieron a utilizar la técnica de relajación; la pregunta 5 “Entendí las explicaciones de las facilitadoras” el 86 % reportó haber entendido las explicaciones de las facilitadoras durante el transcurso de la aplicación del programa. En la pregunta 7 “Me gustaron las diapositivas que me mostraron” el 100% de los participantes reportó que las diapositivas fueron de su agrado, para culminar y con respecto a la pregunta

8 “He aplicado las estrategias que me han brindado” solo el 43 % de los participantes indico haber aplicado las estrategias.

5.2. Análisis estadístico de los resultados.

A continuación presentaremos los resultados obtenidos por los participantes antes de la ejecución del programa “Apostando por un mundo de sonrisas” y luego de la realización del mismo. Para ello se administró como pretest y posttest el Inventario de Estresores Cotidianos Infantil (IEEC) a los 10 participantes pautados para la realización del programa, sin embargo se presentó muerte experimental de 3 de los participantes contándose con 7 de los restantes.

Después de obtenidos los datos de los participantes, los mismos fueron cargados con ayuda del programa estadístico SPSS 19.0 para la obtención de tablas y gráficos que nos permitan realizar la discusión de los resultados. A continuación se presenta una tabla de estadísticos descriptivos arrojados:

Tabla 8.

Tabla de estadísticos descriptivos para el pretest y posttest

Estadísticos Descriptivos		Pretest	Posttest
N	Válidos	7	7
	Perdidos	0	0
Media		12,4286	3,8571
Mediana		12,0000	4,0000
Moda		10,00 ^a	2,00 ^a
Desv. típ.		2,37045	1,57359

Varianza	5,619	2,476
Asimetría	1,175	-,037
Error típ. de asimetría	,794	,794
Curtosis	2,087	-1,684
Error típ. de curtosis	1,587	1,587
Mínimo	10,00	2,00
Máximo	17,00	6,00
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.		

La tabla 9. Nos muestra los estadísticos descriptivos de los momentos de medición de la variable “estrés” en los cuales se observa una $X = 12,4286$, $s = 2,37045$ y $s^2 = 5,619$ para el pretest, y $X = 3,8571$, $s = 1,57359$ y $s^2 = 2,476$ para la medición del postest. También, en la tabla 9 se evidencia para el pretest una mediana de 12 y una moda de 10,00 y para la postest una mediana de 4,00 y una moda de 2,00. Además de ello se observa los índices de curtosis para pretest y postest, mostrando que posee un índice menor que 1,96 en el error típico, lo cual indica que su distribución es normal y que existen menos casos acumulados en las colas de la distribución presentada, comportándose como una curva leptocurtica en donde hay un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales. De igual manera, la asimetría de estas nos permiten la confirmación de que las muestras presentan una distribución normal con respecto a los momentos de medición.

Con la finalidad de representar las diferencias entre los puntajes obtenidos por los participantes en el pretest y en el postest se presentará la siguiente tabla en donde se mostrarán los puntajes anteriormente mencionados:

Tabla 9.

Puntajes individuales obtenidos en el pretest y posttest

Iniciales de los Participantes	Puntajes obtenidos en el pretest	Puntajes obtenidos en el posttest
J.E	12	2
D.P.	10	2
M.R	13	3
S. R	10	5
S.P	17	4
C.E.	12	6
V.D	13	5

En la tabla 10 se evidencia la reducción significativa de los puntajes obtenidos en los diferentes momentos de medición, observándose como el participante J.E. presenta en el momento del pretest una puntuación de 12 y en el posttest 2. D.P. presenta un puntaje de 10 en el pretest y de 2 en el posttest. M.R. presenta una puntuación en el pretest de 13 y de 3 en el posttest. S. R. en el pretest presentó una puntuación de 10 y en el posttest de 5. En el pretest, el participante S.P. presento una puntuación de 17, siendo este quien obtuvo un alto puntaje en comparación a su grupo disminuyendo la presencia de indicadores de estrés para el posttest, y sacando 4 en dicho momento de medición. C.E. obtuvo un puntaje de 12 en el pretest y de 6 en el posttest y por último, el participante V.D. con 13 en el pretest y arrojando un puntaje de 5 en el posttest.

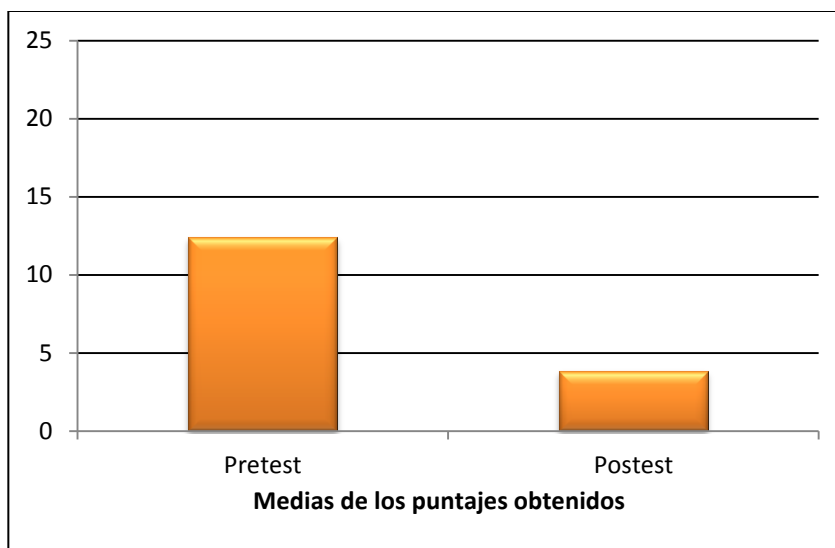


Figura. 3. Medias de los puntajes obtenidos por los participantes en el Pretest y Posttest.

En el gráfico presentado se evidencia las diferencias entre las medias del pretest y posttest, en el cual se observa una reducción significativa en la media de los puntajes obtenidos en el pretest en relación con los arrojados en el posttest. Siendo los niveles de estrés, al momento de aplicar el pretest y según el baremo del Inventario de Estresores Cotidianos Infantil (IIEC), se clasifica el nivel de estrés que presentan los pacientes oncológicos como “Estrés Grave”. Sin embargo, para el momento de la aplicación del posttest los participantes mostraron bajos niveles de estrés, infiriéndose que dichos cambios fueron producto de la aplicación del programa de intervención.

Para el análisis de las pruebas de variabilidad es necesario conocer si la muestra se distribuyó de manera normal, es por ello, que se recurre a la prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra y así comprobarse este criterio. Además de ello, se pretende comprobar la hipótesis de normalidad y homogeneidad de varianzas para el grupo lo cual permite conocer si es posible el empleo de estadísticos paramétricos o no paramétricos.

Tabla 10.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		Pretest	Postest
N		7	7
Parámetros normales ^{a,b}	Media	12,4286	3,8571
	Desviación típica	2,37045	1,57359
Diferencias más extremas	Absoluta	,262	,195
	Positiva	,262	,167
	Negativa	-,153	-,195
Z de Kolmogorov-Smirnov		,693	,515
Sig. asintót. (bilateral)		,723	,953
a. La distribución de contraste es la Normal.			
b. Se han calculado a partir de los datos.			

Según lo observado en la tabla 9 se muestra la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en los diferentes momentos, pretest y postest para el grupo con el cual se trabajó. Se observa para el pretest un $Z = 0,693$ y $p > 0,005$ ($p = 0,723$); y para el postest se presentó una $Z = 0,515$ y $p > 0,005$ ($p = 0,953$) indicando diferencias no significativas entre sus distribuciones en comparación con la curva normal.

A continuación se presentan los estadísticos de variabilidad, aplicándose la prueba T para muestras relacionadas como prueba paramétrica aplicada en la muestra, con la finalidad de verificar la diferencia entre las medias obtenidas en las medidas de pretest y postest.

Tabla 12.

Prueba T de muestras relacionadas.

Prueba de muestras relacionadas								
	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Pretest - Postest	8,57143	2,69921	1,02020	6,07508	11,06778	8,402	6	,000

En la tabla 10 se observa, en su primera parte los estadísticos relacionados que hacen referencia entre cada par de puntuaciones: la media y desviación típica de la media. El siguiente apartado contiene el intervalo de confianza para las diferencias entre las medias obtenidas, estimándose con una confianza de 95% que la diferencia entre las medias del pretest y postest se encuentra entre 6,075 y 11,068. Y por último, se observa el valor estadístico *t*, sus grados de libertad (*gl*), y el nivel crítico bilateral (*Sig. Bilateral*). El valor del nivel crítico entre las medias es de 0,000, por lo que se rechaza la hipótesis de igualdad de medias, y se concluye que la media del postest es menor que la media del pretest.

VI. Discusiones

Siendo el área oncológica una de las áreas que presenta mayor deficiencia en cuanto a sus servicios, especialmente en el área psicológica, debido a las escasas políticas públicas que favorezcan la calidad de vida del paciente oncológico y la alta proliferación de los casos que son atendidos anualmente en Venezuela, se hizo necesario conocer la realidad del paciente oncológico infantil por su vulnerabilidad a los cambios que se producen una vez que es diagnosticado con la enfermedad.

Una vez que se realiza la aproximación a la realidad del paciente oncológico infantil, se detecta la falta de apoyo psicológico que se les brinda al paciente y a sus cuidadores, detectándose problemáticas a nivel conductual y cognitivo que podrían incidir en la aparición de agentes estresores. La aparición de agentes estresores se debe a las constantes exposiciones a procedimientos médicos, cambios en la rutina y en el área escolar, problemas familiares, observándose en este último un aumento significativo ante la presencia de un hermano (a) dentro del núcleo familiar. Las principales diferencias encontradas entre los pacientes en situación de “hijo único” y los pacientes con hermanos radicaban en la presencia de conductas inadecuadas como la somatización de síntomas de enfermedades virales principalmente, altas tasas de desobediencia y exigencias de atención relacionadas a la hospitalización del paciente oncológico.

Así mismo, las observaciones realizadas en la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas dieron resultados productivos ya que fue posible conocer de manera directa la relación existente entre los padres, los pacientes y el personal médico que allí laboraban. Se detectó así, las conductas inadecuadas que cada uno

ejecutaba en relación con el paciente, siendo una de las más notables el manejo inadecuado de contingencias que tenían los padres con sus hijos, notándose con preocupación que dichas contingencias eran en base a amenazas regidas por castigos positivos relacionados a los procedimientos médicos que allí se realizan.

Otro de los elementos observados que generó mayor preocupación fueron los casos de inasertividad, caracterizados por indicadores propios del Bullying, tal como: Burlas dirigidas al aspecto físico, insultos, aproximaciones físicas intimidantes, entre otros, ante las cuales se hizo necesario la intervención inmediata de las facilitadoras del programa para mediar frente a las situaciones que se presentaban. Además de ello, el afrontamiento de los padres ante la enfermedad fue un aspecto limitante al momento de suministrar información a sus hijos debido a que existía la creencia que el cáncer es sinónimo de muerte, lo cual interfería en la manera de afrontar la enfermedad por parte de los pacientes oncológicos ya que algunos desconocían la enfermedad que padecían y la funcionalidad de los procedimientos médicos que se le aplicaban.

Esta problemática encontrada se sustenta dentro de la investigación realizada por Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) que expone que el afrontamiento de la enfermedad que poseen los padres será modelado por los pacientes, es decir, si el padre no posee estrategias de afrontamiento eficaces para asumir la enfermedad de su hijo el infante probablemente enfrentará mayores dificultades para sobrellevar la enfermedad. Esto se observó de manera frecuente ante situaciones como la toma de vías intravenosas o cateterizaciones, en donde los niños mostraban conductas continuas de llanto descontrolado, agresiones verbales, como conducta de escape ante dichas situaciones amenazantes.

En base a todas estas problemáticas presentadas se establece como objetivo principal la elaboración y aplicación de un programa de intervención conductual que tenía como finalidad la reducción de los niveles de estrés que presentaba esta población, teniendo como criterio de selección que los pacientes obtuvieran niveles de estrés leves o graves según el Inventario de Estresores Cotidianos Infantil (IIEC), una edad comprendida entre los 7 y 10 años de edad y que se encontraran en fase de diagnóstico o tratamiento.

Se estipuló un diseño de pretest-postest, que consistió en aplicar a un grupo de 10 participantes el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) previo y posterior a la ejecución del programa, que nos permitió conocer los efectos del programa de acuerdo a las diferencias obtenidas en las puntuaciones del inventario. Al administrar el inventario como medida de pretest, los participantes se ubicaron en rangos estrés grave según lo indicado por los baremos del instrumento.

