



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“AUTOCONCEPTO EN NIÑOS CON LEUCEMIA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

P R E S E N T A:

ROSAS GUEVARA COPELIA CONCEPCION.

TUTORA. LIC. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ

REVISOR. LIC. MIGUEL ÁNGEL LUNA IZQUIERDO



MEXICO, D. F

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

*A mi esposo:*

Oscar, por su apoyo, cariño y comprensión.

*A mi hija:*

Copelia Alexandra por llegar a mi vida durante este tiempo y enseñarme que ser una persona exitosa incluye el sutil balance entre la familia y lo profesional...gracias por ceder tu espacio y tiempo para que cumpla mis metas, dándome a cambio...tu sonrisa, tu alegría, tus travesuras...gracias a mi más amado tesoro...mi hija.

*A mis padres:*

Jorge y Guadalupe por su valiosa ayuda e infinito amor, sin ustedes no hubiera podido culminar esta meta en mi vida.

*A mis hermanas:*

Gina y Dulce, por mostrarme que siempre hay metas que alcanzar...gracias por contagiarme de ese espíritu de superación.

Yetli, por ser la primera persona en confiar en que podía realizar este sueño.

*A mis amigos:*

Luz, Yaqueline, Jazmín y Roberto, por sus valiosos consejos, ayuda, apoyo, escucha, por estar ahí cuando más los necesitaba, por enseñarme el verdadero significado de la amistad.

.

## DEDICATORIA

*A mi esposo:*

Oscar, por su apoyo, cariño y comprensión.

*A mi hija:*

Copelia Alexandra por llegar a mi vida durante este tiempo y enseñarme que ser una persona exitosa incluye el sutil balance entre la familia y lo profesional...gracias por ceder tu espacio y tiempo para que cumpla mis metas, dándome a cambio...tu sonrisa, tu alegría, tus travesuras...gracias a mi más amado tesoro...mi hija.

*A mis padres:*

Jorge y Guadalupe por su valiosa ayuda e infinito amor, sin ustedes no hubiera podido culminar esta meta en mi vida.

*A mis hermanas:*

Gina y Dulce, por mostrarme que siempre hay metas que alcanzar...gracias por contagiarme de ese espíritu de superación.

Yetli, por ser la primera persona en confiar en que podía realizar este sueño.

*A mis amigos:*

Luz, Yaqueline, Jazmín y Roberto, por sus valiosos consejos, ayuda, apoyo, escucha, por estar ahí cuando más los necesitaba, por enseñarme el verdadero significado de la amistad.

.

# AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional Autónoma de México:*

Por permitirme formar parte del alumnado de la máxima casa de estudios.

*A la Facultad de Psicología:*

Por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente y poder aportar los conocimientos adquiridos al progreso y beneficio de nuestro país.

*A Mis Maestros:*

Por la dedicación y esfuerzos para trasmitirme sus conocimientos.

*A Mi Tutora:*

Agradezco de manera muy especial a la Lic. Alejandra Valencia Cruz por su valiosa dirección en el desarrollo de esta tesis, por sus orientaciones y conocimientos trasmitidos, y por todo el interés mostrado para la culminación del presente trabajo.

*A Mis Sinodales:*

Por sus oportunos comentarios, sin ellos no hubiera mejorado esta investigación.

*A Casa de la Amistad I.A.P.:*

Por abrirme sus puertas, y confiar en esta investigación.

*A los Niños de Casa de la Amistad I.A.P.:*

Por su valiosa participación. Por que sin ellos nunca hubiera sido posible esta investigación.

# INDICE

---

## INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I

#### “LEUCEMIA INFANTIL”

- Cáncer
- Tipos de cáncer infantil.
- Definición de “Leucemia”
- Clasificación
- Etiología
- Epidemiología
- Cuadro clínico
- Estudios de laboratorio
- Tratamiento y sus efectos

### CAPITULO II

#### AUTOCONCEPTO

- Definición
- Algunas teorías que explican el autoconcepto
- Desarrollo del autoconcepto
- Aspectos que influyen en la formación del autoconcepto
- Componentes del autoconcepto.
- Autoconcepto en niños con cáncer
- Investigaciones

## CAPITULO III

### METODO

- Planteamiento del problema
- Objetivos
- Formulación de hipótesis
- Definición de variables
- Participantes
- Criterios de inclusión
- Criterios de exclusión
- Diseño
- Instrumento
- Escenario
- Procedimiento
- Procesamiento de datos

## CAPITULO IV

### “RESULTADOS”

## CAPITULO V

### “DISCUSION Y SUGERENCIAS”

- Discusión
- Sugerencias

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXO.

# INTRODUCCIÓN

---

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual y muchos otros (Latorre & Veinte, 1999). Todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores de riesgo derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica, y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Ribes, 1990).

Si entendemos la salud como un estado de completo bienestar, física, psíquico y social y no meramente como ausencia de enfermedad como lo define la Organización Mundial de la Salud (citado en Craig, 1997), estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de éstas.

La psicología de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y como responde una persona cuando esta enferma (Taylor, 1986). A pesar de quedar claro que la psicología de la salud se interesa por los factores implicados en la salud y en la enfermedad, es necesario concretar un poco más esta idea. Por un lado, la psicología de la salud intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica y por el otro, establece una serie de recomendaciones, para la interacción del personal de salud con el paciente.



En pocas palabras podemos definir a la psicología de la salud como la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias. (Matarazzo, 1980).

Dicho lo anterior, la psicología de la salud interviene en las enfermedades crónicas ya que requieren un cuidadoso tratamiento y vigilancia del paciente, que en este caso, se estudiará el cáncer oncológico pediátrico.

El cáncer es, sin duda, una de las enfermedades más temidas en nuestros días. Como señala Ibáñez (1990), la propia palabra produce en muchas personas un claro impacto emocional, ya que frecuentemente se vincula con la idea de dolor y de muerte. Lo cual comporta una serie de problemas que afectan a los pacientes, a sus familiares y amigos, y al personal sanitario que los atiende, que se afrontan generalmente mal en la actualidad, y a lo que es necesario aportar una solución.

El cáncer es una enfermedad crónica perteneciente a la categoría de los tumores, definidos como masas tisulares de crecimiento excesivo e incoordinado con el de los tejidos normales (Cuevas & Santos 1985).

Las causas del cáncer no son del todo conocidas, habiéndose identificado múltiples factores que pueden conducir a la enfermedad neoplásica; entre ellos, factores genéticos, físicos, químicos, geográficos, culturales, y psicológicos (Latorre & Veinte, 1999). Los grandes esfuerzos que se llevan a cabo para el desarrollo de terapéuticas contra el cáncer han conseguido mejorar la situación para algunos tipos de cáncer, y aumentando la

supervivencia de los pacientes, particularmente cuando la enfermedad se detecta en las fases tempranas de su desarrollo.

El tratamiento de las enfermedades crónicas involucra aspectos que van más allá del ámbito tradicional del médico y más aún tocan aspectos sobre el funcionamiento social y psicológico del niño, de la unidad familiar y del mundo social del niño. (Barreto, Martínez-Besteiro & Mira, 1990).

Las mejoras producidas por los tratamientos suponen a veces, un alto costo para los pacientes. Diversos tratamientos del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia) son invasivas, dolorosas, aversivas, incapacitantes y con efectos muchas veces irreversibles (amputaciones o extirpaciones de órganos, por ejemplo); o producen efectos secundarios indeseables, como náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida del apetito, quemaduras, disminución de las capacidades cognitivas, etc. (Bayes, 1985).

Los tratamientos interrumpen la vida cotidiana, provocando cambios importantes en los hábitos de los pacientes.

El carácter episódico o permanente que presenta la enfermedad, así como la edad de comienzo de la misma y la edad del niño en el momento en que se hace la valoración, son factores que inciden sobre las cuestiones psicológicas (Barreto; Martínez–Besteiro & Mira, 1990).

Así pues la enfermedad y el tratamiento llevan al paciente a verse de una manera diferente.

En nuestro país, los índices estadísticos sobre mortalidad infantil, refieren que los padecimientos oncológicos corresponden a la segunda causa de defunción (INEGI 2002).

El cáncer y las diferentes modalidades terapéuticas empleadas para controlarlo producen en muchos casos alteraciones en la imagen corporal del paciente. Alopecia, cambios de color en las uñas, alteraciones dermatológicas, cicatrices, amputaciones, cambios en el peso, etc. hacen que el paciente se vea obligado a

aceptar un cuerpo que ahora es diferente al que poseía antes del diagnóstico del cáncer. En una sociedad que valora enormemente la estética y el aspecto físico, y que define de formas muy concretas la masculinidad y la femineidad, la distorsión de la imagen corporal puede interferir fácilmente con la aceptación de uno mismo.

El cáncer en la niñez además de que produce estrés, depresión, deterioro de su imagen corporal, etc., impacta en su autoconcepto (Valencia, 2007). El cáncer altera la relación de los individuos con su medio ambiente. Entendemos como el ambiente del niño con cáncer, la familia, el colegio y sus amigos, es decir, los ámbitos en que se desenvuelve. Es por esto que el niño experimenta también un cambio en la relación con las otras personas y en la percepción de sí mismo (Schulman & Kupst, 1979). Este cambio puede considerarse como una pérdida asociada con la enfermedad en general. La enfermedad priva al niño del control de la rutina diaria, de la intimidad, de las relaciones con la familia y amigos, es decir, de su vida misma.

Por otra parte, algo importante para el análisis cognitivo del autoconcepto es la idea de que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes. Así, en términos de autoconcepto, tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros o distintos en algún modo (Servin, 1990). El autoconcepto, es importante ya que es la forma como uno se percibe, y esto nos hace sentir bien o mal. James (citado en Calvin & Gardner, 1984) lo define como “la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo”, su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos, sus enemigos, etc. Oñate (1989) señala que “es el conjunto de ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y la imagen de la persona que le gustaría ser”. El “yo” es el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona, y es además una realidad aprendida

ya que se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales.

Si el niño tiene un *autoconcepto positivo*, este tiene un mejor desenvolvimiento en las actividades en que se desarrolla y que el implementa, este contará a su vez con mayor seguridad y confianza. En cambio si tenemos un *autoconcepto negativo*, esto provocará que el niño se sienta inseguro ante lo que realiza, se aíse de los demás, etc.

De lo anterior se deduce que es importante conocer cómo la enfermedad afecta el autoconcepto en los niños, y éste puede ser parte fundamental en esta enfermedad (origen de depresiones, aumento del estrés, continuar el tratamiento, entrar en terapia, etc.)

El presente trabajo se llevó a cabo porque al tener la experiencia de trabajar con niños con cáncer, surgió la inquietud de saber ¿qué es lo que pasa con el autoconcepto del niño oncológico pediátrico?.

El tema del “Autoconcepto en niños con leucemia” resulta interesante dado que la leucemia es una enfermedad crónica que afecta física, psicológica y socialmente al niño que la padece. Físicamente el niño con leucemia se enfrenta a problemas como la pérdida de peso, cambio del color natural de su piel, el cabello se les cae, etc. Hay limitaciones en sus actividades físicas y escolares lo que los lleva a un retraimiento social, esto aunado a las hospitalizaciones frecuentes que los obligan a separarse de sus padres, hermanos y amigos, perdiendo también la posibilidad de realizar sus actividades cotidianas.

Ante lo anterior, parece claro que muchas de las situaciones por las que atraviesa el niño con cáncer durante el curso de su enfermedad, conducen a una reacción de estrés, experimentada por él como altamente desagradable, y que provoca importantes necesidades de adaptación. Trayendo como resultados incertidumbre, sentimientos negativos, pérdida de control, amenazas a la autoimagen y al autoconcepto.

Por eso es importante conocer como estos cambios modifican el autoconcepto en los niños con cáncer, con el objetivo de desarrollar herramientas terapéuticas para crear o modificar un autoconcepto positivo en los niños.

Con los resultados que se puede brindar un apoyo psicológico más específico y adecuado, para mejorar su calidad de vida a esta población.

Los psicólogos profesionales de la salud son los idóneos para llevar a cabo esta importante tarea de ayudar a los pacientes pediátricos oncológicos.

Por otra parte, las investigaciones realizadas sobre *autoconcepto y niños* son escasas, pues la mayoría se refieren a la autoestima o están relacionadas con otros factores pero no con el cáncer, sin embargo, existe una extensa bibliografía de investigaciones realizadas de autoconcepto con pacientes con mastectomía unilateral o bilateral, de amputaciones por diabetes mellitus, así como de cáncer de testículo, cáncer de piel etc. Por lo que se puede decir, que no se ha hecho investigación de autoconcepto y niños con cáncer específicamente.

Ahora bien, Villaseñor (2000), estudió el Autoconcepto del paciente con cáncer y lesiones visibles. Aunque no contempla a los niños, considero que es la más apegada al tema. En su investigación participaron personas de los 20 a 50 años.

Esto nos indica la importancia de esta investigación ya que puede aportar valiosa información respecto a la población oncológica pediátrica mexicana, en cuanto al autoconcepto.

Ante lo anterior surge la pregunta ¿Cómo es el autoconcepto de los niños con leucemia respecto con el de los niños sanos?.

Para dar respuesta a esta pregunta se revisaron los siguientes puntos. En el Capítulo 1, se expone un panorama general de la leucemia, el cual abarca

conceptos básicos como la definición de la leucemia, causas, incidencia, síntomas, tratamientos y efectos existentes

En el Capítulo 2, se trata el autoconcepto. En el que se describe qué es el autoconcepto, teorías que lo explican, su desarrollo, aspectos que influyen en su formación y componentes.

La metodología se aborda detalladamente en el Capítulo 3 y en el Capítulo 4, se presenta los resultados, acompañados de tablas para su mejor apreciación. Por último, como Capítulo 5, se presenta la discusión y sugerencias.

# CAPITULO I

## LA LEUCEMIA INFANTIL

---

### 1.1 Cáncer

El cáncer no es una sola enfermedad sino que es un grupo de más de 200 enfermedades diferentes. Puede describirse generalmente como masas tisulares anormales de crecimiento excesivo e incordinado con el de los tejidos normales (Cuevas & Santos,1985).

Las células son unidades vitales básicas. Todos los organismos están compuestos por una o más células y, en general, se dividen para producir más células sólo cuando el cuerpo lo necesita.

En algunas ocasiones las células continúan dividiéndose y así crean más células incluso cuando no son necesarias. Cuando esto sucede, se forma una masa de tejido. Esta masa de tejido extra se denomina tumor. Los tumores se encuentran en todos tipos de tejidos y pueden ser benignos o malignos (Geoffrey, 1998).

#### *Tumores Benignos*

Los tumores benignos no son cáncerosos. Generalmente pueden removerse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen. Lo que es más importante, las células de tejidos benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Las células de tumores benignos permanecen juntas y a menudo son rodeadas por una membrana de contención. Los tumores benignos no constituyen generalmente una amenaza para la vida (Bonadonna & Robustelli, 1983).

Ejemplos de tumores benignos:

- Papiloma - Masa protuberante en la piel (por ejemplo, una verruga)
- Adenoma - Tumor que crece en las glándulas y en torno a las mismas
- Lipoma - Tumor en un tejido adiposo
- Osteoma - Tumor de origen en el hueso
- Mioma - Tumor del tejido muscular
- Angioma - Tumor compuesto generalmente de pequeños vasos sanguíneos o linfáticos (por ejemplo, una marca de nacimiento)
- Nevus - Pequeño tumor cutáneo de una variedad de tejidos (por ejemplo, un lunar)

### *Tumores Malignos*

Los tumores malignos son cáncerosos. Las células cáncerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. Las células cáncerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o el flujo sanguíneo, que es la manera en que el cáncer alcanza otras partes del cuerpo. El aspecto característico del cáncer es la capacidad de la célula de crecer rápidamente, de manera descontrolada e independiente del tejido donde comenzó. La propagación del cáncer a otros sitios u órganos en el cuerpo mediante el flujo sanguíneo o el sistema linfático se llama metástasis (Bonadonna, & Robustelli, 1983)

Los tumores malignos generalmente se pueden clasificar en dos categorías.

**Carcinomas.** Estos cánceres se originan en el epitelio. El epitelio es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon y el útero (Hossfeld, D., 1992).



Sarcomas. Los sarcomas son cánceres del tejido conectivo y soportivo (tejidos blandos) de todos los tipos. Los sarcomas se encuentran en cualquier parte del cuerpo y frecuentemente forman crecimientos secundarios en los pulmones (Hossfeld, 1992).

CARACTERISTICAS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS		
CARACTERISTICA	BENIGNO	MALIGNO
DIFERENCIACION	Las células tumorales se asemejan a las células maduras originales	Las células tumorales tal vez no se asemejan a las células maduras originales
TASA DE CRECIMIENTO	Lenta; puede interrumpirse o retroceder	Rápida, autónoma; generalmente no interrumpe o retrocede
TIPO DE CRECIMIENTO	Se expande y desplaza	Invade, destruye y reemplaza
METASTASIS (capacidad que tienen para invadir otros órganos)	NO	SI
EFFECTO EN LA SALUD	Generalmente no ocasiona la muerte	Puede ocasionar la muerte si no se diagnostica y suministra tratamiento

## 1.2 Tipos de cáncer infantil

Aproximadamente a 1 de cada 450 niños se le diagnosticará cáncer antes de los 15 años de edad (Stiller, C y Draper, G., 1998).

Los cánceres más comunes en niños son:

- ✓ Leucemias: linfocíticas y agudas (linfoblásticas)
- ✓ Tumor cerebral y de otros sistemas nerviosos: neuroblastoma
- ✓ Cánceres de nódulos linfáticos (linfomas)
- ✓ Huesos (osteosarcoma)
- ✓ Sarcomas de tejidos blandos: rhabdomyosarcoma
- ✓ Riñón: tumor de Wilms.
- ✓ Ojos: retinoblastoma
- ✓ Glándula suprarrenal (carcinoma adrenocortical)

## 1.3 Definición de leucemia

### Definición

Las leucemias son enfermedades caracterizadas por las proliferaciones clonales de células precursoras hematopoyéticas en distintos grados de diferenciación que dan lugar a una infiltración en la médula ósea y secundariamente al hígado, al bazo y otros órganos y tejidos. Constituyen el grupo de neoplasias más frecuentes en los niños; el 80% de los casos corresponde a la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) y el 20% a la Leucemia Mieloide Aguda (LMA) (Ortega, 2001)

En la leucemia se encuentra una producción anormal de glóbulos blancos, los cuales se reproducen sin control. Al ser células que no han madurado lo suficiente,

no son capaces de proteger al organismo y provocan la disminución de los glóbulos rojos y de las plaquetas. (Baker, 1985).

Para poder entender los diferentes tipos de leucemia, resulta útil disponer de algunos datos básicos acerca de la sangre y del sistema linfático. A continuación se presenta una explicación de algunos de los componentes de estos sistemas.

### **Médula ósea**

La médula ósea es la parte interna de los huesos. Es donde las células sanguíneas (los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas) son producidas. En los niños, la médula ósea se encuentra en casi todos los huesos del cuerpo, pero en los años de la adolescencia, se encuentra fundamentalmente en los huesos planos (el cráneo, los omóplatos, las costillas, la pelvis) y en las vértebras (la columna vertebral) (Griffths, Murria & Russo, 1988).

La médula ósea está formada por células productoras de sangre (hematopoyéticas) y tejidos de apoyo que ayudan al crecimiento de las células productoras de sangre. Las células productoras de sangre más primitivas se llaman células madre. Estas células pueden dividirse para producir más células madre o pueden crecer hasta convertirse en otras células sanguíneas, llamadas glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas (Sociedad Americana de Cáncer, 1998).

Los glóbulos rojos transportan el oxígeno desde los pulmones a todos los demás tejidos del cuerpo. Cuando la médula no produce suficientes glóbulos rojos para reemplazar los que se desgastan, puede ocurrir una condición conocida como anemia (insuficiencia de glóbulos rojos en el cuerpo). La anemia causa por lo general debilidad, palidez de la piel, cansancio y dificultad al respirar (Griffths, Murria & Russo, 1988).

Las plaquetas son fragmentos que se desprenden de un tipo de célula de la médula ósea, llamada megacariocito, y son liberados al torrente sanguíneo. Las plaquetas son importantes para taponar áreas dañadas en los vasos sanguíneos

debido a cortaduras o golpes. La disminución de plaquetas se llama trombocitopenia y puede resultar en sangrado excesivo y moretones (Sociedad Americana de Cáncer, 1998).

