

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TÍTULO:

**ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL BENJAMÍN BLOOM**

PRESENTADO POR:

Br. JAKELIN BEATRIZ DELGADO CARTAGENA (DC17015)

Br. LEONET ISAI ZELAYA CARRANZA (ZC16006)

Br. MICHAEL JOSSUÉ ZELAYA CARRANZA (ZC18002)

**TRABAJO FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIADO/A EN PSICOLOGÍA**

DIRECTOR DEL PROCESO DE GRADO:

LICENCIADA AMPARO GERALDINNE ORANTES ZALDAÑA

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO:

LICENCIADO ISRAEL RIVAS

**CIUDAD UNIVERSITARIA DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SAN
SALVADOR CENTRO, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA, 25 DE
SEPTIEMBRE DE 2024**

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR

DOCTORA EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADA ANA RUTH AVELAR VALLADARES
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICENCIADO CARLOS AMÍLCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL

AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

**MAESTRO JULIO CÉSAR GRANDE RIVERA
DECANO**

**MAESTRA MARÍA BLAS CRUZ JURADO
VICEDECANA**

**MAESTRA NATIVIDAD DE LAS MERCEDES TESHÉ PADILLA
SECRETARIA**

**MAESTRO ALFREDO RODRÍGUEZ ESCOBAR
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

AUTORIDADES DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

JEFE DEL DEPARTAMENTO:

LICENCIADO WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ PALACIOS

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO:

LICENCIADO ISRAEL RIVAS

DOCENTE DIRECTOR DEL PROCESO DE GRADO:

LICENCIADA AMPARO GERALDINNE ORANTES ZALDAÑA

Agradecimientos

En este momento el camino recorrido me parece corto, aunque a veces lo sentía interminable; pero, sin duda, ha sido un viaje muy significativo para mí, lleno de aprendizajes, crecimiento y felicidad, de lo cual estoy muy orgullosa y satisfecha.

Por ello, en esta ocasión, me gustaría expresar mi agradecimiento, a Dios, por brindarme la fuerza y sabiduría para culminar este proyecto profesional. A mi familia, especialmente a mi madre, quien me motivó, apoyó y demostró su amor incondicional, desde los inicios a pesar de las dificultades; atravesó largos trayectos para cuidarme. A mis hermanas/os y adorados primos/as, quienes me han acompañado y apoyado genuinamente, siendo mi mayor fortaleza y objeto de amor.

Agradezco, también, a mis queridos amigos y un excelente equipo de tesis, Leonet Zelaya y Michael Zelaya, con quienes comparto una historia especial de crecimiento personal y profesional, y muchos recuerdos que siempre atesoraré. A nuestra apreciada asesora de tesis, licenciada Amparo Orantes, quien ha sido una guía indispensable en este proceso académico, gracias por su tiempo, conocimiento y experiencia compartida, tanto en el proceso de grado como a lo largo de la carrera.

Gracias a cada uno de los adolescentes que nos apoyaron en la investigación, permitiéndonos conocer sus vivencias; asimismo, al equipo del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y al Doctor Luis Castaneda, quienes colaboraron de manera significativa en el proceso de recolección de datos, permitiéndonos cumplir con este proyecto tan importante para nosotros.

Jakelin Beatriz Delgado Cartagena.

Agradecimientos

Gracias a Dios por la vida y la oportunidad de aprender a ser útil a otras personas con el conocimiento y las experiencias que me permitieron desarrollar una mayor madurez emocional.

Gracias a mis amados padres, las principales figuras de admiración, respeto y amor en mi vida, por orientarme y apoyarme de manera incondicional ante cada reto y problema; por enseñarme los valores que me hacen sentir orgulloso de quien soy. Gracias a mi familia entera, a mis abuelos y hermanos que siempre creen en mí, porque son el sentido de mi vida, la motivación, la paz y el amor.

Gracias a nuestra apreciada Licda. Amparo por su guía, tiempo, orientación, empatía, comprensión y apoyo durante el proceso de investigación y más allá; nos sentimos orgullosos de representar su equipo.

Gracias a los familiares y jóvenes adolescentes que hicieron posible el desarrollo de este estudio, por confiar sus experiencias y emociones al equipo de investigación, sin ustedes no sería posible nada de lo logrado, espero el curso autoformativo les sea de agrado y utilidad para su vida, ya que fue hecho para ustedes con cariño.

De igual manera, un cálido agradecimiento al grupo de profesionales del departamento de psicología y del CENID que contribuyeron a la validación del instrumento de recolección de datos, así como al personal del hospital, Benjamín Bloom, por su cariño, comprensión y apoyo, fue grato encontrar personas amables y dedicadas.

Y finalmente, gracias a mi querido y valioso equipo de tesis, mi hermano, compañero y amigo por tu apoyo emocional y esfuerzo académico y profesional como psicólogo. Asimismo, gracias a mi querida, valiosa, alegre e inefable Jakelin, por formar parte de mi vida desde el inicio de la carrera; me siento feliz de conocerlos a ambos y ser parte de un equipo muy unido, alegre, responsable y capaz, juntos superamos muchos obstáculos hasta un nuevo comienzo.

Leonet Isai Zelaya Carranza.

Agradecimientos

El presente trabajo representa el final de un sueño y el comienzo de otros, mi carrera universitaria ha sido un largo viaje con dificultades, logros, alegrías, preocupaciones, tristezas y aprendizajes que no cambiaría por nada, pues sé que todas estas experiencias contribuyeron a mi formación como profesional de la salud mental y a mi crecimiento personal, tanto los buenos como los malos momentos seguirán en mi memoria, y los recordaré con cariño, pues sin ellos no sería quien soy hoy.

Sé que soy afortunado por todo lo que tengo y quiero agradecer en primer lugar a Dios por permitirme llegar hasta aquí y cumplir mis metas, por tener una familia que siempre me apoya y por dejarme conocer a tantas personas geniales, a mis amigas y amigos de la universidad, les tengo un fuerte aprecio, es un privilegio conocerlos.

Agradezco a mi familia por su cariño y constante apoyo durante todo este proceso, a mi hermano Joshua Zelaya por ser el primero en probar el curso autoformativo y con ello permitirnos mejorar cada jornada a partir de su experiencia. Además, un agradecimiento especial a mi madre Doris Carranza y mi padre Jossué Zelaya, por siempre creer en mí y darme tanto en la vida. Este logro es tanto mío como suyo, es fruto de su dedicación, orientación y esfuerzo; los amo.

A los docentes del departamento de psicología, gracias por compartir sus conocimientos y orientarnos a lo largo de la carrera. Licenciada Amparo, gracias por guiarnos en esta etapa de nuestra formación. A pesar de las dificultades, usted siempre creyó en nosotros y se esforzó por sacar lo mejor de cada uno. Sepa que, además del respeto y la admiración, le guardo un cariño especial.

Agradezco al Doctor Luis Castaneda jefe del Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID), y a todo su equipo, pues su colaboración fue vital para que esta investigación se efectuara, personalmente aprecio la orientación y la amabilidad que tuvieron con nosotros durante todo el proceso de recolección de datos, y no está de más decir que su incansable labor en la atención en salud de niños y adolescentes es admirable.

Gracias a los padres de familia y a los adolescentes que participaron en las entrevistas de esta investigación, espero que el curso autoformativo les sea de utilidad, pues fue hecho con cariño y dedicación para ustedes.

Y por último a mi querido equipo de tesis, con quienes compartí tantos momentos especiales durante toda la carrera, Jakelin Delgado, dentro y fuera de lo académico has formado parte importante de este viaje, gracias por tu apoyo, compromiso, amabilidad y sobre todo por tu amistad, estoy seguro de que serás una gran profesional. Y Leonet Zelaya, mi hermano, compañero y amigo, gracias a ti me interesé por la psicología. Sé que soy muy afortunado por haber contado contigo, pues la mayoría realiza este viaje de manera solitaria, pero yo te tengo a ti, gracias por motivarme, exigirme y respaldarme aún en los momentos difíciles.