Cabe destacar que, para la elaboración del programa se realizaron entrevistas semiestructuradas a los padres y un grupo focal a los participantes con la finalidad de conocer la información que estos poseían de la enfermedad, aparición de posibles cambios originados por la enfermedad en los pacientes, dificultades en cuanto al manejo de contingencias, etc. Además de ello, se realizaron durante 2 meses observaciones en el ambiente natural de la muestra, lo cual facilitó el proceso de elaboración del programa.

Con la información recolectada en las entrevistas y grupo focal se procedió a la elaboración de un estudio de necesidades mediante un análisis de contenido, el cual fue realizado con la colaboración de una psicóloga social debido a su alta experiencia en el área. Este análisis arrojó una serie de categorías que guardaban relación con las

necesidades observadas en esta población y la referida por la base teórica consultada; en la cual se expone que los indicadores presentados son propios del estrés en niños, tales como: ansiedad, irritabilidad, malestar general, rechazo a la escuela, incumplimiento de tareas, disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, etc. (Trianes, 2003).

Posterior a la elaboración y planificación del programa de intervención “Apostando por un Mundo de Sonrisas”, el cual estaba conformado por 6 sesiones que fueron aplicadas semanalmente de la siguiente forma: Sesión 1 y 6 semanalmente, y las demás sesiones fueron aplicadas dos por semana. A pesar que se tenía previsto la participación de todos los entrevistados, la muestra se redujo a 7 participantes, presumiéndose que su ausencia se debió a los horarios de realización del programa o a los estados de salud de los mismos.

En cuanto a la evaluación del programa, durante la realización de las sesiones se incluyeron pruebas que permitían verificar la efectividad de las mismas, lo cual permitió observar de manera progresiva el alcance de los objetivos planteados al inicio de la investigación. Al finalizar el programa de intervención conductual “Apostando por un mundo de sonrisas”, se realizó una pequeña evaluación con la finalidad de que los participantes y los padres pudiesen valorar la pertinencia, suficiencia, utilidad del programa y la eficacia del trabajo realizado por las facilitadoras. Dichas evaluaciones, fueron positivas en base a los resultados obtenidos, ya que fue clasificado en la mayoría de sus criterios como “Excelente” y “Bueno”, aspecto que constata lo estipulado por Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) y Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009), en donde hacen referencia a la efectividad y eficacia de los programas de intervención realizados en la población oncológica pediátrica.

Por otra parte, para asegurar y constatar la efectividad del programa se analizaron los resultados obtenidos en el pretest y postest por los participantes, en donde los participantes se ubicaron en rangos de estrés bajo, evidenciándose así diferencias significativas entre las medias finales de los puntajes de las medidas, ratificando la adquisición de los conocimientos y estrategias impartidas en el transcurso de la realización del programa.

VII. Conclusiones.

Una vez culminada la investigación a través de la aplicación del programa de intervención conductual sobre estrés en niños con cáncer podemos indicar que, el trabajo por realizar con pacientes oncológicos es bastante amplio, ya que permite un abordaje multidisciplinario y donde la presencia de los profesionales de la psicología podría facilitar el proceso de recuperación de los pacientes oncológicos y ser fuente de apoyo no solo para ellos sino para los grupos de apoyo inmediato de los pacientes, tomando en consideración los cambios tan notables que se presentan una vez que se es diagnosticado con cáncer.

Dentro de los objetivos alcanzados durante la investigación podemos mencionar los siguientes:

- ϕ Se logró conocer los niveles de estrés en los pacientes oncológicos a través del Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) previo y posterior a la aplicación del programa de intervención conductual, lo cual facilitó la evaluación de la efectividad del programa antes mencionado.
- ϕ A través de las evaluaciones efectuadas a los padres de los pacientes oncológicos se logró conocer la presencia de cambios significativos en la reducción de los niveles de estrés en los pacientes oncológicos.
- ϕ Por medio de las evaluaciones efectuadas durante y posterior a la aplicación del programa de intervención conductual en los pacientes oncológicos se logró conocer la presencia de los cambios significativos en la reducción de los niveles de estrés de los pacientes.

- ϕ Se logro validar socialmente el programa de intervención conductual aplicada para la reducción de los niveles de estrés en los pacientes oncológicos.
- ϕ La relación con los padres de los pacientes oncológicos fue positiva debido a que la mayoría se mostró dispuesto a colaborar con la participación de sus hijos y ellos en la aplicación del programa.
- ϕ Se pudo verificar fuera del periodo de aplicación y evaluación del programa, el comportamiento de los pacientes oncológicos y sus padres fuera del contexto hospitalario, lo cual permitió verificar si se aplican las estrategias expuestas durante el programa de intervención.
- ϕ Dentro de la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Podológico de Caracas, la aplicación del Programa de Intervención conductual fue de gran importancia, ya que les permitió conocer las principales necesidades que presentaban los pacientes oncológicos y sus padres para poder abordarlas de manera posterior en la Unidad.
- ϕ Los padres de los participantes manifestaron verbalmente durante la aplicación del programa y fuera de las sesiones la importancia del programa que se aplicaba dentro de la unidad de oncología.
- ϕ El programa de intervención conductual puede servir de base para futuras investigaciones específicamente en la población infantil venezolana.

Lo anteriormente expuesto nos hace concluir que el programa de intervención conductual arrojó resultados positivos en la reducción de los niveles de estrés en los pacientes oncológicos, lo cual nos indica el éxito de la investigación.

VIII. Limitaciones

Dentro de la investigación se plantean las siguientes limitaciones:

- ϕ La falta de disposición de algunos de los representantes de los pacientes oncológicos infantiles, quienes a pesar de haber manifestado su interés y compromiso en la participación de los mismos en el programa de intervención fueron inconstantes en las asistencias a la Unidad en los días previstos para la aplicación.
- ϕ La complejidad de permanecer durante el tiempo de aplicación de las sesiones con los pacientes oncológicos sin interrupciones debido a que debían retirarse por momentos de la sala para la colocación del tratamiento correspondiente.
- ϕ La diversidad de las enfermedades oncológicas que presentan los pacientes oncológicos, debido a que los cuidados podían variar mucho de paciente a paciente mientras se aplicaban las sesiones, lo cual dificultaba también la asistencia a las sesiones.
- ϕ Contar con solo con dos facilitadoras para la aplicación del programa, debido a que dificultaba el registro de algunas actividades donde se requería la participación de los facilitadores, por lo cual, se debió solicitar en varias ocasiones el apoyo del enfermero de la Unidad.
- ϕ El cuidado de la información que se suministraba a los pacientes oncológicos debido a que no todos se encuentran informados de la condición de salud que presentan.

- φ La pronta fatiga que se produjo en algunos pacientes oncológicos, pese a que las actividades no requerían gran esfuerzo físico.
- φ Las conductas inadecuadas que presentaron algunos pacientes oncológicos mientras se ejecutaban las actividades previstas durante las sesiones (hablar en voz alta mientras se daba alguna instrucción; peticiones constantes de ir al baño o comer en horas que no estaban permitidas).
- φ La presencia de algunos representantes dentro de la sala donde se aplicaban las sesiones debido a la condición actual de salud de los pacientes oncológicos, podía funcionar como un elemento distractor.

IX. Recomendaciones

Una vez culminada la investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

- ϕ Es importante ampliar el número de intervenciones en la población oncológica infantil que disminuyan los niveles de estrés durante la etapa de diagnóstico e intervención, ya que podría facilitar el proceso de adherencia y recuperación de los pacientes.
- ϕ Se considera importante que la muestra de pacientes oncológicos infantiles sea más amplia debido a la muerte experimental que se puede producir en el transcurso de aplicación de la investigación.
- ϕ Desarrollar medidas o instrumentos psicológicos que faciliten la detección de estrés en pacientes oncológicos, tomando en consideración las características de la población venezolana.
- ϕ Ampliar el número de sesiones de intervención en la población oncológica infantil, para poder observar con mayor detenimiento los cambios que se producen posterior a la aplicación de cada una de las sesiones y poder efectuar los cambios pertinentes para alcanzar un grado mayor de eficacia.
- ϕ Para próximas investigaciones se propone aplicar el programa de intervención en otros Centros de Salud para verificar la eficacia del programa y acceder a otras poblaciones oncológicas que requieren adquirir las estrategias e información suministradas a través del programa.
- ϕ En líneas generales, se recomienda la realización de un programa de intervención de mayor duración en el cual puedan ser dedicado más de una sesión a los padres de los pacientes, esto con la finalidad de brindar mayor

número de estrategias que sean parte de su repertorio de afrontamiento, ya conociéndose que la percepción que estos poseen de la enfermedad influye sus niveles de estrés, y por ende en los niveles de estrés de su hijo.

X. Referencias bibliográficas

- Alarcón, A. (2009). Nivel emocional, el cáncer en niños. Recuperado el 6 de Enero de 2014, de <http://blogdelcancer.blogspot.com/2009/01/nivel-emocional-el-cancer-en-nios.html>
- Alonso, J. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 56-70.
- Almanza-Muñoz, J. y Holland, J. (2000). Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*, 46(3), 196-206. Documento recuperado el día 10 de Noviembre de 2012 de la página web: www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf
- Barlow, D. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca
- Bragado, C., Hernández, M., Sánchez, M. y Urbano, S. (2009). Auto concepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia fe cáncer. *Psicothema*, 20 (003), 413-419. Documento recuperado el día 19 de Noviembre de 2012 de la página web; www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720312
- Caballo, V. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (7ma Edición). Madrid, España: Siglo XXI.
- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M. y Vera-Villarroel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 115-124. Documento recuperado el día 10 de Noviembre de 2012 de la página web: e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2005.../PDF
- Capote, L. (2008). *Frecuencia del cáncer en Venezuela*. Documento recuperado el día 10 de Noviembre de 2012 de la página web: <http://www.fundacionbadan.org/30temaspdf/fasc-nro2.pdf>

- Children's Oncology Group. (2011). *Guía para la familia de niños con cáncer* (2ª Edición). Philadelphia, EEUU: Cure Search for Children's Cancer.
- Código de Ética Profesional del Psicólogo.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo del niño* (7ma edición). DF, Mexico: Pearson Educacion.
- Espada, M. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9 (1), 24-40. <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39136>
- Fernández -Castillo, y López-Naranjo. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal Clinical And Health Psychology*, 6 (3), 631-645. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760308>
- Fundación Venezolana Amigos del Niño con Cáncer. (2011). *Ayudar al niño con Cáncer alcanzar su curación*. Documento recuperado el día 09 de Noviembre de 2012 de la página web http://www.fncancer.org.ve/site/p_contenido.php?mod=home.
- González de Rivera, J. (1982). Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthe (I). *Psiquis*, 3(1), 16-21. Documento recuperado el día 19 de Noviembre de 2012 de la página web: www.gonzalezderivera.com/art/pdf/82_A028_01.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. DF, México: McGraw Hill Interamericana.
- Hernández, S., López, C. y Durá, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Psicooncología*, 6(2-3), 311-325. Documento recuperado el día 12 de Diciembre de 2012 de la página web: revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220311A
- Ibarrola, B. (2011). *Como educar las emociones de nuestros hijos. Fundación de ayuda contra la drogadicción*. Documento recuperado el día 27 de Noviembre de 2013 de la página web: http://www.fad.es/sala_lectura/ComoEducarANuestrosHijos.pdf

- Kelly, J. (1987). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao, España: Declée De Brouwer.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. DF, México: McGraw Hill Interamericana.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Madrid, España: Martínez Roca.
- Monjas, M. (1993). Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar [Version online]. Madrid, España: CEPE.
- Monjas, M. y González, M. (1998). Las habilidades sociales en el currículo. Madrid, España: Secretaria General Técnica. Recuperado el 6 de Enero del 2014 de la pagina web:
<http://213.0.8.18/portal/Educantabria/RECURSOS/Materiales/Biblinter/HABILIDADE S.pdf>
- Manrique, J., Sulcahuamán-Allende, Y. y Limache-García, A. (2013). Asesoría Genética sobre cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(1), 118-123. Documento recuperado el día 5 de Noviembre de 2013 de la página web: www.redalyc.org/articulo.oa?id=36326085022
- Martínez-Otero, V. (2012). El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación*, 59 (2), 1-9. Documento recuperado el día 6 de Octubre de 2013 de la página web: www.rieoei.org/deloslectores/5305Mnez-Otero.pdf
- Méndez, X., Orgilés, M.; López- Roig y Espada, P. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1 (1), 139-154. Documento recuperado el día 9 de Noviembre de 2012 de la página web: revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/.../16351
- Méndez, X., Ortigosa, J. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización Infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4 (2), 193-209. Documento

