

Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer

Carmen Bragado, M^a José Hernández-Lloreda, M^a Luisa Sánchez-Bernardos y Susana Urbano
Universidad Complutense de Madrid

El objetivo principal de este estudio es comprobar si los niños con cáncer (en tratamiento con quimioterapia) presentan peor autoconcepto físico, menos autoestima y más ansiedad y depresión que los niños sanos (sin historia de cáncer) de los mismos rangos de edad (9-16 años) y condición social. Adicionalmente, se analiza la capacidad predictiva del autoconcepto y la autoestima sobre el malestar emocional. Se administró la versión española del PSDQ, CDI y STAIC a 30 niños con cáncer y 90 escolares sin historia de cáncer. Los resultados señalaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables de estudio, excepto en dos de las 11 dimensiones del PSDQ, salud y flexibilidad. La autoestima fue el mejor predictor de depresión, mientras la salud y el autoconcepto predecían ansiedad.

Physical self-concept, anxiety, depression, and self-esteem in children with cancer and healthy children without cancer history. The main purpose of this study is to test if children with cancer receiving chemotherapy show a poorer physical self-concept, less self-esteem and more anxiety and depression than healthy children (with no cancer history) within the same age range (9-16 years old) and social condition. Furthermore, the capacity of self-concept and self-esteem to predict emotional distress is analyzed. The Spanish versions of PSDQ, CDI and STAIC were administered to 30 children with cancer and 90 healthy children. Except for the health and flexibility dimensions in the PSDQ, no significant differences between groups were found. Self-esteem was the best predictor of depression, whereas health and self-concept predicted anxiety.

En las últimas décadas se ha producido un gran avance en el diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil, que ha dado lugar a un considerable aumento en las tasas de supervivencia. Concretamente, en Europa se ha pasado de una supervivencia (cinco años) del 54% de los casos diagnosticados en el período 1978-1982 al 75% de los diagnosticados entre 1993-1997, apreciándose también un incremento estadísticamente significativo de menor cuantía a los diez años del diagnóstico (Magnani et al., 2006).

Lamentablemente, este progreso no está exento de costes para los supervivientes. Los niños deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída, las secuelas del tratamiento y revisiones periódicas que se prolongan en el tiempo y que a menudo implican el uso de procedimientos médicos aversivos (Bragado y Fernández, 1996). Debido a esta nueva condición crónica del cáncer, la investigación actual en psico-oncología pediátrica se interesa entre otros aspectos por el estudio de las consecuencias psicológicas derivadas de la enfermedad y su tratamiento. En esta línea de investigación se ubica el presente trabajo.

Generalmente, se asume que el cáncer y sus tratamientos generan un impacto psicológico negativo en el niño, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que debe enfrentarse en el curso de la enfermedad (amenaza para la vida, dolor, cambios físicos y funcionales, hospitalizaciones, etc.). Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento son confusos; algunos estudios han señalado que los niños con cáncer sufren niveles elevados de ansiedad-depresión y una baja autoestima (Cavusoglu, 2001; Koocher, O'Malley, Gogan, y Foster, 1980), pero otros indican que, comparados con niños de su edad sin problemas de salud, suelen presentar niveles equiparables o incluso inferiores a ellos (Allen, Newman, y Souhami, 1997; Noll et al., 1999; Von Essen, Enskär, Kreuger, Larsson, y Sjöden, 2000). Aunque parte de estas discrepancias se atribuyen a problemas metodológicos de diversa índole, también se discute si esta ausencia de diferencias refleja un elevado nivel de *resiliencia* frente a la adversidad (Dejong y Fombonne, 2006; Eiser et al., 2000). Este concepto ocupa un lugar destacado en el ámbito de la «psicología positiva» y suele definirse como la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido a pesar de estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador, 2006).