Los glóbulos blancos, también conocidos como leucocitos, defienden el cuerpo contra infecciones causadas por bacteria u hongo (gérmenes). Los tres tipos principales de glóbulos blancos son los linfocitos (tratados en la sección sobre el tejido linfoide), los granulocitos y los monocitos (Sociedad Americana de Cáncer, 1998).

- Los granulocitos provienen de una célula primitiva llamada mieloblasto. Ésta es la célula maligna en la leucemia mieloide aguda. Los granulocitos destruyen los gérmenes tales como las bacterias. El tipo principal de granulocito se llama neutrófilo o leucocito polimorfonuclear. Los otros dos tipos son los basófilos y los eosinófilos. Todos ellos se distinguen por el tamaño y el color de sus gránulos (manchas vistas dentro de las células por medio del microscopio). Esos gránulos contienen químicos que ayudan a combatir los microorganismos invasores. Los granulocitos sobrellevan numerosos cambios durante el proceso de maduración, desde un mieloblasto primitivo hasta la célula que combate las infecciones. Una vez que pasan al torrente sanguíneo como células maduras, circulan sólo durante un corto período de tiempo (por lo general, sólo unas horas), por lo que tienen que ser constantemente reemplazados (Sociedad Americana de Cáncer, 1998).
- Los monocitos también protegen al cuerpo contra los microorganismos. Después de circular en el torrente sanguíneo, entran en los tejidos para convertirse en macrófagos, que pueden destruir algunos gérmenes al rodearlos y digerirlos. Los macrófagos también ayudan a los linfocitos a reconocer a los gérmenes para que puedan producir anticuerpos que los combatan (Sociedad Americana de Cáncer, 1998).

## Tejido linfoide

El tejido linfoide, también conocido como tejido linfático, es el componente principal del sistema inmunológico y está formado por varios tipos diferentes de células que trabajan juntas para resistir la infección. El tejido linfoide y el sistema inmunológico pueden participar también en la lucha contra algunos tipos de cáncer. Este sistema rechaza también a los tejidos recibidos de otras personas, tales como las transfusiones de sangre o los trasplantes de órganos (Griffths, Murria & Russo, 1988).

El tejido linfoide se encuentra en muchos lugares del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, el timo, el bazo, las amígdalas y las adenoides, la médula ósea y también disperso dentro de otros sistemas, como el sistema digestivo y el sistema respiratorio. Hay un vasto sistema que enlaza todos los tejidos linfoides, llamado sistema linfático. Los linfocitos circulan en este sistema y eventualmente fluyen hacia el torrente sanguíneo.

El tipo principal de célula que forma el tejido linfoide es el linfocito, las células a partir de las cuales se origina la leucemia linfocítica aguda (ALL) (Baker, 1985).

Hay dos tipos principales de linfocitos:

- linfocitos B (células B)
- linfocitos T (células T)

Aunque ambos pueden dar lugar a una leucemia, las leucemias de células B son mucho más comunes que las leucemias de células T.

Las células T y las células B normales tienen diferentes funciones dentro del sistema inmunológico.

Las células B ayudan a proteger el cuerpo contra las bacterias y virus al madurar y convertirse en células plasmáticas y al producir inmunoglobulinas (anticuerpos). Los anticuerpos se adhieren a ciertos elementos químicos en la superficie de un germen. Esto atrae otro tipo de célula (los granulocitos, explicados anteriormente)

que digieren el germen cubierto por los anticuerpos. Los anticuerpos también atraen ciertas proteínas que pueden destruir las bacterias al hacer orificios en ellos (Griffths, Murria & Russo, 1988).

Las células T ayudan a protegernos contra sustancias extrañas (aquellas que normalmente no están presentes en el cuerpo). Éstas reconocen elementos químicos específicos, como los que se encuentran fuera de las células infectadas por un virus, y destruyen estas células segregando sustancias que hacen que se produzcan orificios en ellas y se vuelvan permeables. Las células T también pueden producir sustancias llamadas citocinas que atraen tipos de glóbulos blancos, como los macrófagos, los cuales rodean y digieren las células infectadas (Griffths, Murria & Russo, 1988).

También se cree que las células T destruyen algunos tipos de células cancerosas, así como las células de los órganos trasplantados. Los pacientes con órganos trasplantados deben tomar medicamentos especiales para prevenir esta acción de las células T (Griffths, Murria & Russo, 1988).

Las células B y las células T normales pueden ser reconocidas mediante pruebas de laboratorio que identifican elementos químicos distintivos en sus superficies. Algunas sustancias químicas sólo se encuentran en las células B, y otras sólo se encuentran en las células T (Griffths, Murria & Russo, 1988).

En realidad hay varios tipos de células T, y cada uno de éstos tiene una función especializada. También hay varias etapas de desarrollo o de maduración de las células B y de las células T que pueden ser identificadas. Esto es importante debido a que las leucemias que se originan de estas células tienden a parecerse a un subtipo particular de linfocito normal en cierto nivel del desarrollo (Griffths, Murria & Russo, 1988).

Los ganglios linfáticos normales son órganos del tamaño de un frijol que están localizados en todo el cuerpo y conectados por un sistema de vasos linfáticos. Estos vasos son como venas, delgadas excepto que en vez de transportar sangre transportan linfa, un líquido claro que contiene productos de desecho y líquido

sobrante de los tejidos, así como células del sistema inmunológico que viajan entre los ganglios linfáticos y otros órganos.

Los ganglios linfáticos aumentan de tamaño cuando combaten una infección, especialmente en infantes y niños. Los ganglios linfáticos que crecen durante la reacción a una infección se llaman ganglios reactivos o ganglios hiperplásicos. Un ganglio linfático aumentado de tamaño, por lo general, no es grave en un niño; pero un ganglio linfático agrandado, algunas veces, también puede ser un signo de leucemia.

El bazo se encuentra por debajo de las costillas inferiores, en el lado izquierdo del cuerpo. Es la mayor concentración de tejido linfático existente en el cuerpo. El bazo produce linfocitos y otras células del sistema inmunológico para ayudar a combatir las infecciones, almacena las células sanguíneas sanas y atrapa mediante filtración las células sanguíneas dañadas, las bacterias y las células muertas. Si algunas enfermedades hacen que la médula ósea deje de producir células sanguíneas, el bazo puede funcionar como apoyo para esta tarea (Griffths, Murria & Russo, 1988).

La glándula del timo es un órgano situado frente al corazón. Antes del nacimiento, esta glándula desempeña una función vital en el desarrollo de los linfocitos T, los cuales son importantes para el sistema inmunológico. Aunque el tamaño de la glándula del timo y el papel que desempeña disminuyen con la edad, el timo continúa participando en el funcionamiento del sistema inmunológico durante toda la vida.

Las adenoides y las amígdalas son agrupaciones de tejido linfoide situadas detrás de la garganta. Son fáciles de ver cuando se inflaman durante una infección o si se vuelven cancerosas.

## 1.4 Clasificación

Existen cuatro tipos de leucemia: leucemia linfocítica aguda, leucemia mielógena aguda, leucemia linfocítica crónica y leucemia mielógena crónica (Manual de Oncología Pediátrica, 2001).

El término **aguda** significa "de rápido desarrollo". Aunque las células crecen rápidamente, no pueden madurar de forma adecuada. El término **crónica** se refiere a una condición en la que las células parecen ser maduras, pero no son completamente normales. Éstas viven demasiado tiempo y causan una acumulación de ciertos tipos de glóbulos blancos (Altman, 1988).

Los términos **linfocítica** y **mielógena** (o mieloide) se refieren a dos tipos de células diferentes, a partir de las cuales se originan las leucemias. Las leucemias linfocíticas se desarrollan a partir de los linfocitos de la médula ósea. La leucemia mielógena (a veces llamada *mielocítica*) se desarrolla a partir de uno de los dos tipos de glóbulos blancos: los granulocitos o los monocitos (Manual de Oncología Pediátrica, 2001).

La mayoría de las leucemias infantiles se clasifican según su apariencia bajo el microscopio. Para ayudar a los médicos a ver las células claramente con el microscopio, las células son tratadas con una tinción (tinte), la cual cambia el color de las diferentes partes de las células. Aunque algunas leucemias pueden ser clasificadas fácilmente por medio de tinciones de rutina, la mayoría requiere una tinción citoquímica especial para ayudar a identificar ciertas sustancias dentro de las células leucémicas (Manual de Oncología Pediátrica, 2001).

A menudo son necesarias pruebas más complejas para decidir el tipo exacto de leucemia que tiene el niño. Esto es importante, porque los diferentes tipos de leucemia tienen un pronóstico diferente (perspectiva de supervivencia) y se tratan de forma distinta. Las pruebas utilizadas para clasificar las leucemias incluyen (Hosffeld, 1992):



- Citometría de flujo: una prueba que usa anticuerpos especiales para detectar sustancias específicas en la superficie celular o dentro de la célula.
- Pruebas citogenética: estudios para detectar cambios en los cromosomas de las células.
- Pruebas de genética molecular: pruebas que muestran cambios en el ADN de las células.

### **Leucemia linfocítica aguda (ALL)**

La leucemia linfocítica aguda (ALL) es un cáncer de las células productoras de linfocitos, llamados linfoblastos (Baker, 1985). En el pasado, esta leucemia se dividía en tres categorías fundamentales (L1, L2 o L3), de acuerdo con su morfología (aparición bajo el microscopio) (Poplack, 1989).

- L1 es el tipo más común en los niños. Los linfoblastos son células pequeñas.
- L2 es responsable del 10% de los casos de ALL. Las células son más grandes;
- L3 es el subtipo más raro.

Este sistema ya no se usa debido a que existen nuevas y mejores maneras de clasificar la ALL que la manera en que lucen las células bajo el microscopio. Este sistema es más útil para clasificar los tipos de ALL mediante la búsqueda de ciertas sustancias, llamadas antígenos, en las células. Las pruebas para determinar anomalías en los genes y los cromosomas de las células leucémicas también son usadas para determinar su tipo (Hosffeld, 1992).

### **Leucemia linfocítica aguda de células B**

Aproximadamente el 85% de las leucemias linfocíticas agudas se originan de las células B. El subtipo más común de las leucemias linfocíticas agudas de células B

es la leucemia linfocítica aguda "precursora B temprana o la leucemia linfocítica aguda pre-B temprana (Manual de Oncología Pediátrica, 2001).

El segundo tipo de leucemia de células B es la forma de la leucemia linfocítica aguda "pre-B". El tercer tipo y menos común de la leucemia linfocítica aguda de células B es la leucemia de células B madura. Esta leucemia está presente en alrededor del 2% al 3% de los niños con ALL. También se le llama leucemia de Burkitt.

### **Leucemia linfocítica aguda (ALL) de células T**

Con frecuencia está asociada con un agrandamiento del timo (que algunas veces puede causar dificultad para respirar) y con una propagación temprana al líquido cefalorraquídeo (el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal) (Poplack, 1989).

### **Leucemia mielógena aguda (AML)**

La leucemia mielógena aguda es un cáncer de uno de los siguientes tipos de células de la médula ósea primitivas (inmaduras):

- mieloblastos - estas células normalmente forman granulocitos
- monoblastos - estas células normalmente se convierte en monocitos
- eritroblastos - estas células maduran hasta convertirse en glóbulos rojos.
- megacarioblastos - estas células normalmente se convierten en megacariocitos, las células que producen las plaquetas.

La leucemia mielógena aguda se divide en varios subtipos, dependiendo del tipo de estas células primitivas que se conviertan en cáncer. Aunque frecuentemente las pruebas son útiles para identificar la leucemia mielógena aguda, los subtipos de leucemia mielógena aguda se clasifican casi exclusivamente según su morfología (aparición bajo el microscopio), utilizando tinciones de rutina y citoquímicas. Sin embargo, pruebas químicas más cuidadosas pudieran ser útiles

para determinar mejor el tipo de leucemia. También es útil para detectar anomalías en los cromosomas de las células leucémicas (Manual de Oncología Pediátrica, 2001)

### 1.5 Etiología

La causa de la mayoría de los cánceres en la infancia es desconocida, sin embargo, el cáncer puede ser debido por causas externas al cuerpo, o por causas internas. Los factores externos que pueden causar el cáncer incluyen el estar expuesto a determinados productos químicos. La exposición a sustancias químicas, metales o pesticidas, puede aumentar el riesgo de cáncer. Toda sustancia química que puede producir cáncer se conoce como carcinógena. Asbesto, níquel, cadmio, uranio, radón, cloruro de vinilo, bencidina y benceno son ejemplos de carcinógenos conocidos. Estos pueden actuar de manera aislada o conjuntamente con otros carcinógenos, como el humo del cigarrillo, para incrementar el riesgo de cáncer. Por ejemplo, la inhalación de fibras de asbesto aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares, incluido el cáncer y el riesgo de cáncer es especialmente alto para las personas que trabajan con asbesto y fuman (Estiller & Draper, 1998).

Otros factores ambientales que causan cáncer incluyen (Altman, 1988; Baker, 1985; y Geoffrey, 1998):

- Exposición a agentes contaminantes ambientales, como los gases del escape del automóvil.
- Radiación ionizante. Ciertos tipos de radiación, como radiografías, rayos de sustancias radioactivas y rayos ultravioletas de la exposición al sol, pueden producir daño al ADN de las células, lo cual puede provocar cáncer.

- Consumo de tabaco. Los carcinógenos más comunes en nuestra sociedad son aquellos presentes en el humo del cigarrillo. Se sabe que el humo del tabaco contiene al menos 60 carcinógenos y 6 sustancias tóxicas para el desarrollo. Además de causar 80% a 90% de los cánceres de pulmón, el consumo de tabaco se asocia también con cánceres de la boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga. Evitar los productos del tabaco es una manera de disminuir el riesgo de cáncer de una persona.
  
- Abuso de las bebidas alcohólicas o de determinadas drogas.
  
- Dieta. Se ha descubierto que tipos diferentes de alimentos consumidos repercuten en el riesgo de contraer cáncer. Aproximadamente 30% de los cánceres se relacionan con la dieta.

Los factores internos que pueden causar cáncer incluyen la obesidad, las infecciones causadas por virus, como la hepatitis B crónica y un historial familiar en el que exista el cáncer.

En relación a factores genéticos, encontramos neoplasias hereditarias (retinoblastoma bilateral), en enfermedades hereditarias susceptibles de desarrollar una neoplasia (albinismo-carcinoma), anormalidades cromosómicas con predisposición al cáncer, (Síndrome de Down-Leucemia) y neoplasia con predisposición familiar (cáncer de mama) (Alvaradejo & Delgado, 1996).

## 1.6 Epidemiología

En nuestro país, los índices estadísticos sobre mortalidad infantil, refieren que los padecimientos oncológicos corresponden a la segunda causa de defunción (Secretaría de Salud, 1999-2001).

Se ha observado que el padecimiento oncológico más frecuente en la población pediátrica, es la leucemia aguda linfoblástica (LAL). En general, la leucemia es más frecuente en el género masculino aunque esta incidencia varía según el tipo. Así la leucemia linfática aguda (LLA) es más frecuente en niños y adultos jóvenes, siendo la crónica típica de ancianos (Rivera,1995).

En nuestro país surgieron 4,173 nuevos casos de leucemia en 1999, de estos, 1,707 casos fueron en niños de 5 a 14 años de edad. De esta cifra, fallecieron 412 pacientes, de los cuales 97 fueron niños del mismo rango de edad. En el año 2000 fue la segunda causa de muerte en niños de edad escolar con un total de 642 defunciones de un total de 7,118 reportadas ese año. En el 2001, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente en niños de edad escolar, con un total de 588 defunciones, cifra que equivale al 8.3% de un total de 7,088 defunciones del mismo año. (Secretaría de Salud, 1999-2001).

En México se tiene un alto índice de curación para el cáncer infantil el cual oscila entre un 70 y 80%, resultados semejantes al de los países industrializados. Sin embargo, cabe mencionar que éstos resultados solo se han podido conseguir con aquellos pacientes evaluados bajo esquemas terapéuticos bien definidos, pues se ha visto que un importante porcentaje de los niños que acuden a instituciones de tercer nivel con padecimientos muy avanzados, bajo protocolos terapéuticos poco convencionales o diagnosticados erróneamente, poseen una pobre expectativa de vida (Rivera,1994)

El establecer la necesidad de la especificación, captación y análisis de los datos sociodemográficos en el área oncológica, puede permitirnos estudios más profundos con base en un resultado, planear campañas de detección, educación médica y de salud, además de encontrar posibles relaciones causales de la enfermedad. Por lo que se han asociado variables como, raza, sexo, estado civil, lugar de procedencia, religión, ocupación, escolaridad, alimentación (Rivera,1995),

## 1.7 Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas son las siguientes (Baker, 1985 & Rivera, 1994):

- *Síndrome anémico*: Se observa una anemia progresiva con palidez de la piel y de las mucosas, con fatiga fácil, dificultad para respirar que aumenta con el esfuerzo físico, dolores de cabeza, irritabilidad o somnolencia y aumento de la frecuencia cardíaca.
- *Pérdida excesiva de peso sin motivo*
- *Moretones*
- *Masa o tumefacción extraña*
- *Dolor o cojera persistente, localizada*
- *Síndrome hemorrágico*: Desencadenada fundamentalmente por la gran disminución o desaparición de las plaquetas de la sangre. Las hemorragias pueden observarse en cualquier lugar del cuerpo, pero fundamentalmente se observan a nivel de la piel y de las mucosas, abarcando desde hematomas hasta grandes hemorragias asociadas o no a traumatismos. El sangrado por la nariz es uno de los más habituales y como consecuencia de su abundancia y reaparición suele ser el primer síntoma que motiva la consulta.
- *Síndrome Febril*: Aproximadamente en un 30% de los casos es la fiebre de varios días de evolución, generalmente asociada a tos, dolor al tragar o abdominal, la que determina la consulta.
- *Síndrome Tumoral*: Está caracterizado por la infiltración de las células sanguíneas inmaduras en los distintos órganos. Los signos más frecuentemente afectados son el hígado, bazo, ganglios y genitales. El compromiso de los huesos y articulaciones, en el 25 a 30% de los casos, desencadena dolores intensos. La afectación del sistema nervioso central se manifiesta por vómitos, dolores de cabeza y parálisis de algunos nervios.

A nivel de los órganos genitales, el testículo se ve afectado en un 10 a 20% con un aumento de su tamaño, pero sin producir dolor. El ovario es poco frecuente que se vea afectado.

### **1.8 Estudios de laboratorio**

El simple hecho de que un niño manifieste algunos de los síntomas antes mencionados no significa que tenga leucemia. El médico deberá llevar a cabo ciertas pruebas para determinar si la enfermedad está presente y, de ser así, el tipo de leucemia de que se trata.

#### **Niveles de células sanguíneas y examen de células sanguíneas**

Los cambios en las cantidades de diferentes tipos de células sanguíneas y el aspecto de éstas en el microscopio pueden sugerir la presencia de una leucemia. Por ejemplo, la mayoría de las personas que padecen de leucemia aguda (mielógena o linfocítica) tendrán demasiados glóbulos blancos, insuficientes glóbulos rojos e insuficientes plaquetas. Además, muchos de los glóbulos blancos serán *blastos*, un tipo de célula inmadura que no se encuentra normalmente en la sangre circulante. Estas células no funcionan de la forma en que debieran hacerlo (Mejía, 1997)

#### **Pruebas de médula ósea**

En el procedimiento de *aspiración de médula ósea*, se utiliza una aguja fina para extraer una pequeña cantidad de médula ósea líquida. Durante una *biopsia* de médula ósea, se extrae un pequeño cilindro de hueso y de médula (de aproximadamente 1/2 pulgada de largo) con una aguja ligeramente mayor (Baker, 1985).

Por lo general, ambas muestras se toman al mismo tiempo de la parte posterior del hueso de la cadera. Estas pruebas se utilizan para determinar la presencia de

una leucemia, y también, si la persona está recibiendo tratamiento, ¿cómo responde la enfermedad al mismo?.

### **Biopsia escisional de ganglios linfáticos**

En este procedimiento, se extirpa el ganglio linfático completo. Si el ganglio se encuentra cerca de la superficie de la piel, ésta es una operación sencilla que puede llevarse a cabo insensibilizando solamente el área circundante; pero si éste se encuentra dentro del tórax o del abdomen, será necesario administrar anestesia general al paciente. Este procedimiento sólo se utiliza en contadas ocasiones para las personas con leucemia (Mejía, 1997).

### **Punción lumbar**

En este procedimiento, se introduce una pequeña aguja en la cavidad vertebral de la región lumbar para extraer una pequeña cantidad de líquido cefalorraquídeo, el cual se examina para ver si contiene células leucémicas. La punción lumbar también puede emplearse para administrar medicamentos quimioterapéuticos directamente al líquido cefalorraquídeo (Baker, 1985).