- recuperado el día 27 de Octubre de 2013 de la página web: www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art03.2.04.pdf
- Moral de la Rubia, J. y Rodríguez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196. Documento recuperado el día 6 de Diciembre de 2013 de la página web: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jose-Moral-de-la-Rubia.pdf>.
- Navarro, N. (2009). “*Las representaciones sociales de la condición de discapacidad causada por una enfermedad neurodegenerativa y su influencia en el proyecto de vida*”. Documento recuperado el día 23 de Noviembre de 2013 de la página Web <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2009-13.pdf>
- Olivares, J., Mendez, F. y Rios, M. (2002). *El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud*, en V. Caballo; M.A. Simon (dir.): Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos. Madrid, Piramide, pp. 127-156.
- Oroza, R. (1999). El psicólogo clínico en un servicio de oncología. *Extramuros*, 11, 225-245.
- Orgilés, M., Méndez, F. y Espada, J. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6 (2-3), 343-356. Documento recuperado el día 28 de Diciembre de 2013 de la página web: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220343A>
- Ortigosa, J., Méndez, F. y Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: La perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6(2-3), 413-428. Recuperado el 16 de noviembre del 2013 de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220413A/15181>
- Ortiz, A. (2006). Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 3 (3), 84-100. Documento recuperado el día 2 de Enero del

- 2014 de la página web: wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/.../articulo-11-vol3-n3.pdf.
- Ortiz, M y Ortiz, E. (2007) Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135, 647- 652.
- Rebolledo, M. y Alvarado, S. (2006). Distres y cáncer, revista neurología, neurociencias y psiquiatría. Documento recuperado el día 2 de Diciembre del 2012 de la página web: *Revista Neurología, Neurocirugía Y Psiquiatría*, 39 (1), 52-58.
- Raich, R. (2004). *Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal*. Avances en Psicología Latinoamericana. Volumen 22. Documento recuperado el día 24 de Noviembre de 2013 de la página Web: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2741880.pdf
- Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S. (2007). *Percepción de la imagen corporal*. Documento recuperado el día 24 de Noviembre de 2013 de la página Web: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Salcedo, C. y Chaskel, R. (2009). Impacto psicosocial del cáncer en niños y adolescentes. *CCAP*, 8(3), 5-18. Documento recuperado el día 30 de Noviembre del 2013 de la página web: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_3/Impacto_Psicosocial_del_Cancer.pdf.
- Sanz, L. (s/f). *Las emociones en el aula: Propuesta didáctica para la educación infantil*. Documento recuperado el 25 de Noviembre de 2013 de la página Web: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/1488/1/TFG-B.111.pdf>
- Schneider, M. y Robin, A.(1974). La técnica de la “Tortuga”: Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. Universidad del Estado de Nueva York. Documento recuperado el día 25 de Septiembre del 2013 de la página web: http://www.aprendiendocontdah.com/materiales/LA_TECNICA_DE_LA_tortuga.pdf
- Serradas, M. (2010). Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia en ambientes hospitalarios. *Revista Venezolana de Oncología*, 22(3), 174-186.

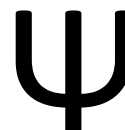
- Documento recuperado el día 12 de Septiembre del 2013 de la página web: www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v22n3/art06.pdf
- Soto, J. (2005). *El Control de las Emociones: Un método de prevención de la violencia en el trabajo*. Documento recuperado el 25 de Noviembre de 2013 de la página Web http://www2.uacj.mx/icsa/Programas/Ciencias_admitivas/CA/LuisSoto.pdf
- Trianes, M. (2003). *Estrés en la Infancia*. Madrid, España: Narcea
- Trianes, M., Mena, M., Fernández-Baena, F., Escobar, M., Maldonado, E. y Sánchez, A. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21 (4), 598-603. Documento recuperado el día 12 de Septiembre del 2013 de la página web: www.psicothema.com/pdf/3677.pdf
- Trianes, M., Mena, M., Fernández-Baena, F., Escobar, M. y Maldonado, E. (2012). Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 30-35. Documento recuperado el día 12 de Septiembre del 2013 de la página web: www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=2033
- Valencia, A., Flores, A. y Sánchez, J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32 (2), 178-198. Documento recuperado el día 8 de Abril del 2013 de la página web: www.redalyc.org/articulo.oa?id=59332206
- Vergara, M.; Fuentes, P. (2009). *Control de emociones*. Documento recuperado el 24 de Noviembre de 2013 de la página Web: <http://www.lhs.edu.pe/psicologia/contemoc.pdf>
- War Child Holland. (2011). *¿Cómo lidiar con nuestros sentimientos?* . Documento recuperado el 24 de Noviembre de 2013 de la página Web: www.warchildlearning.org/mmbase/attachments/10116

XI. Anexos

Anexo 1: Carta de permiso dirigida a la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología



Caracas, 09 de Octubre de 2013.

Dra. Migbelia Acosta

Oncóloga encargada del Centro Ortopédico Podológico de Caracas

Ante todo reciba un cordial saludo y los mejores augurios en la función que desempeña. La presente misiva tiene como finalidad solicitar su colaboración en el proceso de convocatoria para la aplicación de un Programa de intervención conductual *“Apostando por un mundo de sonrisas”*, el cual se encuentra en el marco de nuestro proyecto de tesis ***“Efectos de un Programa de intervención conductual sobre el estrés en niños con cáncer del Centro Ortopédico Podológico de Caracas”***. Es por ello, que requerimos de su experiencia y apoyo durante la ejecución del mismo.

Sin más nada a que hacer referencia y esperando su máxima colaboración, nos despedimos de usted.

Atentamente

Marielys Meneses.

Andreyana Sánchez

Anexo: Objetivos Generales y específicos, Planteamiento del problema y Manual del Programa

Anexo 2: Carta de permiso dirigida a la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas.

Caracas, de de

AUTORIZACIÓN

Presente.-

Yo, _____ portador de la Cédula de Identidad No _____ madre del menor y yo _____, portador de la Cédula de Identidad No _____ padre del menor _____, autorizamos a _____ de Cédula de Identidad No _____ a que sea parte del Programa de Intervención *“Apostando por un mundo de sonrisas”*, en el marco del proyecto de tesis *“Efectos de un Programa de intervención conductual sobre el estrés en niños con cáncer del Centro Ortopédico Podológico de Caracas”*, el cual tendrá una duración de 5 semanas por lo cual nos comprometemos a asistir semanalmente a las sesiones pautadas. Dicha aplicación estará a cargo de las Br. Marielys Meneses y Andreyana Sánchez Dugarte, con cédula de identidad No 17.529.323 y 19.060.302, estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela. Esto con fines estrictamente académicos.

Firma del representante

Firma del representante

Anexo 3: Carta de autorización para grabaciones y fotografía.

Caracas, de de

AUTORIZACIÓN PARA GRABACIONES Y FOTOGRAFIA

Presente.-

Yo, _____ portador de la cédula de
 identidad No _____, representante de
 _____, autorizo a las Br. Marielys Meneses y Andreyana
 Sánchez Dugarte, con cédula de identidad No 17.529.323 y 19.060.302, estudiantes de
 Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela para que efectúen grabaciones
 y fotografías durante la realización del Programa de Intervención *“Apostando por un
 mundo de sonrisas”*, aunado a nuestro proyecto de tesis *“Efectos de un Programa de
 intervención conductual sobre el estrés en niños con cáncer del Centro Ortopédico
 Podológico de Caracas”*. Esto con fines estrictamente académicos.

 Firma del representante

Anexo 4: Formato de evaluación de entrevistas.

Evaluación de expertos

Nombres y apellidos:

Institución en la cual labora:

Áreas de trabajo:

A continuación se presenta una serie de ítems divididos respectivamente en:

- **Parte A:** Manejo de los padres con niños oncológicos
- **Parte B:** Pacientes oncológico infantil (Preguntas a realizar en un grupo focal)

Se solicita leer detenidamente cada uno de los ítems e indicar si son adecuados o no en base a la pertinencia, redacción y formulación de las preguntas para cada uno de los casos, así como realizar las observaciones necesarias.

Parte A

Preguntas	Adecuado / inadecuado	Observaciones
Para usted, ¿Qué es el cáncer?		
¿Qué tipo de tratamiento recibe su hijo?		
Cuando conoció el diagnóstico de la enfermedad de su hijo ¿cómo reaccionó usted?		
Al conocer el diagnostico ¿Le participó inmediatamente a su hijo?		
Si le participó sobre el diagnostico ¿Qué dificultades referentes al afrontamiento de la enfermedad se le ha presentado con su hijo?		
¿Qué inconvenientes en cuanto al tratamiento le ha tocado manejar?		
¿Qué herramientas quisiera poseer para tener un mayor manejo sobre su hijo?		
¿Tiene alguna religión y/o ritual con el cual se haya identificado luego de la aparición de la enfermedad?		
¿Cuáles han sido los cambios más notables a nivel físico?		

Cuáles han sido los cambios más notables a nivel social?		
Además del cáncer, ¿Su hijo presenta una condición de salud que amerita otro tratamiento adicional?		

Parte B: Niños

1.



Pregunta	Adecuada / inadecuada	Observaciones
¿Con cuál de las siguientes caras te identificas?		

2. -¿Qué actividades te gustaría hacer mientras permaneces en tratamiento?

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| • Pintar | • Leer cuentos |
| • Recortar | • Hacer figuras en plastilina |
| • Dibujar | • Bailar |
| • Ver películas | • Otra |

3.

Pregunta	Adecuada / inadecuada	Observaciones
¿Cómo te hace sentir el tratamiento?		
¿Cómo te sientes cada vez que asistes a consulta?		
¿Qué te gustaría saber de la enfermedad?		
Normalmente ¿con quién asistes a consulta?		

Anexo 5: Formato de evaluación de observación.

Evaluación de expertos

Nombres y apellidos:

Institucion en la cual labora:

Areas de trabajo:

A continuacion se presentan una serie de conductas a observar durante el estudio de necesidades en niños oncologicos, se requiere indicar si dichos elementos son relevantes para su observacion o no .

Conducta a observar	Adecuada / inadecuada	Observaciones
Conducta de Juego		
• Tipo de juego social: observador, cooperativo, asociativo y/o paralelo.		
Relacion interpersonales:		
• Con el personal médico		
• Con los familiares		
• Con los demás pacientes		
Cambios		
Cambios fisicos		
Cambios en el estado de ánimo		
COMUNICACION		
Verbal		
○ Descriptivo		
○ Identificación de figuras u objetos		
○ Elaboración de conceptos		
○ Empleo correcto de los tiempos de los verbos.		
○ Identificación de datos personales (nombre, dirección).		
○ Responder		

preguntas de "qué", "cómo", etc.		
○ Seguimientos de órdenes		
Observaciones adicionales:		
Gestual		
Correspondencia entre gestos y verbalizaciones		
Comportamientos atípicos		
Conducta de regresión (edad). conductas no acorde a su edad. Ausencia de control de esfínteres, problemas a nivel de lenguaje (disminución del lenguaje, exceso de diminutivos y/o balbuceos).		
Aislamiento social		
Conductas presentadas antes del inicio del tratamiento		
Conductas presentadas finalizado el tratamiento		
Movimientos repetitivos		

Anexo 6: Evaluación N°1

Evaluación N°1

A continuación se presentan una serie de preguntas a las que Usted deberá responder realizando un ovalo sobre la opción correcta:

1. ¿El cáncer es producto de alteraciones en la secuencia o en la expresión del ADN?

VERDADERO

FALSO

2. ¿Cuál de los siguientes procedimientos NO corresponde a un tratamiento médico?

- Quimioterapia
- Cirugía
- Punción Lumbar
- Radioterapia

3. ¿La separación o el divorcio es una de las principales fuente de estrés en los niños?

VERDADERO

FALSO

4. ¿Cuál de los siguientes aspectos facilita la mejora en la evolución de la enfermedad del niño?

- Postergación del tratamiento.
- Adherencia al tratamiento.
- Pocas interacciones con sus pares.
- Sobreprotección familiar.

5.- ¿Las que reglas que están definidas antes de que se incumplan, se llaman reglas consistentes?

VERDADERO

FALSO

6.- ¿Cuál de estos no corresponde a un tipo de reforzador?

- Reforzadores de productividad
- Reforzadores sociales
- Reforzadores de actividad-
- Reforzadores materiales

7.- ¿Facilitar la interacción del niño con sus pares puede influir negativamente en la mejora de la enfermedad?