Un problema estrechamente ligado a la enfermedad y su tratamiento es el cambio operado en la apariencia y el funcionamiento físicos, lo que obliga a un reajuste psicológico del autoconcepto previo y la autoestima. Este aspecto cobra especial interés en niños y adolescentes, puesto que ambos constructos están en proce-

so de formación. La integración de las diversas representaciones del self comienza a emerger hacia los 9-10 años y culmina al final de la adolescencia (Harter, 1999). Debido a la importancia que se concede en nuestra cultura a la imagen externa, cabría esperar que los niños con cáncer que experimentan cambios desfavorables en su aspecto presentaran más problemas relacionados con el autoconcepto físico, la autoestima y el estado emocional que los niños sanos, dada la estrecha relación observada entre apariencia física y autoconcepto y entre éste y autoestima, por un lado (Harter 1999; Marsh, Hey, Roche, y Perry, 1997), y entre autoestima y afecto negativo, por otro (Dishman et al., 2006; Varni, Katz, Colegrove, y Dolgin, 1995). Sin embargo, los resultados obtenidos en este ámbito tampoco son concluyentes, ya que mientras unos estudios parecen confirmar tales diferencias (Anholt, Fritz, y Keener, 1993; Madam-Swain et al., 1994), otros no las encuentran (Langeveld, Grootenhuis, Voûte, De Haan, y Van Den Bos, 2004; Noll et al., 1999).

Aunque en nuestro país se han publicado numerosos trabajos sobre las secuelas psicológicas del cáncer en adultos, en el caso de los niños las publicaciones empíricas son prácticamente inexistentes. El principal objetivo de este trabajo es averiguar si los niños con cáncer en tratamiento activo con quimioterapia tienen peor autoconcepto físico, menos autoestima y más problemas emocionales que los niños sanos sin historia de cáncer. Adicionalmente, se estudia la posible influencia del sexo, dada la tendencia de las mujeres a obtener peores puntuaciones que los varones en estas variables. Por último, se estudia si el autoconcepto físico y la autoestima son buenos predictores del estado emocional, como sugieren algunos trabajos. En principio, se espera que los niños enfermos obtengan peores resultados que los niños sanos y las mujeres peores que los varones. Asimismo, se espera que un peor autoconcepto físico y una baja autoestima se encuentren asociados a más ansiedad y depresión.

Método

Participantes

En este estudio han participado 120 niños de 9-16 años de edad, distribuidos en dos grupos: enfermos de cáncer (grupo experimental) y niños sanos sin historia de cáncer (grupo control).

El grupo experimental está formado por 30 pacientes, 15 varones y 15 mujeres de 11,7 años de edad media (DT= 2,09), reclutados en las Unidades de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil del Niño Jesús y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, ambos de Madrid. Todos ellos estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia y se encontraban hospitalizados cuando fueron evaluados. Debido a las dificultades existentes para acceder a este tipo de población, se tuvieron en cuenta criterios de inclusión generales: tener entre 9 y 16 años, que hubieran transcurrido entre 6 meses y 1 año desde el diagnóstico, estar recibiendo tratamiento de quimioterapia en el momento del estudio y consentimiento informado de padres y niños. Los diagnósticos de cáncer incluían leucemias (n= 15), linfomas (n= 9) y tumores sólidos (n= 6).

El grupo control estaba inicialmente constituido por 90 escolares sin historia conocida de cáncer, reclutados en dos colegios públicos de Madrid. A partir de este grupo se extrajo una muestra aleatoria de 30 niños que fueron equiparados al grupo experimental en sexo, edad y clase social, a fin de homogeneizar las

muestras en estas variables y paliar en lo posible su escasa representatividad. Por consiguiente, los dos grupos (experimental/control) quedaron igualados en número (30 niños en cada uno), sexo (15 mujeres y 15 varones), edad (misma distribución) y clase social (misma proporción de niños en cada una de las categorías en que se desglosa esta variable: media baja, media y media alta).

Instrumentos

Para recoger la información de las variables sociodemográficas y los datos médicos básicos se elaboró un cuestionario «ad hoc».

El autoconcepto físico y la autoestima se evaluaron con la adaptación española (Tomás, 1998) del *Physical Self-Concept Description Questionnaire* (PSDQ) (Marsh, Richards, Johnson, Roche, y Tremayne, 1994). Consta de 70 ítems que miden nueve dimensiones específicas del autoconcepto físico (salud, coordinación, actividad, grasa corporal, aptitud para el deporte, apariencia física, fuerza, flexibilidad y resistencia/buena forma física) y dos dimensiones globales: autoconcepto físico global y autoestima. Cada ítem se responde mediante una escala Likert de 6 puntos (totalmente verdadero= 1, totalmente falso= 6). La consistencia interna para las once subescalas del cuestionario, obtenida con diversas muestras de adolescentes australianos, oscila entre 0,82 y 0,96 (Marsh et al., 1994; Marsh et al., 1997); valores similares a los hallados por Tomás y González-Romá (2000) con 986 escolares españoles de 12-16 años, cuyo rango para las once dimensiones fue de 0,79-0,93 (alfa media, 0,87). En nuestro estudio el alfa de Cronbach resultó de 0,94. Aunque el PSDQ se ha utilizado preferentemente en ámbitos educativos, se decidió emplearlo en esta investigación, debido a que la concepción teórica subyacente del autoconcepto es la más aceptada en la actualidad, el modelo multidimensional y jerárquico de Marsh/Shavelson (Marsh, 1990; Byrne, 2002), y a que permite medir a la vez diferentes dominios del autoconcepto físico y la autoestima.