### **Pruebas de química sanguínea**

Estas pruebas miden la cantidad de ciertas sustancias químicas presentes en la sangre. No se utilizan para diagnosticar una leucemia, sino más bien para ayudar a detectar problemas del hígado o de los riñones causados por esta enfermedad, o por ciertos medicamentos quimioterapéuticos (Stiller & Draper, 1998)

### **Pruebas de laboratorio**

Los médicos utilizan una serie de pruebas de laboratorio muy precisas para diagnosticar y clasificar la leucemia. Es importante saber el tipo exacto de leucemia que padece la persona para seleccionar el mejor tratamiento (Mejía, 1997).



Todas las muestras de biopsia (médula ósea, tejido de ganglios linfáticos, sangre y líquido cefalorraquídeo) son examinadas en el microscopio por un médico especializado en enfermedades de la sangre y del tejido linfoide.

El médico analiza el tamaño y la forma de las células, así como otras características, para clasificarlas en tipos específicos. Un objetivo importante de este proceso es ver si las células parecen ser maduras o no. Las células más inmaduras se denominan *blastos*. Estos blastos son ineficaces para combatir las infecciones, pero pueden reproducirse y desplazar a las células maduras normales (Baker, 1985).

El porcentaje de blastos ayuda al médico a determinar la presencia de una leucemia aguda. Por lo general, un 30% de blastos en la médula indica una leucemia aguda.

### **Estudios radiológicos**

Los estudios radiológicos se utilizan para producir imágenes del interior del cuerpo. En las personas con leucemia, se pueden hacer varios tipos de estos estudios (Almaguer, 1994).

A menudo se toman radiografías para detectar la presencia de alguna masa en el tórax, o bien de leucemia en los huesos o, en raros casos, en las articulaciones.

La tomografía computadorizada (CT, por sus siglas en inglés) es un procedimiento especial, en el cual una máquina radiográfica se mueve alrededor del cuerpo del paciente, mientras toma impresiones desde diferentes ángulos. Este tipo de estudio no se utiliza con frecuencia en los casos de leucemia, pero puede mostrar si la enfermedad se encuentra en los ganglios linfáticos del tórax o en la parte posterior del abdomen (Almaguer, 1994).

El examen de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) es un método que utiliza poderosos magnetos (imanes) y ondas radiales para producir imágenes computadorizadas precisas del cuerpo (Mejía, 1997).

El ultrasonido utiliza ondas sonoras para producir imágenes de los órganos internos. Esta prueba puede distinguir las masas sólidas de las que están llenas de líquido. También se utiliza para ver si los riñones, el hígado o el bazo han sido afectados por la leucemia (Mejía, 1997).

### **1.9 Tratamiento y sus efectos**

Las opciones de tratamiento para cada paciente se basan en el tipo de leucemia, la etapa en que ésta se encuentra y ciertas características de pronóstico (Rivera, 1994).

#### **Quimioterapia**

La quimioterapia se refiere al uso de medicamentos contra el cáncer que entran en la sangre y llegan a todas las áreas del cuerpo para destruir las células cancerosas. La quimioterapia es el tratamiento principal para casi todos los tipos de leucemia (Mejía, 1997).

Aunque los medicamentos quimioterapéuticos destruyen las células cancerosas, también pueden destruir las normales. Esto sucede porque atacan las células de rápido crecimiento, tales como las cancerosas, pero, durante el proceso, también dañan otras células que crecen con rapidez .

Es probable que el revestimiento de la boca y de los intestinos, los folículos pilosos y otros tejidos de rápido crecimiento se vean afectados por la quimioterapia.

Por consiguiente, las personas tratadas con quimioterapia pueden tener un mayor riesgo de infección (debido a los bajos niveles de glóbulos blancos), pueden presentar contusiones o sangrar con facilidad (debido a los bajos niveles de plaquetas), y pueden cansarse con frecuencia (debido a los bajos niveles de glóbulos rojos). Otros efectos secundarios de la quimioterapia pueden incluir una pérdida temporal del cabello, náuseas, vómitos y pérdida del apetito (Mejía, 1997).

Estos efectos secundarios suelen desaparecer poco después de finalizado el tratamiento. Además, a menudo hay formas de controlarlos durante el mismo. Por ejemplo, existen medicamentos que se pueden tomar junto con la quimioterapia para prevenir o reducir las náuseas y los vómitos. En ocasiones, se administran medicamentos conocidos como *factores de crecimiento* para mantener más altos los niveles de sangre y reducir las probabilidades de infección (Mejía, 1997).

Otras formas en que las personas pueden reducir el riesgo de infección son evitando lo más posible la exposición a los gérmenes, lavándose las manos, así como no ingiriendo frutas y vegetales no cocinados. Los pacientes que están recibiendo tratamiento también deben evitar las aglomeraciones (estar cerca de muchas personas) y no acercarse a personas enfermas (Baker, 1985).

El *síndrome de lisis tumoral* es un efecto secundario causado por la rápida descomposición de las células leucémicas. Cuando estas células son destruidas, liberan sustancias en la sangre que pueden afectar los riñones, el corazón y el sistema nervioso. Este problema se puede evitar administrándole al paciente líquidos adicionales o ciertos medicamentos que ayudan al cuerpo a eliminar estas toxinas (Griffiths, Murria & Russo, 1988).

En algunos tipos de leucemia aguda, los tratamientos quimioterapéuticos se administran en fases. En general, el objetivo de la primera fase (llamada *inducción*) es destruir la mayor cantidad de células lo más rápidamente posible. Este tratamiento intensivo inicial dura hasta que la mayoría de las células leucémicas han sido destruidas (Mejía, 1997).

La segunda fase (llamada *terapia de consolidación, intensificación o posremisión*) intenta destruir las células cancerosas remanentes y prevenir una recaída.

Una vez que el número de células leucémicas ha sido reducido mediante el tratamiento en las dos primeras fases, puede empezar una tercera fase, llamada de *mantenimiento*. Además, a algunas personas que padecen de leucemia linfocítica aguda, puede ser necesario administrarles quimioterapia en el líquido cefalorraquídeo para prevenir la propagación al cerebro o a la médula espinal.

La quimioterapia, junto con otros tipos de tratamiento, también se utiliza para la leucemia crónica, pero los planes y medicamentos terapéuticos empleados son diferentes a los que se usan para la leucemia aguda (Mejía, 1997).

### **Trasplante de células madres**

Como se señaló anteriormente, la quimioterapia puede dañar las células normales, al igual que las células cancerosas. El trasplante de células madres permite a los médicos utilizar las altas dosis de quimioterapia necesarias para lograr un tratamiento eficaz. Aunque los medicamentos destruyen la médula ósea del paciente, las células madres trasplantadas pueden restaurar las células madres de la médula ósea productora de sangre. He aquí cómo (Baker, 1985):

Las células madres para el trasplante se toman de la médula ósea o de la sangre (mediante un proceso llamado *aféresis*). Estas células madres pueden obtenerse del propio paciente o de un donante compatible.

Seguidamente, se administran al paciente dosis muy altas de quimioterapia para destruir las células cancerosas. El paciente también recibe radiación total en el cuerpo para destruir cualesquiera células cancerosas remanentes. Después de la terapia, las células madres almacenadas se administran al paciente en forma de transfusión de sangre. Entonces comienza el período de espera, mientras las células madres se asientan en la médula ósea del paciente, y empiezan a crecer y a producir células sanguíneas (Griffiths, Murria & Russo, 1988).

A las personas que reciben células madres de un donante se les administran medicamentos para prevenir un rechazo. Por lo general, en un período aproximado de 14 a 21 días después de la infusión de las células madres, éstas comienzan a producir glóbulos blancos. Luego empiezan a producir plaquetas y, por último, glóbulos rojos.

Los pacientes que reciben un trasplante de células madres tienen que mantenerse alejados de los gérmenes (en aislamiento protector) lo más posible hasta que su nivel de glóbulos blancos alcance un punto seguro. Los pacientes permanecen

hospitalizados hasta que el nivel de glóbulos blancos llegue a cierto número, por lo general, unos 1,000. Una vez que han regresado al hogar, serán examinados casi diariamente en la clínica para pacientes ambulatorios durante varias semanas (Almaguer, 1994).

El trasplante de células madres constituye un tratamiento relativamente nuevo y complejo. Si los médicos consideran que este tratamiento puede ayudar a una persona con leucemia, es importante que se lleve a cabo en un hospital donde el personal tenga experiencia en este procedimiento. Es posible que algunos programas de trasplante no tengan experiencia en ciertos tipos de trasplante, especialmente en los que proceden de donantes ajenos (Baker, 1985).

El trasplante de células madres es muy costoso, y requiere una estadía prolongada en el hospital. Debido a que algunas compañías de seguro lo ven como un tratamiento experimental, es posible que no lo paguen.

Los efectos secundarios del trasplante de células madres pueden dividirse en efectos tempranos y a largo plazo. Los efectos tempranos son, básicamente, los mismos que los de cualquier tipo de quimioterapia en altas dosis, y son causados por el daño a la médula ósea, así como a otros tejidos del cuerpo de rápida reproducción (Almaguer, 1994).

Los efectos secundarios pueden durar largo tiempo. A veces, no se manifiestan hasta años después del trasplante. Entre los efectos secundarios a largo plazo se encuentran (Almaguer, 1994):

- Daños a los pulmones por la radiación, que causan falta de aire
- Enfermedad de injerto contra huésped, que sólo se presenta en los trasplantes de donantes (este grave efecto secundario se produce cuando las células del sistema inmunológico del donante atacan los tejidos de la piel, el hígado, la boca u otros órganos del paciente. Los síntomas incluyen debilidad, cansancio, resequedad de la boca, erupciones, infecciones y dolores musculares).

- Daños a los ovarios, que causan esterilidad y suspensión de los períodos menstruales (la regla)
- Daños a la glándula tiroides que causan problemas con el metabolismo
- Cataratas (daños al cristalino del ojo)
- Daños a los huesos; si son graves, el paciente deberá someterse a un reemplazo de parte del hueso y de la articulación

### **Radioterapia**

La radioterapia, se refiere al uso de rayos X de alta energía para destruir las células cancerosas, desempeña un papel limitado en el tratamiento de las personas con leucemia (Baker, 1985).

En el caso de niños y adultos con leucemia aguda, la radiación pudiera emplearse para tratar un cáncer que se ha propagado al sistema nervioso central o a los testículos. En un caso de emergencia, también puede utilizarse, aunque con poca frecuencia, para tratar la presión ejercida sobre la tráquea. Incluso en este caso, está siendo sustituida por la quimioterapia (Griffiths, Murria & Russo, 1988).

Las personas sometidas a un trasplante de células madres también reciben radioterapia a todo el cuerpo, a fin de destruir las células cancerosas remanentes.

Por lo general, la radioterapia no es el tratamiento principal para aquellas personas que padecen leucemia crónica. Pudiera emplearse para reducir un bazo aumentado de tamaño, si la quimioterapia no ha servido de ayuda, o bien para aliviar el dolor en los huesos causado por el crecimiento de las células cancerosas en la médula ósea (Almaguer, 1994).

### **Cirugía**

A diferencia de la mayoría de otros tumores cancerosos, por lo general, la cirugía no se utiliza para tratar la leucemia. Esto se debe a que la leucemia es una

enfermedad de la sangre y de la médula ósea, por lo que no se puede curar mediante una operación (Baker, 1985).

No obstante, la cirugía puede utilizarse para ayudar a administrar el tratamiento mediante la introducción quirúrgica de un tubo plástico en una vena mayor. Este tubo, llamado *dispositivo de acceso venoso*, permite la administración de medicamentos quimioterapéuticos o de otro tipo, así como la toma de muestras de sangre, sin necesidad de pinchar al paciente con la aguja varias veces. En algunos casos de leucemia crónica se emplea la cirugía para extirpar el bazo.

### **Terapia de interferón**

Los interferones son un grupo de sustancias que el cuerpo produce normalmente, y que a veces se utilizan en el tratamiento de la leucemia crónica. Actúan mediante la desaceleración del crecimiento de las células leucémicas, ayudando al sistema inmunológico del cuerpo a combatir la enfermedad (Almaguer, 1994)

El interferón se administra en forma de inyección, por lo general, una vez al día. Entre los posibles efectos secundarios se encuentran los dolores musculares, dolores en los huesos, dolores de cabeza, problemas mentales, cansancio, náuseas y vómitos. Estos problemas suelen mejorar una vez finalizado el tratamiento. Entre tanto, existen medicamentos que pueden reducir estos efectos (Griffiths, Murria & Russo, 1988).

## CAPITULO II

### EL AUTOCONCEPTO

---

Desde cualquier perspectiva que se considere al autoconcepto, sea éste, social, físico, material, espiritual, educativo, se ha visto que de éste depende de el desarrollo ya sea positivo o negativo del niño.

EL autoconcepto juega un papel significativo en la interpretación de la personalidad, ya que un gran número de psicólogos asignan al autoconcepto una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y en el desarrollo de la salud mental (Oñate, 1989).

Para Shavelson, Hubner & Stanton (1976), una adecuada formación del autoconcepto de la persona desde una temprana edad, tendrá como resultado una mayor estabilidad emocional y un mejor desempeño, de esta manera, afirman que un bajo o negativo autoconcepto en el niño, repercutirá en su conducta, llevándolo a desviaciones o conductas socialmente inapropiadas, mientras que un autoconcepto positivo en el niño, lo pueden llevar a conductas constructivas y deseadas socialmente.

A continuación se hará referencia a su definición, a las teorías que la abordan, a su desarrollo, aspectos que influyen en su formación y a los componentes del autoconcepto.

#### **2.1 Definición**

Para Deutsch & Krauss (1965) el autoconcepto consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas,



biológicas, psicológicas, éticas y sociales, y es además la organización de las cualidades que la persona se atribuye así misma.

El autoconcepto para Coppersmith (1967) es un proceso que describe lo que uno piensa de sí mismo, y en particular como se evalúa uno. Se trata pues de un juicio personal, expresado en las actitudes que el individuo mantiene hasta sí mismo. Es un complejo que involucra una evaluación de sí mismo y también la idea que se tiene de lo que se es capaz o no de realizar. Este autor distingue dos aspectos: la expresión subjetiva (autodescripción y autopercepción individual) y la descripción comportamental de la autoestima que el individuo pone a disposición de otros observadores. Postula además estos cuatro grupos de variables importantes para la determinación del Autoconcepto: valores, éxitos, aspiraciones y defensas.

Whittaker (1971), afirma que el yo es un concepto altamente personalizado que el individuo construye gradualmente en el proceso de ser socializado dentro de determinada cultura.

Rogers (1977), menciona que el autoconcepto es una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo, que son parcialmente conscientes; esta compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y el medio ambiente.

William James (citado en Calvin & Gardner, 1984) define al autoconcepto como “la suma total de cuanto a un hombre puede llamar suyo”, su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos.

También Calvin & Gardner (1984), lo definen como “un equivalente a un sistema de actitudes o sentimientos que el individuo tiene acerca de si mismo como objeto.”

Oñate (1989) considera que el autoconcepto (a diferencia del yo como instancia cognitiva concedora, o del mí como aquello conocido o el contenido de la experiencia), es el conjunto de ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de si mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y la imagen de la persona que le gustaría ser. El yo es una realidad única, pues no existen dos personas con idéntico sistema de creencias; las creencias tienen al interior del sistema su propio valor positivo o negativo, y de esta manera, cualquier éxito o fracaso en algún aspecto afecta al resto de las creencias. El yo es el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona, y es además una realidad aprendida ya que se adquiere y se modifica a través de los intercambios y relaciones interpersonales.

Como se puede ver hay muchas definiciones del autoconcepto; sin embargo, para fines de esta investigación se utilizará la de Sarafino (1988), el cual señala que el autoconcepto es una idea organizada, interna o personal que se tiene de las características propias (rasgos físicos, sexo, tendencias conductuales, disposición emocional, habilidades, intereses y objetivos), con una evaluación personal organizada, que tiene una persona acerca de sus propias características, incluyendo la imagen y la estimación que tiene de ella misma.

Por otra parte, la autoestima es la valoración que hace el sujeto de sí mismo (Secord & Bacman, 1976; Fernández, 1990). En ocasiones se usa la autoestima como sinónimo de autoconcepto.

Existen autores que consideran a la autoestima como el factor evaluativo del autoconcepto y otros autores consideran, que la distinción entre estos dos conceptos no es clara y que no se ha demostrado esa distinción (Acuña & Bruner, 1991).

Para esta investigación la autoestima se considerará como componente de la identidad del individuo.

## **2.2 Algunas teorías que explican el autoconcepto**

### ***El autoconcepto en psicoanálisis***

Freud nunca habló del autoconcepto en sí, pero lo que él denomina como Yo, su descripción y funciones es equiparable al autoconcepto.

Al vocablo "Yo", Freud adjudica dos usos principales, en el primero designa el "sí mismo" de una persona, como totalidad (incluyendo quizá su cuerpo) para diferenciarla de otras personas, el otro uso denota una parte determinada de la psique que se caracteriza por atributos y funciones especiales. No es fácil, sin embargo, trazar una línea demarcatoria entre ambos sentidos del vocablo. Lo cierto es que su aislado intento de analizar en detalle la estructura y funcionamiento del Yo casi no tocó el tema, su interés se centró en investigaciones sobre lo inconsciente en especial las sexuales y en el papel que estas desempeñan en el comportamiento patológico.

En la actualidad, los psicoanalistas contemporáneos al describir al Yo retoman ambas acepciones del vocablo dadas por Freud y consideran que el autoconcepto de un individuo se conforma a partir de la interrelación de las tres instancias del aparato psíquico (Yo, Ello y Super Yo) y las formas de comportamiento en su medio ambiente.

### ***El autoconcepto en los neofreudianos***

Según Musitu, (1982), los neofreudianos Sullivan, Horney y Adler han teorizado sobre el origen del autoconcepto. Sullivan (1959), profundiza en el proceso interpersonal. También analiza la manera que tiene el individuo de aprender a disminuir o a contrarrestar la amenaza de su autoestima. Así mismo considera el

self como la organización de las experiencias educativas creadas por la necesidad de evitar o minimizar estados de ansiedad.

Por su parte, Horney denomino ansiedad básica a los factores que producen aislamiento y desamparo, siendo la fuente de desdichas y reduciendo la afectividad personal.

Adler, (1979) da gran importancia a las debilidades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima. Para él, los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en que el sujeto es realmente inferior.

### ***El autoconcepto de la psicología humanista***

Rogers (citado en Quitmann, 1985) considera al estado de coincidencia con una imagen propia del individuo como el de consistencia. Este concepto relacionado al sí mismo, es la aspiración del mantenimiento del orden interno.

En un marco de estructura de valores, bajo los cuales el individuo se valora así mismo. Dicha valoración es la base psicológica de su existencia y sus aspiraciones que se organizan de modo que este sistema de valores no se desequilibre. El comportamiento mostrado debe ser consistente con el concepto propio. Esta consistencia o coincidencia se logra por tres vías: entre el sí mismo, como lo percibe el individuo y la vivencia concreta; entre la realidad subjetiva del campo fenoménico y la realidad del mundo de fuera; entre el sí mismo y un sí mismo deseado, designado como el concepto del sí mismo “que más le gustaría” poseer, situando el máximo valor para el mismo. Reconocido este último como el sí mismo ideal.

Un estado de incongruencia es amenazante cuando no penetra en la conciencia. Las diferencias entre la imagen propia y la experiencia concreta llegan a la

conciencia gracias a la simbolización que el ser humano hace de sus experiencias. Pero es posible que no se simbolicen y queden fuera de la conciencia, de ahí que una incongruencia entre la percepción de sí mismo y la experiencia representa una amenaza. Una consecuencia es que estas experiencias no se integren a la estructura de la personalidad, y permanezcan al margen, generando miedo y dando lugar a procesos defensivos.

En este sentido es como aborda las perturbaciones en el desarrollo infantil: la diferencia entre el sí mismo y la experiencia. En principio señala que en el niño es una necesidad central ser amado y reconocido, no solo por sus padres sino por el entorno. Al experimentar atenciones incondicionalmente positivas por parte de sus padres, no hay motivo que lo lleve a rechazar las percepciones o experiencias propias, construyendo así un sistema de reconocimiento propio. Si no recibe esta atención y reconocimiento, tiene que orientarse cada vez más en los valores de otros (como por ejemplo, sus compañeros), pues depende de la atención. Lo que lleva al comportamiento del niño este influido en mayor medida por las valoraciones de otros, que por la valoración propia; dándose lugar a discrepancias entre la valoración y la experiencia. Sucede con frecuencia que los padres hacen que su amor, calor, dedicación y respeto dependan en toda regla de ello, el niño no tiene más remedio que ignorar sus propias experiencias si no quiere verse en riesgo de perder el amor de los padres, tiene que aceptar las experiencias que el no ha realizado y negar las llevadas a cabo por el mismo ante la conciencia. El resultado es que su autoconcepto muestra elementos “extraños”, por no ser resultado de experiencia propia.