Michael Jossué Zelaya Carranza.

Índice

Introducción.....	12
Capítulo I. Planteamiento del problema de la investigación.....	14
1.1. Situación actual de las enfermedades crónicas no transmisibles	14
1.2. Enunciado del problema de investigación	20
1.3. Objetivos de la investigación	20
1.3.1. Objetivo general	20
1.3.2. Objetivos específicos	21
1.4. Justificación de la investigación	21
1.5. Delimitación de la investigación	23
1.5.1. Espacial	23
1.5.2. Temporal.....	23
1.6. Alcances y limitaciones de la investigación	24
1.6.1. Alcances	24
1.6.2. Limitaciones.....	24
Capítulo II. Marco teórico.....	25
2.1. Investigaciones previas sobre ENT y sus efectos psicológicos en adolescentes. 25	25
2.2. Enfermedades crónicas	27
2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT).....	28
2.2.2. Tipos de ENT.....	29
2.3. Procesos psicológicos y su funcionamiento.....	32
2.3.1. Procesos cognitivos.....	32
2.3.2. Procesos afectivos.....	34
2.3.3. Procesos volitivos	36
2.4. Efectos psicológicos	37
2.4.1 Efectos psicológicos comunes en personas que padecen ENT	38
2.5. Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia.....	42
2.6. Principales efectos psicológicos en adolescentes con ENT	47
2.7. Conceptualización de efectos psicológicos en adolescentes con ENT.....	50
2.8. Modelo biopsicosocial.....	59
2.9. Modelo cognitivo conductual.....	60
Capítulo III. Hipótesis y variables	61

3.1. Hipótesis de investigación descriptiva	61
3.2. Definición de variables	61
3.2.2. Definición operacional de variables	61
3.3. Indicadores	62
3.3.1. Variable independiente (Enfermedades crónicas)	62
3.3.2. Variable dependiente (Efectos psicológicos).....	62
3.4. Cuadro matriz de operacionalización de hipótesis en variables e indicadores.	63
Capítulo IV. Metodología	64
4.1. Enfoque de estudio.....	64
4.2. Tipo de estudio	64
4.3. Diseño de estudio	65
4.4. Población y muestra	65
4.5. Sujetos.....	65
4.6. Método de recolección de datos	66
4.7. Procedimiento de recolección de datos	67
Capítulo V. Presentación y análisis de resultados	70
5.1. Presentación de resultados.....	70
5.2. Análisis e interpretación de resultados	85
5.3. Diagnóstico	108
VI. Conclusiones y recomendaciones.....	110
6.1. Conclusiones.....	110
6.2. Recomendaciones.....	111
Capítulo VII. Propuesta.....	113
Anexos	126
Referencias.....	140

Resumen

La presente investigación se realizó con el propósito de establecer un diagnóstico de los principales efectos psicológicos existentes en pacientes adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, con el fin de proponer un curso autoformativo virtual que aborde las necesidades encontradas y proporcione nuevos recursos de afrontamiento que minimicen los efectos psicológicos adversos y promuevan conductas saludables. Para ello se aplicaron encuestas a una muestra probabilística de 83 pacientes del sexo masculino y femenino de 11 a 18 años de edad, provenientes de El Salvador, Guatemala y Belice. Los resultados evidencian la existencia de efectos psicológicos significativos como distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, altos niveles de estrés, presencia de manifestaciones de miedo, depresión, ansiedad y enojo; así, como dificultades volitivas relacionadas a la agresividad, evitación, dificultades en la comprensión de materias y en el rendimiento académico en general.

Palabras clave: enfermedades crónicas, enfermedades crónicas no transmisibles, ENT, efectos psicológicos, adolescencia, procesos mentales, modelo biopsicosocial, modelo cognitivo conductual, El Salvador.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema importante de salud pública; ya que son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. En El Salvador, los registros del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom determinan un rápido aumento de estas afecciones en niños y adolescentes, en los últimos años.

A pesar de la evidente problemática que afecta significativamente la salud de esta población, en El Salvador no existen estudios desde la psicología que profundicen en el tema. Estas enfermedades afectan a la integridad total de la persona a nivel físico, psicológico y social; por lo tanto, es crucial que se desarrollen investigaciones científicas sobre cada una de estas dimensiones, pues, esto permitirá conocer de manera objetiva y amplia el problema, para diseñar intervenciones oportunas que promuevan el bienestar integral de los adolescentes.

Como respuesta a lo anterior, se planteó el presente estudio, el cual tiene como propósito evidenciar los principales efectos psicológicos en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles y reciben tratamiento del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a fin de proponer un curso autoformativo virtual que permita educar sobre temáticas de salud mental, permitiendo la reducción de dificultades psicológicas encontradas.

El informe de la investigación está estructurado por diferentes apartados; el primer capítulo, planteamiento del problema de investigación, expone la situación actual de la problemática investigada, así como también, el enunciado del problema, los objetivos, la justificación, la delimitación, los alcances y limitaciones del estudio realizado.

El segundo capítulo, marco teórico, presenta los estudios antecedentes relacionados con el tema investigado, la fundamentación teórica de las variables objeto de estudio y la descripción de los modelos teóricos que sustentan la investigación. En el tercer capítulo, hipótesis y variables, se formulan las hipótesis de investigación, se describen conceptual y operativamente las variables y se exponen los indicadores de las mismas.

El cuarto capítulo, metodología, se especifica el tipo de estudio y se caracteriza la población, muestra y sujetos de investigación. Además, se establecen los criterios de inclusión y exclusión considerados para la participación en el estudio, se realiza una descripción de los métodos de recolección de datos utilizados y se detalla el procedimiento de recolección de datos llevado a cabo.

En el quinto capítulo, presentación y análisis de resultados, se muestran a través de diferentes gráficos y tablas los datos cuantitativos obtenidos, y se ofrece una breve descripción para cada figura. Más adelante, se presenta el análisis e interpretación cualitativa de los resultados, para el cual se describen los principales efectos encontrados a nivel cognitivo, afectivo y volitivo en la muestra general. Seguidamente, se expone el análisis comparativo de los principales grupos de enfermedades crónicas que se incluyen en el estudio, para finalizar el capítulo con el diagnóstico establecido.

En el sexto capítulo, conclusiones y recomendaciones, se exponen las principales conclusiones derivadas de los resultados, las cuales responden a la pregunta de investigación y las hipótesis formuladas. Asimismo, se plantean algunas recomendaciones a partir de los hallazgos y las experiencias obtenidas por parte del equipo investigador.

Finalmente, en el séptimo capítulo, se presenta la propuesta de curso autoformativo virtual “Mi lugar seguro”, diseñado por el equipo investigador a partir de las principales necesidades detectadas en la muestra. Dicha propuesta está conformada por aspectos tales como la presentación del curso, la fundamentación teórica, las actividades, los objetivos, la justificación, la metodología y los planes operativos.

Capítulo I. Planteamiento del problema de la investigación

1.1. Situación actual de las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de gran relevancia a nivel mundial, estas, a diferencia de las enfermedades agudas, no representan un riesgo inminente de muerte a partir de su adquisición, por ello los esfuerzos de prevención y tratamiento suelen centrarse en otros tipos de enfermedades agudas, minimizando así la importancia de poner en marcha medidas efectivas enfocadas en las ENT (enfermedades no transmisibles).

Un ejemplo de esto, lo constituye la situación generada por la pandemia de COVID 19, ya que en diferentes países las instituciones de salud y su personal se concentraron en la atención y prevención para la contención de la misma, dejando de lado otras afecciones como las enfermedades crónicas no transmisibles, que a largo plazo causan un elevado número de muertes, discapacidades, costos económicos y una menor calidad de vida, puesto que no solo implica malestar físico, sino también psicológico, tanto para los individuos que la padecen, como para su familia.