La depresión se midió con la adaptación española (Del Barrio, Moreno, y López, 1999) del *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs 1992); consta de 27 ítems que puntúan de 0-2, atendiendo a la gravedad del síntoma. La consistencia interna obtenida con diferentes grupos de población oscila entre 0,71 y 0,94 (Kovacs, 1992) y para la adaptación española se sitúa alrededor de 0,79 (Del Barrio y Carrasco, 2004). En la presente investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,60.

Para medir la ansiedad se empleó la adaptación española (TEA, 1988) del *State-Trait Inventory for Children* (STAIC, Spielberger, 1973). Consta de 40 ítems con un formato de respuesta de 1-3 puntos; 20 miden ansiedad rasgo y otros 20 ansiedad estado. La consistencia interna para cada subescala se sitúa entre 0,80 y 0,90 y la fiabilidad test-retest entre 0,31 y 0,71 (Silverman y Ollendick, 2005). El alfa de Cronbach en nuestro trabajo fue de 0,69 para ansiedad estado y 0,83 para ansiedad rasgo.

Procedimiento

Puesto que los niños del grupo experimental estaban hospitalizados, un miembro del equipo investigador se dirigió a ellos y a sus padres en el mismo centro hospitalario para solicitar su colaboración. La solicitud verbal fue acompañada de un documento escrito en el que se explicaba detalladamente el propósito de la investigación. Los niños que accedieron a participar recibieron un

dossier con los instrumentos mencionados, explicándoles el procedimiento a seguir en cada prueba. Todos rellenaron los cuestionarios en presencia de la investigadora encargada de recoger los datos. Entretanto, los padres contestaron el cuestionario sociodemográfico.

A petición de los directores de los colegios participantes y para no interferir con la dinámica diaria, el grupo control cumplimentó los cuestionarios en el centro, bajo la supervisión de los profesores. Para garantizar una correcta aplicación, se mantuvo una entrevista con el jefe de estudios y el profesorado involucrado, en la que se explicó el procedimiento a seguir. Los profesores se encargaron también de hacer llegar a los padres el cuestionario sociodemográfico.

La investigación contó con la aprobación de los centros hospitalarios y escolares; todos los participantes fueron voluntarios.

Análisis de datos

Para comprobar si había diferencias entre los grupos en las variables objeto de estudio se llevó a cabo un MANOVA con dos factores de medidas independientes, grupo (sanos-enfermos) y sexo (varones-mujeres), y 14 variables dependientes (ansiedad rasgo/estado, depresión y las 11 dimensiones del PSDQ).

Para determinar si el autoconcepto físico y la autoestima predicaban ansiedad y depresión, se efectuó un análisis de regresión múltiple (con el procedimiento de selección de variables de pasos sucesivos *stepwise*). Se tomaron como variables criterio la depresión y la ansiedad (rasgo-estado) y como variables predictoras aquellas dimensiones del PSDQ en las que se hubieran hallado diferencias estadísticamente significativas entre grupos, así como las tres dimensiones generalmente involucradas en el malestar emocional: apariencia física, autoestima y autoconcepto físico global. Todos los análisis se efectuaron con el SPSS para Windows (versión 10.0), comprobándose el cumplimiento de los supuestos requeridos en cada uno.

Resultados

Diferencias entre grupos

Los resultados del MANOVA indicaron que las diferencias obtenidas entre el grupo experimental y el control en las variables dependientes se debían únicamente al efecto grupo (tener cáncer-estar sano) ($F= 32,21$; $p= 0,00$; $\eta^2= 0,91$); no se encontraron diferencias atribuibles al sexo ($F= 1,54$; $p= 0,14$; potencia= 0,75) ni a la interacción sexo/grupo ($F= 1,16$; $p= 0,34$; potencia= 0,60).