VERDADERO

FALSO

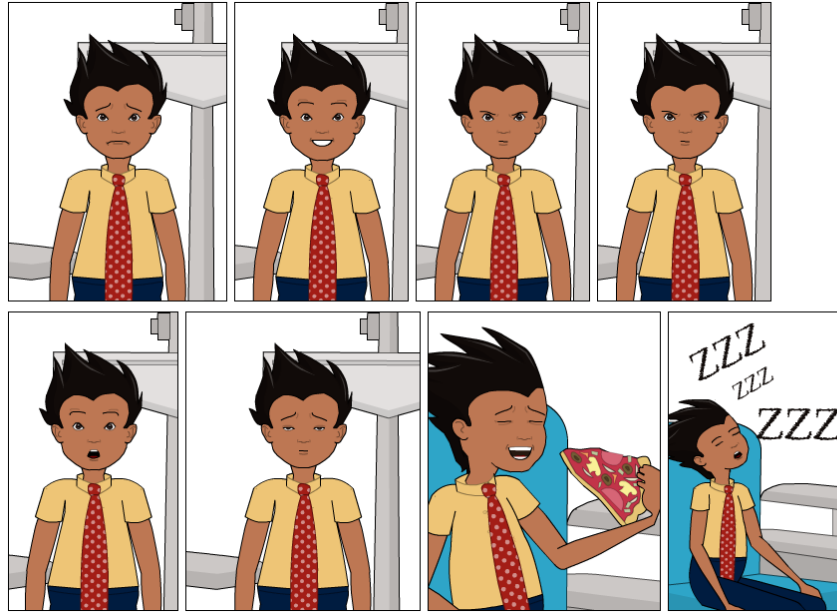
Anexo 7: Evaluación N°2**Evaluación N°2**

A continuación, deberá realizar un resumen que incluya los contenidos que fueron expuestos en la charla y su experiencia vivida en la sesión.

Anexo 8: Fichas N° 1

Sin título

por Andre2390



IMÁGENES © 2013 PIXTON.COM

Secuencia niños

por Andre2390



IMÁGENES © 2013 PIXTON.COM

Anexo 10: Protocolo de relajación autógena

Protocolo de Relajación

Instrucciones para los participantes:

“Buenas tardes niños y niñas, para dar inicio a esta actividad necesitamos que relajen su cuerpo, para ello deben colocarse en una posición cómoda, puede ser en cada una de las sillas que tienen a su alrededor o en los cojines ¿Están listos? ¿Se encuentran cómodos?

Ahora bien, necesitamos que escuchen atentamente cada una de las instrucciones que dará a continuación mi compañera (facilitadora). ¿Quedaron claras las instrucciones? ¿Tienen alguna duda?”

Se da inicio al Guión de relajación:

Cierren sus ojos suavemente. Escucha detenidamente los ruidos que están fuera de la sala (10 SEGUNDOS). ¡Muy bien! Siente tu cuerpo descansando tranquilamente sobre la silla, siente tu espalda, tu cabeza, brazos y piernas (10 segundos). Ahora te concentrarás en tu respiración, imagínate que tu abdomen es un gran globo que debes inflar lentamente, tomando aire por tu nariz y botándolo por la boca (10 segundos). Muy lentamente, vuelve a inflar ese gran globo, toma aire por tu nariz y bótalo por la boca poco a poco (10 segundos). ¡Muy bien!. Ahora imagínate que estás en la playa, que estás acostado sobre la arena, siente como la brisa del mar roza tu cuerpo. Siente como el sol toca tu cuerpo. Mira como los rayos del sol descienden, calentándote suavemente.

Mientras te imaginas que estas en la playa, concéntrate en tu mano y brazo derecho, repitiendo mentalmente: “Siento mi mano derecha pesada”, dilo de nuevo “Siento mi mano derecha pesada”, nuevamente “Siento mi mano derecha pesada”. ¡Muy bien!, Ahora repite “mi mano derecha es pesada y cálida”, di “mi mano derecha es pesada y cálida”, una vez más “mi mano derecha es pesada y cálida”. Ahora concéntrate en tu mano y brazo derecho, repitiendo mentalmente varias veces: “siento mi mano y brazo derecho pesado” (10 segundos). “Mi mano y brazo derechos se vuelven muy cálidos y pesados”. Otra vez “mi mano y brazo derechos se vuelven muy cálidos y pesados”.

Mano y brazo izq.

Mientras te imaginas que estas en la playa, concéntrate en tu mano y brazo izquierdo, repitiendo mentalmente: “Siento mi mano izquierda pesada”, dilo de nuevo “Siento mi mano izquierda pesada”, nuevamente “Siento mi mano izquierda pesada”. ¡Muy bien! Ahora repite “mi mano izquierda es pesada y cálida”, di “mi mano izquierda es pesada y cálida”, una vez más “mi mano izquierda es pesada y cálida”. Ahora concéntrate en tu mano y brazo izquierdo, repitiendo mentalmente varias veces: “siento mi mano y brazo izquierdo pesado” (10 segundos). “Mi mano y brazo izquierdo se vuelven muy cálidos y pesados”. Otra vez “mi mano y brazo izquierdo se vuelven muy cálidos y pesados”.

Pie y Pierna derecha

Ahora, mientras te imaginas que estas en la playa, concéntrate en tu pie y pierna derecha, repitiendo mentalmente: “Siento mi pie derecho pesado”, dilo de nuevo “Siento mi pie derecho pesado, nuevamente “Siento mi pie derecho pesado”. ¡Muy bien! Ahora repite “mi pie derecho es pesado y cálido”, di “mi pie derecho es pesado y cálido”, una vez más “mi pie derecho es pesado y cálido”. Ahora concéntrate en tu pie y pierna derecha, repitiendo mentalmente varias veces: “siento mi pie y pierna derecha pesado” (10 segundos). “Mi pie y pierna derecha se vuelven muy cálidos y pesados”. Otra vez “Mi pie y pierna derecha se vuelven muy cálidos y pesados”.

Pie y Pierna izquierda

Mientras te imaginas que estas en la playa, concéntrate en tu pie y pierna izquierda, repitiendo mentalmente: “Siento mi pie izquierdo pesado”, dilo de nuevo “Siento mi pie izquierdo pesado, nuevamente “Siento mi pie izquierdo pesado”. ¡Muy bien! Ahora repite “mi pie izquierdo es pesado y cálido”, di “mi pie izquierdo es pesado y cálido”, una vez más “mi pie izquierdo es pesado y cálido”. Ahora concéntrate en tu pie y pierna izquierda, repitiendo mentalmente varias veces: “siento mi pie y pierna izquierda pesada” (10 segundos). “Mi pie y pierna izquierda se vuelven muy cálidos y pesados”. Otra vez “Mi pie y pierna izquierda se vuelven muy cálidos y pesados”.

Ya es la hora de despedirnos del viaje de la playa, repite mentalmente varias veces: “Mi abdomen es cálido”, ¡Muy bien! Ahora di “Mi mente está tranquila” (10 segundos). Repite calmadamente y muy seguro (a) “Todos los días mi cuerpo recupera” (10 segundos)

Sin abrir los ojos recuerda lentamente que estamos en la sala. Escucha los sonidos que vienen de la calle y siente tu cuerpo sobre la silla. Cuando te sientes seguro, empieza a mover tus dedos y poco a poco abre tus ojos. Finalmente estira tu cuerpo.

Anexo 10: Evaluación N° 3

SESIÓN 3. Actividad 2: ¡Clasifica el video!

En la siguiente actividad deberás marcar con una **“X” dentro del cuadrado** , la palabra “Asertividad” o “Inasertividad” que mejor represente los videos.

Video 1:	☐ Asertividad	Inasertividad ☐
Video 2:	☐ Asertividad	Inasertividad ☐
Video 3:	☐ Asertividad	Inasertividad ☐
Video 4:	☐ Asertividad	Inasertividad ☐
Video 5:	☐ Asertividad	Inasertividad ☐

Anexo 11: Evaluación N° 4

SESIÓN IV. Actividad 2: Autoimágenes positivas o negativas

En la siguiente actividad deberás marcar con una **“X” dentro del cuadrado** , la palabra “Positiva” o “Negativa” que mejor represente los dibujos y frases

Dibujo 1:	Positiva ☐	Negativa ☐
Frase 1:	Positiva ☐	Negativa ☐
Dibujo 2:	Positiva ☐	Negativa ☐
Frase 2:	Positiva ☐	Negativa ☐

Anexo 12: Sopa de Letras N° 1

Mi proyecto de vida

Encuentra las palabras relacionadas al tema Proyecto de Vida



Bienestar

Vida

Metas

Unicos

Proyecto

Anexo 13: Evaluación N° 5 (Formato de Evaluación del Programa)

Evaluación Del Programa “Apostando por un mundo de sonrisas” para Padres

Fecha: _____

A continuación se presentan una serie de preguntas a las cuales deberá responder de forma individual y con la mayor sinceridad posible, marcando con una X en la opción que considere correcta. Lo que exprese en esta encuesta será totalmente anónimo y confidencial, es por ello que no requiere que coloque su nombre.

Cómo evalúa usted	Excelen te	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
La información suministrada a los niños y niñas					
La información suministrada a los padres					
Las actividades realizadas con los padres					
Las actividades realizadas con los niños y niñas					
Las estrategias que fueron brindadas a los niños y niñas					
Las estrategias que fueron brindadas a los padres					
Las evaluaciones realizadas con los padres					
Las evaluaciones realizadas con los niños y niñas					
Las diapositivas mostradas en el programa					
El desempeño de las facilitadoras					
Las explicaciones de los contenidos dadas por las facilitadoras					
Los temas impartidos a sus hijos					
La utilidad de las estrategias y herramientas brindadas a los padres					
La utilidad de las estrategias y herramientas brindadas a los niños					
La utilidad del programa					

Responda las siguientes preguntas con Si y No

	SI	NO
El programa se adaptó a las necesidades planteadas en las entrevistas		
Las actividades, evaluaciones y estrategias brindadas fueron suficientes para cubrir las necesidades planteadas en las entrevistas		
La información fue suficiente para producir cambios en los niños y niñas		

Evaluación Del Programa “Apostando por un mundo de sonrisas” para Niños y Niñas

Fecha: _____

A continuación se presentan una serie de preguntas a las cuales deberá responder de forma individual y con la mayor sinceridad posible, marcando con una X en la opción que considere correcta. Lo que exprese en esta encuesta será totalmente anónimo y confidencial, es por ello que no requiere que coloque su nombre.

	SI	MAS O MENOS	NO
Me gustaron las actividades realizadas			
Me gustaron los temas			
Aprendí con la información que me dieron			
Aprendí a relajarme			
Entendí las explicaciones de las facilitadoras			
Me gustaron las diapositivas que me mostraron			
He aplicado las estrategias que me han brindado			

Anexo 14: Formato de Dibujo N° 1

“¿Cómo me siento?”

Realiza un dibujo sobre cómo te sentiste haciendo la
relajación

Anexo 15: Formato de Dibujo N° 2 y 3

“Lo más divertido de hoy fue...”



Realiza un dibujo de la actividad que más te gustó.

Anexo 16: Cuento N° 1

Sesión V: Actividad 3: Cuento

La sopa de Nicanor:

Don Nicanor es un oso que lleva sombrero, no es policía, es cocinero. Para no mancharse se pone un enorme delantal corre probándolo todo, cierra los ojos y dice:- Mmm, a esta comida le falta sal. Nicanor, para ser un oso, no cocina nada mal. Hace helado de piña, espaguetis con tomate, batido de fruta y galletas con chocolate. Quienes probaban sus platos, cantaban de alegría:-¡Estupendo! ¡Fabuloso!; Qué rico está Pero un día, ¡fíjate!, el bueno de Nicanor dio un traspies-¡Plúm!, se cayó todo la sal en la sopa de cordero.- ¡Ay que desastre! ¿Qué hago yo ahora, señor? Se iba poniendo triste el bueno de Nicanor. Primero empezó a llorar:-¡Buaaaaaa! ¡Con tanta sal esta sopa no se va a poder tragar! Qué tristísimo se puso el pobre oso. De tanto llorar y llorar, las lágrimas le saltaban a la sopa sin parar. Misterios de la cocina: la sopa con lágrimas esta riquísima. Cuando todos la probaron también lloraron, no porque tuvieran pena, si no por lo rica que estaba la cena.

Anexo 17: Formato de Dibujo N° 4



Anexo 18: Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IIEC)

I.I.E.C

Inventario infantil de Estresores Cotidianos

¿Qué eres? Rodea



Nombres y apellidos _____

Curso _____ Colegio _____ Fecha _____

Señala, por favor, las cosas que **te ocurren habitualmente** de las que aparecen a continuación, marcando con una X **SÍ** o **NO**.