Para Brown et al., (como se citó en Vargas et al., 2011) la enfermedad crónica se define como un estado, que supone la presencia de síntomas que requieren tratamientos prolongados, afectando a uno o más órganos, pudiendo complicar el estado de salud física y mental de una persona y que dura tres meses o más.

Las enfermedades crónicas contemplan una variedad de afecciones que pueden clasificarse en transmisibles y no transmisibles, ambos grupos son gran relevancia por las múltiples repercusiones que estas tienen en diferentes niveles del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad en general, ahora bien, en esta investigación se retoma únicamente las de carácter no transmisible, denominadas ENT.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) considera que “el término, enfermedades no transmisibles (ENT) se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la

salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo” (párrafo 1).

La situación de las ENT que engloban enfermedades como la insuficiencia renal crónica, enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre otras, es tan grave que son consideradas como la principal causa de muerte en el mundo.

La mayoría de investigaciones que presentan estadísticas al respecto de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), indican que estas matan en promedio a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año.

Respecto a lo anterior, la OMS (2022) en su informe de monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022, expone estadísticamente la situación de mortalidad a nivel mundial. Entre ellos, se encuentran Argentina, Chile, Brasil, Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Venezuela, Perú, Uruguay, México, Estados Unidos y Canadá, cuyos porcentajes de muertes por ENT se encuentran en un rango mínimo de 65% con Venezuela y un máximo de 90% con Canadá. De entre los 13 países mencionados, 12 de ellos superan el 72% de muertes por ENT.

En los países centroamericanos, los porcentajes de muerte por ENT, no bajan del 62%, dando como resultado un total de 187,200 muertes provocadas por enfermedades crónicas por todo Centroamérica durante el periodo de 2014 a 2019. A pesar de que El Salvador presenta uno de los menores porcentajes de mortalidad de la región, con un 65%, y un total de 26,500 defunciones, la situación no deja de ser alarmante puesto que estas cifras no permiten contemplar la cantidad de personas que viven afectadas por algún tipo de ENT, entre ellas, los adolescentes.

La problemática es aún más grave para países con ingresos bajos y medianos, en los cuales los recursos para hacer frente a las ENT son limitados, realidad que es un hecho en El Salvador, donde existen factores como la pobreza, desigualdad económica, desempleo, falta de educación y poco acceso a una salud integral, lo cual, aumenta la vulnerabilidad de la población para padecer una enfermedad crónica, sumado a ello, la falta de normas y

políticas nacionales que velen por la reducción eficaz de factores de riesgo asociados a las ENT genera un panorama desalentador.

En El Salvador, el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom es el único centro médico dirigido a brindar atención de tercer nivel a la población pediátrica de 0 a 12 años y en pacientes con enfermedades crónicas de 0 a 18 años de edad, por consecuencia, dar alcance a la demanda existente de atención médica se vuelve un reto difícil.

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB, 2021) en su informe “Plan Operativo Anual 2022” menciona que de acuerdo a sus estadísticas las enfermedades crónicas no transmisibles han tenido un incremento rápido en los últimos años, asimismo el ingreso de pacientes adolescentes de 10 a 14 años de edad con afecciones complejas, lo cual hace el llamado urgente a buscar medidas nacionales para la prevención, control y tratamiento eficaz de las ENT.

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles atendidas en el hospital, en el periodo comprendido de 2019 hasta agosto del 2022, se exponen las siguientes: hipertensión arterial (35 casos), cáncer (3,937 casos), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (2 casos), enfermedad renal crónica (252 casos) y diabetes mellitus (169 casos), siendo estas dos últimas aquellas que con más frecuencia se diagnostican por primera vez en adolescentes de 10 a 14 años de edad.

Las cifras de morbilidad y mortalidad registradas por el (HNNBB, 2021) de 2017 a 2022 relacionadas a enfermedades crónicas no transmisibles muestran datos preocupantes, pues, la segunda causa de ingreso hospitalario es por Leucemia Linfoblástica y la tercera por neumonía, la cual en su gran mayoría tienen causa debido complicaciones por enfermedades cardíacas y cáncer. En cuanto a mortalidad, las leucemias figuran la cuarta causa de muerte y los tumores malignos junto a la insuficiencia renal se encuentran entre las 10 primeras causas de muerte en población pediátrica.

Como se puede observar, los números muestran una alta cantidad de adolescentes que a su corta edad se encuentran conviviendo con ENT, lo cual, indudablemente afecta de manera significativa su sano desarrollo en las diferentes áreas de vida; además, ello también supone un impacto importante en la productividad, economía y bienestar social del país.

Al analizar esta temática se deben de tomar en cuenta los efectos de las ENT a diferentes niveles, algunos más visibles que otros, como es el caso de los síntomas característicos de la enfermedad, los cuales son evidentes y adquieren rápidamente gran protagonismo en la vida de los/as pacientes.

Por ejemplo, para la diabetes mellitus, se presentan síntomas como poliuria (deshidratación por la eliminación de grandes cantidades de orina para excretar glucosa), polidipsia o sed intensa generada por la deshidratación, fatiga, irritabilidad, visión borrosa, polifagia o hambre continúa causada por procesos catabólicos, resequedad en la piel o con picazón, pérdida repentina de peso en la diabetes tipo I, y sobrepeso en la diabetes tipo II (Arrivillaga et al., 2014).

Asimismo, en el caso de la Hipertensión arterial, Berenguer (2016) habla de los efectos de la misma:

En la mayoría de los pacientes la hipertensión arterial transcurre sin síntomas y, por tanto, pasa desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen manifestaciones clínicas como dolor de cabeza, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial y manchas en los ojos como objetos oscuros volantes. (pp.2)

Otro aspecto relevante son los procedimientos utilizados para tratar la condición de salud, pues en muchas ocasiones pueden causar complicaciones importantes, tal es el caso de pacientes con cáncer, donde la cirugía juega un papel crucial para minimizar el dolor y reducir el tumor, aunque en ocasiones puede representar un riesgo a nivel funcional y estructural, también la radioterapia (procedimiento en el que se exponen los tejidos afectados a radiaciones ionizantes, que pueden ser electromagnéticas o por partículas, y ocasionan la destrucción de los mismos), puede generar dolor debido a las quemaduras, cansancio y malestar corporal; de igual forma la quimioterapia, puede producir náuseas, vómitos, fatiga y pérdida de cabello (Arrivillaga et al., 2014).

Sin embargo, las enfermedades crónicas no transmisibles generan un impacto que va más allá del dolor físico y las limitaciones o discapacidades que experimentan quienes las

padecen, pues son todas las áreas de vida de la persona (la salud física y mental, la sexualidad, las relaciones sociales y lo ocupacional, etc.), las que se ven influenciadas o condicionadas por la enfermedad.

De este modo, las ENT impactan también a los ambientes próximos al paciente, pues su propiedad de cronicidad impone, por un lado, convivir con ella en los espacios físicos, psíquicos y simbólicos del individuo, y por otro lado supone también trascender dicha individualidad, ya que el humano es un ser social que se expresa y se desenvuelve en diferentes áreas de la vida cotidiana. Las relaciones interpersonales, las ocupaciones, la familia y la pareja son sin duda vínculos fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan, por tanto, son los amigos, los compañeros, los familiares y la pareja los principales actores, testigos y convivientes en dicho proceso (Ledón, 2011).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede decir que la enfermedad crónica requiere una adaptación del individuo y su contexto para sobrellevar la dificultad a largo plazo, cosa que puede ser realmente complicada para familias que no cuentan con los recursos de afrontamiento adecuados, o que presentan con anterioridad problemas importantes de interacción. El diagnóstico de una condición médica crónica puede resultar un hecho chocante y difícil de procesar para cada uno de los actores implicados (paciente, familia, amigos, etc).