A continuación, para ver en qué variables existían diferencias estadísticamente significativas, se realizó un ANOVA para cada una. Debido al gran número de variables dependientes utilizadas y para controlar el error de tipo I global, se utilizó un nivel de significación de 0,003 para cada contraste. Los análisis mostraron que los niños sanos y enfermos sólo diferían entre sí en la dimensión de salud ($F= 23,04$; $p<0,001$; $\eta^2= 0,29$) y en la de flexibilidad ($F= 324,45$; $p<0,001$; $\eta^2= 0,85$), pero, en contra de lo esperado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en apariencia física, autoconcepto físico global, autoestima, depresión y ansiedad rasgo (tabla 1). No obstante, se apreció cierta tendencia a la significación estadística en ansiedad estado ($F= 5,07$; $p= 0,03$) y resistencia ($F= 3,54$; $p= 0,06$), sugiriendo que los niños enfermos tienden a presentar más ansiedad y menos resistencia física que los controles, aunque en ambos casos el tamaño del efecto era muy pequeño ($\eta^2= 0,08$ y $0,06$, respectivamente).

Tampoco se hallaron diferencias entre sexos en ninguna de las variables estudiadas, aunque, teniendo en cuenta el tamaño del efecto encontrado en el MANOVA ($\eta^2= 0,33$), es probable que las hubiera en una muestra mayor. De hecho, se apreció una tendencia a la significación estadística en el sentido de la hipótesis ($F= 3,99$; $p= 0,05$), indicando que los varones se perciben con mejor apariencia física (4,53 vs. 4,07) y más fuertes (4,07 vs. 3,49) que las mujeres. Puesto que no había interacción entre sexo y grupo, los ANOVAs subsiguientes tampoco mostraron diferencias entre

Tabla 1
Diferencias entre grupos en las variables dependientes (medias, desviaciones típicas y ANOVAs)

	Niños enfermos	Control	F	p	Potencia	η^2
	X (DT)	X (DT)				
Depresión	7,63 (4,25)	9,47 (4,61)	2,51	0,12	0,34	0,04
Ansiedad estado	31,83 (7,79)	27,93 (5,22)	5,07	0,03	0,60	0,08
Ansiedad rasgo	34,03 (7,81)	32,90 (5,81)	0,40	0,53	0,09	0,01
Salud	3,55 (1,15)	4,78 (0,86)	23,04	<0,001	>0,99	0,29
Coordinación	4,25 (1,05)	4,33 (0,90)	0,11	0,74	0,06	0,00
Actividad	3,42 (2,30)	4,02 (1,42)	1,43	0,23	0,22	0,02
Grasa corporal	4,37 (1,19)	4,77 (1,20)	1,63	0,21	0,24	0,03
Aptitud deporte	4,13 (1,41)	4,35 (1,20)	0,44	0,51	0,10	0,01
Apariencia física	4,49 (0,98)	4,11 (0,80)	2,74	0,10	0,37	0,05
Fuerza	3,83 (1,26)	3,95 (1,13)	0,17	0,68	0,07	0,00
Flexibilidad	3,76 (1,14)	23 (5,64)	324,45	<0,001	>0,99	0,85
Resistencia	3,25 (1,41)	3,93 (1,41)	3,54	0,06	0,46	0,06
A. F.G	4,54 (1,33)	4,98 (0,96)	2,29	0,14	0,32	0,04
Autoestima	4,87 (0,54)	4,86 (0,77)	0,00	>0,99	0,05	0,00

Nota: A.F.G.: autoconcepto físico global. Nivel de significación de referencia para cada ANOVA $p= 0,003$

niños sanos y enfermos en relación al sexo. Sólo el autoconcepto físico global mostró cierta tendencia a la significación ($F= 3,57$; $p= 0,06$), sugiriendo que las mujeres enfermas tienen peor autoconcepto físico que las sanas (4,14 vs. 5,14, respectivamente).

Predicción de la depresión y la ansiedad

Como paso previo al análisis de regresión se realizó un análisis correlacional de tipo exploratorio entre todas las variables (criterio y predictoras). Los resultados indicaron que el autoconcepto físico global correlacionaba negativamente con ansiedad estado y positivamente con apariencia física, flexibilidad y autoestima; la autoestima también se asociaba positivamente con salud y negativamente con depresión y ansiedad rasgo. Además, la salud se asociaba negativamente con las tres variables emocionales y positivamente con flexibilidad. Por último, ansiedad rasgo/estado y depresión presentaban elevadas correlaciones entre sí (tabla 2).