Su teoría de Rogers, del sí mismo se basa en la concepción de que la percepción del campo fenomenal es, como concepción consciente, la base del concepto propio de una persona. Es decir el grado de coincidencia entre la experiencia de la percepción externa e interna determina el sí mismo y sus acciones en el mundo.

### ***El autoconcepto en el conductismo***

Desde 1920 hasta hoy los conductistas se han cuestionado la validez del estudio del self por lo mentalista del constructo y la no utilización de rigurosa metodología científica.

Skinner (1977), por su parte rechaza la suposición tradicional del sí mismo como sistema directriz unitario responsable de la función psicológica de integración “el si mismo es simplemente una concepción para respetar un sistema de respuestas funcionalmente unificado.”.

Cameron (1947) considera que las autorreacciones verbales o no, abiertas o encubiertas, no son sino patrones adquiridos de comportamiento. Permanecen siempre en el comportamiento humano; nunca se convierten en sustancia estática ni se transforman en diagramas dentro de una psique en compartimentos.

Así mismo piensa que muchas frustraciones y conflictos radican en que ningún hombre, en estas circunstancias universales, funda cada una de sus auto reacciones dentro de un todo coherente, simple y libre de ambigüedades.

La concepción conductista de sistemas coherentes de actitudes y auto reacciones supone que estas respuestas son aprendidas, en forma semejante a como se aprenden las respuestas a objetos externos y a eventos.

El lenguaje servirá para combinar e interrelacionar las clases de respuestas y eventos, y contribuye a la coherencia de esas actitudes, uniendo los lapsos temporales y espaciales entre las situaciones.

La característica más notable del autoconocimiento es que con frecuencia falta en áreas muy importantes del funcionamiento social. Así, el autoconcepto deficiente

reduce la capacidad de planeación y de ejecución del comportamiento en su nivel más eficiente.

Desde el punto de vista de la teoría conductista, el self ha de tratarse en términos de “¿cómo se mide?”. El autoconcepto se define como “los tipos de apreciaciones verbales que hace una persona respecto a sí misma”.

El autoconcepto conductista no niega que los procesos internos existan, pero considera que sólo se deben usar para explicar conductas cuando pueden ser observados y medidos científicamente.

### ***El autoconcepto en la psicología social***

Coopersmith, (1976), psicólogo social, centra sus estudios en el análisis del término “éxito”, en que aspiraciones y valores se transmiten, y en como las experiencias familiares y otras dan lugar a diferentes respuestas.

Considera cuatro condiciones importantes en la formación de la autoestima en el niño:

- Aceptación total o parcial del niño por sus padres
- Los límites educativos claramente definidos y respetados
- El respeto a la acción del niño dentro de estos límites
- La amplitud dejada en esta acción.

La autoestima es un juicio de valía personal y una experiencia con la que el individuo se comunica con los otros, por medio de relaciones verbales y de otros conductos claramente expresivos.

### ***El autoconcepto en la teoría del aprendizaje social***

En esta teoría, Bandura, (1969) introduce dos variables en el estudio del self: auto-recompensa y autocastigo; lo que podríamos llamar auto-refuerzo. El autoconcepto o cualquier concepto del self depende de la frecuencia de auto refuerzo, de modo que el desarrollo del self se puede considerar como un caso específico de los procesos de cambio de actitud. Estos procesos serían: el condicionamiento clásico y el operante. En el primero el self se puede comparar a un suceso u objeto que provoca una reacción de emoción placentera. En el operante el refuerzo de las diferentes manifestaciones del self aumentará o disminuirá la frecuencia de su aparición. La naturaleza y frecuencia de estas manifestaciones o respuestas, constituye el autoconcepto de cada persona.

El aprendizaje social añade al modelo de condicionamiento un elemento que se enfoca hacia el auto refuerzo y aprendizaje vicario. Así mismo incorpora una serie de procesos internos del individuo, aunque da más importancia a la conducta observable. Los procesos mentales se asumen implícitamente.

La teoría conductista está muy cerca de la posición interaccionista al optar por la conducta futura orientada, el autocontrol y la autoestima.

### ***El autoconcepto en la psicología cognitiva***

El cognitivismo, con bastantes conexiones con el interaccionismo simbólico, asume que si vamos a comprender o predecir la conducta de alguien, debemos comprender primero cómo este individuo representa o estructura cognitivamente el mundo, es decir, comprender su marco de referencia.

Las estructuras cognitivas que desarrollamos para representar el mundo externo proveen de líneas guías sobre cómo interpretar lo que nos llega. Sin una



organización de estas estructuras, ni la percepción ni el pensamiento serían posibles.

Neisser, (1976) llama esquema a estas estructuras y lo define como una estructura interna al perceptor, modificable por la experiencia y de alguna manera específica de lo que ésta siendo percibido. Considera el esquema no sólo como plan, sino como ejecutor del plan, modelo para la acción. Neisser, (1976) cree que examinando y pensando sobre el mundo, los perceptores asimilarán sólo aquello para lo que tienen esquemas ignorando el resto. Así los esquemas son la base de la selectividad que opera en el procesamiento de la información. Uno de sus rasgos es que existe en interdependencia dinámica con el entorno, dirigiendo la actividad relevante a ellos mismo y siendo a su vez modificados por esta actividad, de tal forma que los esquemas son cambiados y actualizados continuamente.

Teóricos como Kelly, (1955), Sarbin, (1968), Epstein, (1973) y Coopersmith, (1977) han considerado el self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona.

Importante en los análisis cognitivos del autoconcepto es la idea de que la gente es diferente porque sus estructuras cognitivas o sistemas de esquema son diferentes. Así, en términos de autoconcepto, tenemos esquemas sólo de aquellos aspectos de nuestra conducta que son importantes para nosotros (Markus, H.1977)

El enfoque teórico de esta investigación será de acuerdo al enfoque cognitivo conductual, el cual tiene sus bases sobre la teoría del aprendizaje social de Bandura, la teoría conductual de Skinner y la teoría cognitiva.

### 2.3 Desarrollo del autoconcepto

A continuación se expondrá el desarrollo del concepto del sí mismo, se explicarán las conductas que parecen presentarse de manera secuencial u ordenada durante un determinado lapso de tiempo, considerando que el número y la complejidad de estas características cambian durante la vida, porque ya desde la niñez, la persona va cambiando en su capacidad de entender la importancia de los papeles que representa.

Allport (1966) realiza una amplia revisión con respecto al desarrollo del si mismo distinguiendo tres momentos importantes para la formación del autoconcepto:

a) Los tres primeros años de su vida:

Se forma el sí mismo inicial abarcando tres aspectos principalmente.

1. Sentido de sí mismo corporal.- esta fase comprende desde el nacimiento hasta el año y medio de vida, en un inicio, el niño aún no tiene conciencia de si mismo, no separa su "yo" del resto del mundo, la conciencia de si mismo la irá adquiriendo gradualmente en el transcurso de los 5 o 6 años de vida, el niño empieza a reconocer su cuerpo, por las impresiones y reacciones que el niño tiene sobre su cuerpo, roces, presiones o chupeteo sobre su piel, exploración o expulsión de objetos.
2. Sentido de una continua identidad del sí mismo.- hacia los 8 meses el niño contempla su imagen en el espejo sin embargo es más fácil que reconozca primeramente la imagen de sus padres que su propia imagen, aunque a los 10 meses puede tratar de alcanzar su imagen y jugar con ella, aún no reconoce que es su propia imagen. A los 8 meses es posible que llore al ver personas extrañas, ya reconoce figuras familiares por lo que el sentido de la identidad de los demás va anteceder el sentido de la propia identidad.

En el segundo año de vida la adquisición del lenguaje es un factor importante en el establecimiento del sentido de identidad de el si mismo ya que el niño al poder hablar o pensar puede relacionar las cosas o personas con su yo, esto aunado a la repetición de su nombre por los demás al reconocerse a si mismo como algo diferente o separado de los demás, de su grupo social, reafirmando el sentido de sí mismo.

3. Estimación del sí mismo.- en la medida en que el niño va desarrollando su identidad, va adquiriendo estimación hacia si mismo, va desarrollando amor hacia su propio yo, pudiendo responder con agresión al sentir que es herido u ofendido en su propia estima.

b) De los 4 a los 6 años. Durante este período la identidad del sí mismo se pierde fácilmente, la fantasía y la realidad son confundidas predominando la primera en el juego. También en este periodo él niño muestra un gran egocentrismo, piensa que todo gira alrededor de él (el sol, los reyes magos), las personas deben pensar igual que el, apenas empieza a aparecer en el niño la reciprocidad, estos es; cuando el niño es capaz de situarse en el punto de vista de otra persona.

4. Extensión del sí mismo.- el niño empieza a desarrollar el sentido de posesión hacia sus juguetes, mascotas, familiares y casa.
5. Imagen del sí mismo.- empieza a tener una idea, de lo que sus padres quieren o esperan de él comparando esto con la conducta que muestra.

c) De los 6 a los 12 años:

Al ingresar el niño a la escuela, los aspectos del sentido de identidad, imagen del si mismo y extensión del si mismo se ven favorecidos. El niño aprende que lo que se espera de él fuera de su casa es diferente a los ideales de sus padres, aunque todavía no tiene confianza en sí mismo como un ser moral independiente,

extendiendo el sí mismo al grupo de compañeros. En este período aparece el sexto aspecto.

6. El sí mismo como solucionador racional.- donde el niño reconoce que posee una capacidad racional que le permite enfrentar o solucionar problemas que se le presentan.

Por su parte, Hurlock (1967) hace referencia que los modelos del componente de la personalidad, el concepto de sí mismo es sin duda alguna, el más importante.

Para este autor el concepto de sí mismo, es un compuesto de pensamientos que constituyen la conciencia que tiene la persona de su existencia individual. Esta imagen de sí mismo tiene dos aspectos: el físico y el psicológico. La imagen física consiste en los conceptos que tiene el individuo de su apariencia física y en sus ideas de la importancia de cada una de las partes del cuerpo en relación con su conducta y por el prestigio que le da a los ojos de los demás. La imagen psicológica consiste en los rasgos psicológicos que da el tipo de honradez, independencia y, por el contrario "la desvalidez".

Para Hurlock (1967) los cambios específicos del concepto de sí mismo se dan generalmente en cuatro etapas de la niñez:

- a. Lactancia (desde el nacimiento a los 18 meses)

La conciencia del yo se inicia, a partir de un proceso gradual de adaptación al medio. El niño comienza a explorar objetos y a cambiar sus esquemas sensoriomotores para adaptarse a ello, al mismo tiempo está descubriendo aspectos del yo. Comienza a tener límites de su propio cuerpo, y puede reconocerse a sí mismo ante su imagen en el espejo.

- b. La segunda infancia (18 meses 4 años)

En esta segunda etapa, gracias al desarrollo del lenguaje el niño puede comunicar a los demás las nociones de su yo, comienza a tener conciencia de su propio nombre, empieza a expandir los límites de su propio cuerpo empleando el término “mío” hacia sus familiares y cosas materiales que están a su alrededor, en esta etapa el niño comienza a identificar los primeros componentes sociales del concepto del yo, empieza a darse cuenta como lo perciben los demás, por último el niño comienza a tomar sus propias decisiones, a ejercer su voluntad, “yo puedo” “me tocó a mí” etc.

c. La edad escolar (5-7 años)

En esta etapa el niño comienza a conceptualizar su yo como parte de los grupos de interrelación en lo que se encuentra (familia, amigos, compañeros, etc); a través de sus padres, parientes y otras personas importantes para él, aprende los estereotipos culturales del papel sexual, también comienza a distinguir las conductas deseables o no deseables ante los demás, identificando así las implicaciones morales de su conducta, comenzando a considerar el yo ideal” como parte de su yo, empieza a identificarse como iniciador eficaz e ineficaz de actividades de interrelaciones personales.

d. Segunda edad escolar (8-12 años)

En esta etapa, debido a los cambios fisiológicos el niño realiza una revisión de la imagen que tenía de su cuerpo integrándola a una nueva conceptualización de sí mismo, desarrolla habilidades nuevas ya adquiridas, comienza a desarrollar actividades que requieren habilidad manual, autocontrol de sí mismo, cooperación, planeación y concentración prolongada, finalmente, concientiza las expectativas de papeles que los demás tienen de él, acumulando experiencias que le enseñaran que actitud se espera de él ante situaciones o circunstancias específicas.

Por otra parte L´Ecuyer (1981) ha descrito la evolución longitudinal del yo en seis fases sucesivas:

- a) La primera fase, entre 0 y 2 años, es la emergencia del Yo, comprendiendo la formación de una imagen corporal, entendiéndose que la percepción del Yo deriva de la percepción del propio cuerpo.
- b) La segunda fase, de 2 a 5 años, es la afirmación del Yo, en la que se construyen las bases reales del autoconcepto, proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y del uso del Yo y del Mí, en base a los efectos de la interacción social.
- c) Entre los 5 y 12 años se produce la expansión del Yo, coincidiendo generalmente con el contacto de las experiencias escolares y la percepción y adaptación de nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes, así como de los nuevos intereses.
- d) La cuarta fase de 12 a 18 años, supone la diferenciación del Yo en la que prepondera la imagen corporal y la precisión en las diferenciaciones aparecidas durante la adolescencia. Se producen modificaciones en la autoestima, revisándose la propia identidad, aumentando la autonomía personal y dando lugar a nuevas percepciones del Yo, así como de nuevas ideologías.
- e) Entre 20 y 60 años, se desarrolla la madurez del Yo; siendo interpretada esta fase por algunos psicólogos con una meseta en la evolución de la persona, para otros es una etapa muy propicia a cambios abundantes.
- f) La última fase sería la comprendida entre los 60 y los 100 años, en las que el Yo longevo intensifica el declive general, derivando en un autoconcepto negativo, siendo también negativa la imagen corporal debida a la disminución de las capacidades físicas. Suele producirse una pérdida de identidad, acompañada de baja autoestima y descenso de las conductas sociales.

Gurney (1988), (citado por Reusche 1997) describe tres etapas en la construcción del autoconcepto.

1. Etapa existencial o del sí mismo primitivo, abarca desde el nacimiento hasta los dos años.
2. Etapa del sí mismo externo, desde los dos años hasta los doce años.
3. Etapa del sí mismo interior, comprende de doce años en adelante.

Los autconceptos que se construyen en la infancia con frecuencia son fuertes y duraderos, los positivos pueden producir niños con habilidades sociales, físicas e intelectuales que les permiten verse como individuos valiosos para la sociedad. En esa época también es posible que surja una imagen negativa que puede permanecer hasta mucho después de haber salido de la infancia (Papalia & Wendkos, 1997).

Allpor (1966), Hurlock (1967) & L'Écuyer (1981), coinciden en que el desarrollo del autoconcepto se va formando a partir de los 0-4 años con la formación de la imagen corporal, a través de la exploración, de la aparición del lenguaje y la interacción social. Después viene una segunda etapa de los 5 a los 12 años, en donde el niño es egocéntrico, hay una expansión del yo, a través de las experiencias escolares, la percepción y adaptación, aprende de los estereotipos culturales del papel sexual, distingue conductas deseables y no deseables. De los 12 -18 años en donde hay una modificación de la autoestima, hay cambios en la imagen corporal y nuevas ideologías. De los 20-60 años hay cambios abundantes y finalmente, de los 60 -100 años hay un declive general. Gurney (1988) por su parte, integra el desarrollo del autoconcepto en tres partes: etapa existencial, etapa del sí mismo externo y etapa del sí mismo interior.

Ahora bien, la mayoría de los teóricos y los investigadores ven al autoconcepto como un fenómeno social, punto de convergencia entre el individuo y la sociedad. Los niños observan el espejo de su sociedad e integran la imagen que ven reflejada allí con el cuadro que tienen de ellos mismos. Las capacidades, actividades y contactos sociales, en aumento durante este período, están acompañados por responsabilidades cada vez mayores. A medida que los niños internalizan los estándares de comportamiento y valores de la sociedad, coordinan las exigencias sociales con las personales. A medida que se esfuerzan por llegar a ser miembros que funcionen en una sociedad, los niños deben realizar varias tareas importantes que contribuyen al desarrollo de su autoconcepto (Markus & Nurius, citado en Papalia, 1992). Deben, entre otras cosas:

- Ampliar su entendimiento para reflejar las percepciones, necesidades y expectativas de la otra gente.
- Aprender más acerca del funcionamiento de la sociedad, sobre las relaciones complejas, los roles y las reglas.
- Desarrollar estándares de comportamiento, conforme los niños se responsabilizan de sus propias acciones, deben creer que necesitan portarse de acuerdo a los estándares personales como a los sociales, y deben desarrollar las habilidades y estrategias para hacerlo.

El autoconcepto colabora con el entendimiento de la personalidad y el desarrollo social, pues gracias a su progreso el niño se forma imágenes personales cada vez más estables, en parte como las reflejan las demás (Craig, 1997).

Como ya se mencionó anteriormente el autoconcepto se va formando gradualmente a través del tiempo y la experiencia que vive el sujeto. Desde pequeño el niño se forma una idea acerca de lo que le rodea y también construye una imagen personal. Esta representación puede corresponder también a lo que otras personas piensan de él o de ella. Un aspecto importante para el desarrollo



del autoconcepto en el niño, se basa en las interacciones personales con los padres (Mwamwenda, 1991).

## **2.4 Aspectos que influyen en la formación del autoconcepto**

Flores, (1998) menciona que existen distintas influencias que afectan el autoconcepto que tiene en niño de sí mismo como son:

- Esperanzas de los padres
- Actitud de los miembros de la familia
- Estado físico del niños
- Madurez biológica (temprana-media-tardía)
- Impacto de la radio y de la televisión, etc.
- Oportunidades escolares.
- Exigencias escolares
- Afiliación religiosa
- Opinión de compañeros
- Situación económica.
- Problemas familiares.

### **Influencia de la familia**

La tarea principal de la familia es la socialización del niño así como fomentar el desarrollo de su identidad. Se identifican dos procesos principalmente en este desarrollo: el primero que es el paso de una posición de independencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto; y el segundo es el pasar de un lugar de importancia infantil egocéntrica y omnipotente a uno de menor importancia, es decir, de ser el centro de la familia a la periferia, de la dependencia a la independencia; sin embargo estos procesos deben ser graduales en beneficio de la salud emocional del niño.

Así poco a poco se da en el niño una transición pasando de una total dependencia física y psicológica con su familia a una independencia y autosuficiencia siendo el ingreso del menor a la escuela un paso muy importante en esta transición, ya que antes de ingresar a la escuela; el niño, pasa la mayor parte del tiempo con su familia, y comienza a estar separado de ella, presentándose así el comienzo de nuevas relaciones con sus compañeros, estas irán cobrando paulatinamente mayor importancia, sin embargo estas relaciones no sustituirán la importancia de las relaciones familiares.

Al ingresar el niño a la escuela llega con ciertas características ya moldeadas, formadas por la interacción con sus padres, en donde también se fueron desarrollando determinados patrones de adaptación y acomodación entre los padres y el hijo; dependiendo de estas interacciones y patrones entre padres e hijos, se encuentran diferencias entre los padres cariñosos y comprensivos y niños de padres fríos y rechazantes. Durante la etapa escolar las interacciones de los padres con el niño seguirán teniendo una gran influencia ya que por un lado, la conducta del menor ya se encuentra moldeada por estas interacciones, y por otro lado, el niño continúa relacionándose con los mismo padres.

Como menciona Horrocks (1984), puede considerarse que la familia juega dos papeles importantes: uno de ser la agencia que define el estatus, y el otro, ser una agencia que define la experiencia; esto es, en el primer caso, el hogar identifica el estatus del niño en la sociedad y el papel que desempeñará para sostener ese estatus o para evitarlo, ya que es la familia la que lo impone.

En el ámbito familiar se tiene una serie de factores que afectarán el desarrollo del autoconcepto en el niño, entre otros Hurlock (1982) menciona los siguientes:

El tipo de vida hogareña, el cual va a depender principalmente de los padres; aquí, se pueden tener hogares en los que se observan discordias, roces entre los miembros de la familia, carencia de las relaciones afectuosas, poco interés de los

padres hacia el niño, separación, muerte, divorcio de los padres; todo esto lleva al niño a una inestabilidad emocional y una mala adaptación de si mismo (Rivera, 1998).