Al respecto escriben McCubbin, et al., (como se citó en Serrano, 2015) describiendo que el afrontamiento familiar se expresa como la capacidad del grupo familiar de poner en marcha mecanismos que cumplan con las exigencias de un cambio en el estilo de vida, de manera que se crea una serie de conflictos complejos pero que se buscan resolver, no obstante, la enfermedad crónica genera cambios y desequilibrios a largo plazo, de modo que son difíciles de solucionar de forma definitiva.

Dichas complicaciones ante el diagnóstico de uno de los integrantes del sistema familiar, son hasta cierto punto algo natural, pues la situación representa un riesgo para la vida de la persona y para la estabilidad del grupo, sin embargo, estas crisis pueden ser especialmente complicadas cuando se trata del diagnóstico de una enfermedad crónica en un menor de edad (Serrano, 2015). Sin duda, tanto la niñez como la adolescencia son etapas de vulnerabilidad y una enfermedad crónica puede alterar el adecuado desarrollo de los

individuos, pero para efectos de esta investigación, se enfoca al adolescente como objeto de interés.

El ser humano a lo largo de su vida trasciende por varias etapas vitales, la adolescencia es una de las más complejas e importantes, pues, está vinculada a una serie de cambios únicos y al desarrollo biopsicosocial de la persona, lo cual, será fundamental para su curso de vida.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la adolescencia es el periodo de vida que transcurre de los 10 a los 19 años de edad, y se divide en adolescencia temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años). De manera que, en cada una de estas fases el adolescente vivencia una transición, que supone cambios a nivel físico, emocional, social y cognitivo.

Dichos cambios pueden generar miedo, confusión o incertidumbre en los/as adolescentes, pero si estos cuentan con un ambiente que apoye y facilite el afrontamiento de la situación, es más probable que puedan completar adecuadamente la transición, adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades para la vida, impulsando así su autonomía, pese a esto el trayecto puede tener sus dificultades.

Ahora bien, si el adolescente se haya limitado o condicionado debido a una enfermedad crónica, dicho viaje puede ser entorpecido de manera importante, pues, no solo es el efecto directo de la enfermedad, sino las implicaciones psicológicas y sociales que esta conlleva, donde las expectativas de lo que se cree que debería ser esta etapa, y el modelado obtenido por sus pares, pueden ser una fuente de desequilibrio emocional.

En primer lugar, el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad crónica tienen por sí mismos un gran potencial desestabilizador para la salud mental, y los/as adolescentes al encontrarse formando su personalidad, carecen en diferentes proporciones de habilidades y recursos de afrontamiento. Por ello, lo anterior puede ser un duro golpe que genere en el adolescente, incertidumbre ante los cambios que su vida está a punto de sufrir, desencadenando ansiedad frente al futuro.

Asimismo, es probable que se dé una desestabilización del locus de control, afectación que podría ser mayor o menor dependiendo del grado de incapacidad y dolor que suponga la enfermedad, llevando esto en primera instancia a un estado de tristeza, que de no ser tratado puede ser la base para el desarrollo de la indefensión aprendida, la depresión y en casos extremos el suicidio. Estos efectos psicológicos a su vez, tienen influencia negativa en el área académica, desmotivación y dificultad para encontrar un sentido al estudio.

En cuanto al área social, se sabe que para el adolescente, los pares representan un papel de vital importancia en su desarrollo, una vez más, dependiendo de las características propias de la afección y los tratamientos médicos que conlleva, la socialización de la persona puede verse limitada considerablemente debido a hospitalizaciones y la restricción de actividades autónomas que los cuidadores puedan realizar, lo que a su vez entorpecería el desarrollo de habilidades necesarias para la vida en el adolescente, así como también el establecimiento de vínculos románticos y la exploración de la sexualidad.

1.2. Enunciado del problema de investigación

De acuerdo a lo planteado anteriormente, surge la interrogante ¿Qué efectos psicológicos se encuentran presentes en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas y reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom? (San Salvador, El Salvador, 2023-2024).

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer un diagnóstico de los principales efectos psicológicos presentes en pacientes adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos, con el fin de proponer un curso autoformativo que permita abordar las necesidades encontradas desde la psicoeducación.

1.3.2. Objetivos específicos

-Describir las características de las enfermedades crónicas a partir del análisis de los datos obtenidos en la investigación, para explicar los efectos psicológicos en las áreas cognitiva, afectiva y volitiva en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas y reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.

-Identificar las principales áreas de vida afectadas al contrastar la información teórica con los datos obtenidos en la investigación, a fin de facilitar el adecuado diseño de un curso autoformativo que sea sensible a las necesidades de los adolescentes que padecen enfermedades crónicas y reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.

-Diseñar una propuesta de curso autoformativo a través de la aplicación de los principios de los modelos biopsicosocial y cognitivo conductual para proporcionar al Hospital Benjamín Bloom una herramienta psicoeducativa que contribuya al abordaje de los efectos psicológicos identificados en adolescentes que padecen enfermedades crónicas.

1.4. Justificación de la investigación

A nivel mundial las enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y renales representan estadísticamente las principales causas de muertes, que durante el periodo de vida generan repercusiones que van más allá de las dificultades que provocan a quienes las padecen, de tal forma que no solo afecta a los pacientes, sino también a sus entornos cercanos como la familia, amigos/as, escuela y trabajo.

Las personas que desarrollan una enfermedad crónica, experimentan un cambio total de sus contextos y actividades, de manera que la vida cotidiana comienza a girar alrededor de la enfermedad que conlleva una hospitalización y tratamientos de largo plazo que generalmente se viven de forma desagradable, y que a su vez implica el desarrollo o intensificación de una serie de efectos psicológicos que impiden a las personas desenvolverse satisfactoriamente en su diario vivir.

Diversidad de estudios extranjeros han abordado este problema analizando diferentes aspectos relacionados al mismo, por ejemplo, el realizado por Avendaño y Barra (2008) en el cual se exploró la relación existente entre la calidad de vida, la autoeficacia percibida y el apoyo social recibido por adolescentes con enfermedades crónicas, asimismo, Flujas, et al., (2017) propusieron un programa dirigido a mejorar el bienestar emocional de niños/as y adolescentes, utilizando la Realidad Virtual y la Terapia Online para enfermedades crónicas; también Vazques y Hervas (2014) indagaron acerca de las emociones positivas en una población de niños/as con enfermedades crónicas, y de esta manera muchos otros.

No obstante, en El Salvador, hay muy pocas investigaciones efectuadas respecto a enfermedades crónicas en adolescentes, se pueden mencionar a Liborio, et al., (2022) quienes llevaron a cabo un estudio acerca de los factores personales de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares y endocrinas en estudiantes de Enfermería del municipio de Santa Ana. De forma similar Marquina et al., (2015) presentaron una investigación de los factores y conductas de riesgo de enfermedades crónicas en adolescentes de 10 a 19 años del municipio de Olocuilta.

Como puede observarse, estas investigaciones se centran en la detección de factores de riesgo en adolescentes sanos desde una perspectiva médica. Los pocos estudios realizados con un enfoque psicológico, no han tomado como sujeto central de investigación a los/as adolescentes, tal es el caso de González et al., (2021) quienes presentaron un programa de desarrollo y fortalecimiento de mecanismos psicológicos de afrontamiento para personas con enfermedades crónicas no transmisibles, ante la pandemia de COVID 19, por lo que, aún existen vacíos importantes en la información que se tiene acerca de la situación de los/as adolescentes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles en El Salvador.

Por tanto, el valor teórico de la investigación se fundamenta en la identificación, análisis, descripción y explicación de los principales efectos psicológicos presentes en adolescentes que padecen enfermedades crónicas, lo cual contribuirá a ampliar los conocimientos acerca de dicha temática desde la psicología en el contexto salvadoreño.