Se efectuaron tres análisis de regresión múltiple, uno para cada una de las variables criterio consideradas: depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo, utilizando en los tres las mismas variables predictoras (salud, flexibilidad, apariencia física, autoconcepto físico global y autoestima).

Respecto a la depresión, el análisis únicamente seleccionó la autoestima, que explicaba el 27% de la varianza, indicando que los niños con menos autoestima tienden a presentar más depresión. Todas las demás variables fueron excluidas del modelo (tabla 3).

Las variables que predecían mejor la ansiedad estado fueron: la salud, el autoconcepto físico global y la apariencia, explicando entre las tres el 46% de la varianza. La salud explicaba el 23%, el autoconcepto un 15% más y la apariencia el 8% restante (tabla 3). Dado que la apariencia no correlacionaba significativamente con ansiedad estado (tabla 2), su inclusión en el modelo señala que se trata de una variable supresora (Lord y Novick, 1968), que aunque no está relacionada con el criterio, sí lo está con uno de los predictores, el autoconcepto físico global ($r= 0,43$), lo que sugiere que la parte del autoconcepto que mejor predice la ansiedad estado es la que no se relaciona con la apariencia.

Los mejores predictores de ansiedad rasgo fueron: salud, flexibilidad y autoconcepto físico global, explicando el 44% de la varianza. La salud explicaba el 33% de la varianza, la flexibilidad aportaba un 8% más y el autoconcepto el 3% restante. La entrada de la flexibilidad en el modelo indica que se trata de una variable supresora, dado que apenas correlaciona con ansiedad rasgo (tabla 2), pero sí lo hace con salud ($r= 0,53$), lo que sugiere que la parte de salud que predice mejor la ansiedad rasgo es la que no correlaciona con flexibilidad.

Discusión y conclusiones

El principal objetivo de esta investigación era determinar si los niños con cáncer en tratamiento con quimioterapia mostraban peor autoconcepto físico, menos autoestima y más problemas emocio-

Tabla 2
Análisis correlacional entre variables criterio y predictoras

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Depresión							
2. A. Estado	0,55**						
3. A. Rasgo	0,64**	0,46**					
4. Salud	-0,40**	-0,50**	-0,58**				
5. Apariencia	-0,11	0,11	0,07	-0,07			
6. Flexibilidad	0,15	-0,26*	-0,05	0,53**	-0,09		
7. A.F.G.	-0,27	-0,49**	-0,23	0,19	0,43**	0,29*	
8. Autoestima	-0,53**	-0,25	-0,35**	0,40**	0,19	0,08	0,36**

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; AFG: Autoconcepto Físico Global

Tabla 3
Resumen de los modelos de regresión para las variables emocionales

Variable	R ² corregida	SE	$\beta^{(1)}$	T ⁽¹⁾	Sig.
Depresión					
Autoestima	0,27	3,84	-0,53	4,78	<0,001
Ansiedad estado					
Salud	0,23	6,03	-0,36	-3,62	<0,001
Salud/Autoconcepto	0,38	5,40	-0,56	-5,09	<0,001
Salud/Autoconcepto/Apariencia	0,46	5,05	0,33	3,02	<0,001
Ansiedad rasgo					
Salud	0,33	5,63	-0,76	-6,60	<0,001
Salud/Flexibilidad	0,41	5,27	0,41	3,50	<0,001
Salud/Flexibilidad/Autoconcepto	0,44	5,12	-0,21	-2,05	0,05

Nota: (1) modelo final

nales que los niños sanos sin historia conocida de cáncer. En contra de lo esperado, nuestros resultados indican que los niños con cáncer no tienen peor concepto físico ni menos autoestima que los niños sanos, ni tampoco se sienten más deprimidos o ansiosos que éstos. En segundo lugar, aunque los niños enfermos sí perciben que gozan de menos salud y flexibilidad que los controles, este hecho no parece afectar a su autoconcepto físico global ni a la propia estima personal o al estado emocional. Por último, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo en ninguna de las variables estudiadas, ni en la muestra global, ni entre niños sanos y enfermos.