SALUD	¿Te ocurre esto?	
	SÍ	NO
1 En este periodo escolar he estado enfermo varias veces	☐	☐
2 Con frecuencia me siento mal (dolor de cabeza, náuseas, etc.)	☐	☐
3 tengo cambios de apetito (como demasiado o como muy poco)	☐	☐
4 Me sobresalto por cualquier cosa	☐	☐
5 Tengo pesadillas	☐	☐
6 Me paso mucho tiempo sin hacer nada	☐	☐
7 Me preocupa mi apariencia física (me veo muy gorda /a, o muy flaco/a, etc)	☐	☐
8 Me cuesta mucho concentrarme en una tarea	☐	☐
9 Me canso muy fácilmente	☐	☐
10 Me muevo constantemente, no puedo estar quieto/a	☐	☐
11 Mis padres me regañan por comer muchas chucherías	☐	☐
12 Mis padres me llevan muchas veces al médico	☐	☐

ESCUELA	¿Te ocurre esto?	
	SÍ	NO
13 Normalmente saco malas notas	☐	☐
14 He tenido cambios imprevistos de maestro /a	☐	☐
15 Mi Maestros/as son muy exigentes conmigo	☐	☐
16 Participo en demasiadas actividades extraescolares	☐	☐

17 En el colegio se meten conmigo	☐	☐
18 Las tareas del colegio me resultan difíciles	☐	☐

	¿Te ocurre esto?	
FAMILIA	SÍ	NO
19 Visito poco a mis familiares (abuelos, tíos, primos, etc)	☐	☐
20 Paso mucho tiempo solo /a en casa	☐	☐
21 Paso poco tiempo con mis padres	☐	☐
22 Mis padres me mandan más cosas de las que puedo hacer	☐	☐
23 Hay problemas económicos en casa	☐	☐
24 Mi padre/ madre tiene malos hábitos (bebe, fuma mucho, etc)	☐	☐
25 Recientemente ha fallecido un familiar cercano	☐	☐

“Efectos de un Programa de intervención conductual sobre el estrés en niños con cáncer del Centro Ortopédico Podológico de Caracas.

Planificación del taller:

Temáticas a tratar:

- Psicoeducación a padres.
- Técnicas psico-emocionales a los niños: Autocontrol y afrontamiento de temores, Manejo de emociones, Asertividad, Autoestima y Proyecto de vida.

Número de participantes: 20 participantes: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años, y 10 representantes de los pacientes activos de la Unidad de Oncología Pediátrica del Centro Ortopédico Podológico de Caracas. Los padres estarán presentes como participantes en la Sesión N° 1 y en la Actividad N° 4 de la Sesión N° 6.

Tiempo: 8 horas y 30 minutos. Horas distribuidas en sesiones semanales.

- Horas de trabajo con los representantes de los participantes:
- Horas de trabajo con los pacientes activos:

Contenidos a trabajar de acuerdo a la temática:

Sesión I	Sesión II	Sesión III	Sesión IV	Sesión V	Sesión VI
Dirigida a: 10 representantes de los participantes.	Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.	Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.	Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.	Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.	Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.

Sesión I	Sesión II	Sesión III	Sesión IV	Sesión V	Sesión VI
• Psicoeducación para padres: ○ Charla informativa sobre aspectos generales del cáncer. ○ Conductas y comportamientos asociados a la enfermedad. ○ Influencia del estrés en los participantes. ○ Cambios familiares generados a partir de la presencia de la enfermedad. ○ Impacto de la vida académica ○ Recomendaciones de convivencia. ○ Creencias sobre la enfermedad y expectativa de vida. ○ Estilos de afrontamiento de la enfermedad.	• Autocontrol y afrontamiento de temores: ○ Técnica de relajación con visualización guiada.	• Asertividad: ○ Asertividad vs. Inasertividad.	• Autoestima: ○ Técnicas de fortalecimiento del autoconcepto.	• Manejo de emociones ○ Conceptualización de emociones primarias.	• Proyecto de vida: ○ Técnicas de establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo. *En la actividad N°4 estarán presentes los padres.

Tabla 1.

Cronograma de sesiones. Planificación de intervención.

<u>Fechas</u>	<u>Actividades</u>
24 de Octubre de 2013.	Aplicación del Programa de Intervención: Sesión 1.
23 de Octubre de 2013.	Aplicación del Programa Intervención: Sesión 3.
29-30 de Octubre de 2013.	Aplicación del Programa de Intervención: Sesión 4 y Sesión 5.
5 o 6 de Noviembre de 2013.	Aplicación del Programa de Intervención: Sesión 6. Reunión para constatar los cambios producidos por el programa.

Sesión I. Psicoeducación a madres

Objetivo general: Que los padres de los participantes adquieran los conocimientos relacionados con los aspectos generales del Cáncer y el Estrés, así como el impacto en el niño que tiene dicha enfermedad en el ámbito personal, familiar, educativo y social.

Objetivo específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Establecer nexos de confianza con los participantes mediante la bienvenida a los padres de las y los participantes.	<u>Actividad 1:</u> Presentación “Mi maleta de viaje”	Se invita a los participantes a colocarse en un círculo. Luego se presentarán uno por uno, mencionando su nombre, apellido, nombre de su hijo y escogiendo un objeto que llevarían en una maleta de viaje. A medida que cada participante se exprese, deberá repetir el objeto mencionado por el participante anterior, repitiéndose la secuencia hasta el último del equipo. Si alguno de los participantes omite uno de los objetos antes mencionado por sus compañeros, deberá repetir nuevamente la secuencia agregándose un objeto a la maleta de viaje por una de las facilitadoras.	15 min	<u>Humanos:</u> -Facilitadoras -Representantes de los participantes <u>Materiales:</u> - Manual de facilitador (Anexo 1).	• Que los participantes manifiesten algunas incomodidades al presentarse en el grupo. • Que los participantes presenten dificultad para comprender las instrucciones.	Que los participantes logren presentarse frente al grupo.

Objetivo específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que los participantes comprendan la importancia de una actitud positiva para afrontar situaciones aversivas de la vida cotidiana.	<u>Dinámica</u> 1: “Mi pasaporte”	Se le hará entrega a cada uno de los participantes una tarjeta en blanco N° 1 con un marcador. Luego se invitará a cada uno de los participantes a que cierren sus ojos indicándoles la siguiente consigna: “Ahora que tenemos lista la maleta para emprender nuestro viaje, queremos que busquen su pasaporte. Ese pasaporte tiene algo muy particular, no está identificado con un número, sino con una frase. Dicha frase es especial debido a que los hace sentir capaces de afrontar cualquier adversidad. Y es esa frase la que les permitirá realizar su viaje (Se les dará 30 segundos). Una vez que elijan la frase que identifica su pasaporte, deberán escribirla en la tarjeta que tienen en sus manos y luego deberán compartirla con el e quipo”.	20 min	<u>Humanos:</u> Facilitadoras -Representantes de los participantes <u>Materiales:</u> -Tarjetas. -Marcadores. - Manual de facilitador (Anexo 1).	• Que los participantes presenten dificultad para comprender las instrucciones. • Que los participantes presenten dificultades para identificarse con una frase. • Que los participantes se nieguen en exponer la frase frente a sus compañeros.	Que el 100% de los participantes logren expresar de forma escrita y verbal la frase que los identifica.

Objetivo específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que los padres comprendan la problemática del niño a partir de la presencia de la enfermedad	Actividad 2: Charla sobre el cáncer.	Se proyectará a través de una presentación la información considerada pertinente para los representantes de los participantes, considerando aspectos generales del cáncer, conductas y comportamientos más frecuentes asociados a la enfermedad, influencia del estrés en los participantes, cambios familiares, afección a la vida académica, recomendaciones de convivencia, creencias y estilos de afrontamiento de la enfermedad.	45 min	<u>Humanos:</u> - Facilitadoras - Representantes de los participantes <u>Materiales:</u> -Material impreso -Video beam	Que los participantes presenten dificultades para comprender el contenido expuesto. Que los participantes se retiren del aula ante ocurrencia de inconvenientes médicos relacionados al tratamiento de sus hijos.	Que los padres respondan correctamente el 70% o más de las preguntas realizadas en la Hoja de Evaluación n°1.
Receso	10 min	Receso				
Que los participantes fijen los contenidos expuestos en la sesión	Actividad 3: “Cuéntame sobre tu viaje”	Se les indicará a los participantes que elaboren de forma escrita un breve resumen en una hoja blanca, en donde se expongan los aspectos más importantes de la charla.	15 min	<u>Humanos:</u> - Facilitadoras - Representantes de los participantes <u>Materiales:</u> -Lápiz. -Papel.	Que los participantes realicen preguntas sobre contenidos no abordados en el taller o las dudas surgidas en el transcurso del mismo.	Que el 60% de los contenidos expuestos en la charla sean incluidos en la elaboración de un resumen que deberán plasmar en la Hoja de Evaluación N° 2

Objetivo específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Fortalecer la cohesión grupal entre los padres de los participantes.	<u>Dinámica 2</u> : “Un souvenir especial”	Las facilitadoras indicarán a los participantes que deben entregarle a cada uno de sus compañeros un souvenir (recuerdo) del viaje realizado. Dicho “souvenir” será representado por valoraciones positivas que piensen y sientan por esa persona. Los participantes elegirán a una persona para que sea foco de atención para recibir su “souvenir”. La persona elegida deberá colocarse delante de la persona cara a cara con ella. Si lo desea podrá tener contacto físico (abrazo, agarrarse de manos, etc.).	15 min	<u>Humanos:</u> - Facilitadoras - Representantes de los participantes	Que los participantes presenten dificultades para seguir las instrucciones. Que los participantes manifiesten dificultades para expresar sentimientos positivos hacia sus compañeros.	Que el 100% de los asistentes a la sesión participen en la actividad.

Sesión II. Afrontamiento de temores

Objetivo general: Que los participantes logren identificar situaciones que le produzcan temor. Que los participantes desarrollen conductas adecuadas para afrontar dichos temores.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Establecer nexos de confianza con los participantes mediante la bienvenida a los y las participantes.	<u>Actividad 1:</u> Presentación “Los saludos con partes del cuerpo”	Se le dará la bienvenida a los participantes indicándole que deberán armar dos círculos que irán rotando uno dentro del otro con igual número de personas y pide que se miren frente a frente. Los participantes deberán presentarse con una parte del cuerpo que será indicada por las facilitadorasseguido de su nombre, que le gusta y que no le gusta. Se realizará hasta que los participantes hayan conocido todos los miembros del grupo.	15 min	<u>Humanos:</u> -Facilitadores -Participantes	Que los participantes manifiesten algunas incomodidades al presentarse en el grupo.	Que el 100% de los participantes logren presentarse frente al grupo.
Que los participantes comprendan la importancia del afrontamiento de temores ante situacionesde hospitalización y procedimientos médicos.	Actividad 2: Charla sobre factores disposicionales del estrés y conductas adecuadas de afrontamientoante temores.	Presentación didáctica a través de imágenes y videos que representen conductas adecuadas ante situaciones tales como: la hospitalización y realización de procedimientos médicos; en las cuales semuestran las técnicas de relajación autógena.	20 min.	<u>Humanos</u> -Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> - Video Beam - Manual de facilitador (Anexo 1).	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga.	Que el 70% de los participantes construyan una secuencia con las Fichas N°1 en donde se identifique la situación que produzcan temor y la posible respuesta para enfrentar.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Receso			10 min	Receso		
Que los participantes adquieran una conducta de afrontamiento adecuado ante situaciones de temor.	<u>Actividad 2:</u> “Relajándome”	Se invita a los participantes a colocarse en una posición cómoda, siguiendo las instrucciones dadas por las facilitadoras. Mientras se tiene un fondo musical acorde con el contenido de la relajación.	25 min	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> - Protocolo de relajación. - Sillas. - Música instrumental. - Manual de facilitador (Anexo 1).	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes interrumpen su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga. • Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.	Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.
Que los participantes evalúen la efectividad de la actividad de relajación.	<u>Actividad 4:</u> “Como me siento”	Sentados en un círculo, se solicitará a los participantes que expresen de forma verbal como se sienten luego de la relajación.	15 min	<u>Humanos</u> -Facilitadores -Participantes	• Que los participantes presenten dificultades al expresar sus sensaciones y emociones luego de realizar la relajación.	Que los participantes logren representar en un dibujo en el formato de dibujo N° 1 como se sintieron durante la relajación realizada.