De igual manera, la elaboración de un instrumento de recolección de datos y la construcción de una propuesta de programa psicoeducativo mediante un curso autoformativo virtual, que se adapte a las necesidades particulares de los/as pacientes adolescentes con

enfermedades crónicas, representan la utilidad metodológica, pues ambos contribuyen a mejorar el abordaje de esta población tanto en la evaluación como en el tratamiento psicológico a partir del modelo biopsicosocial y el modelo cognitivo conductual como fundamentos teóricos.

Además, los datos obtenidos serán de mucha utilidad para las instituciones y proveedores de salud que brinden atención a los/as adolescentes con ENT, pues, les permitirá una mayor comprensión de la problemática a nivel psicológico y con ello mejorar su servicio. De igual manera, el presente estudio puede ser retomado en el futuro, para facilitar el desarrollo e implementación de proyectos, investigaciones y programas dirigidos a contribuir a la calidad de vida de esta población.

Por otro lado, la investigación será de utilidad práctica para el Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”; lugar donde se llevará a cabo, ya que obtendrá información científica y ordenada sobre la salud mental de los usuarios adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles y, además, contarán con la posibilidad de implementar el curso autoformativo que a su vez es de gran beneficio social para la población objeto de estudio y sus familias, ya que permitirá trabajar los efectos psicológicos más importantes. Cabe resaltar que los pacientes que formen parte de la muestra, recibirán acceso inmediato al curso autoformativo, una vez haya sido elaborado.

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Espacial

La investigación será efectuada en el Hospital Benjamín Bloom, Final 25 ave. Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.

1.5.2. Temporal

La investigación será realizada en el periodo comprendido entre el año 2023 y el año 2024.

1.5.3. Social

La población meta son los/as pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, y que reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.

1.6. Alcances y limitaciones de la investigación

1.6.1. Alcances

A partir de la investigación se obtendrá información relevante acerca del impacto que tienen las enfermedades crónicas, en la salud mental de pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom, pues se busca identificar los principales efectos psicológicos que presentan.

La investigación permitirá el desarrollo de un curso autoformativo virtual que se base en información científica, y esté dirigido a la atención de los efectos psicológicos más importantes en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas no trasmisible, de modo que esté a la disposición del Hospital Benjamín Bloom para su implementación.

Los resultados de la investigación pueden aportar evidencias claras acerca de la nocividad de las enfermedades crónicas en el desarrollo de los/as adolescentes, y generar conciencia de lo importante que es realizar mayores esfuerzos en la prevención y tratamiento a este grupo de padecimientos.

1.6.2. Limitaciones

Debido a que la población adolescente con enfermedad crónica no transmisible es amplia, el ingreso a consulta y/o tratamiento en el hospital por cada paciente puede tardar un tiempo considerable, lo cual supondrá que el proceso para la recolección de datos se prolongue. Además, dado que la muestra estará conformada por una población heterogénea de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, los resultados obtenidos no podrán ser representativos para una enfermedad crónica no transmisible específica, por lo que podrían existir variaciones entre los efectos psicológicos de cada una.

Capítulo II. Marco teórico

2.1. Investigaciones previas sobre ENT y sus efectos psicológicos en adolescentes

Las enfermedades crónicas han sido objeto de estudio de una gran cantidad de investigaciones alrededor del mundo, no obstante, el número de estudios realizados en adolescentes es menor, y aún más escasos los trabajos centrados en los efectos psicológicos presentes en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas. A continuación, se describen los principales resultados obtenidos por diferentes investigaciones que anteceden al presente informe.

Avendaño M., & Barra E. (2008) realizaron un aporte a la temática al indagar acerca de las variables de autoeficacia y apoyo social, valorando la relación de estas con la calidad de vida de un grupo de 75 adolescentes (38 hombres y 37 mujeres) con enfermedades crónicas, de edades entre 12 a 18 años, pacientes del Hospital Regional de Concepción en Chile.

Entre los resultados obtenidos, se tiene que la autoeficacia está relacionada positivamente con la calidad de vida de los adolescentes, por lo que, a menor autoeficacia menor calidad de vida. Mientras tanto, el apoyo social percibido no presentó una relación significativa con la calidad de vida en los adolescentes. Asimismo, se encontró que existe una relación inversamente proporcional entre la edad y la calidad de vida, de modo que a mayor edad se informó menor calidad de vida. Por último, se encontraron diferencias mínimas entre los hombres y las mujeres, donde los primeros presentaban mejor calidad de vida.

Años más tarde Vargas et al. (2011) realizaron una investigación cualitativa en México, evaluando a cinco adolescentes con diferentes enfermedades crónicas en edades de 13 a 19 años. Los objetivos fueron la descripción del proceso de construcción de significado de las enfermedades crónicas en adolescentes, y el análisis de la situación a partir de la teoría de la diferenciación¹ de Bowen.

¹ Vargas et al. (2011) explican que el concepto de diferenciación se refiere al delicado balance que el individuo puede establecer entre las fuerzas del grupo y las fuerzas del individuo, de modo que supone la habilidad para experimentar tanto la intimidad como la autonomía.

Los resultados obtenidos apuntan a que el significado que se construye acerca de la enfermedad crónica está influenciado por factores médicos, psicológicos, familiares e ideológicos y por su parte, el grado de diferenciación del individuo frente a su familia, regula que tanto se verá afectada la persona y su grupo familiar ante el padecimiento de dicho cuadro médico, mientras más fusionadas o dependientes se encuentren las interacciones familiares, más probabilidades habrá de desarrollar efectos psicológicos contraproducentes.

Otra investigación relacionada fue la realizada por Flujas et al. (2017) quienes llevaron a cabo la aplicación de un programa de bienestar emocional basado en realidad virtual y terapia online con seis pacientes (niños y adolescentes), con enfermedades crónicas de edades comprendidas entre 9 y 16 años en España. Para ello, se realizó la evaluación por medio de pruebas psicológicas estandarizadas, los datos obtenidos en el pretest, evidencian la presencia de ansiedad moderada en toda la muestra, mientras que solo la mitad experimentaba afectos negativos arriba de la media, a la vez que los afectos positivos tenían niveles comunes.

También se detectaron niveles moderados de resiliencia y en algunos adolescentes rangos elevados, asimismo, en la evitación experiencial y fusión cognitiva (tendencia a escapar o evadir problemas y acumulación de emociones y pensamientos referidos al mismo), los pacientes mostraron puntuaciones por encima de la media.

Para el análisis de los resultados posterior a la ejecución del programa, se evidenció una disminución leve de afectos negativos, ansiedad, evitación experiencial y fusión cognitiva, en contraposición al aumento mínimo obtenido en cuanto al bienestar de los adolescentes. Por lo cual, los autores señalan que el tratamiento efectuado no tiene resultados significativos en el bienestar de los adolescentes con enfermedades crónicas, no obstante, tuvo un excelente porcentaje de adhesión al tratamiento.

Otro antecedente importante es el de Vazques y Hervas (2014), quienes ejecutaron una investigación centrada en la evaluación de emociones positivas y la relación de estas con el bienestar de niños con enfermedades crónicas. Para ello se aplicaron una variedad de pruebas psicológicas dirigidas a medir la presencia de variables tales como las de emociones

positivas, emociones negativas, satisfacción vital, calidad de vida, bienestar eudaimónico², creencias de benevolencia del mundo, percepción de beneficios, fortalezas humanas, optimismo y sintomatología depresiva.

Los descubrimientos realizados indican que la percepción de bienestar está relacionada positivamente con las variables de bienestar, y no así con aspectos negativos como emociones desagradables, síntomas depresivos o ansiedad. Según los autores esto evidencia que el bienestar no aumenta al disminuir las emociones negativas, este solo responde a los cambios en variables como optimismo, satisfacción vital, emociones positivas, gratitud, amor, etc. De esta manera se asume una perspectiva en la que bienestar y malestar no son continuos, sino dimensiones independientes, información de gran relevancia que debe seguir siendo investigada.