La forma como el niño percibe las actitudes de sus padres es muy importante ya que si el menor se percibe aceptado, muestra más aspiraciones hacia su yo y más independencia que un niño que se siente rechazado.

El estatus socioeconómico juega un papel importante en el desarrollo del niño ya que directa o indirectamente influye en él; directamente porque se determinan el “estándar” social que los padres aceptan y los métodos de educación que utilizan, e indirectamente porque se determina cómo y donde vivirá la familia.

### **Influencia de la escuela**

El periodo escolar representa grandes cambios en las interacciones sociales del niño; se tienen influencias mutuas donde en sus interacciones tanto el niño influye en sus compañeros como estos influyen en él; también se da una influencia recíproca en la comprensión y conocimiento hacia las demás personas.

Quizás el cambio más importante del niño en la escuela, es el hecho de pasar mayor tiempo fuera de su casa, con sus compañeros, o fuera de ella con otros niños participando en juegos u otras actividades, por lo que se empiezan a dar contactos informales los cuales poco a poco van absorbiendo mayor parte del tiempo del niño. Así, sus compañeros o amigos juega, forma grupos o clubes, inician la realización de nuevos proyectos, comparten o debaten opiniones, y comparten muchas otras actividades que ellos mismos van organizando (Strommen, Mckinney & Fitzgerald, 1982)

El niño al pasar la mayor parte del tiempo fuera de su hogar, el grupo de amigos se va convirtiendo en algo más importante en el desarrollo de su identidad así

como en sus actitudes, valores y en su socialización, por lo que el grupo influirá sobre el niño dependiendo de la posición que tenga el menor dentro de este, influyendo de gran manera en el concepto que se forme de sí mismo.

Para Sullivan (citado en Strommen, Mckinney y Fitzgerald, 1982) el ingreso del niño en la escuela marca una interacción con sus compañeros resulta ser muy importante ya que va a ser una relación entre iguales en un marco de referencia que le permite comparar ideas, actitudes, intereses y deseos diferentes a los de él favoreciendo así la acomodación social, es decir, el niño trata de comprender a las personas ( tanto a los adultos como a sus iguales) en lo que piensan y sienten por lo que esto le permite tomar en cuenta los otros puntos de vista pero sin renunciar a los propios.

La escuela juega un papel esencial ya que puede ser causa, de manera determinante, de aprecio, reprobación, rechazo o aceptación; el niño es afectado de manera favorable o desfavorable ya que el menor ve a través del maestro su comportamiento, la interpretación de su trabajo escolar y el hecho que lo ignore a él o a su comportamiento social. Por otra parte, el maestro es importante en el desarrollo de él niño al ayudarlo a adaptarse tanto al grupo como a él, influyendo también en el grado de aceptación que el niño logre de la sociedad.

## **2.5 Componentes del autoconcepto**

- a) Componente conceptual. Se refiere a los componentes que tiene la persona sobre las habilidades, características, recursos, que se traducen como aciertos, fallas, limitaciones que la persona ha experimentado y la concepción de su pasado y futuro.
- b) Componente perceptual. Se encuentra sustentado en base a cómo el individuo se ve a sí mismo, como resultado de la percepción o impresiones que los demás mantienen acerca de él.

- c) Componente de las propias actitudes. Que comprende los sentimientos acerca de sí mismo y su proyección perspectiva hacia el estatus y hacia el futuro, a lo que la persona quiere y debe ser (Oñate, 1989)

El autoconcepto que tienen las personas, sobre quiénes son y qué son, se componen de conceptos que tienen los individuos sobre su aspecto, adecuación sexual, importancia de sus cuerpos en opinión a otros. El aspecto psicológico se compone de conceptos que tienen los individuos sobre sus capacidades, su valor y su relación con los demás (Hurlock, 1982)

El concepto de sí mismo que tiene el individuo, dirige su conducta, ya que determina en buena medida, las iniciativas que habría que tomar y los niveles de aspiración que se impone a sí mismo. Por lo que algunas alternativas en su personalidad provocarían una deficiencia en sus capacidades así como sentimientos de ineficiencia y devaloración (Martínez, 1991).

## **2.6 Autoconcepto en niños con cáncer**

### **Aspecto físico**

El cáncer y las diferentes modalidades terapéuticas empleadas para controlarlo producen en muchos casos alteraciones en la imagen corporal del paciente. Alopecia, cambios en las uñas, alteraciones dermatológicas, cicatrices, amputaciones, cambios en el peso, etc. hacen que el paciente se vea obligado a aceptar un cuerpo que ahora es diferente al que poseía antes del diagnóstico del cáncer. En una sociedad que valora enormemente la estética y el aspecto físico, y que define formas muy concretas la masculinidad y la femineidad, la distorsión de la imagen corporal puede interferir fácilmente con la aceptación de uno mismo.

El impacto de desfiguraciones visibles, especialmente la pérdida de cabello ha recibido una considerable atención en la literatura. El cambio en la imagen física es un recordatorio constante para el niño con cáncer, de que él o ella es diferente a otros niños (Hays & Stewart, 1990). Hay un número de autores que expresan su

preocupación por la pérdida de autoestima inducida por los cambios en la imagen corporal (Bach, 1975; Ebeling & Wallis, 1981; Hays & Stewart, 1990 ). Así mismo, Ibáñez & Dura (1990) subraya, que una falta de autoconfianza como resultado de la apariencia física, podría llevar a un comportamiento regresivo, retraimiento de los compañeros, miedo a ir al colegio, afectándose así las adaptaciones emocionales y el desarrollo académico.

La imagen corporal incluye percepción, pensamientos, sentimientos, y hace referencia a la imagen que formamos en nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, de cómo lo percibimos y de cómo lo sentimos. El concepto de imagen corporal involucra tanto sensaciones internas como relaciones interpersonales. De ahí, que las alteraciones en el aspecto físico no necesariamente hayan de ser visibles para los demás ni excesivamente exageradas para que causen angustia a la persona. Dependen del significado que se le atribuya. Así, la valoración que cada uno haga de una alteración física concreta puede repercutir de diferentes maneras en diferentes personas dependiendo de múltiples factores. Mientras que para unos una cicatriz quirúrgica puede alterar significativamente su autoestima, otros la pueden considerar como la “cicatriz de la vida”, aquella que les ha permitido controlar o curar su enfermedad. En la mayor parte de los casos, la imagen que a uno le devuelve el espejo tras finalizar un tratamiento contra el cáncer que ha alterado su aspecto físico es difícil de asumir inicialmente. Generalmente, el paso del tiempo, el apoyo, la comprensión y la aceptación de personas significativas del entorno facilitan la aceptación de uno mismo. Sin embargo, cuando la autoestima y la valía de una persona se han basado excesivamente en su imagen corporal y en su apariencia física, cualquier cambio en su cuerpo, por pequeño que sea, puede resultarle enormemente difícil de aceptar.

La reacción que tienen los pacientes a las diferentes alteraciones en su imagen corporal variará en función de varios factores, entre los cuales se encuentran:

- Órgano afectado.
- Características de la personalidad.
- Visibilidad de la alteración física y el grado de deformidad.
- Déficit o limitación para realizar determinadas actividades.

Entre las reacciones psicológicas más frecuentes en pacientes con cáncer que sufren alteraciones en su imagen corporal se pueden mencionar las que se describen a continuación:

- En primer lugar, es frecuente encontrar un gran **temor al rechazo** por personas del entorno, lo que puede conducir a los pacientes a la evitación de relaciones sociales. Esto lleva a un gran **aislamiento y soledad** que conllevan **dificultades para la reintegración social**. Las alteraciones en la imagen corporal pueden causar ansiedad interpersonal y distanciamiento de los otros. Pensamientos del tipo: “Si yo no me gusto, no me acepto, no podré gustar a los demás” son, por desgracia, frecuentes (Ibáñez & Dura 1990).
- En algunos casos, el paciente tiene pensamientos de que las personas que le rodean perciben y valoran negativamente los cambios que sufre su imagen. Una valoración negativa de la imagen de forma duradera suele llevar, por tanto, a una evitación a ser expuesto a los demás. A esto se añaden problemas de comunicación, verbalizaciones autocríticas y un bajo concepto de sí mismo, viéndose alterada significativamente la autoestima.
- Alteraciones emocionales asociadas a los cambios en la imagen corporal como: ansiedad, angustia, depresión, tristeza, impotencia y rabia. El fin último del tratamiento psico-oncológico, en el caso de alteraciones emocionales que resultan de cambios en el aspecto físico, será la

aceptación de sí mismo por parte del paciente. Ello implicará enfrentarse a la nueva imagen con una actitud diferente a la mantenida hasta entonces, así como un proceso de duelo por la pérdida de la imagen que se tenía antes de la enfermedad ( Valencia, 2007).

En ocasiones, las alteraciones en la imagen corporal son transitorias y el cuerpo recupera su aspecto tiempo después de haber finalizado la administración del tratamiento. Tal es el caso de ciertas alteraciones en la piel (por ejemplo, sequedad) y del pelo (alopecia). Mantenerse bien hidratado y emplear productos hidratantes suaves ayudan a aclarar la sequedad de la piel que pueden producir algunos tratamientos. Es imprescindible que el enfermo no evite mirarse desnudo ni evite mirar la zona afectada. Enfrentarse a la zona alterada puede realizarse de manera gradual, esto es, con aproximaciones sucesivas a la exposición del propio cuerpo. Incluir a la familia en el proceso facilitará la aceptación de los cambios sufridos, tanto por parte del paciente como de su familia. Un especialista en psico-oncología puede ayudarle a elaborar los sentimientos de malestar emocional que pueden causar las alteraciones en la imagen corporal producidas por el cáncer

### **Aspecto familiar**

Entre los determinantes situacionales individuales de la adaptación del niño al cáncer, se mencionan las características relacionadas con la enfermedad, el nivel de desarrollo del niño y el ambiente social (Katz, 1980; Obetz, 1990; Schulman & Kupst, 1979). Con respecto a éste último, es importante estudiar al niño dentro de la familia porque ésta proporciona el armazón para adaptarse hechas por el niño (Valencia, 2007).

La aceptación y apoyo por parte de familiares y amigos es esencial para una buena adaptación psicosocial. El contacto físico frecuente suele ser agradecido por los pacientes y les ayuda a comprender que no son evitados ni rechazados por su nuevo aspecto.



En la hospitalización del niño, según Die Trill (1989), se produce un temor que hace que se vuelva exigente con sus padres, demandando no sólo su presencia física sino también su constante cariño y aliento. La madre se siente atormentada por su necesidad de permanecer en el hospital con el enfermo y la de volver a su casa para cumplir con los deberes del hogar. Los cambios en los roles familiares no son nunca fáciles pero sí necesarios, y puede que sea el padre ahora, quien deba asumir mayores responsabilidades en el hogar.

Es por ello que la experiencia con el cáncer es muy personal, afectando a cada paciente y a cada familia de un modo diferente.

### **Aspecto escolar**

El cáncer tendrá efectos psicológicos diferentes según la edad del paciente. El cáncer en un niño supondrá una interrupción en la actividad escolar, interrumpiéndose así su rutina académica. Además, los trastornos del aprendizaje pueden surgir de la dificultad de concentración, de la ausencia escolar, y el paciente puede experimentar una angustia de separación que interfiera en su reinserción escolar o sentimientos de vergüenza intensos al verse diferente a sus compañeros (por ejemplo, cuando sufre alopecia o algún otro cambio en su imagen corporal).

El niño experimenta también un cambio en la relación con las otras personas y en la percepción de sí mismo (Wan, Counte & Cella, 1997). Este cambio se puede considerar como una pérdida asociada con la enfermedad en general, y a menudo ha sido revisada en la literatura como una pérdida asociada a la muerte. La enfermedad priva al niño de control de la rutina diaria, de la intimidad, de las relaciones con la familia y amigos, y del control de la vida misma (Levine & Pizzo, 1982; Valencia 2007). Además la mayor dependencia de los otros, las restricciones en movilidad y actividad, la invasión del tratamiento y la constante atención médica, tienen efectos importantes en el sentido de control y competencia del niño (Valencia, 2007).

Así pues, continuar los estudios es de vital importancia en los pacientes pediátricos. El retorno a la escuela puede resultar problemático. Por una parte, se señala en la literatura, varios factores que pueden impedir una buena reintegración en la vida escolar. La pérdida de contacto con los compañeros, dificultades para seguir el programa de estudios ( Kagen-Goodheart, 1977). Preocupación por la reacción a los cambios en la apariencia física, alopecia, aumento ponderal, falta de alguna extremidad o miembro por amputación quirúrgica, además de efectos secundarios tales como: náuseas intensas y vómitos frecuentes que avergüenzan al enfermo y dificultan su reinserción en la clase

Los padres pueden ayudar a sus hijos a superar tales sentimientos y deben mantenerse en contacto constante con el colegio. Los profesores deben conocer la condición del enfermo y evitar proporcionarle cuidados especiales que harían de él un inválido. Deben preparar asimismo a la clase para su llegada.

Se debe sensibilizar a los profesores e informarles acerca del cáncer del niño. Muchos autores ofrecen sugerencias para facilitar la reincorporación académica del niño en tratamiento, por ejemplo: establecer comunicación entre los padres, el hospital y el colegio (Johnson, 1979; Kagen-Goodheart, 1977; Lansky, 1975) El equipo de salud debe contactar con los profesores con el permiso de los pacientes y los padres, y se debe reintegrar a los niños a su programa escolar normal tan pronto como sea posible después del diagnóstico. Para promover la independencia, el personal escolar debe evitar dar privilegios especiales e imponer restricciones, excepto a aquellos que están medicados. En el hospital, se debe animar a los niños a seguir con su trabajo escolar. Si el niño debe permanecer en casa por razones médicas, se deben hacer esfuerzos y dar una atención especial para ayudar al niño a mantener su participación escolar, por ejemplo: un profesor en casa.

### **Aspecto emocional**

La hospitalización también es una fuente importante de ansiedad; los efectos emocionales están provocados por la interrupción del modo de vida y separación de los padres, por los pensamientos y reacciones del niño sobre la hospitalización

y la enfermedad. La hospitalización puede provocar ansiedad, miedo a morir, culpabilidad, sensación de castigo, ira, resentimiento, conductas regresivas, disminución de la autoestima y sentimientos de impotencia.

Los autores que se citan a continuación, han documentado que admisiones repetidas y a largo plazo en el hospital pueden causar una pauta específica de cambios emocionales (Bowlby, 1969; Prugh & Eckhardt, 1975; Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum & Lenihan, 1953; Robertson, 1970). Se ha comprobado que cuando el niño es repetidamente hospitalizado, éste hecho no se experimenta sólo como una separación temporal sino también como un recordatorio de la separación final. Con esta ansiedad de separación se producen signos de conflicto, actitud pegajosa, desesperación, retraimiento y depresión (Valencia, 2007).

La mayor parte de los autores recomienda el tratamiento ambulatorio del paciente para reducir los efectos emocionales asociados con la hospitalización y para facilitar la vuelta del paciente a la familia, los amigos, el colegio y la comunidad, mientras están todavía en tratamiento riguroso. Hacen hincapié en que el niño vuelva a un estilo de vida tan normal como sea posible, porque sólo una rehabilitación física y emocional con éxito dará como resultado un niño verdaderamente curado (Valencia, 2007). A éste respecto, se subraya la importancia de la vuelta al colegio porque es el papel más importante en la vida diaria normal de los niños (Cyphert, 1973; Kirten & Liverman, 1977).

Deasy-Spinetta (1981) encuentra que las dificultades que experimentan en el colegio los niños con cáncer son emocionales. Comparados con un grupo de niños que acuden a controles de salud, se permiten expresar menos sus sentimientos positivos y negativos, y en el trato social tienden a jugar un papel más pasivo que el grupo control con respecto a su actuación académica. Además, detecta un nivel más alto de discapacidades de aprendizaje en los niños con cáncer cuando los compara con sus compañeros (Deasy-Spinetta, 1981; Stehbens, Kisker & Wilson, 1983). El descenso en la formación académica puede atribuirse a factores como: problemas emocionales, efectos secundarios del tratamiento, la actitud de los

profesores, los padres y las ausencias frecuentes de la escuela (Jannoun, 1983; Lansky & Cairns, 1979; Stehbens, 1983; Wilbur, 1975; Zwartjes, 1979).

## 2.7 Investigaciones

No se encontró alguna investigación de autoconcepto en niños con leucemia o con otro tipo de cáncer, pues la mayoría están relacionadas con otros factores, no con el cáncer. Pero si existen investigaciones en relación al impacto del cáncer en niños. Tal es el caso de la investigación titulada “Sintomatología psíquica asociada al cáncer infantil” desarrollada por Estrada & Valencia (1990); “Reacciones emocionales en dos grupos de adolescentes con tipos de cáncer diferentes; osteosarcoma y enfermedad de Hudgkin”, Fernández, (1990); “Imagen Corporal del niño con Leucemia” de Cruz, (2000); “Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer, un análisis cuantitativo”, Ayala, (2001); entre otros.

Sin embargo, una investigación que se revisó con relación al tema es la tesis de licenciatura, titulada “Autoconcepto del paciente con cáncer y lesiones visibles. Una propuesta de intervención”, de Villaseñor, (2000), en ella trata de comparar el autoconcepto de pacientes con cáncer y lesiones con el de pacientes con cáncer sin lesiones visibles para determinar si la lesión visible influye de manera importante en el autoconcepto de una persona. La investigación se realizó con la prueba, la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT). Estandarizada y validada para mexicanos por García & Quintero (1995).

Para esta investigación se utilizó pacientes de ambos sexos del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” de los servicios de Oncología Médica u Oncología Quirúrgica, tanto del área de hospitalización como de consulta externa. Villaseñor, utilizo 15 pacientes para el grupo control, 6 hombre y 9 mujeres, y para el grupo experimental 15 pacientes de los cuales, 9 eran hombres y 6 eran mujeres. Cuyas edades fluctuaron entre los 20 y 55 años en ambos grupos.

El estudio que se empleó fue de tipo comparativo, ex post facto y preexperimental, de tipo transversal y evaluatorio.

Los resultados que arrojó la investigación en líneas generales mostraron que los pacientes con cáncer y que presentan una lesión visible se sienten más evaluados; con una baja autosatisfacción, una pobre autoimagen y menor capacidad de describir su identidad básica. Además concluye que ello incide en su comportamiento social, en cuanto a la manera en que sienten que los demás lo perciben y ellos se conducen con la gente que los rodea de acuerdo a este pensamiento.

Otra investigación que se revisó con relación al tema es la realizada por Polaino-Lorente & Lizasoain (1994), titulada; "Programa de intervención y modificación del autoconcepto en niños hospitalizados." En el cual se centra en el diseño y aplicación de un Programa de intervención psicopedagógica como recurso para mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado y prevenir los posibles efectos psicopatológicos que dicha hospitalización comporta; como es el caso de la devaluación del autoconcepto.

El instrumento empleado fue el Piers-Harris Children's Self Concept Scale; traducción de Fierro 1976, una escala que consta de 80 ítems y evalúa el autoconcepto infantil. La aplicación de la prueba fue antes y después de la hospitalización. La muestra que utilizaron fue de 40 niños ingresados en la Clínica Universitaria de Navarra entre 8 y 12 años, con una enfermedad crónica o aguda. Los sujetos se dividieron en dos grupos: Grupo experimental; 20 niños no cancerosos sometidos al programa y preparación de la hospitalización y seguimiento psicopedagógico y Grupo control; 20 niños no cancerosos no sometidos al programa.

Los resultados que arrojó la investigación fue, que el autoconcepto en los pacientes pediátricos que recibieron el programa de intervención no sufrió devaluación alguna. Por otra parte, los autores mencionan que la variable autoconcepto experimentó un cambio positivo significativo y mejoró en los niños

hospitalizados sometidos al programa, lo que no sucedió así en los niños del grupo control que sufrieron una ligera devaluación del autoconcepto, tras el periodo de ingreso. Concluyendo que dicha intervención contribuye a reducir en los niños los sentimientos de ansiedad y depresión, logrando así el restablecimiento de un autoconcepto positivo en el paciente, favoreciendo mejor su ajuste y funcionamiento psicosocial.

Existe, sin embargo, una extensa bibliografía de investigaciones realizadas de autoconcepto con pacientes con mastectomía unilateral o bilateral, así como de cáncer de testículo, de piel, etc. Esto nos indica la importancia que esta situación tiene sobre los seres humanos y los alcances psicológicos tan graves que ello puede implicar.