En líneas generales, estos resultados vienen a confirmar la tendencia observada en los últimos años acerca de que los niños con cáncer muestran un buen ajuste psicológico ante la enfermedad y sus tratamientos (Allen et al., 1997; Dejong y Fombonne, 2006; Eiser et al., 2000; Grootenhuis y Last, 2001; Noll et al., 1999; Von Essen et al., 2000). Concretamente, en un estudio similar al nuestro, ampliamente citado por su rigor metodológico, Noll et al. (1999) tampoco encontraron diferencias significativas entre grupos (niños en tratamiento con quimioterapia y niños sanos) en ansiedad, depresión, aislamiento, autoconcepto, apariencia física percibida y autoestima. En la misma línea, Von Essen et al. (2000) estudiaron dos grupos de niños, con y sin tratamiento de quimioterapia. No encontraron diferencias entre ellos en ansiedad, depresión y autoestima; el grupo en tratamiento tampoco difería de los niños sanos de los mismos rangos de edad (8-18) en ninguna de estas variables, aunque el grupo sin tratamiento mostraba menos autoestima que la población general y un pequeño porcentaje presentaba depresión moderada. Los autores sugerían que el impacto psicológico de la enfermedad podría aumentar al finalizar el tratamiento, momento en que los niños vuelven a su rutina cotidiana y pueden percibir mejor los cambios y las limitaciones físicas. Sin embargo, los trabajos de Noll y colegas (Noll et al., 1991, 1993) contradicen esta explicación, ya que encontraron que los niños estaban bien adaptados psicológicamente y eran bien valorados por profesores y compañeros, durante los dos primeros años de post-tratamiento. Tampoco los trabajos realizados con supervivientes adultos de cáncer infantil encuentran diferencias sustanciales a largo plazo (Langeveld et al., 2004; Pendley et al., 1997).

Se ha señalado que las reacciones emocionales son más intensas en las etapas iniciales del diagnóstico, pero tienden a disminuir con el paso del tiempo (Sawyer, Antoniou, Rice, y Baghurst, 2000). Cabe la posibilidad de que nuestros resultados estén influidos por este aspecto, dado que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico oscilaba entre 6 meses y un año, por lo que los niños podrían encontrarse psicológicamente mejor al haber superado ya la fase crítica. Sin embargo, otros trabajos han señalado que el tiempo desde el diagnóstico no tiene influencia sobre el malestar emocional o el ajuste psicológico (Allen et al., 1997; Grootenhuis y Last, 2001).

Quizá, los resultados más sorprendentes en este ámbito proceden del trabajo de Grootenhuis y Last (2001), quienes estudiaron dos grupos de niños con cáncer (8-18 años): uno en fase de remisión y otro con pocas perspectivas de supervivencia. No encontraron diferencias significativas entre ellos en ansiedad/depresión y, lo que es más importante, ambos grupos mantenían expectativas positivas (optimismo, confianza y esperanza) sobre el curso de la enfermedad.

Tomados en conjunto, todos estos resultados (incluidos los nuestros) inducen a pensar que los niños con cáncer afrontan la en-

fermedad y el tratamiento con una gran fortaleza que les permite adaptarse a la situación con poco desgaste psicológico. Algunas explicaciones presentes en la bibliografía para dar cuenta de estos hallazgos, en cierto modo contraintuitivos, sugieren que los niños con cáncer tienden a emplear estrategias de adaptación defensivas (negación) o evitativas del malestar emocional en mayor medida que los sanos, lo que les llevaría a informar de menos síntomas emocionales de los que realmente experimentan (Canning, Canning, y Boyce, 1992; Phipps y Srivastava, 1997). Sin embargo, otros trabajos no han podido confirmar estos hallazgos (Noll et al., 1999; Grootenhuis y Last, 2001). Por otro lado, se discute si un estilo adaptativo de estas características es un fenómeno reactivo al estrés asociado a la enfermedad o un rasgo de personalidad estable. Este aspecto tampoco está aclarado, ya que existen datos a favor tanto de la primera opción (Phipps, Steele, Hall, y Leig, 2001) como de la segunda (Grootenhuis y Last, 2001). Una explicación alternativa al estilo de adaptación «represivo» que está tomando fuerza es que el malestar emocional de los niños con cáncer puede verse mitigado por el apoyo y el cuidado que reciben de los adultos (padres y personal sanitario), lo que les permitiría soportar grandes dosis de estrés y hacerse emocionalmente más fuertes (Noll et al., 1999; Von Essen et al., 2000). No cabe duda de que el apoyo psicológico familiar o sociosanitario es fundamental para que el niño se sienta psicológicamente mejor, de hecho, ocupa un lugar primordial entre los factores de protección frente a los problemas psicológicos (Haase, 2004) y se vincula con el bienestar subjetivo y la salud mental (Blanco y Díaz, 2005).