Por último, se concluye el estudio sugiriendo que los cambios positivos generados en la calidad de vida, relacionados a la enfermedad, las fortalezas personales y las experiencias de crecimiento ante la adversidad, predicen cambios en la satisfacción vital de los niños/as.

2.2. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son padecimientos de largo plazo con consecuencias relevantes tanto para el paciente como para su entorno más cercano, cada vez son más comunes y representan la mayoría de las muertes alrededor del mundo, además, reducen considerablemente el disfrute de la vida de quien las presenta. Vargas et al. (2011) las definen como un estado que presenta síntomas y tratamiento prolongado, que puede afectar uno o más órganos, alterando la salud física o mental de la persona durante tres meses o más. Por su parte, McKenna et al. (como se citó en Robledo y Escobar, 2010) ofrecen una definición más amplia:

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las

² “El bienestar eudaimónico es el resultado de realizar acciones coherentes con los valores personales que implican un compromiso con aquello que hace a la persona sentirse viva y auténtica” Ryan y Deci (como se citó en Vazques y Hervas 2014).

cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo, con algunas excepciones su origen no es contagioso. (p.2)

2.2.1. Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son consideradas por sí solas, la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Este término hace referencia a un grupo de padecimientos que no son originados por una infección aguda y que generan consecuencias para la salud a largo plazo, de modo que hacen necesaria la presencia de tratamiento y cuidados durante mucho tiempo.

Entre estos padecimientos pueden mencionarse cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, también son consideradas ENT las lesiones y los trastornos de salud mental. La mayoría de las Enfermedades crónicas no transmisibles se pueden prevenir reduciendo la exposición de las personas a factores de riesgo comunes tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Complementando lo anterior, el Ministerio de Salud y Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (2021) ofrecen la siguiente información:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma), la diabetes, en este año se incluirá la Obesidad y los Problemas Hematológicos, específicamente la Hemofilia, por los costos elevados que repercuten en la atención general. (p.22)

2.2.2. Tipos de ENT

Como se ha dicho con anterioridad, las enfermedades crónicas no transmisibles abarcan diferentes tipos de padecimientos, los cuales deben ser definidos para una mayor comprensión de estos problemas de salud. A continuación, se presenta una breve descripción de las características que poseen las principales enfermedades crónicas no transmisibles:

2.2.2.1. Diabetes

Para la Organización Panamericana de la Salud (2023) la diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, que con el tiempo puede generar daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Se trata pues, de una ENT que surge cuando el páncreas no logra producir suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede aprovechar de forma eficaz la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en sangre. La hiperglucemia, o aumento del nivel de azúcar en sangre, es un efecto común de la diabetes no controlada y, con el tiempo, lleva a daños graves en muchos de los sistemas del cuerpo, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

De acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), (como se citó en Gálvez y Caballero 2019) existen diferentes tipos de diabetes; la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La primera implica la destrucción autoinmune de las células del páncreas, lo cual genera deficiencia absoluta de insulina y se da tendencia a la cetoacidosis (intoxicación del organismo al recurrir este a las grasas como fuente de energía), mientras que la segunda (DM2), es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral.

El problema en este caso consiste en una resistencia a la insulina, acompañada con una deficiencia de la hormona, hasta un progresivo deterioro en su secreción. También se presenta diabetes mellitus gestacional (DMG): hace referencia a la intolerancia a la glucosa detectada al principio durante el embarazo.

2.2.2.2. Cáncer

El cáncer es una de las ENT más conocidas, y supone la multiplicación incontrolada de células que da lugar a la destrucción de tejidos normales y a la formación de masas tumorales (neoplasias). Las células cancerígenas pueden invadir los tejidos cercanos y movilizarse a otras partes del cuerpo, usando el torrente sanguíneo o los sistemas linfáticos, donde forman nuevos cánceres que reciben el nombre de metástasis. Gerald y Vásquez et al. (como se citó en Arrivillaga et al., 2014) explican que el cáncer es una entidad compleja y en casi todos los tejidos corporales puede llegar a desarrollarse un estado maligno.

El cáncer además requiere de tratamientos que pueden llegar a ser muy dolorosos para los pacientes, por ejemplo, el aspirado de médula ósea, en el cual se inserta una aguja larga en la cadera y se aspira una porción de médula para evaluar la presencia o ausencia de células cancerígenas. Asimismo, se inserta una aguja entre la vértebra cuarta y quinta lumbar para penetrar en el espacio subaracnoideo y tomar una muestra del fluido o inyectar quimioterapia intratecal, también las biopsias entre otros tratamientos. La quimioterapia, la radioterapia y las cirugías son tratamientos frecuentes y ocasionan dolor y malestar.

2.2.2.3. Hipertensión Arterial

Berenguer (2016) explica que “la hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por el incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias” (p.1). La hipertensión arterial constituye el principal factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y presenta alta prevalencia en la actualidad.

El tratamiento que suele darse para el control de esta ENT combina fármacos con estrategias comportamentales, esto debido a que es de vital importancia normalizar la presión arterial y controlar los factores de riesgo cardiovascular como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus y sedentarismo, cosa que no es posible solo con tratamientos farmacológicos.

Dependiendo del caso individual, puede indicarse solamente tratamiento comportamental, que requiere muchas veces de un cambio radical de estilo de vida y entre las principales medidas a cumplir se encuentran controlar el peso corporal, reducir la sal en

los alimentos, realizar ejercicios físicos, aumentar el consumo de frutas y vegetales, eliminar el hábito de fumar y limitar la ingestión de bebidas alcohólicas.

2.2.2.4. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que afectan la integridad de las arterias, los vasos sanguíneos y el corazón. La Organización Panamericana de la Salud (2023) hace referencia a las enfermedades cardiovasculares explicando que la enfermedad isquémica del corazón en general se refiere a las condiciones que implican el estrechamiento o bloqueo de los vasos sanguíneos, causada por daño al corazón o a los vasos sanguíneos por aterosclerosis. Otras condiciones del corazón, como las que afectan a los músculos, las válvulas o el ritmo, también se consideran formas de enfermedades cardiovasculares.

Entre los síntomas que pueden estar presentes en dichos padecimientos se puede mencionar dolor en el pecho, falta de aire, entumecimiento, dolor, debilidad o frío en las piernas o los brazos (al estrecharse los vasos sanguíneos de las partes en el cuerpo). También son comunes los dolores en el cuello, la mandíbula, la garganta, el abdomen superior o en la espalda.

2.2.2.5. Enfermedad renal crónica

Los riñones cumplen la función de filtrar desperdicios de la sangre y el exceso de agua a través de la orina, ayudando a mantener el equilibrio en el organismo, no obstante, al desarrollarse la enfermedad renal crónica, dicha tarea se complica, y pueden llegar a acumularse niveles nocivos de líquido, electrolitos y desechos en el cuerpo. La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la presencia de alteraciones en la estructura o la función renal durante al menos tres meses con implicaciones para la salud (Osuna, 2016).

Dependiendo de la fase en la que se encuentre dicha enfermedad, se utilizan diferentes tipos de tratamientos, desde el farmacológico al tratamiento conductual para favorecer un estilo de vida más saludable y retrasar o detener el deterioro de la función renal, es común la utilización de suplementos vitamínicos.

Sin embargo, de encontrarse muy avanzada la enfermedad, puede recomendarse la utilización de tratamientos de sustitución de la función renal tales como diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante de riñón.

2.2.2.6. Enfermedades respiratorias crónicas

En América las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad, la Organización Panamericana de la Salud (2021) indica que estas enfermedades agrupan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, y otras enfermedades respiratorias crónicas como enfermedades pulmonares ocupacionales e hipertensión pulmonar. González et al. (2021) explican que la EPOC “engloba distintos trastornos pulmonares crónicos que limitan el flujo de aire en los pulmones por la obstrucción irreversible de sus vías aéreas principales” (p. 29).