Por lo que se puede decir, que indagar sobre el autoconcepto en niños con leucemia es importante debido a que no se ha hecho investigación en México específicamente. Lo que nos indica la importancia de esta investigación ya que puede aportar valiosa información respecto a la población oncológica pediátrica mexicana, en cuanto al autoconcepto.

## CAPITULO III

### METODO

---

#### 3.1 Planteamiento del problema

La leucemia es una variedad de cáncer, que desde décadas pasadas ha sido considerada como una enfermedad crónica en la infancia, siendo esta una de las enfermedades de mayor impacto psicológico en los niños.

Durante el tratamiento, generalmente, los niños con leucemia se encuentran en un estado de vulnerabilidad al disminuir su autopercepción, puesto que ahora tienen otra imagen que es diferente a la que tenían, y a una limitación de sus actividades (Cruz, 2000). Afectando así, en los ambientes en que se desarrolla el niño, como son la familia, la escuela y sus amigos (Valencia 2007).

Ahora bien, a pesar de que se ha hecho investigaciones con autoconcepto y cáncer, la mayoría ha sido con adultos y otro tipo de cáncer, mientras que en la población oncológica pediátrica las investigaciones han sido escasas, por lo que se pretende aportar información a este tipo de población.

En base a lo anterior surge la pregunta ¿Cómo es el autoconcepto en los niños con leucemia? y ¿Cómo es el autoconcepto en los niños con leucemia respecto a los niños sanos?.

#### 3.2 Objetivos

- Describir cómo es el autoconcepto en un grupo de niños con leucemia mexicanos.
- Describir comparativamente que diferencias existen con respecto a un grupo de niños sanos mexicanos.

### 3.3 Formulación de Hipótesis

#### Hipótesis conceptual

Es menor el autoconcepto en los niños con leucemia en comparación con el de los niños sanos.

#### Hipótesis estadísticas

H<sub>0</sub> No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en niños con leucemia con respecto a los niños sanos

H<sub>1</sub> Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en niños con leucemia con respecto a los niños sanos.

### 3.4 Definición de variables

#### Definición conceptual

Variable clasificatoria: Condición de salud:

*Salud.*- Salud, según la define la Organización Mundial de la Salud, es un estado total de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (Davish, 1983; citado en Papalia 1997).

*Leucemia.*- Enfermedad de los tejidos formadores de la sangre, en donde existe una producción anormal de glóbulos blancos, provocando así una disminución de glóbulos rojos y de las plaquetas.

Variable dependiente:

*Autoconcepto.*- Según Sarafino (1988), señala que el autoconcepto es una idea organizada, interna o personal que se tiene de las características propias (rasgos físicos, sexo, tendencias conductuales, disposición emocional, habilidades, intereses y objetivos), con una evaluación personal



organizada, que tiene una persona acerca de sus propias características, incluyendo la imagen y la estimación que tiene de ella misma.

### Definición operacional

Variable clasificatoria: Condición de salud:

Se conformarán dos grupos:

*Niños sanos.*- Conformado por 30 niños sanos de ambos sexos, de los 7 a los 12 años de edad, que no presenten algún tipo de enfermedad crónica.

*Niños con leucemia.*- integrado por 30 niños de ambos sexos, de los 7 a los 12 años, con 6 meses de haber sido diagnosticado con leucemia.

Variable dependiente:

*Autoconcepto.*- Es el puntaje obtenido por cada participante en cada una de las diferentes áreas que componen la “Escala de autoconcepto de tipo diferencial semántico” (Andrade & Pick, 1986).

## **3.5 Participantes**

La selección de la muestra es de tipo no probabilístico e intencional, ya que la aplicación de la prueba se llevo a cabo en “Casa de la Amistad I.A.P” y en la Escuela Primaria Pública *Holanda* ya que en ellas se encontraron los sujetos con los requerimientos de la población estudiada.

La muestra total esta conformada por 60 niños, 30 niños sanos y 30 niños con diagnóstico oncológico (Leucemia Aguda Linfoblástica). El 66.7% de los participantes son niños, mientras que las niñas sólo representan el 33.3% del total de la muestra. Las edades de los participantes oscilan entre los 7 a los 12 años de edad. En la tabla 1 se muestra la distribución por sexo y por edad que se dio en los grupos, pues se igualaron ambos en estas variables, es decir, para los 12 años

hubo 3 niñas y 2 niños tanto en el grupo de los niños sanos como en el de los enfermos.

Tabla. 1

*Distribución de la muestra por sexo y edad para los dos grupos.*

EDAD	FRECUENCIA	NIÑAS	NIÑOS
12	5	3	2
11	7	-	7
10	4	1	3
9	7	3	4
8	4	1	3
7	3	2	1
	30	10	20

El nivel de escolaridad de los niños participantes se encuentra en un rango que va del 1ro de primaria hasta el 1ro de Secundaria. Encontrando que el 3º de primaria es el grado escolar con la frecuencia más alta, alcanzando un 25%, seguido del 2º año con un 18%, mientras que el 1º y 5º grados de primaria comparten un 15%, al igual que el 4º y 6º que presentan un 10%, finalmente, la frecuencia más baja la podemos observar en el 1º de secundaria con un 7%.

Sin embargo, es importante mencionar que existen diferencias en la escolaridad entre el grupo de niños sanos y el grupo de niños con diagnóstico oncológico. Encontrando que el mayor porcentaje de niños con cáncer se encuentra cursando el 2º grado de primaria, mientras que el mayor número de niños sanos se encuentra en 3º grado. Esto podría deberse a dos causas: la primera, es que los niños tenían que viajar desde el estado de procedencia hasta el D.F, por el

tratamiento y por los medicamentos y hospedarse en Casa de la Amistad I.A.P., lo que ocasionaba inasistencia en la escuela. La segunda, por los efectos de los medicamentos (vómito, náuseas, caída del cabello, palidez entre otros.).

Debido a las características de la muestra del estudio, todos los niños sanos tienen como lugar de residencia la Ciudad de México. Sin embargo, los niños con padecimiento oncológico residen en el interior de la República Mexicana. Se observa que es el Estado de Hidalgo el de mayor frecuencia con 7 casos, precediendo los estados de Oaxaca, Guanajuato, Guerrero, Tlaxcala y el Estado de México con una frecuencia de 3 casos cada uno, seguido del estado de Michoacán con 2 casos, y finalmente Tabasco y Toluca con frecuencia de 1 caso cada uno.

### **3.6 Criterios de inclusión**

En este estudio participaron dos grupos; el primero conformado por niños sanos de ambos sexos cuyas edades fluctuaron entre los 7 y los 12 años, que no presentaran algún tipo de enfermedad crónica.

El segundo grupo estuvo conformado por niños con leucemia de ambos sexos cuyas edades fluctuaron entre los 7 y los 12 años, cuyo diagnóstico tuviera como mínimo 6 meses después de haber sido diagnosticado, y que no se encontraran internados.

### **3.7 Criterios de exclusión**

En esta investigación se excluyeron niños con otro tipo de cáncer y que se encontraran en periodo de vigilancia o no cumplieran con el rango de edad establecido (que presentaran daño cerebral, síndrome de Down u otra enfermedad como el sida).

### 3.8 Diseño

Se trata de un estudio exposfacto debido a que no hubo manipulación directa de variables independientes. Es de carácter exploratorio ya que se recolectaron los datos en un solo instante y se trabajo con un diseño de dos grupos independientes.

### 3.9 Instrumento

Se aplicó la “Escala de Autoconcepto para Niños de Tipo Diferencial Semántico” (Andrade & Pick,1986), el cual mide el autoconcepto que los niños tienen de sí mismos en cuanto a su aspecto físico, relaciones como amigo, como hijo, como estudiante, y en sus aspectos moral y emocional. (Ver anexo).

La escala contiene 48 adjetivos bipolares con cinco opciones de respuesta, en donde se da puntuación alta al adjetivo positivo, y la más baja al adjetivo negativo, por ejemplo; en el reactivo bueno-malo, se otorga 5 a bueno y uno a malo. Se obtiene una calificación parcial para cada una de las subescalas y después se suman para obtener una calificación total.

El instrumento consta de seis subescalas que se describen a continuación, además se presenta el alpha de Cronbach para ver la confiabilidad de las mismas en la muestra estudiada:

#### YO FÍSICAMENTE SOY (siete reactivos)

Es el concepto que el niño tiene de las características de su cuerpo. Se obtuvo un Cronbach de  $\alpha=.71$  eliminándose el reactivo de activo- inactivo, esto con la finalidad de obtener mayor confiabilidad, por lo que la subescala quedó en seis reactivos.

#### YO COMO ESTUDIANTE SOY (nueve reactivos)

Es el conjunto de percepciones que el niño tiene de sí mismo en su desempeño como estudiante. Se obtuvo un  $\alpha=.80$ .

YO COMO AMIGO SOY (ocho reactivos)

Son las atribuciones que hace el niño de sí mismo en sus relaciones sociales. Se obtuvo un  $\alpha= .65$ .

YO EMOCIONALMENTE SOY (ocho reactivos)

ES el concepto que el niño tiene de sí mismo en cuanto a sus sentimientos. Se obtuvo un  $\alpha=.73$ .

YO MORALMENTE SOY (ocho reactivos)

Es el concepto que el niño tiene de sí mismo en relación a su tabla de valores. Se obtuvo un  $\alpha=.78$ .

YO COMO HIJO SOY (ocho reactivos)

Son las atribuciones que el niño hace de sí mismo en su rol familiar. Se obtuvo un  $\alpha=.81$ .

### **3.10 Escenario**

En el grupo de los niños con leucemia el instrumento se aplicó en “Casa de la Amistad I.A.P.” en un cubículo proporcionado por el departamento de apoyo emocional de la misma institución, el cual tenía buena ventilación y sin distractores.

En el grupo de los niños sanos el instrumento se aplicó en la escuela primaria “Holanda”, en una sala aislada del resto de la clase, proporcionado por el Director de dicha institución.

### 3.11 Procedimiento

Se solicitó la autorización a la Institución “Casa de la Amistad I.A.P” para tener acceso a la población. Otorgada el acceso, antes de aplicar el instrumento primero se tuvo que convivir con los niños por lo menos tres meses, con la finalidad de cuidar a los niños, posteriormente se comenzó con la aplicación del instrumento de manera individual, el cual se realizó en un cubículo destinado especialmente para terapias que facilitó la institución.

Como primer paso se le dio las instrucciones al niño, al finalizar la prueba se le agradeció su participación. Hubo casos en los que el niño no quiso participar debido a que venía de quimioterapia, por lo que no se le insistió, ni obligó, y se le dio las gracias; cuando este era el caso se volvió a buscar al niño en otro momento y accedió participar. Algunos se les busco nuevamente, pero no se pudo realizar la aplicación pues este había fallecido.

Cabe señalar que no se aplico la prueba a niños con leucemia del D.F, debido a que en “Casa de la Amistad I.A.P.” sólo iban las mamás al banco de medicamentos con la receta y no era necesario que el niño fuera, por lo que no se tuvo acceso a esta población.

Una vez que se obtuvo la muestra de niños con leucemia se procedió a buscar a la población de niños sanos para que los grupos fueran lo más semejantes posible en cuanto a edades y género.

Para ello se estableció contacto con los directivos de la Escuela Primaria Pública *Holanda*, en donde se facilitó la aplicación del instrumento, dicha aplicación fue de manera individual, a cada niño se le dieron las instrucciones y al terminar se le dieron las gracias por su participación.

### 3.12 Procesamiento de Datos

Una vez aplicado el instrumento se procedió a la codificación y captura de la información en una base de datos computarizada. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 8.0 para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos.

El análisis estadístico consistió en: 1) la estadística descriptiva, para conocer los niveles de autoconcepto en las diferentes áreas en cada grupo; 2) prueba "t" de student, para determinar diferencias entre las puntuaciones promedio del autoconcepto en estos grupos, considerando que se tenían dos grupos independientes, por el tamaño de la muestra de 30 y por el nivel de los datos que fue intervalar; 3) análisis de frecuencias por reactivo en las diferentes áreas del autoconcepto, con el objetivo de identificar diferencias en la distribución de las frecuencias de respuestas en ambos grupos tanto en los rasgos positivos como en los negativos.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### Estadística descriptiva de las áreas de autoconcepto

Para conocer los niveles del autoconcepto en las diferentes áreas se realizó un análisis descriptivo para ambos grupos. En la tabla 2 se presentan los resultados de este análisis.

**TABLA 2.**

***ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE LAS DIFERENTES AREAS DE AUTOCONCEPTO EN CADA GRUPO.***

	AREA	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	D.E
<b>SANOS</b>	Físico	23	30	26.40	2.09
	Estudiante	23	45	38.83	5.96
	Amigos	33	40	37.66	1.72
	Emocionalmente	27	40	35.33	3.47
	Moralmente	26	40	35.46	4.43
	Hijo	31	40	36.50	2.70
<b>ENFERMOS</b>	Físico	13	28	20.90	4.19
	Estudiante	16	43	34.13	7.74
	Amigos	26	40	34.16	3.65
	Emocionalmente	18	36	27.10	4.61
	Moralmente	19	40	30.80	5.86
	Hijo	20	40	30.20	4.96



En general, se puede ver que las puntuaciones promedio de los niños sanos en las diferentes áreas del autoconcepto fueron mayores que la de los niños enfermos, puesto que sus medias tendieron a ser altas pues se encontraron por arriba de la media esperada en las escalas. Además, se observan desviaciones estándar más grandes en las puntuaciones de los niños enfermos respecto de los sanos en las diferentes áreas, lo que hace al primer grupo más heterogéneo en sus respuestas, aún cuando en el área de estudiante y moral ambos grupos tienen las desviaciones estándar más altas, en el grupo de los enfermos éstas siguen siendo mayores.

En el área física, el grupo de los niños sanos tiene una media más alta con respecto al puntaje promedio esperado en la escala (min.6, max. 30, una media de 21). Mientras que en los niños enfermos su media es baja, siendo además la más baja con respecto a las demás áreas. Lo que significa, que en el grupo de los niños enfermos la media de la subescala físico es menor con una gran variabilidad, es decir, con respuestas que van desde una percepción en el área física desde muy buena hasta muy baja como lo indica el valor alto de su desviación estándar.

En el área académica aunque la media es alta con respecto al puntaje esperado en la escala (min.9, max. 45, una media de 31), en ambos grupos, el grupo de los niños sanos es más alta que la de los niños enfermos, ambos presentan una gran dispersión, siendo el grupo de los niños enfermos más heterogénea.

En la subescala “Yo con mis amigos soy” ambos grupos muestran las medias altas según el puntaje en la escala (min.8, max. 40, una media de 28), aunque el grupo de los niños sanos muestra una media más alta que el grupo de los niños enfermos, se aprecia que el grupo de los niños sanos está más concentrado, es decir, menos disperso y se percibe mejor ante sus amigos que los niños enfermos.

En el área Emocional, el grupo de los niños sanos presenta una media más alta que el puntaje esperado en la escala (min.8, max. 40, una media de 28), mientras que el grupo de los niños enfermos tiene una media ligeramente más baja que el puntaje

promedio esperado en la escala. Lo que se observa es, que a pesar de estar dispersos ambos grupos ( niños sanos y niños enfermos), los niños enfermos se perciben en menor medida emocionalmente, es decir, más complicados, serios, inseguros, indecisos y sensibles.

Cabe señalar, que en los niños enfermos, esta subescala es la más afectada, dados sus medias, ya que muestran una diferencia de 8 con respecto a los sanos.

En el área moral, tanto los niños sanos como enfermos tienen sus medias más altas con respecto al puntaje esperado en la escala (min.8, max. 40, una media de 28). Ambos grupos se consideran, buenos, obedientes, educados, sinceros, compartidos, honestos, reponsables y respetuosos, sin embargo, en los niños enfermos se perciben más bajos moralmente con respecto a los sanos.

En la subescala “Yo como hijo soy ” ambos grupos tienen sus medias altas con respecto al puntaje de la escala (min.8, max. 40, una media de 28), sin embargo el grupo de los niños sanos la tienen más alta que el grupo de los niños enfermos.

En esta área los niños sanos se perciben levemente mejor como hijos que los niños enfermos.

### **Diferencias entre los grupos en las áreas de autoconcepto**

Para determinar diferencias entre las puntuaciones promedio del autoconcepto en los dos grupos, se aplicó la prueba “t” para grupos independientes, planteando las hipótesis siguientes.

$H_0$  No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en niños con leucemia con respecto a los niños sanos

$H_1$  Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en niños con leucemia con respecto a los niños sanos.

Como se puede observar en la tabla 3 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas, siendo las áreas física, la emocional y la familiar, las más afectadas, puesto que las diferencias fueron más grandes, en tanto que en la escuela y con sus pares (amigos) es menos afectada así como su condición moral.

Con base en estos resultados, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna: "Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de los niños con leucemia respecto a los niños sanos."

**TABLA. 3**

***DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS EN LAS DIFERENTES AREAS DE AUTOCONCEPTO***

AREA		MEDIA	D.E	t
FÍSICO	Sanos	26.40	2.09	6.42
	Enfermos	20.90	4.19	
ESTUDIANTE	Sanos	38.83	5.96	2.63
	Enfermos	34.13	7.74	
AMIGOS	Sanos	37.66	1.72	4.73
	Enfermos	34.16	3.65	
EMOCIONALMENTE	Sanos	35.33	3.47	7.80
	Enfermos	27.10	4.61	
MORALMENTE	Sanos	35.46	4.43	3.47
	Enfermos	30.80	5.86	
HIJO	Sanos	36.50	2.70	6.10
	Enfermos	30.20	4.96	

Nota: todos los valores "t" fueron significativos al nivel de .01

## **Análisis de frecuencias de las áreas de autoconcepto**

Finalmente, se realizó un análisis de frecuencias por reactivo en las diferentes escalas del autoconcepto con la finalidad de identificar diferencias en la distribución de las frecuencias de respuestas en ambos grupos tanto en los rasgos positivos como en los negativos, considerando las puntuaciones altas de 5 y 4 como *positivas*, la puntuación de 3 como *indefinido* y las puntuaciones bajas de 2 y 1 como valoraciones *negativas*.

### **Area física**

En esta área se observa mayor frecuencia en los rasgos positivos en los niños sanos en todos los reactivos; fuerte, flaco, alto, guapo, grande y sano, lo cual refleja una media de respuesta positiva en dichos reactivos pues sus valores son a partir de 4. (Ver tabla 4)

En los niños enfermos se muestra mayor frecuencia positiva en los reactivos guapo y fuerte, es decir, se consideran guapos y fuertes a pesar de su condición de enfermedad. Sin embargo, es la única subescala en donde sus respuestas están muy divididas respecto a las otras escalas, es decir, mientras unos se consideran, flacos, altos, grandes y sanos, otros se perciben, enfermos, gordos, bajos y chicos. En tales circunstancias la media de respuesta en el grupo de niños enfermos fue a partir de 3, siendo la más alta en el reactivo guapo/feo, 4.07.

También se puede observar que en el reactivo sano/enfermo tuvieron mayor frecuencia hacia el rasgo negativo, sin embargo también existen algunos que se consideran sanos, por lo que su media respuesta en esta subescala fue la más baja, 2.93.

Tabla. 4

*Frecuencia de respuestas en el área "Yo físicamente soy".*

<u>GRUPO DE NIÑOS</u>									
<u>REACTIVO</u>	<u>SANOS</u>				$\bar{x}$	<u>ENFERMOS</u>			$\bar{x}$
	<u>POSITIVO</u>	<u>RASGO NEGATIVO</u>	<u>INDEFINIDO</u>			<u>POSITIVO</u>	<u>RASGO NEGATIVO</u>	<u>INDEFINIDO</u>	
<b>FUERTE / DÉBIL</b>	30	-	-		4.53	21	8	1	3.70
FLACO / GORDO	27	-	3		4.23	18	10	2	3.27
ALTO/ BAJO	29	1	-		4.27	19	10	1	3.57
GUAPO / FEO	30	-	-		4.47	25	2	3	4.07
CHICO / GRANDE	28	1	1		4.27	18	12	-	3.37
ENFERMO / SANO	27	-	3		4.63	12	18	-	2.93

### **Area Como estudiante**

En el área como estudiante, el grupo de los niños sanos mostraron mayor frecuencia positiva en todos los reactivos, siendo los reactivos, estudioso, cumplido y organizado los de mayor frecuencia hacia el rasgo positivo. La media de respuesta en esta área, en la mayoría de los reactivos, es a partir de 4. Cabe señalar que contestaron más hacia el rasgo indefinido en comparación con los niños enfermos.