Sesión III. Asertividad

Objetivo general: Implementar la emisión de conductas asertivas en los participantes, empleando la discriminación de las conductas inasertivas y asertivas.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que lo participantes se encuentren relajados para facilitar el proceso atencional.	<u>Actividad 1:</u> “Relajándome”	Se les invita a los participantes a colocarse en una posición cómoda, siguiendo las instrucciones dadas por el facilitador. Mientras se tiene un fondo musical acorde con el contenido de la relajación	20 min	<u>Humanos:</u> Facilitadores - Participantes <u>Materiales</u> -Protocolo de relajación autógena. - Música	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad. • Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga. • Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.	• Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación. .
Que los participantes comprendan la importancia de la asertividad en ambientes de convivencia.	Actividad 2: Charla sobre asertividad	Se proyectarán diversas imágenes y videos que contengan información basada en lo anteriormente expuesto.	25 min.	<u>Humanos</u> Facilitadores - Participantes <u>Materiales:</u> -Video Beam. - Presentación.	• Que los participantes presenten dificultades para comprender el contenido expuesto. • Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga	Que el 80% de los videos sean categorizados correctamente de acuerdo a la palabra “Asertivo” “Inasertivo” (Evaluación N°3)

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que los participantes demuestren estrategias de comunicación interpersonal efectivas.	<u>Actividad 3:</u> “Tarde de Trufas”	Se dividirá el grupo en dos equipos dándoles un conjunto de ingredientes que facilitarán el proceso de realización de un postre en donde se demuestre el trabajo en equipo que faciliten sus habilidades sociales. Con la finalidad de propiciar las interacciones interpersonales se instigará los participantes con verbalizaciones como: “¿X, podrías pasarle este ingrediente a Z?”, “X, permite que Z te ayude”. Además se reforzarán socialmente las respuestas adecuadas.	45 min.	<u>Humanos</u> Facilitadores - Participantes <u>Materiales:</u> - Ingredientes: • Leche condensada. • Galletas trituradas. • Chocolate de taza. • Lluvia de colores y de chocolate. Capacillos. - Utensilios de cocina - Manual del facilitador (Anexo 1).	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. Que los participantes expresen dificultad para relacionarse con los otros compañeros.	Que los participantes expresen frases asertivas durante la realización de la actividad.
Fortalecer los nexos de empatía entre los participantes a través de sus intereses y gustos	<u>Actividad 3:</u> “Lo más divertido de hoy fue...”	Se solicita a los participantes que expresen en un dibujo de las situaciones que fueron de su agrado durante la sesión.	15 min	<u>Humanos</u> Facilitadores - Participantes	Que los participantes presenten dificultades al expresar la actividad e su preferencia mediante un dibujo.	Que el 100% de los participantes expresen mediante un dibujo, en el formato de dibujo N° 2, cual actividad fue de su agrado.

Sesión IV. Manejo de imagen corporal.

Objetivo general: Lograr que los participantes identifiquen las principales características positivas y negativas de la imagen corporal.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que los participantes se encuentren relajados para facilitar el proceso atencional.	<u>Actividad 1:</u> “Relajándome”	Se les invita a los participantes a colocarse en una posición cómoda, siguiendo las instrucciones dadas por el facilitador. Mientras se tiene un fondo musical acorde con el contenido de la relajación	15 min	<u>Humanos:</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Esquema de protocolo de relajación. - Música	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad. • Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga. • Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.	• Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.
Que los participantes conozcan características principales acerca de su imagen corporal	<u>Actividad 2:</u> “Construyendo mi imagen”	Se indicará a los participantes que. Esta será expuesta en las paredes del aula al final de la charla, para que sea identificada deben acostarse sobre hojas de papel bond para que sea dibujada su silueta corporal por una de las facilitadoras por cada uno de los participantes.	25 min	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Hojas de Papel Bond -Marcadores. -Taype.	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse. • Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad.	Que el 100% de los participantes logren realizar con ayuda de un compañero su silueta corporal. Que los participantes clasifiquen su autoimagen corporal como positiva o negativa.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que los participantes conozcan características principales acerca de su imagen corporal	<u>Actividad 3:</u> Charla donde se exponga la importancia de una imagen corporal positiva sobre sí mismo en su vida cotidiana.	Se proyectará diversas imágenes caricaturescas que hagan alusión a las características principales acerca de una imagen corporal positiva y negativa.	25 min.	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Video Beam. -Presentación informativa.	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga	Que sean clasificadas el 70% de las figuras humanas o frases de autoimágenes positivas y negativas presentadas a través de la evaluación N° 4.
Que los participantes conozcan características principales acerca de su imagen corporal	<u>Actividad: 4</u> Imágenes corporales positivas y negativas	Se proyectarán diversas imágenes caricaturescas que hacen alusión a las características principales acerca de una imagen corporal positiva y negativa, necesitamos que presten atención a la información que se presentarán.	25 min	<u>Humanos</u> Facilitadores Participantes <u>Materiales:</u> Hojas de Papel Bond Marcadores. Taype.	Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga	Que sean clasificadas el 70% de las figuras humanas y/o frases de auto imágenes positivas y negativas presentadas a través de la ficha.
Receso			10 min			

Fortalecer los nexos de empatía entre los participantes a través de sus intereses y gustos	<u>Actividad 5:</u> “Lo más divertido de hoy fue...”	Se solicita a los participantes que expresen en un dibujo de las situaciones que fueron de su agrado durante la sesión.	15 min	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes	Que los participantes presenten dificultades al expresar la actividad e su preferencia mediante un dibujo.	Que el 100% de los participantes expresen mediante un dibujo cual actividad fue de su agrado, el cual deberá ser representado en el Formato de Dibujo N° 3
--	---	---	--------	---	--	--

Sesión V. Manejo de Emociones

Objetivo general: Impartir la información básica sobre las emociones para que los participantes respondan adecuadamente frente a las diversas situaciones que produzcan estados de estrés.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que lo participante se encuentren relajados para facilitar el proceso atencional.	<u>Actividad 1:</u> “Relajándose”	Se les invita a los participantes a colocarse en una posición cómoda, siguiendo las instrucciones dadas por el facilitador. Mientras se tiene un fondo musical acorde con el contenido de la relajación	25 min	<u>Humanos:</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales</u> -Esquema de protocolo de relajación. - Música	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad. • Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga. • Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.	Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.

Que los participantes conozcan la importancia del manejo de emociones.	Actividad 2: Charla sobre cómo manejar las emociones básicas.	Se expondrá mediante una presentación con figuras animadas las principales emociones (amor, alegría, tristeza, rabia y dolor) así como la forma más adecuada de manejarla.	25 min.	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Video Beam. -Presentación en Power Point.	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga	Que el 80% de los participantes identifique las emociones presentadas en el dibujo, indicando cuál de las emociones básicas representa el dibujo.
Receso			10 min	Receso		

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que los participantes fijen los conocimientos acerca del manejo de emociones.	<u>Dinámica 1</u> : “El Cuento de Nicanor”	Se leerá a los participantes un cuento (Cuento N° 1) relacionado al manejo inadecuado de la tristeza. Al culminar la lectura se interrogará a los participantes acerca de lo sucedido en el cuento, resaltando la participación del equipo en proponer maneras alternativas de reaccionar ante dicha emoción.	15 min.	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Cuento “La sopa de Nicanor”	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse. • Que los participantes muestren inconvenientes para proponer conductas alternativas.	Que los participantes intervengan en la discusión respondiendo correctamente, de forma verbal, 5 de las 7 preguntas realizadas.
	<u>Dinámica 2</u> : “El semáforo”	Se le hace entrega a cada participante una tarjeta roja, amarillo y verde. Las facilitadoras recrearán situaciones que puedan provocarle enojo, tristeza, amor, alegría y dolor. Ante cada emoción se interrogará cómo reaccionan en esos casos, pidiéndole a uno de los participantes que comparta su experiencia con el equipo. Cada participante evaluará con los colores del semáforo la reacción de su compañero indicando con el color verde que su reacción fue	15 minutos	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Tarjetas amarillo, verde y rojo.	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse. • Que los participantes muestren inconvenientes para evaluar a sus compañeros durante la actividad. • Que los participantes muestren inconvenientes para proponer conductas alternativas.	Que los participantes evalúen correctamente las reacciones de sus compañeros, indicando respuestas adecuadas que sustituyan a las respuestas inadecuadas.

		adecuada, con el color amarillo si su reacción puede ocasionarle problemas y con el globo rojo si debe detenerse, proponiendo una reacción adecuada.				
--	--	--	--	--	--	--

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Fortalecer los nexos de empatía entre los participantes a través de sus intereses y gustos	<u>Actividad 3:</u> “¿Cómo me sentí el día de hoy?”	Se solicita a los participantes que colorean el dibujo con el cual se identificaron durante la realización de las actividades, compartiendo con sus compañeros su experiencia.	15 min	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes	Que los participantes presenten dificultades para realizar la actividad.	Que el 100% de los participantes se identifique con alguno de los dibujos presentados y compartan con sus compañeros su experiencia (Formato de dibujo N° 4)

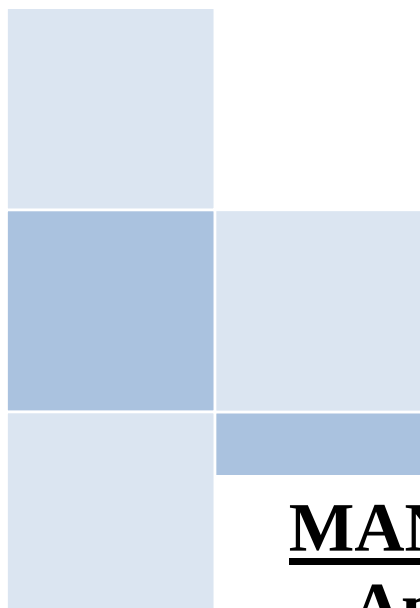
Sesión VI. Proyecto de Vida

Objetivo general: Orientar a los participantes en la elaboración de su proyecto de vida mediante estrategias de planificación y ajuste de metas.

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Que lo participantes se encuentren relajados para facilitar el proceso atencional.	<u>Actividad 1:</u> “Relajándome”	Se les invita a los participantes a colocarse en una posición cómoda, siguiendo las instrucciones dadas por el facilitador. Mientras se tiene un fondo musical acorde con el contenido de la relajación	10 min	<u>Humanos:</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales</u> -Esquema de protocolo de relajación. - Música	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad. • Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga. • Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.	• Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.
Que los participantes conozcan la importancia de la planificación de su proyecto de vida.	<u>Actividad 2:</u> Charla sobre “Mi proyecto de vida”.	Se proyectarán diversas imágenes que ejemplifiquen el concepto, proceso y la importancia de la elaboración de proyecto de vida de los participantes.	25 min.	<u>Humanos</u> Facilitadores -Participantes <u>Materiales:</u> -Video Beam. -Presentación en Power Point	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto. • Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga	Que los participantes realicen una sopa de letras identificando 5 palabras relacionadas al tema de Proyecto de vida (Sopa de Letras N° 1)

Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento	Tiempo	Materiales	Riesgos	Evaluación
Receso			10 min	Receso		
Que los participantes identifiquen sus metas como proceso principal para la elaboración de su proyecto de vida.	Actividad 3: “Construyendo mi Proyecto de Vida”	Se invitará a los participantes expresar sus metas a través de verbalizaciones las cuales serán plasmadas en una cartelera prevista en el aula. Esta actividad se realizará con la finalidad de generar herramientas de cambio que permitan la planificación de su proyecto de vida.	25 min.	<u>Humanos:</u> - Facilitadores - Participantes <u>Materiales:</u> -Cartulinas -Colores y marcadores.	• Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse. • Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad. • Que los participantes presenten dificultad para identificar cuáles son sus metas.	• Que los participantes se involucren con la actividad expresando sus metas y colocándolas en las cartulinas.
Que los participantes y sus representantes evalúen el programa impartido.	<u>Actividad 4:</u> “¿Que aprendizaje me llevo a casa?”	Solicitar a los participantes que expresen de forma verbal, escrita o gestual como se sintieron durante las sesiones realizadas. Durante esta parte se pretende conocer los comentarios que pueden aportar los padres como espectadores de la intervención	30 min	<u>Humanos</u> - Facilitadores - Participantes - Representantes de los participantes <u>Materiales</u> -Hojas blancas - colores	• Que los participantes presenten inconvenientes en expresar como se sintieron durante las sesiones de intervención. • Que los padres de los participantes muestren dificultades en manifestar opiniones acerca de la intervención realizada	• Que los participantes y sus padres evalúen en una escala del 1 al 5 la pertinencia de los temas abordados, los cambios percibidos en sus hijos, como se sintieron durante las sesiones, etc. (Evaluación N°5)

Anexo 20: Manual del Facilitador



MANUAL DEL FACILITADOR
**Apostando por un Mundo de
Sonrisas**



Facilitadoras:
Meneses, Marielys
Sánchez, Andreyana

Sesión I. Psicoeducación a padres

“¿Cómo mejorar la vida cotidiana de mi hijo?”

Objetivo general: Que los padres de los participantes adquieran los conocimientos relacionados con los aspectos generales del Cáncer y el Estrés, así como el impacto en el niño que tiene dicha enfermedad en el ámbito personal, familiar, educativo y social.

Dirigida a: 10 representantes de los participantes.

Total de minutos: 110 minutos.

Actividad 1: Presentación “Mi maleta de viaje”

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos:

- Facilitadoras .
- Participantes.
- Manual de facilitador (Anexo 1).

Descripción:

Esta actividad permite que los participantes y los facilitadores se presenten conociéndose, facilitando el fortalecimiento de nexos de confianza.