Los tratamientos para enfermedades respiratorias crónicas pueden variar según las características del caso, puede mencionarse el tratamiento farmacológico para la intervención del asma y la rehabilitación pulmonar (RP) en general para ERC.

2.3. Procesos psicológicos y su funcionamiento

De acuerdo a Fernández et al. (2001) los procesos psicológicos “son los procesos que permiten a la persona tomar conciencia de sí misma y de su entorno, se encuentran en el origen de cualquier manifestación conductual y hacen posible el ajuste del comportamiento a las condiciones y demandas ambientales” (p. 403). Dichos procesos se pueden distinguir en tres niveles: cognitivos, afectivos y volitivos, a continuación, se brinda una aproximación de cada uno.

2.3.1. Procesos cognitivos

Para definir lo que es un proceso cognitivo es importante primeramente conocer el significado de cognición, para ello se retoman algunas aportaciones de Beck et al. (como se citó en Oblitas, 2008):

Una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a dichos esquemas. (p. 92)

Agregando a lo anterior, Marzillier (como se citó en Oblitas, 2008) distingue tres elementos que componen la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas.

Los primeros hacen referencia a los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de conciencia, identificables y conscientes; los segundos corresponden a la forma en cómo el individuo transforma y procesa la información de los estímulos ambientales, ya sea de forma automática o inconsciente, incluyendo la atención, abstracción, codificación, mecanismos de búsqueda, almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos permiten la formación de las representaciones mentales y los esquemas. Y el tercer elemento atañe a las estructuras cognitivas, las cuales son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo.

Es importante aclarar que dentro de los procesos cognitivos intervienen diferentes facultades entre las cuales se pueden distinguir: la sensación, percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje e imaginación, sin embargo, esta clasificación puede variar según diferentes autores.

Por su lado, Ruiz et al. (2012) profundizando sobre los procesos cognitivos específicamente, menciona:

Cuando los individuos se enfrentan a una situación estimular determinada, no analizan toda la información disponible, sino que atienden a indicios que ya están contenidos o son congruentes con la información de esquemas cognitivos preexistentes. Estas operaciones son procesos automáticos que operan en la mayoría de los casos sin el conocimiento consciente del individuo. Si bien la utilización de esos atajos o heurísticos del sistema ayudan a una mayor economía y eficacia del

sistema, también pueden producir sesgos y errores en el procesamiento de la información. (p. 369)

Los sesgos más frecuentes son los llamados por Snyder (como se citó en Ruiz et al., 2012) “*sesgos confirmatorios*, que hacen referencia a la tendencia de los individuos a procesar, codificar, y recuperar información consistente con las claves contenidas en algunos de sus esquemas previos”. A los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales, Beck (como se citó en Ruiz et al., 2012) los denomina “*distorsiones cognitivas*³”.

De acuerdo a las aportaciones de Beck, los individuos con esquemas cognitivos negativos o con tendencias a cometer errores en el procesamiento de la información tienen una vulnerabilidad cognitiva que aumenta la predisposición de padecer trastornos emocionales, tales como la depresión o ansiedad. No obstante, cabe señalar que “no se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de cualquier otro trastorno emocional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores, (genéticos, bioquímicos, evolutivos, de personalidad, ambientales, etc.) o a la interacción de varios de ellos”. (Ruiz et al., 2012, pp. 370-371).

2.3.2. Procesos afectivos

González (2008), comparte una definición sobre los procesos afectivos, donde manifiesta que estos están formados por componentes cognitivos y afectivos:

Los procesos afectivos implican la unidad de lo cognoscitivo y lo afectivo, pero en ellos predomina lo afectivo, pues tienen como función principal expresar de manera pasiva o activa, excitada o inhibida, desorganizada u organizada, cómo afectan los objetos y situaciones de la realidad a las necesidades del sujeto y, como consecuencia, aportar energía, activación e intensidad al comportamiento. (p. 56)

³ Son esquemas negativos activados, en los individuos depresivos los llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas que, por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias.

Asimismo, Arroyo (Como se citó en Aguiluz et al., 2016) habla sobre los procesos afectivos, definiéndolos como aquellos procesos psicológicos que resultan de la correspondencia entre las necesidades del sujeto y su entorno, los cuales originan sentimientos, emociones, estados de ánimo y pasiones, agregando que dichos procesos matizan y le brindan colorido a la vida psíquica de las personas, ya que expresan la relación del individuo con el entorno y consigo mismos.

Azaña y Rosas (citado en Aguiluz et al., 2016) describen las principales características de los procesos afectivos de la siguiente manera:

Intimidad: Cada uno experimenta las vivencias afectivas de manera muy personal.

Polaridad: Los afectos pueden ubicarse en los polos opuestos. Además, en la adolescencia estas oscilaciones pueden ser más frecuentes.

Intensidad: Los afectos se experimentan en distinto grado o fuerza.

Profundidad: Viene a ser el grado de significación o importancia que le atribuye el sujeto al objeto o relación establecida.

Amplitud: Hace referencia a que los afectos tienen la capacidad de comprometer diferentes aspectos de nuestra personalidad.

Nivel: Es la valoración moral que puede realizarse en torno a ciertos afectos. El altruismo es un sentimiento de nivel moral superior, mientras que una pasión desmedida por el poder es de nivel moral inferior. (p. 44)

Es importante distinguir los diferentes tipos de manifestaciones afectivas, entre estas se encuentran las emociones, los sentimientos y las pasiones.

Miranda (2011), indicó que “La emoción es un proceso multicomponente, formado por los niveles neurofisiológico (taquicardia, rubor, sudoración, respiración, presión sanguínea) conductual (expresiones faciales, tono, volumen, ritmo de voz y movimientos corporales) y cognitivo (percepción, comprensión y asimilación)”. Asimismo, agrega “es un proceso complejo, generado habitualmente como respuesta a un acontecimiento interno o externo, caracterizado por una perturbación que predispone a una respuesta organizada” (p. 11).

Para fines de la investigación se entenderá que la emoción es una experiencia psicofisiológica inmediata de alta intensidad y corta duración que genera perturbación en el estado normal de percepción y que representa una sanción al comportamiento propio y de los demás.

Por otro lado, González (s.f.) define los términos sentimientos y pasiones, en el caso del primero menciona “son estados afectivos complejos, estables, más duraderos que las emociones, pero menos intensos (respuesta duradera y persistente, pero de matices suaves)”. Y sobre los segundos concluye “las pasiones, serían estados afectivos que participan en las características de las emociones y de los sentimientos en cuanto que poseen la intensidad de la emoción y la estabilidad del sentimiento” (p. 5).

2.3.3. Procesos volitivos

En cuanto a la voluntad Ramírez (Como se citó en Aguiluz et al., 2016) la define como una facultad específica del ser humano que le permite adherirse a un objeto (cosa, persona, acción) y mover todo su ser en dirección a su consecución. Añade “compromete la totalidad de la persona y pone en movimiento desde los afectos más elementales hasta las operaciones mentales más elevadas” (p. 40). Manifiesta que cuando se acciona por las dimensiones afectivas, aficiones sensoriales o motrices se encuentra en un nivel instintivo animal, conocido como tendencia. Está tendencia es espontánea, inconsciente y automática, que responde para satisfacer las necesidades básicas del individuo.

Pero el ser humano también se encuentra regido por dinamismos superiores, por ello, no solo busca y quiere aquellos aspectos vitales que le permiten conservar la vida y/o especie, sino también experimenta una fuerza mediada por la inteligencia que le hace adherirse a lo que le resulta conveniente, inclusive le hace querer lo que no es conveniente, expresa Ramírez (Como se citó en Aguiluz et al., 2016).