En relación al debate anterior, nuestros resultados sugieren que los niños enfermos no han utilizado estrategias de adaptación defensivas o evitativas, dado que informaron de más problemas de salud que los controles y, aunque las diferencias no alcanzaron el nivel de significación estadística exigido, también comunicaron más síntomas de ansiedad estado que ellos; algo en cierto modo comprensible si se tiene en cuenta que estaban hospitalizados y recibiendo quimioterapia. Pese a ello, muestran un buen ajuste psicológico, ya que no difieren de los niños sanos en las otras dimensiones del autoconcepto, ni en el autoconcepto físico global, autoestima, depresión y ansiedad rasgo. Mantener una buena autoestima se considera crucial para el bienestar psicológico y se asocia al empleo de estrategias de adaptación positivas, menos depresión y comportamientos *resilientes* (Haase, 2004). Nuestros datos confirman que la autoestima es un buen predictor de la depresión y actúa como un factor de protección frente a ella. Acorde con otros estudios (Dishman et al., 2006; Tomás y González-Romá, 2000), presenta una estrecha correlación con el autoconcepto físico global, indicando que el concepto físico es un aspecto importante en la valoración de uno mismo; además, se relaciona con más salud y menos ansiedad rasgo, lo que refuerza la idea sostenida por otros investigadores (Varni et al., 1995) de que el concepto físico influye en la sintomatología ansioso-depresiva mediada por la autoestima. En definitiva, nuestros resultados sugieren que la autoestima juega un papel clave en la adaptación psicológica del niño a la enfermedad.

Para finalizar, señalar algunas limitaciones de esta investigación que habrán de tomarse en consideración al valorar los resultados. En primer lugar, los datos obtenidos provienen de una muestra incidental, lo que dificulta la generalización de los resultados, aunque hemos tratado de corregir este defecto equilibrando los grupos de comparación en sexo, edad y condiciones sociodemográficas. En segundo lugar, el tamaño de las muestras es relati-

vamente pequeño, lo que reduce la potencia de los análisis estadísticos. En tercer lugar, no se ha considerado el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, lo que podría afectar a los resultados, si bien es cierto que la variabilidad intragrupo en este aspecto es pequeña (6 meses-1 año) y que los estudios comentados en esta discusión cuestionan el efecto de esta variable sobre el ajuste psicológico. Conviene recalcar también que la mayor parte de los estudios revisados emplean muestras incidentales relativamente pequeñas, lo que lleva a pensar que existe cierta dificultad práctica para reclutar muestras más amplias y permite comparar nues-

tros resultados con los suyos. Para concluir, nuestro trabajo confirma que los niños con cáncer manifiestan una buena capacidad de adaptación ante la enfermedad y su tratamiento, lo que sugiere la utilización de estrategias positivas para manejar el estrés asociado a ellos. En sintonía con el nuevo enfoque de la «psicología positiva», las investigaciones futuras deberían centrar el foco de atención no tanto en las secuelas psicológicas de la enfermedad, sino en las estrategias empleadas por los niños para hacerle frente, en sus fortalezas de carácter y en los factores que pueden ayudarles a manejar el malestar emocional.