Instrucciones para los participantes:

“Buenos días/tardes, para comenzar nos ubicaremos en círculo. Hoy emprenderemos un viaje, y como en todo paseo conoceremos, aprenderemos y nos divertiremos con esta experiencia enriquecedora. Como nos iremos de viaje necesitaremos nuestra maleta, es por ello, que esta actividad se llama *Mi Maleta de viaje*. En esta actividad, escogeremos un objeto que nos llevaríamos dentro de la maleta que consideremos importantes para emprender en nuestro viaje. Lo especial de esta maleta es que es grupal, es decir, cada uno irá agregando un objeto de en ella. Cuando sea su turno, mencionarán su nombre, apellido, el nombre de su hijo y el objeto que llevarán en la maleta. A medida que cada participante se exprese, deberá repetir el objeto mencionado por el participante anterior, repitiéndose la secuencia hasta el último del equipo (Se mencionará un ejemplo). Si alguno de los participantes omite uno de los objetos antes mencionado por sus compañeros, deberá repetir nuevamente la secuencia agregándose un objeto a la maleta de viaje por una de las facilitadoras (Se mencionará un ejemplo). ¿Alguna duda?”. Culminada la actividad se interrogará a los participantes.

Procesamiento de las experiencias:

¿Cómo se sintieron presentándose?

Riesgos:

Que los participantes manifiesten algunas incomodidades al presentarse en el grupo. Que los participantes presenten dificultad para comprender las instrucciones.

Evaluación:

Que los participantes logren presentarse frente al grupo (Ver Formato de Evaluación, Sesión I).

Objetivo Especifico

Establecer nexos de confianza con los participantes mediante la bienvenida a los padres de las y los participantes.

Dinámica 1: “Mi pasaporte”

Tiempo:

20 minutos.

Materiales:

Humanos:

- Facilitadores
- Participantes

Materiales:

- Tarjetas.
- Marcadores.
- Manual de facilitador (Anexo 1).

Descripción:

Esta dinámica permite a los participantes puedan identificarse con una frase que refleje una actitud positiva.

Instrucciones para los participantes:

Al inicio de esta dinámica se le entregará a cada uno de los participantes una tarjeta en blanco con un marcador, indicándoles que cierren sus ojos. Una vez que se encuentren con los ojos cerrados, se les dice: “Ahora que tenemos lista la maleta para emprender nuestro viaje, queremos que busquen su pasaporte. Ese pasaporte tiene algo muy particular, no está identificado con un número, sino con una frase. Dicha frase es especial debido a que los hace sentir capaces de afrontar cualquier adversidad. Y es esa frase la que les permitirá realizar su viaje (Se les dará 30 segundos para que elaboren su frase). Una vez que elijan la oración que identifica su pasaporte, deberán escribirla en la tarjeta que tienen en sus manos y luego deberán compartirla con el equipo”. Se le dará el turno de palabra a cada uno de los participantes.

Procesamiento de las experiencias:

¿Cómo se sintieron diciendo sus expectativas? ¿Les resultó fácil?

Riesgo:

Que los participantes presenten dificultad para comprender las instrucciones.

Que los participantes presenten dificultades para identificarse con una frase.

Que los participantes se nieguen en exponer la frase frente a sus compañeros.

Que el 100% de los participantes logren expresar de forma escrita y verbal la frase que los identifica. (Ver Formato de Evaluación, Sesión I)

Objetivo

Específico

Que los participantes comprendan la importancia de una actitud positiva para afrontar situaciones adversivas de la vida cotidiana.

Actividad 2: Charla sobre el cáncer.

Tiempo:

45 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadores

-Participantes

Materiales:

-Material impreso

-Video beam

Descripción:

Esta actividad permite a los participantes entiendan los aspectos principales relacionados con el Cáncer, el Estrés y el impacto que tienen dichas variables en el ámbito personal, familiar, educativo y social.

Instrucciones para los participantes:

Se proyectará a través de una presentación la información considerada pertinente para los representantes de los participantes, considerando aspectos generales del cáncer, conductas y comportamientos más frecuentes asociados a la enfermedad, influencia del estrés en los participantes, cambios familiares, afección a la vida académica, recomendaciones de convivencia, creencias y estilos de afrontamiento de la enfermedad.

Procesamiento de las experiencias:

¿Tienen alguna pregunta? ¿Tienen alguna duda? ¿Quedaron claros los contenidos? ¿Qué les pareció la exposición?

Riesgo:

Que los participantes presenten dificultades para comprender el contenido expuesto.

Que los participantes se retiren del aula ante ocurrencia de inconvenientes médicos relacionados al tratamiento de sus hijos.

Evaluación:

Que los padres respondan correctamente el 80% o más de las preguntas plasmadas en el Formato de Evaluación n°1 (Ver Formato de Evaluación, Sesión I).

Objetivo Especifico

Que los padres
comprendan la
problemática del niño a
partir de la presencia de
la enfermedad.

Actividad 3: “Cuéntame sobre tu viaje”.

L70

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadores

-Participantes

Materiales:

-Lápiz.

-Papel.

Descripción:

Esta actividad permite a los participantes representen en un resumen los conocimientos adquiridos durante la charla.

Instrucciones para los participantes:

Para esta actividad se les indicará a los participantes el siguiente enunciado: “Muy bien ahora que han sido evaluados quisiéramos comprobar que dichos contenidos sean mencionados de forma escrita un breve resumen en una hoja blanca”

Procesamiento de las experiencias:

¿Entendieron las instrucciones?

Riesgo:

Que los participantes presenten dificultades para comprender el contenido expuesto.

Que los participantes se retiren del aula ante ocurrencia de inconvenientes médicos relacionados al tratamiento de sus hijos.

Evaluación:

Que el 60% de los contenidos expuestos en la charla sean incluidos en la elaboración de un resumen. Dichos contenidos son:

1. Aspectos generales del cáncer.
2. Conductas y comportamientos asociados a la enfermedad.
3. Influencia del estrés en los participantes.
4. Cambios familiares generados a partir de la presencia de la enfermedad
5. Afección a la vida académica.
6. Recomendaciones de convivencia.

Creencias sobre la enfermedad y expectativa de vida (Ver Formato de Evaluación, Sesión I).

Objetivo Especifico

Que los participantes
fijen los contenidos
expuestos en la sesión.

Dinámica 2: “Un souvenir especial”

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadores

-Participantes

Descripción:

Esta actividad permite a los participantes compartir con sus compañeros de equipo valoraciones positivas, expresando lo que piensan y sientan por cada uno de ellos.

Instrucciones para los participantes:

Las facilitadoras indicarán a los participantes que deben entregarle a cada uno de sus compañeros un souvenir (recuerdo) del viaje realizado. Dicho “survenir” será representado por valoraciones positivas que piensen y sientan por esa persona. Los participantes elegirán a una persona para que sea foco de atención para recibir su “souvenir”. La persona elegida deberá colocarse delante de la persona cara a cara con ella. Si lo desea podrá tener contacto físico (abrazo, agarrarse de manos, etc.).

Procesamiento de las experiencias:

¿Entendieron las instrucciones?

Riesgo:

Que los participantes presenten dificultades para seguir las instrucciones.
Que los participantes manifiesten dificultades para expresar sentimientos positivos hacia sus compañeros.

Evaluación:

Que el 100% de los asistentes a la sesión participen en la actividad (Ver Formato de Evaluación, Sesión I).

Objetivo Especifico

Fortalecer la cohesión
grupal entre los padres de
los participantes.

Objetivo general: Que los participantes logren identificar situaciones que le produzcan temor. Que los participantes desarrollen conductas adecuadas para afrontar dichos temores.

Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.

Total de minutos: 110 minutos.

Sesión II. Afrontamiento de temores.

Actividad 1: Presentación “Te saludo con mi cuerpo”

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadoras

-Participantes

-Carnets

Descripción: Presentación de cada uno de los participantes a través de una dinámica llamada “Los saludos con partes del cuerpo”.

Instrucciones para los participantes:

Bienvenidos niños y niñas, a partir de este momento estaremos aprendiendo y divirtiéndonos un poco, pero para eso, queremos conocerlos un poco. Realizaremos una actividad llamada los saludos con las partes del cuerpo. Deben armar dos círculos uno dentro del otro con igual número de persona y frente a frente. Los círculos rotaran en direcciones diferentes hasta que las facilitadoras indiquen que deben parar. Cada uno de Ustedes deberá presentarse con una parte del cuerpo que será indicada por las facilitadoras seguido de su nombre, que le gusta y que no le gusta. Realizaremos este ejercicio hasta que todos los participantes se hayan dado a conocer para todo el grupo. Una vez terminada la actividad, las facilitadoras les entregaran un carnet que contiene su nombre y apellido, el cual utilizaran colgado durante las sesiones consecutivas.

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto conocer sobre el resto de los participantes?, ¿Cómo se sintieron presentándose?

Objetivo

Específico

Establecer nexos de confianza con los participantes mediante la bienvenida a los padres de las y los participantes.

Actividad 2: Charla

Tiempo:

20 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadoras

-Participantes

Materiales

Objetivo

Específico

Actividad 3: “Relajándome”

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:Humanos:

-Facilitadoras

-Participantes

Materiales:

Esquema de protocolo de relajación.

Objetivo**Específico**

Que los participantes

Actividad 4: ¿Cómo me siento?

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos

-Facilitadores

-Participantes

Objetivo

Específico

Descripción: Actividad en la cual los participantes deben expresar de forma verbal . Que los participantes

Objetivo general: Implementar la emisión de conductas asertivas en los participantes, empleando la discriminación de las conductas inasertivas y asertivas.

Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.

Total de minutos: 110 minutos.

Sesión III. Asertividad

Actividad 1: “Relajándome”

Tiempo:

20 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadoras

-Participantes

Materiales:

Esquema de protocolo de relajación.

-Sillas.

-Música instrumental.

- Manual de facilitador

Descripción: Relajándome

Instrucciones para los participantes: Buenas tardes niños y niñas, necesitamos que cada uno de Ustedes se coloque en una posición cómoda, puede ser en cada una de las sillas que tienen a su alrededor o en los cojines de los cuales disponen. ¿Están listos? ¿Se encuentran cómodos?, ahora bien, necesitamos que escuchen atentamente cada una de las instrucciones que dará a continuación mi compañera (facilitadora) (Guión de relajación), a medida que se lean las instrucciones tendrán de fondo una música que nos ayudara durante la relajación. ¿Quedaron claras las instrucciones?

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divertieron?, ¿Les gusto?, ¿Entendieron?.

Objetivo

Específico

Que los participantes
pueden adquieran
una conducta de
enfrentamiento
adecuado ante
situaciones de temor.

- Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga.
- Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.

Evaluación:

- Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación.
- Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.

Actividad 2: Charla

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

Humanos

Facilitadores

-Participantes

Materiales:

-Video Beam

Descripción: Charla en donde se expongan las principales características de una persona asertiva y otra inasertiva. Así como la presentación de patrones inadecuados de asertividad.

Instrucciones para los participantes: Niños y niñas, a continuación se proyectarán diversas imágenes y videos que contienen información donde observarán a personas que presentan conductas asertivas e inasertivas y la forma más adecuada de responder ante ciertas situaciones o personas. ¿Están claras las instrucciones?

Procesamiento de las experiencias:

¿Les gusto la información que presentamos?, ¿Tienen alguna pregunta sobre el material que se acaba de presentar?

Riesgos:

- Que los participantes presenten dificultades para comprender el contenido expuesto.
- Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga

Objetivo

Específico

Que los participantes
comprendan la
importancia de la
asertividad en
ambientes de
convivencia.

Actividad 3: “Tarde de trufas”

Tiempo:

45 minutos.

Materiales:

Humanos

- Facilitadores

- Participantes

Materiales:

Objetivo

Específico

Actividad 4: “Lo más divertido de hoy fue...”

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Objetivo

Descripción: Realización de un dibujo que reflejen situaciones agradables de la

Objetivo general: Lograr que los participantes identifiquen las principales características positivas y negativas de la imagen corporal.

Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.

Total de minutos: 110 minutos.

Sesión IV Manejo de imagen corporal

Actividad 1: “Relajándome”

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos:

- Facilitadoras
- Participantes

Materiales:

Esquema de protocolo de relajación.

- Sillas.
- Música instrumental.
- Manual de facilitador

Descripción: Relajándome

Instrucciones para los participantes: Buenas tardes niños y niñas, necesitamos que cada uno de Ustedes se coloque en una posición cómoda, puede ser en cada una de las sillas que tienen a su alrededor o en los cojines de los cuales disponen. ¿Están listos? ¿Se encuentran cómodos?, ahora bien, necesitamos que escuchen atentamente cada una de las instrucciones que dará a continuación mi compañera (facilitadora) (Guión de relajación), a medida que se lean las instrucciones tendrán de fondo una música que nos ayudara durante la relajación. ¿Quedaron claras las instrucciones?

Procesamiento de las experiencias:

Una vez culminada la actividad queremos que comenten sobre la actividad que realizamos ¿Les gusto? ¿Cómo sintieron su cuerpo tenso o relajado? ¿Se imaginaron alguna situación mientras se encontraban escuchando nuestras instrucciones?