En el grupo de los niños enfermos la mayoría contestó hacia el rasgo positivo, siendo las de mayor frecuencia hacia el rasgo positivo los reactivos, listo, bueno y aplicado. Se observa que en los reactivos lento/rápido y atrasado/adelantado, son los de menor frecuencia hacia el rasgo positivo y también en donde sus respuestas se dividen, es decir, mientras que unos se consideran lentos y atrasados, otros se perciben rápidos y adelantados. También se ve que el grupo de los niños enfermos contestaron más hacia el rasgo negativo que el grupo de los niños sanos.

En los niños enfermos su media de respuesta es de a partir de 3 a excepción de los reactivos, listo, bueno y aplicado, donde su media de respuesta es a partir de 4.

En el reactivo trabajador se presentó la misma frecuencia positiva (23) en ambos grupos, es decir, se perciben trabajadores (ver Tabla 5).

Tabla. 5

*Frecuencia de respuestas en el área "Yo como estudiante soy".*

<b><u>GRUPO DE NIÑOS</u></b>								
<b><u>REACTIVO</u></b>	<b><u>SANOS</u></b>				<b><u>ENFERMOS</u></b>			
	<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>RASGO NEGATIVO</u></b>	<b><u>INDEFINIDO</u></b>	<b><u>- X</u></b>	<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>RASGO NEGATIVO</u></b>	<b><u>INDEFINIDO</u></b>	<b><u>- X</u></b>
ESTUDIOSO / FLOJO	28	-	2	4.63	23	6	1	3.93
LENTO / RAPIDO	21	8	1	3.90	17	13	-	3.37
TONTO / LISTO	25	4	1	4.40	24	4	2	4.07
BUENO/ MALO	25	1	4	4.47	24	2	4	4.10
BURRO / APLICADO	25	3	2	4.33	26	3	1	4.30
CUMPLIDO / INCUMPLIDO	26	3	1	4.37	23	5	2	3.90
FLOJO / TRABAJADOR	23	3	4	4.23	23	7	-	3.80
ORGANIZADO / DESORGANIZADO	28	3	2	4.40	20	9	1	3.57
ATRASADO / ADELANTADO	21	6	3	4.10	16	13	1	3.10

### **Area como amigo**

En el área como amigo, se observa que los niños sanos, a pesar de presentar mayor frecuencia positiva en todos los reactivos, no presentan mucha diferencia respecto a los niños enfermos, puesto que también sus respuestas en todos los reactivos se cargan hacia el rasgo positivo, es decir, ambos grupos, se perciben como, divertidos, sinceros, buenos, amigables, compartidos, simpáticos, sencillos y platicadores. Sin embargo, si analizamos sólo las respuestas de los niños enfermos, podemos ver que el reactivo que mayor frecuencia tiene en el rasgo positivo, es el sincero y el de menor frecuencia en el rasgo positivo es el de platicador.

Cabe señalar que en el grupo de los niños enfermos muy pocos contestaron hacia el rasgo negativo y otros se perciben indefinidos, mientras que los niños sanos la gran mayoría contesto solo en el rasgo positivo (ver tabla 6).



Tabla. 6

*Frecuencia de respuestas en el área “Yo con mis amigos soy”.*

<b><u>GRUPO DE NIÑOS</u></b>									
<b><u>REACTIVOS</u></b>	<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>SANOS</u></b>			<b><u>-</u></b> <b><u>X</u></b>	<b><u>ENFERMOS</u></b>			<b><u>-</u></b> <b><u>X</u></b>
		<b><u>RASGO</u></b> <b><u>NEGATIVO</u></b>	<b><u>INDEFINIDO</u></b>			<b><u>RASGO</u></b> <b><u>NEGATIVO</u></b>	<b><u>INDEFINIDO</u></b>		
ABURRIDO / DIVERTIDO	30	-	-	4.80	27	1	2	4.43	
MENTIROSO / SINCERO	30	-	-	4.73	28	2	3	4.27	
BUENO / MALO	30	-	-	4.77	27	-	3	4.37	
SOLITARIO / AMIGABLE	30	-	-	4.83	25	-	5	4.33	
COMPARTIDO / EGOISTA	30	-	-	4.70	26	1	3	4.37	
SIMPATICO / SANGRON	30	-	-	4.83	27	1	2	4.40	
PRESUMIDO / SENCILLO	29	1	-	4.70	26	4	-	4.20	
PLATICADOR / CALLADO	28	1	1	4.30	20	9	1	3.80	

### **Area emocional**

En el área emocional se ve mayor frecuencia positiva en los niños sanos en todos los reactivos; sencillo, juguetón, seguro, sentimental, feliz, tranquilo, decidido y cariñoso. Pocos contestaron hacia el rasgo negativo e indefinido.

Los niños enfermos presentaron mayor frecuencia positiva en los reactivos feliz y cariñoso, mostrándose poca diferencia respecto a los sanos. Se puede ver mayor frecuencia en el aspecto negativo siendo el reactivo serio (24), siguiéndole los reactivos insensible (17), e indeciso (18), es decir, la mayoría de los niños enfermos se perciben, felices, tranquilos y cariñosos, pero también se perciben insensibles, indecisos y serios.

La media de respuesta en los niños sanos es a partir de 4 en todos los reactivos. En los niños enfermos la media de respuesta es muy heterogénea, la media de respuesta más alta es el reactivo feliz (4.17), en los reactivos cariñoso, tranquilo, sentimental, seguro y sencillo es a partir de 3 y la media de respuesta más baja que presenta, es en los reactivos decidido (2.87) y juguetón (1.97) (ver tabla 7).

Tabla. 7

*Frecuencia de respuestas en el área “Yo emocionalmente soy”.*

<b><u>GRUPO DE NIÑOS</u></b>								
<b><u>REACTIVO</u></b>	<b><u>SANOS</u></b>				<b><u>ENFERMOS</u></b>			
	<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>RASGO NEGATIVO</u></b>	<b><u>INDEFINIDO</u></b>	<b><u>- X</u></b>	<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>RASGO NEGATIVO</u></b>	<b><u>INDEFINIDO</u></b>	<b><u>- X</u></b>
SENCILLO / COMPLICADO	29	1	-	4.50	19	8	3	3.63
SERIO / JUGUETON	23	2	5	4.13	5	24	1	1.97
SEGURO / INSEGURO	26	3	1	4.43	19	8	3	3.73
SENTIMENTAL / INSENSIBLE	26	1	3	4.33	13	17	-	3.30
TRISTE / FELIZ	28	2	-	4.60	25	4	1	4.17
DESESPERADO / TRANQUILO	27	-	3	4.47	21	9	-	3.53
DECISO / INDECISO	29	1	-	4.37	11	18	1	2.87
CARIÑOSO / FRIO	28	-	2	4.50	24	5	1	3.90

### **Area moral**

En el área Moral se puede observar que se presenta mayor frecuencia positiva en los niños sanos en todos los reactivos, teniendo mayor frecuencia el rasgo positivo en el reactivo bueno, es decir, se perciben moralmente muy buenos, teniendo menor frecuencia el rasgo positivo en el reactivo honesto. Pocos responden en los rasgos negativo o indefinido. Cabe mencionar que los niños sanos respondieron más hacia el rasgo indefinido en comparación que los niños enfermos en los reactivos, obediente-desobediente, educado-grosero, egoísta-compartido y tramposo-honesto (ver tabla 8).

En el reactivo compartido se presentó la misma frecuencia (24) en ambos grupos, es decir, se perciben tanto los niños sanos como enfermos compartidos.

En los niños enfermos se muestra mayor frecuencia en el rasgo positivo en los reactivos, respetuosos, honestos, compartidos, sincero y educado. Es decir, se perciben moralmente, respetuosos, honestos, compartidos, sinceros y educados. Mientras que en los reactivos responsable y obediente, se ve, la menor frecuencia en los rasgos positivos, notándose que un poco menos de la mitad de los niños enfermos se percibe en el rasgo negativo, es decir, se perciben irresponsables y desobedientes.

La media de respuesta en ésta área, en los niños sanos en todos los reactivos es a partir de 4. En los niños enfermos la media de respuesta es a partir de 3, siendo los reactivos compartido y respetuoso, los que obtuvieron una media a partir de 4. (ver tabla 8)

Tabla. 8

*Frecuencia de respuestas en el área "Yo moralmente soy".*

<b>GRUPO DE NIÑOS</b>										
<b>REACTIVO</b>	<b><u>SANOS</u></b>				$\bar{X}$	<b><u>ENFERMOS</u></b>				
	<b>POSITIVO</b>	<b><u>RASGO</u></b>				<b>POSITIVO</b>	<b><u>RASGO</u></b>			$\bar{X}$
		<b>NEGATIVO</b>	<b>INDEFINIDO</b>				<b>NEGATIVO</b>	<b>INDEFINIDO</b>		
BUENO / MALO	30	-	-		4.80	22	4	4	3.90	
OBEDIENTE / DESOBEDIENTE	23	1	6		4.33	17	11	2	3.33	
EDUCADO / GROSERO	25	-	5		4.53	23	5	2	3.97	
SINCERO / MENTIROSO	25	4	1		4.33	22	5	3	3.87	
EGOISTA / COMPARTIDO	24	2	4		4.27	24	5	1	4.00	
TRAMPOSO / HONESTO	22	5	3		4.13	24	6	-	3.90	
RESPONSABLE / IRRESPONSABLE	27	2	1		4.43	18	10	2	3.63	
RESPETUOSO / IRRESPETUOSO	27	1	2		4.63	25	3	2	4.20	

### **Area como hijo**

En el área como Hijo se puede observar que se presenta la mayor frecuencia positiva en los niños sanos en todos los reactivos.

En los niños enfermos se nota una considerable diferencia respecto a las respuestas de los niños sanos, ya que algunos contestan en el rasgo negativo y pocos en el indefinido a excepción de los reactivos agradable, sincero y responsable, puesto que presentan mayor frecuencia en los rasgos positivos, es decir, que los niños enfermos se consideran como hijos muy agradables, responsables y sinceros. Por otra parte, el reactivo calmado presenta menor frecuencia positiva (12), siendo el adjetivo travieso el que presenta mayor frecuencia negativa (18), por lo que la mayoría se percibe travieso.

La media de respuesta de los niños sanos es a partir de 4 en todos los reactivos. En los niños enfermos su media de respuesta es muy variada, la media de respuesta es a partir de 4 en los reactivos sincero, agradable y responsable; en los reactivos obediente, platicador y educado su media de respuesta es a partir de 3, presentando el reactivo calmado la media de respuesta más baja (2.77) (ver tabla 9).

En general, puede verse que los niños sanos presentan mayor frecuencia hacia el rasgo positivo en las subescalas de autoconcepto, mientras que los niños enfermos aunque contestan la mayoría hacia el rasgo positivo también responden hacia el rasgo negativo y otros pocos hacia el rasgo indefinido. Cabe señalar que en la subescala "yo con mis amigos soy", no hay mucha diferencia en sus respuestas con respecto al grupo de los niños sanos. Las subescalas más afectadas son el área física, emocional y como hijo.

**Tabla. 9**

***Frecuencia de respuestas en el área “Yo como hijo soy”.***

<b><u>GRUPO DE NIÑOS</u></b>									
<b><u>REACTIVO</u></b>	<b><u>SANOS</u></b>				$\bar{x}$	<b><u>ENFERMOS</u></b>			
	<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>RASGO</u></b>		<b><u>INDEFINIDO</u></b>		<b><u>POSITIVO</u></b>	<b><u>RASGO</u></b>		<b><u>INDEFINIDO</u></b>
		<b><u>NEGATIVO</u></b>				<b><u>NEGATIVO</u></b>			
BUENO / MALO	30	-	-	4.73	21	3	6	3.87	
SINCERO / MENTIROSO	30	-	-	4.60	26	3	1	4.07	
OBEDIENTE / DESOBEDIENTE	30	-	-	4.63	20	7	3	3.70	
PLATICADOR / CALLADO	28	2	-	4.17	21	9	-	3.93	
RESONGON / EDUCADO	28	2	1	4.40	18	8	4	3.50	
AGRADABLE / DESAGRADABLE	30	-	-	4.73	26	3	1	4.20	
TRAVIESO / CALMADO	30	-	-	4.53	12	18	-	2.77	
RESPONSABLE / IRRESPONSABLE	30	-	-	4.70	24	5	1	4.17	

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

---

#### 5.1 DISCUSIÓN

En esta investigación se trabajó con dos grupos; el primero conformado por 30 niños, con diagnóstico oncológico (leucemia) y el segundo grupo, 30 niños sanos, ambos grupos conformados con niños y niñas con edades de los 7 a los 12 años.

En la muestra de los niños con leucemia, se observó que la mayoría eran varones, lo que coincide con los datos de la Secretaría de Salud (1999-2001), en el sentido de que dicha enfermedad se presenta más en niños que en niñas.

Como se pudo observar, al analizar los puntajes obtenidos en las subescalas de la Escala de Autoconcepto para niños, las puntuaciones promedio de ambos grupos fueron altas respecto a los puntajes esperados en la escala; sin embargo, el grupo de los niños enfermos tuvieron una media menor respecto al grupo de los niños sanos, particularmente en las áreas física y emocional, puesto que el grupo de los niños enfermos tuvo una media baja respecto al puntaje esperado en estas áreas.

También se observó que todos los valores “t” obtenidos tuvieron una significación menor al .05, siendo las subescalas físico, emocional y como hijo, las de mayor impacto en los niños enfermos. Por tal motivo, se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis alterna que declara que: “Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de los niños con leucemia respecto a los niños sanos.” Es decir, los niños sanos tienen mejor autoconcepto que los niños con leucemia.



En cuanto al análisis de frecuencias por reactivo en ambos grupo puede verse que en general los niños sanos presentan mayor frecuencia hacia el rasgo positivo en las subescalas de autoconcepto, mientras que los niños enfermos aunque contestan la mayoría hacia el rasgo positivo también responden hacia el rasgo negativo y otros pocos hacia el rasgo indefinido. Cabe señalar que en la subescala “yo con mis amigos soy”, no hay mucha diferencia en sus respuestas con respecto al grupo de los niños sanos. Las subescalas más afectadas fueron el área física, emocional y como hijo. Esto coincide con los valores “t” obtenidos.

Esto pudiera explicarse en términos de que la leucemia afecta el aspecto físico debido a los efectos que provocan los medicamentos o tratamientos, causando también efectos emocionales debido a la interrupción del modo de vida y separación de los padres, como resultado de ello, otra forma de socializar con sus padres y hermanos.

En el área **“Yo físicamente soy”** los niños con leucemia presentaron una media grupal menor y con una gran variabilidad, respecto a los niños sanos, es decir, hay respuestas que van desde una percepción baja hasta muy buena. Sin embargo, sí están conscientes del estado de enfermedad. Aunado a ello y de acuerdo con los resultados obtenidos ésta es una de las subescalas que más les afecta a los niños con leucemia. Esto pudiera deberse a que el cáncer y las diferentes modalidades terapéuticas empleadas para controlarlo producen en muchos casos alteraciones en la imagen corporal del paciente (alopecia, cambios en las uñas, alteraciones dermatológicas, cicatrices, amputaciones, cambios en el peso, etc.) que hacen que el paciente se vea obligado a aceptar un cuerpo que ahora es diferente al que poseía antes del diagnóstico y tratamiento del cáncer. En una sociedad que valora enormemente la estética y el aspecto físico, y que define formas muy concretas la masculinidad y la femineidad, la distorsión de la imagen corporal puede interferir fácilmente con la aceptación de uno mismo (Villaseñor, 2000).

El impacto de desfiguraciones visibles, especialmente la pérdida de pelo ha recibido una considerable atención en la literatura. El cambio en la imagen física es un recordatorio constante para el niño con cáncer, de que él o ella es diferente a otros niños (Hays & Stewart, 1990).

En el área **“Yo como estudiante soy”** Báñez & Dura (1990) subraya, que una falta de autoconfianza como resultado de la apariencia física, podría llevar a un comportamiento regresivo, retraimiento de los compañeros, miedo a ir al colegio, afectándose así las adaptaciones emocionales y el desarrollo académico. Esto último concuerda con los datos obtenidos de los niños con leucemia, en cuanto al grado escolar, puesto que el mayor porcentaje se encuentra cursando el 2° grado de primaria, mientras que el mayor número de niños sanos se encuentra cursando el 3° grado de primaria. Estos resultados también pudieran deberse a dos causas: la primera, es que los niños tenían que viajar desde el estado de procedencia hasta el D.F, por el tratamiento y por los medicamentos y hospedarse en Casa de la Amistad I.A.P., lo que ocasionaba inasistencia en la escuela. La segunda, por los efectos de los medicamentos, como son el vómito y náuseas, el cual les provoca un estado de cansancio o agotamiento que impide asistir de manera regular a la escuela o bien por la caída del cabello y palidez que genera un cambio en su imagen.

Ahora bien, en el análisis de frecuencias por reactivo de ambos grupos no variaron en las frecuencias de sus respuestas, aunque, las respuestas de los niños con leucemia fueron más heterogéneas, es decir, hubo niños que se percibieron como lentos y atrasados y otros como rápidos y adelantados. Esto pudiera explicarse por lo siguiente:

- 1) Los niños de Casa de la Amistad I.A.P, tienen un área que se llama la “escuelita”, donde se les dan clases y el objetivo es regularizarlos, por lo que sus compañeros ahora son los niños que se encuentran ahí.
- 2) Los papas que están en contacto con sus maestros y estos les envían tareas.

- 3) Por el tipo de tratamiento, ya que a pesar de que todos los niños enfermos de la muestra tienen leucemia: a) el tratamiento no es igual y; b) cada niño reacciona de manera diferente a los medicamentos. Además de que repercute en su imagen.

Los factores mencionados pudieran explicar que algunos niños con leucemia se percibieran como adelantados y rápidos o bien como atrasados y lentos.

Se puede observar que de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el área **“Yo moralmente soy**, no existe mucha diferencia en las respuestas de ambos grupos a excepción de los reactivos obediente/desobediente, responsable /irresponsable, ya que en los niños con leucemia sus repuestas están repartidas en cuanto a que unos se consideran respetuosos y otros irrespetuosos, así como obedientes y desobedientes. Esto pudiera atribuirse a que el niño con leucemia al presentar la enfermedad cambia su estilo de vida en muchas circunstancias una de ellas, en su alimentación, en su actividad como niño, es decir, ya no puede comer como antes, se ve limitado en sus juegos, de ahí que desobedece como una forma de rebeldía de inconformidad a lo que esta viviendo, reflejándose así en desobediencia e irresponsabilidad. Mientras que otros niños cumplen lo que les indica el doctor, debido por las consecuencias que pudieran tener si desobedecen, aunado a ello dependiendo de la relación con la persona que lo cuida, que por lo general es la mamá, la relación con sus amigos, etc.

En el área **“Yo con mis amigos soy”**, los niños con leucemia respecto a los niños sanos, no mostraron grandes diferencias en sus respuestas, en ambos grupos se carga hacia el rasgo positivo, es decir, se perciben como, divertidos, sinceros, buenos, amigables, compartidos, simpáticos, sencillos y platicadores. Sin embargo, si analizamos sólo las respuestas de los niños enfermos, podemos ver que su mayor frecuencia se encuentra en el reactivo sincero y su menor frecuencia positiva en el reactivo platicador. Esto pudiera deberse a que por una

parte la aceptación y apoyo por parte de familiares y amigos es esencial para una buena adaptación psicosocial. El contacto físico frecuente suele ser agradecido por los niños con leucemia y les ayuda a comprender que no son evitados ni rechazados por su nuevo aspecto. Por otro lado, el niño con leucemia, se hace participe de otro grupo, es decir, de otros amigos, pues ahora son los que comparten con él su misma situación, es decir, con los que está en el hospital (Rivera, 1998).

En el área **“Yo emocionalmente soy”**, lo que se observa es, que a pesar de estar dispersos ambos grupos (niños sanos y niños enfermos), los niños enfermos se perciben emocionalmente con rasgos negativos, es decir, más complicados, serios, inseguros, indecisos y sensibles. Cabe señalar, que en los niños enfermos, esta subescala es la que más afectada. Esto concuerda con Polaino-Lorente (1994), pues menciona que el niño al ser hospitalizado, crea una fuente importante de ansiedad; los efectos emocionales están provocados por la interrupción del modo de vida y separación de los padres, y por los pensamientos y reacciones del niño sobre la hospitalización y la enfermedad. La hospitalización puede provocar ansiedad, miedo a morir, culpabilidad y sensación de castigo, ira y resentimiento, conductas regresivas, disminución de la autoestima y sentimientos de impotencia.