Referencias

- Allen, R., Newman, S.P., y Souhami, R.L. (1997). Anxiety and depression in adolescent cancer: Findings in patients and parents at the time of diagnosis. *European Journal of Cancer*, 33, 1250-1255.
- Anholt, U., Fritz, G., y Keener, M. (1993). Self-concept in survivors of childhood and adolescent cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 1-6.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 582-589.
- Bragado, C., y Fernández, A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8, 625-656.
- Byrne, M.B. (2002). Validating the measurement and structure of self-concept: Snapshots of past, present and future research. *American Psychologist*, 57, 897-909.
- Canning, E.H., Canning, R.D., y Boyce, W.T. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1120-1124.
- Cavusoglu, H. (2001). Depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 380-385.
- Dejong, M., y Fombonne, E. (2006). Depression in paediatric cancer: An overview. *Psycho-Oncology*, 15, 553-566.
- Del Barrio, V., Moreno, C., y López, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación a población española. *Clínica y Salud*, 10, 393-416.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M.A. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Dishman, R.K., Hales, D.P., Pfeiffer, K.A., Felton, G., Saunders, R., Ward, D.S., Dowda, M., y Russell, R.P. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25, 396-407.
- Eiser, C., Hill, J.J., y Vance, Y.H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: Systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 449-460.
- Grootenhuis, M.A., y Last, B.F. (2001). Children with cancer with different survival perspectives: Defensiveness, control strategies and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 10, 305-314.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. London: Guilford Press.
- Haase, J.E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 289-299.
- Koocher, G.P., O'Malley, J.E., Gogan, J.L., y Foster, D.J. (1980). Psychological adjustment among pediatric cancer survivors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 163-173.
- Kovacs, M. (1992). *Manual of the Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc. (adaptación española: TEA Ediciones, S.A., 2004).
- Langeveld, N.E., Grootenhuis, M.A., Voûte, P.A., De Haan, R.J., y Van Den Bos, C. (2004). Quality of life, self-esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 867-881.
- Lord, R., y Novick, M. (1968). *Statistical theories of mental tests scores*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Madam-Swain, A., Brown, R., Sexson, S., Baldwin, K., Pais, R., y Ragab, A. (1994). Adolescent cancer survivors: Psychosocial and familial adaptation. *Psychosomatics*, 35, 453-459.
- Magnani, C., Pastore, G., Coebergh, J.W., Viscomi, S., Spix, C., y Steliarova-Foucher, E. (2006). Trends in survival after childhood cancer in Europe, 1978-1997: Report from the Automated Childhood Cancer Information System Project (ACCIS). *European Journal of Cancer*, 42, 1981-2005.
- Marsh, H.W. (1990). A multidimensional, hierarchical self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2, 77-172.
- Marsh, H.W., Hey, J., Roche, L., y Perry, C. (1997). Structure of physical self-concept: Elite athletes and physical education students. *Journal of Educational Psychology*, 89, 369-380.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., y Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Menezes, V.A., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, R., y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo *Burnout-Engagement* en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Noll, R.B., Bukowski, W.M., Davies, W.H., Koonth, K., y Kulkarni, R. (1993). Adjustment in the peer system of adolescents with cancer: A two-year study. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 351-364.
- Noll, R.B., Garstein, M.A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W.M., y Davies, W.H. (1999). Social, emotional and behavioral functioning of children with cancer. *Paediatrics*, 103, 71-78.
- Noll, R.B., LeRoy, S., Bukowski, W.M., Rogosch, F.A., y Kulkarni, R. (1991). Peer relationships and adjustment in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 307-326.
- Pendley, J.S., Dahlquist, L.M., y Dreyer, Z. (1997). Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 29-43.
- Phipps, S., y Srivastava, D.K. (1997). Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychology*, 16, 521-528.
- Phipps, S., Steele, R.G., Hall, K., y Leig, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20, 445-451.
- Sawyer, M., Antoniou G., Rice, M., y Baghurst, P. (2000). Childhood cancer: A 4 years prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of Paediatric Hematology and Oncology*, 22, 214-220.
- Silverman, W.K., y Ollendick, T.H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 380-411.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (adaptación española: TEA Ediciones, S.A., 1988).
- Tomás, I. (1998). *Equivalencia psicométrica de una traducción del cuestionario de Autoconcepto Físico (Physical Self-Description Questionnaire) al castellano*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia (España).
- Tomás, I., y González-Romá, V. (2000). Testing the generalizability of the factor structure underlying the PSDQ with Spanish adolescents. En

- R.G. Craven y H.W. Marsh: *Self-Concept Theory, Research and Practice: Advances for the New Millennium* (pp. 308-316). SELF Research Centre: Universidad de Western Sydney.
- Varni, J.W., Katz, E.R., Colegrove, R.Jr., y Dolgin, M. (1995). Perceived physical appearance and adjustment of children with newly diagnosed cancer: A path analytic model. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 261-278.
- Von Essen, L., Enskär, K., Kreuger, A., Larsson, B., y Sjödén, P.O. (2000). Self-esteem, depression and anxiety among swedish children and adolescents on and off treatment. *Acta Paediatrica*, 89, 229-236.