Objetivo

Específico

Que lo participantes
se encuentren
relajados para
facilitar el proceso
atencional.

do expuesto.

- Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga.
- Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.

Evaluación:

Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.

Actividad 2: Charla

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Materiales:

- Hojas de Papel Bond
- Marcadores.
- Taype.

Descripción: Charla: Construyendo mi imagen”.

Instrucciones para los participantes: Niños y niñas, a continuación vamos a realizar una actividad y para ello deben acostarse sobre las hojas de papel bond que se encuentran dispuestas para tal fin, una vez que se encuentren acostados una de las facilitadoras dibujara cada una de sus siluetas. ¿Quedaron claras las instrucciones? **Nota:** Estas siluetas serán expuestas en las paredes del aula al final de la charla, para que sean identificadas por cada uno de los participantes.

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto que sus siluetas fueran dibujadas?

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse.
- Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad.

Objetivo

Específico

Que el 100% de los participantes logren realizar con ayuda de un compañero su silueta corporal. Y que posterior a la realización de la misma, que el 100% del ellos logre diferenciar.

Actividad 3: Imágenes corporales positivas y negativas

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Objetivo

Específico

Actividad 4: Lo más divertido de hoy fue?

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Objetivo**Específico**

Sesión 1: Emociones

Objetivo general: Impartir la información básica sobre las emociones para que los participantes respondan adecuadamente frente a las diversas situaciones que produzcan estados de estrés.

Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.

Total de minutos: 110 minutos.

Actividad 1: “Relajándome”

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

Humanos:

-Facilitadoras

-Participantes

Materiales:

Esquema de protocolo de relajación.

-Sillas.

-Música instrumental.

- Manual de facilitador

Descripción:

Relajándome

Instrucciones para los participantes: Buenas tardes niños y niñas, necesitamos que cada uno de Ustedes se coloque en una posición cómoda, puede ser en cada una de las sillas que tienen a su alrededor o en los cojines de los cuales disponen. ¿Están listos? ¿Se encuentran cómodos?, ahora bien, necesitamos que escuchen atentamente cada una de las instrucciones que dará a continuación mi compañera (facilitadora) (Guión de relajación), a medida que se lean las instrucciones tendrán de fondo una música que nos ayudara durante la relajación. ¿Quedaron claras las instrucciones?.

Procesamiento de las experiencias:

Una vez culminada la actividad queremos que comenten sobre la actividad que realizamos ¿Les gusto? ¿Cómo sintieron su cuerpo tenso o relajado? ¿Se imaginaron alguna situación mientras se encontraban escuchando nuestras instrucciones?

Objetivo

Específico

Que lo participantes
se encuentren
relajados para
facilitar el proceso
atencional.

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto.
- Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad.
- Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga.
- Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento.

Evaluación:

Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación. Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación.

Actividad 2: Charla

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

.

Descripción: Charla sobre cómo manejar las emociones básicas.

Instrucciones para los participantes: Niños y niñas, a continuación expondremos mediante una presentación con figuras animadas las principales emociones (amor, alegría, tristeza, rabia y dolor) así como, la forma más adecuada de manejarla; necesitamos que presten atención y observen con detenimiento cada una de las imágenes. ¿Quedaron claras las instrucciones? Podemos comenzar....

Procesamiento de las experiencias:

¿Les gustaron las figuras? ¿Las figuras presentadas son conocidas por Ustedes?

¿Entendieron la información que se acaba de presentar?

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto.
- Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga

Evaluación: Que el 80% de los participantes identifique las emociones presentadas en el dibujo, indicando cuál de las emociones básicas representa el dibujo.

Objetivo

Específico

Que los participantes
conozcan la
importancia del
manejo de emociones.

Actividad 3: Cuento

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Materiales:

- Cuento “La sopa de Nicanor”

Descripción: Lectura de un cuento.

Instrucciones para los participantes: Niños y niñas, llegó el momento de leerles un cuento, esperamos sea de su agrado, el cuento tiene un objetivo y es que puedan escuchar cómo se presenta el manejo inadecuado de la emoción de tristeza, queremos estén atentos..... Muy bien, ahora vamos a conversar sobre el cuento que acabamos de escuchar.

¿Cómo se llamaba el personaje del cuento?

¿Cómo que profesión tenía el personaje del cuento?

¿Que sentimiento tiene Nicanor?

¿Qué hace cuando siente eso?.

¿Cuál fue el lado positivo de la situación?

¿Creen Ustedes que la reacción ante la emoción de tristeza fue la adecuada?

¿Qué consejo le darías a Nicanor?

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto el cuento ?, ¿Entendieron ?.

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse.
- Que los participantes muestren inconvenientes para proponer conductas alternativas

Evaluación: Que los participantes intervengan en la discusión respondiendo correctamente, de forma verbal, 5 de las 7 preguntas realizadas (Ver formato de evaluación).

Objetivo

Específico

Que los participantes intervengan en la discusión respondiendo correctamente, de forma verbal, 5 de las 7 preguntas realizadas (Ver formato de evaluación).

Actividad 4: El semáforo

Tiempo:

15 minutos

Materiales

Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Materiales:

- Globos de color rojo, verde y amarillo.

Descripción:

Instrucciones para los participantes: A continuación, les haremos entrega a cada participante un globo rojo, amarillo y verde. Cada una de las facilitadoras recreará situaciones que puedan provocarle enojo, tristeza, amor, alegría y dolor a cada una de Ustedes. Ante cada emoción queremos conocer cómo reaccionan en esos casos y para ello deben compartir delante del grupo sus experiencias o emociones durante esas situaciones. Cada participante evaluará con los colores del semáforo la reacción de su compañero indicando con el color verde que su reacción fue adecuada, con el color amarillo si su reacción puede ocasionarle problemas y con el globo rojo si debe detenerse, proponiendo una reacción adecuada. Así hasta el último de los participantes

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto?, ¿Entendieron? ¿Fue difícil o fácil identificar si la reacción del resto de los participantes fue adecuada o inadecuada.

Riesgos:

- . Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse.
- Que los participantes muestren inconvenientes para evaluar a sus compañeros durante la actividad.
- Que los participantes muestren inconvenientes para proponer conductas alternativas.

Evaluación:

- Que los participantes evalúen correctamente las reacciones de sus compañeros, indicando respuestas adecuadas que sustituyan a las respuestas inadecuadas.

Objetivo

especifico

Que los participantes
fijen los
conocimientos acerca
del manejo de
emociones.

Actividad 5: ¿Cómo me sentí el día de hoy?

Tiempo:

15 minutos.

Materiales

Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Descripción: Dibujo para colorear

Instrucciones: Niños y niñas para esta actividad, les haremos entrega de unos dibujos y cada uno de Ustedes debe colorear aquel con el cual se identificaron durante la realización de la sesión del día, una vez que el dibujo este coloreado deben compartir su experiencia con el resto de sus compañeros. ¿Quedaron claras las instrucciones?

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto?, ¿Por qué escogieron ese dibujo para colorear?.

Riesgos:

- Que los participantes presenten dificultades para realizar la actividad.

Evaluación:

- Que el 100% de los participantes se identifique con alguno de los dibujos presentados y compartan con sus compañeros su experiencia (Formato de dibujo N° 4).

Objetivo

especifico

Fortalecer los nexos de empatía entre los participantes a través de sus intereses y gustos.

Sesión VI Proyecto de vida

Objetivo general: Impartir la información básica sobre las emociones para que los participantes respondan adecuadamente frente a las diversas situaciones que produzcan estados de estrés.

Dirigida a: 10 pacientes activos en edades comprendidas entre los 7 a los 10 años.

Total de minutos: 110 minutos.

Actividad 1: “Relajándome”

Tiempo:

15 minutos.

Materiales:

Humanos:

Facilitadores

Participantes

Materiales

Esquema de protocolo de relajación.

- Música

Descripción:

Relajándome

Instrucciones para los participantes: Buenas tardes niños y niñas, necesitamos que cada uno de Ustedes se coloque en una posición cómoda, puede ser en cada una de las sillas que tienen a su alrededor o en los cojines de los cuales disponen. ¿Están listos? ¿Se encuentran cómodos?, ahora bien, necesitamos que escuchen atentamente cada una de las instrucciones que dará a continuación mi compañera (facilitadora) (Guión de relajación), a medida que se lean las instrucciones tendrán de fondo una música que nos ayudara durante la relajación. ¿Quedaron claras las instrucciones?

Procesamiento de las experiencias:

Una vez culminada la actividad queremos que comenten sobre la actividad que realizamos ¿Les gusto? ¿Cómo sintieron su cuerpo tenso o relajado? ¿Se imaginaron alguna situación mientras se encontraban escuchando nuestras instrucciones?.

Objetivo

Específico

Que lo participantes se
encuentren relajados
para facilitar el
proceso atencional.

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto.
- Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad.
- Que los participantes interrumpan su proceso de relajación por afecciones de salud y/o fatiga.
- Que los participantes tengan que ausentarse del proceso de relajación para recibir tratamiento

Evaluación:

- . Que el 100% de los participantes pongan en práctica la técnica de relajación.
- Que los participantes presenten el 70% o más de los indicadores de relajación

Actividad 2: “Charla”

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:Humanos

- Facilitadores
- Participantes

Materiales:

- Video Beam.
- Presentación en Power Point

Descripción: Charla sobre “Mi proyecto de vida”.

Instrucciones para los participantes: A continuación se proyectarán diversas imágenes que ejemplifican el concepto y proceso para la elaboración de proyecto de vida de los participantes, expondremos como cada uno de Ustedes puede tener un proyecto de vida a pesar de ser muy jóvenes aún, pero con un futuro lleno de oportunidades. Necesitamos presente atención y observen cada una de las imágenes e información que vamos a suministrar.

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto la información ?, ¿Entendieron?.

Objetivo**Especifico**

Que los participantes
conozcan la
importancia de la
planificación de su
proyecto de vida.

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido expuesto.
- Que los participantes interrumpan su proceso atencional por afecciones de salud y/o fatiga

Evaluación:

- Que los participantes realicen una sopa de letras identificando 5 palabras relacionadas al tema de Proyecto de vida (Sopa de Letras N° 1).

Actividad 3: “Construyendo mi Proyecto de Vida”

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

Humanos:

- Facilitadores
- Participantes

Materiales:

- Cartelera.
- Colores y marcadores

Descripción: Yo quiero

Instrucciones para los participantes: Después de haber escuchado y observado cada una de la información referente al proyecto de vida, queremos que expresen sus metas a través de verbalizaciones las cuales serán plasmadas en una cartelera prevista en el aula, a medida que cada uno de Ustedes participen una de las facilitadoras ira realizando la escritura de esas metas. Esta actividad se realizará con la finalidad de generar herramientas de cambio que permitan la planificación de su proyecto de vida. ¿Quedaron claras instrucciones?

Procesamiento de las experiencias:

¿Se divirtieron?, ¿Les gusto?, ¿Entendieron?.

Riesgos:

- Que los participantes manifiesten dificultades en comprender el contenido a aplicarse.
- Que los participantes manifiesten dificultad para realizar la actividad.
- Que los participantes presenten dificultad para identificar cuáles son sus metas.

Evaluación:

- Que los participantes se involucren con la actividad expresando sus metas y colocándolas en la cartelera.

Objetivo

Específico

Que los participantes
identifiquen sus
metas como proceso
principal para la
elaboración de su
proyecto de vida.

Actividad 4: “¿Que aprendizaje me llevo a casa?”

Tiempo:

25 minutos.

Materiales:

Humanos

- Facilitadores
- Participantes
- Representantes de los participantes.

Materiales

- Hojas blancas
- Colores

Descripción: “¿Que aprendizaje me llevo a casa?”

Instrucciones para los participantes: Niños y niñas a continuación necesitamos que expresen de forma verbal, escrita o gestual como se sintieron durante las sesiones realizadas. Durante esta parte se pretende conocer los comentarios no solo de Ustedes sino de cada uno de sus padres como espectadores durante todo este proceso. ¿Se animan? ¿Quedaron claras las instrucciones?

Procesamiento de las experiencias

¿Se divirtieron durante estas sesiones?, ¿Consideran que aprendieron durante estas semanas? ¿Qué cambiarían de todo lo que se trabajo?.

Riesgos:

- Que los participantes presenten inconvenientes en expresar como se sintieron durante las sesiones de intervención.
- Que los padres de los participantes muestren dificultades en manifestar opiniones acerca de la intervención realizada

Evaluación:

- Que los participantes y sus padres evalúen en una escala del 1 al 5 la pertinencia de los temas abordados, los cambios percibidos en sus hijos, como se sintieron durante las sesiones, etc.

Objetivo

Específico

Que los participantes
y sus representantes
evalúen el programa
impartido.