En los resultados obtenidos en la subescala **“Yo como hijo soy”**, los niños sanos se perciben mejor que los niños con leucemia, aunque estos últimos se consideran sinceros y agradables, así como traviesos, algunos otros se consideran resongones y otros tantos educados.

Estas variaciones en las percepciones de los niños con leucemia pueden entenderse en función del estudio de Polaino-Lorent (1994). Este autor encontró que de acuerdo al tipo de vida hogareña, se pueden observar roces entre los miembros de la familia, carencia de las relaciones afectuosas, poco interés de los padres hacia el niño, separación, muerte, divorcio de los padres; lo que lleva al

niño a una inestabilidad emocional, una mala adaptación de sí mismo, lo que se reflejaría en su rol e imagen como hijo.

Ahora bien, la forma como el niño percibe las actitudes de sus padres es muy importante ya que si el menor se percibe aceptado, muestra más aspiraciones hacia su yo y más independencia que un niño que se siente rechazado (Rivera, 1995).

Puede ser también que los padres tiendan a tratarlo con actitudes sobreprotectoras que favorecen la aparición de síntomas como la ansiedad, depresión, aislamiento e inmadurez en su vida social (Villaseñor, 2000).

Como se observa en esta investigación la leucemia afecta el autoconcepto del niño, y esto se ve reflejado en todas las áreas en las que éste se desarrolla, siendo tres las de mayor impacto, el área emocional, la física y la familiar. Por lo que es importante tratar a este tipo de población, ya que si el niño tiene un *autoconcepto positivo*, este tendrá un mejor desenvolvimiento en las actividades que desarrolla, y contará a su vez con mayor seguridad y confianza. En cambio si tiene un *autoconcepto decaído*, provocará que el niño se sienta inseguro ante lo que realiza, se aisle de los demás, etc., frenando así su desarrollo.

## 5.2 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En el transcurso de esta investigación se presentaron diversas dificultades que se resolvieron en su momento para realizarla de la mejor manera posible. Por lo que se muestran algunas limitaciones y sugerencias que pudieran facilitar futuras investigaciones o bien para mejorarlo y/o complementarlo.

- Una limitación fue el origen de procedencia de los sujetos, ya que el grupo de los niños sanos eran del D.F. y el grupo de los niños enfermos eran del interior

de la República. Mexicana. No se aplicó la prueba a niños con leucemia del D.F, debido a que en “Casa de la Amistad I.A.P.” sólo iban las mamás al banco de medicamentos con la receta y no era necesario que el niño fuera, por lo que no se tuvo acceso a esta población. Se sugiere tomar acuerdo con la institución en donde se pudiera tener contacto con los niños, quizá ellos como intermediarios.

- La edad de los participantes, ya que fue de los 7 a los 12 años, en donde los participantes de los 7 a 8 años no les fue tan fácil definirse, es decir, hubo reactivos en que se les tuvo que explicar con ejemplos, mientras que los niños de los 9 a los 12 años tenían más claridad. Se sugiere una entrevista al niño para complementar la investigación y para corroborar los datos arrojados en el instrumento.
  
- El nivel socioeconómico, debido a que los niños que iban a “Casa de la Amistad I.A.P”, pertenecían a la clase media baja y clase baja, aunque no se midió se deduce al platicar con la mamá. Mientras que en el grupo de los niños sanos, podría suponerse que pertenecen a la clase media, debido a que la escuela es de gobierno, pero realmente no se sabe pues no hubo contacto con los papas pero con los niños solo hubo contacto en el momento de la aplicación. Mientras que con el grupo de los niños con leucemia hubo entrevistas tanto con los niños como con la mamá pero no de manera formal.
  
- Trabajar con una muestra más grande, para que los datos obtenidos sean más enriquecedores, ya que solo la muestra de esta investigación es de “Casa de la Amistad, I.A.P:”, y no se puede generalizar a todos los niños con leucemia. Se encontró muchas dificultades para acceder a esta población debido a que las instituciones cuidan mucho a los niños con cáncer. Sería conveniente facilitar

el acceso a este tipo de población, a través de acuerdos en las diferentes instituciones como son: Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital Infantil Federico Gómez, la Asociación Mexicana de Ayuda a niños con cáncer, Instituto de Asistencia Privada, entre otros.

- Entrevista con los padres, para obtener datos que pudieran enriquecer y complementar la investigación, por un lado, obtener datos como por ejemplo; la interacción de los padres con los hijos, su reacción cuando se enteraron de la enfermedad de su hijo, entre otros, y por otro lado, datos como religión, estado civil, el nivel socioeconómico, etc. La interacción de los padres con los niños, ya que se observó aunque no se midió, que algunos padres todo le daban al niño, otros en cambio, se mostraron indiferentes, y algunos papas buscaban el equilibrio. Esto es importante, pues de ello depende el éxito o fracaso del tratamiento, además de que es un factor que influye de manera importante en el autoconcepto del niño. La religión por que hay casos en donde el niño necesita de alguna transfusión de sangre u otro tratamiento y la religión les prohíbe realizarlo, por lo que es un impedimento para llevar a cabo el tratamiento del niño. Estado civil de los padres, ya que no es lo mismo un niño en donde solo cuenta con su mamá y además tiene hermanos, a que si cuenta con sus dos papas. El nivel socioeconómico, ya que las medicinas de la enfermedad son muy costosas.
- Trabajar con niños que tengan otro tipo de cáncer. Puesto que seguramente serían otros resultados, ya que no es lo mismo el autoconcepto en un niño que padece osteosarcoma o retinoblastoma, en donde el tratamiento a seguir es diferente, pues la mayoría de los casos sus efectos son irreversibles en comparación a los niños que padecen leucemia, y se ven obligados a enfrentarse a la pérdida de algún miembro de su cuerpo.
- Promover la necesidad y la participación del psicólogo en las instituciones mencionadas así como en los servicios de oncología en general.

- Con los datos arrojados en esta investigación sería conveniente crear una propuesta de intervención específica para esta población con la finalidad de que los niños con leucemia eleven su autoconcepto.
- Fortalecer las redes de apoyo del niño con leucemia para que el pueda recurrir a ellas con el fin de sobrellevar la enfermedad, así como tener una mejor calidad de vida.
- Dar apoyo psicológico a la familia puesto que es un factor elemental para el niño con leucemia puesto que puede facilitar, motivar, y contribuir en la calidad de vida del niño con leucemia, o bien frenar los deseos del niño de salir adelante. Por eso es importante brindar atención a la familia, ya que también recibe una carga emocional. De hecho en el transcurso del tratamiento del niño con leucemia, la mayoría de los que vienen del interior de la República, los padres se separan y/o hay una desintegración familiar.
- Se sugiere crear materias en la facultad enfocadas a la oncología en general, para que el psicólogo se oriente y tenga una perspectiva más amplia, con el objetivo de que sepa tratar a este tipo de población.
- También es recomendable que el psicólogo asista a terapia puesto que está expuesto al síndrome de "Burnout".



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

- Adler, G. (1971) Dynamics of the self. Londres: Conventures.
- Aisenson, A. (1981) Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido. México: Ed. Fondo de Cultura Económica
- Ajuriaguerra. (1997) Manual de psiquiatría infantil. Barcelona; Toray-Masson.
- Alvarez R. (1995) Estudio descriptivo de la relación médico paciente. Facultad de Psicología. UNAM
- Andrade, P.P y Pick de W.S (1986, Octubre) Una escala de autoconcepto para niños. En Asociación Mexicana de Psicología Social. La psicología social en México. Vol. 1. Pp(517-522)
- Almaguer, D. (1994) Avances en el tratamiento de la leucemia. Gaceta Medica Mexicana. Vol. 132. No. 3
- Altman, A. (1988) Leucemia crónicas de la infancia. Clinicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1
- Alvaradejo, C. y Delgado, L. (1996) Estudio preliminar a la construcción de una escala de calidad de vida para pacientes que sobreviven a un padecimiento oncológico. Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología. UNAM
- Allport G. (1943) La personalidad. Barcelona: Herder.
- Allport G. (1966) Desarrollo y cambio. Consideraciones básicas para una psicología de la personalidad. Argentina: Paidós.
- Arevalo S. O (1998) Imagen parental corporal del niño quemado. Facultad de Psicología. UNAM
- Cuevas T, J. y Santos A. (1985) Oncología básica Ediciones. Madrid.
- Ballesteros, J.S (1982) El esquema corporal. Madrid: TEA ediciones.
- Bandura, A.(1969) Principles of Behavior Modification Holt, Rinehart and Winston, New York. (Trad; Cast. Modificación de conducta, Trillas, México, 1972)
- Baker, L. (1985) Tú y la leucemia. Un día a la vez. Estados Unidos: Edit. Lynn.
- Barakat, I., Hetzke, J., Foley, B., Carey, M., Gyato, K., & Phillips, P. (2003) Evaluation of a Social-Skills Training Group Intervention With Children Treated for Brain Tumors: A Pilot Study Journal of Pediatric Psychology, Vol.28, No.5, 2003, pp.229-307.
- Barreto, Capafons e Ibáñez, (1990) Depresión y cáncer o adaptación y cáncer. En: E. Ibáñez (ed): Psicología de la salud y estilos de vida. Valencia, Promo-libro.
- Barreto, M. P; Martínez –Besteiro, E. y Mira, J (1990) Cáncer, En J. M. Mirá Psicología y Salud. Valencia. Promolibro.

- Bayes, R.,(1985) Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayes, R. (1990) Influencia de los factores psicológicos en la longitud de vida de los enfermos oncológicos; en Martínez roca editor. Psicología Oncológica Barcelona: 182-184.
- Bayes, R. (1990) Psicología y cáncer: prevención; en Martínez roca editor. Psicología Oncológica Barcelona: 47-111.
- Baum, A & Andersen B., (2001) Psychosocial Interventions for cancer. Washintog, DC: American Psychological Association.
- Bernard M. (1985) El cuerpo. Ed. Paidós
- Berky M. (1980) Niños con enfermedades crónicas. Relato por el Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil. Buenos aires.
- Bonadonna, G. y Robustelli Della Cuna G. (1983) Manual de oncología médica. Edit. Masson. España.
- Bruch-Schweitzer,(1992) Psicología del cuerpo. Barcelona: Edit. Herder.
- Calvin y Gardner (1984) La teoría psicoanalítica de la personalidad. Edit. Paidos.
- Campbell, E. (1952) Security for young children. Boston: Philgrim Prest.
- Cervantes, G.(1963) Tratado de psiquiatría infantil. Barcelona España: Ed. Espax.
- Coopersmith, S. (1967) The antecedents of self esteem. San Francisco: Freeman, W.H.
- Craig, G.J. (1997) Desarrollo psicológico. México: Prentice may Hispanoamericana.
- Cruz, V. (2000) Imagen corporal del niño con leucemia. Facultad de psicología. Tesis de Licenciatura. UNAM
- Cruzado, J & Olivares, M., (1996) Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En J.M Buceta y A.M. Bueno (Ed). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid pirámide.
- Dolto, F. (1983) Psicoanálisis y pediatría. Ed. XXI. México.
- Dolto, F. (1987) El trabajo psicoterapéutico Ed. Gedisa. España
- Dolto, F. (1994) La imagen inconsciente del cuerpo. España. Ed. Paidós.
- Enciclopedia práctica de psicología (1990) Tomo 6. Edit. Palza and Janés. España.
- Estadística interna del servicio de oncología pediátrica. Centro Médico Nacional. "La raza." 1996-1998.
- Estrada, (1990) Sintomatología psíquica asociada al cáncer infantil. Tesis de Licenciatura. Faculta de Psicología. UNAM.
- Feldfogel, D. Zimerman, A. (1981) El psiquismo del niño enfermo orgánico. Buenos Aires-Barcelona: Ed. Piados.
- Freud, (1956) El psicoanálisis y la crianza del niño . Buenos Aires Argentina: Ed. Paidós.

- Freud, (1977) *Psicoanálisis infantil y clínica*. Edit. Amorrout. Buenos Aires Argentina.
- Freud, (1920) *Más allá del principio del placer*. Edit. . Amorrout. Buenos Aires
- Foncerrada, M. Saucedo, J. (1981) *La exploración de la salud mental en el niño*. Revista Médica del IMSS. Vol.19:15
- Geoffrey R. Weiss (1998) *Oncología clínica*. Ira. Edición. Edilmil. El Manual Moderno. Barcelona. España.
- Gilham L. (1982) *Como ayudar a los niños a aceptarse a si mismos y a los demás*. Edit. Paidós.
- Griffiths, M.; Murria, K.; Russo, P. (1988) *Oncología básica. Fisiopatología, Evaluación y tratamiento*. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana. México.
- Hays, R.& Stewart, A. (1990) *The structure of self-reported health in cronic disease patients*. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2(1), 22-30.
- Hurlock (1967) *Desarrollo psicológico del niño*. McGraw-Hill
- Hossfeld, D. (1992) *Manual de oncología clínica*. Quinta edición. Edit. Doyma España.
- Ibáñez, E. & Dura, E. (1990) *Tratamientos psicológicos específicos para el enfermo oncológico*. Una revisión. En E. Ibáñez (Ed). *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia. Promolibro.
- INEGI (2003) *Secretaría de Salud/ Dirección General de Información de Salud*. CONAPO.
- Latorre, O. y Beneit, M. (1994) *Psicología de la salud*. Edit. Lumen.
- Kogan, A., (1982) *El yo y el sí mismo*. Ed. Amorrout. Buenos Aires Argentina
- López, A. (1979) *Anatomía funcional del sistema nerviso*. México: Ed. Limusa.
- Manual de oncología pediátrica*. Servicio de oncología del Hospital General. "Dr. Gaudencio González" Centro Médico Nacional. "La Raza" 2001.
- Markus, H (1977) *Self Schemate and Processing Information about the self*. Journal Of pers. And Sec. Psych. 35, pp 63-78.
- Matarazzo, J.D. (1980) *Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers For a New Healt Psychology*. American Psychologist.
- Mejía, A. . (1997) *Pruebas de laboratorio y quimioterapia*. Folleto posibilidades: Guía para Padres; de niños con cáncer. Edit. Alianza.
- Merleau - Ponty (1954) *La formación del yo, una teoría genética de campo*. Edit. Centro. America Latina
- Musitu, G. (1982) *Autoconcepto*. Una revisión de estudios empíricos. Universitas Tarcaconensis, IV 82. Tarangona.
- Mwamwenda, T. (1991) *Sex diferences in self-concept among Africam Adolescents*. Perceptual and Motor Sikills, 73, 1991-194.

- Neisser, U. (1976) "Cognition and reality" Principles and implication of cognitive Psychology. Frre-man, San Francisco. (trad. Cast: Procesos Cognitivos y Realidad. Principios e Implicaciones de la Psicología Cognitiva. Morata Madrid. 1981.
- Oñate, (1989) El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad. Edit. Marcea. S.A.
- Papalia, D. E. Y Wendkos, O S. (1992) Desarrollo humano. México: MacGraw-Hill.
- Papalia, D. E. Y Wendkos, O S. (1997) Desarrollo humano. México: MacGraw-Hill.
- Piaget, J., (1981) La psicología del niño. Ed. Morata, Madrid. España.
- Piaget, J., (1952) La construcción de lo real en el niño. Ed. Prometeo. Buenos Aires Argentina.
- Poplack, D. (1989) Leucemia linfoblástica aguda en la infancia. Clínicas Pediátricas de Norteamérica.
- Polaino- Lorente A., Lizasoain Rumeu (1994) Programa de intervención y modificación del autoconcepto en niños hospitalizados. Revista de Psicología general y aplicaciones. Universidad Complutense. Madrid. Vol. 47. NO. 3. pag. 333-337.
- Quitman, H. (1985) Psicología humanística. Barcelona, españa: Herder. (Serie Biblioteca Psicología, núm.158)
- Raich, R. (2000) Imagen corporal: conocer y evaluar el propio cuerpo. Edit. Pirámide.
- Reig, A; Rodríguez, J. Y Mirá J. (1987) Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. Información Psicológica.
- Reusche, L. (1997) La niñez construyendo la identidad. UNICEF. Perú: Libro Amigo.
- Rivera L.R (1994) Diagnóstico del niño con cáncer. Mosby Doyna. Libros. España.
- Rivera, L. R. (1995) Frecuencia de neoplasias malignas en pacientes de INP, provenientes de la Cd. de México y área metropolitana. Revista del instituto nacional de cancerología. Vol. 41: 1 -13
- Ribes, E. (1990) Psicología y salud. Un análisis conceptual. Ed. Barcelona.
- Rubio, B., (2003) Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sarafino, E (1988) Desarrollo del niño y el adolescente. Edit, Trillas. México
- Schilder A (1989) Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires. Edit. Paidos.
- Servin, T. (1990) "La valoración del autoconcepto en niños". Enseñanza e Investigación en Psicología.
- Skinner, B. (1977) Ciencia y conducta humana. Barcelona. Fontanella. Pág.309-318.
- Sociedad Americana de Cáncer (1998) Oncología clínica para estudiantes de medicina y médicos. 5ta edición. Universidad de Rochster, Nueva York
- Statt, A. D. (1980) La psicología. México. Harla Harp & Row Latinoamericana.

Stiller C.a. y Draper G, J. en Kinderzie Kenhuis E: KAlita, C; Barret, A. (1998) Cancer in children. Clinical Management. Edit.P.A. Vouté. Departament of pediatric. Oncology. Oxford. pág.1-19

Taylor S.E. (1986) Health psychology. Nueva York, Random House

Valencia, A. (2001) Estudio descriptivo de indicadores protectores psicosociales de la salud en una comunidad de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Valencia, A. (2007) Programa de apoyo psicosocial, para niños con cáncer y sus familias. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología UNAM

Villaseñor (2000) "Autoconcepto del paciente con cáncer y lesiones visibles. Una propuesta de intervención." Tesis. Facultad de Psicología. UNAM.

Wan, G., Counte, M. & Cella, D. (1997) The influence of personal expectations on cancer patient's reports of health-related quality of life. Psycho-Oncology. 6, 1-11.

Williamson, D.A., Davis, C.J, Bennet, S.M., Goreenzny, A.J., y Gleaves, d.H. (1989) Development of a simple procedure for assesing body image disturbaces. Behavioral Assesment. 11. 433-440

# ANEXO

---

## ESCALA DE AUTOCONCEPTO EN NIÑOS

(ANDRADE Y , P. Y PICK, 1986)

<b>YO FISICAMENTE SOY</b>						
	MUCHO	POCO	REGULAR	POCO	MUCHO	
FUERTE						DÉBIL
FLACO						GORDO
ALTO						BAJO
GUAPO						FEO
CHICO						GRANDE
ACTIVO						INACTIVO
ENFERMO						SANO
<b>YO COMO ESTUDIANTE SOY</b>						
ESTUDIOSO						FLOJO
LENTO						RAPIDO
TONTO						LISTO
BUENO						MALO
BURRO						APLICADO
CUMPLIDO						INCUMPLIDO
FLOJO						TRABAJADOR
<i>ORGANIZADO</i>						DESORGANIZADO
ATRASADO						ADELANTADO
<b>YO CON MIS AMIGOS SOY</b>						
ABURRIDO						DIVERTIDO
MENTIROSO						SINCERO
BUENO						MALO
SOLITARIO						AMIGABLE
COMPARTIDO						EGOISTA
SIMPATICO						SANGRON
PRESUMIDO						SENCILLO
PLATICADOR						CALLADO
<b>YO EMOCIONALMENTE SOY</b>						
SENCILLO						COMPLICADO
SERIO						JUGUETON
SEGURO						INSEGURO
<i>SENTIMENTAL</i>						INSENSIBLE
TRISTE						FELIZ
<i>DESESPERADO</i>						TRANQUILO

DECISO						INDECISO
CARIÑOSO						FRIO
<b>YO MORALMENTE SOY</b>						
BUENO						MALO
OBEDIENTE						<i>DESOBEDIENTE</i>
EDUCADO						GROSERO
SINCERO						MENTIROSO
EGOISTA						COMPARTIDO
TRAMOSO						HONESTO
<i>RESPONSABLE</i>						<i>IRRESPONSABLE</i>
RESPECTUOSO						<i>IRRESPECTIVOS</i>
<b>YO COMO HIJO SOY</b>						
BUENO						MALO
SINCERO						MENTIROSO
OBEDIENTE						DESOBEDIENTE
PLATICADOR						CALLADO
REZONGON						EDUCADO
AGRADABLE						DESAGRADABLE
TRAVIESO						CALMADO
RESPONSABLE						IRRESPONSABLE