Por su lado, Rotter et al. (como se citó en Gordillo et al., 2011) consideran la voluntad como responsable de escoger e iniciar el comportamiento, y se encuentra integrada por algunos componentes mediadores, entre ellos la causalidad personal, aspecto que hace referencia al conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente y las creencias de control que ejerce sobre sus propias acciones.

Mientras que Serpa (citado por Aguiluz et al., 2016) expresa que “La voluntad del ser humano se forja en la actividad y es en ella donde se manifiesta, por tanto, el acto volitivo es la expresión activa de la voluntad” (p.41). Este mismo autor describe que la voluntad comprende una estructura de cuatro pasos, definidos a continuación:

-Conciencia de fin: Es decir para que la voluntad se exprese es esencial que el objeto tenga significado para la persona por lo que se convierte en un motivo de fuerza, o conciencia del fin que satisface su necesidad.

-La reflexión: Fase que es de suma importancia y que está en dependencia de las condiciones subjetivas y objetivas, la reflexión implica: la búsqueda de medios o vías para conseguir el fin además de establecer un balance de las ventajas y desventajas al seguir uno u otro camino, la contraposición del fin que se plantea con los demás intereses del sujeto y por último la valoración de las condiciones personales para poder vencer o no los obstáculos que se presentan.

-Decisión: Una vez elaborados los pros y los contras de un fin el sujeto resuelve lo que va a realizar, de esta manera para unos lo decidido se convierte en el único camino a seguir. Por otro lado, la duda de que si lo escogido es en verdad lo mejor.

-Ejecución: Lo cual ocurre cuando se pone en práctica el plan previamente elaborado, esta fase es fundamental pues aquí se evidencia, la fuerza, persistencia, e integridad de la voluntad. (p. 42)

2.4. Efectos psicológicos

En psicología la noción de efectos psicológicos es utilizada con regularidad, siendo retomado por variedad de estudios, revistas y artículos científicos, dentro de los cuales pueden mencionarse los realizados por Gracia y Marcó (2000), acerca de los efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores, también García (2003) presenta un escrito de conclusiones sobre los efectos psicológicos del desempleo en la juventud; asimismo, Valbuena y Saldarriaga (2017) realizaron un estudio acerca de los efectos psicológicos de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes, y más recientemente Cabrera (2020) indagó acerca de la actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por COVID-19.

No obstante, dicho término no se encuentra presente en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, ni en diccionarios específicos de psicología, por tanto, es importante analizar sus componentes. La RAE define la palabra efecto como todo aquello que sigue por virtud de una causa, mientras que Cosacov (2007), en su diccionario de términos técnicos de la psicología, lo describe como:

Cualquier comportamiento que acontece bajo determinadas condiciones, y cuya razón de ser puede ser conocida o no. En algunos casos su existencia ha sido demostrada, pero en otros aún es materia de controversia. En ocasiones los efectos llevan el nombre de su descubridor, de algún nombre del contexto en que se descubrió, e incluso de algún personaje de la mitología. (p. 105)

Por su parte, la RAE define psicológico como perteneciente o relativo a la psique o a la psicología, de modo que, tal y como explican Valbuena y Saldarriaga (2017) efecto psicológico “es un adjetivo que se deriva de psicología, vocablo compuesto a partir de las raíces griegas ψυχο- (psycho-), que significa ‘alma’ o ‘actividad mental’, y -λογία (-logía), que traduce ‘estudio’ o ‘ciencia’” (p. 16).

Por lo cual, para fines de esta investigación, efectos psicológicos hace referencia a todo cambio o alteración del estado emocional, cognitivo o conductual en las personas adolescentes a partir del padecimiento de una enfermedad crónica.

2.4.1 Efectos psicológicos comunes en personas que padecen ENT

Como se ha abordado a lo largo del informe, las personas que padecen una enfermedad crónica no transmisible están predispuestas a vivenciar múltiples afectaciones psicológicas, no obstante, es importante aclarar que estas pueden variar según la fase en la cual se encuentre el paciente (pre diagnóstico, diagnóstico y post diagnóstico) y de otros factores personales, medioambientales, contextuales y relacionados a la enfermedad específica; por lo tanto, en este apartado se brindará una aproximación de forma general a los efectos psicológicos generados en cada una de las ENT, tomando en cuenta diferentes aportaciones y hallazgos.

Al respecto, Arrivillaga, et al. (2014) describen que existen una serie de factores individuales y contextuales que predisponen a la persona diagnosticada con una enfermedad crónica a un mayor impacto negativo. A nivel individual destaca la presencia de trastornos anímicos, emocionales, desórdenes orgánicos y manejo de sus complicaciones; falta de adhesión a tratamientos, deficiente autorregulación, dificultades de autocontrol y discapacidades. A nivel contextual agrega, los problemas relacionados al sistema familiar, (características, estilo de vida, formas de interacción), el déficit en la accesibilidad a los servicios de salud y redes de apoyo y las dificultades con los recursos económicos.

Desde el momento del diagnóstico la persona se ve afectada psicológicamente, pues recibe la noticia de padecer una enfermedad que no tiene cura y que, además, le causará múltiples dificultades en las diferentes áreas de su vida (laboral, familiar, sexual, académico etc.), lo cual es interpretado como imposibilidad para llevar una vida “normal”, ello supone un gran impacto emocional, al respecto, Iwamitsu et al. (citado por Arrivillaga, et al., 2014) menciona:

En los momentos más cercanos al diagnóstico es factible que la persona presente estados de shock o de desorientación y no logre comprender lo que está sucediendo; experimente aturdimiento, considere que probablemente hubo un error en el diagnóstico y de manera automática genere comportamientos de aislamiento social y de distanciamiento de la situación. (p. 9)

Por su lado, Cruz et al. (2014) constataron la existencia de afectaciones a nivel emocional en niños con enfermedades crónicas, principalmente encontraron la presencia de ansiedad y depresión, manifestando estos efectos psicológicos a través de diferentes síntomas, entre los que destacan aquellos que más frecuentes se presentaban en los menores, tales como: temores e inseguridad, intranquilidad, dependencia, ira, impulsividad, dificultad para expresar cariño, aburrimiento y preocupaciones, asociados a alejamiento del medio familiar y escolar, que incluyen seres queridos, amigos y condiciones habituales de juego y aprendizaje; además de la pobre estimulación, la monotonía y las limitaciones, la agresividad de los tratamientos y los sufrimientos propios de la enfermedad.

En cuanto a los efectos emocionales que vivencian las personas con cáncer están asociados a las particularidades de su padecimiento (síntomas, efectos colaterales del

tratamiento, preocupación por la enfermedad y la posibilidad de muerte) lo que los lleva a estar sometidos a altos niveles de estrés, ansiedad, sentimientos de impotencia, irritabilidad, desesperanza y pérdida de control (Inagaki et al., Iwamitsu et al., Tacón, Caldera y Ronaghan, como se citó en Arrivillaga, et al., 2014). Otras reacciones emocionales que pueden presentarse son la ira, la rabia, la envidia o el resentimiento, a medida que empiezan a considerar las distintas pérdidas y se autoevalúan en una situación de desventaja con respecto a los demás (Castillo, González, Hincapié y García, como se citó en Arrivillaga, et al., 2014).

Gálvez y Caballero (2019) comentan sobre el ajuste psicológico de las personas con diabetes “además de contemplar lo emocional también requiere de esfuerzos cognitivos y conductuales relevantes. Las creencias relacionadas con el nivel de amenaza y control influyen en el estado emocional y en la conducta” (p. 5). Lo anterior influirá de gran manera en la capacidad del individuo para aceptar la enfermedad, reconocer la necesidad de hacer cambios en su estilo de vida y establecer planes para adoptar conductas saludables. Acerca de los efectos psicológicos en esta población Hasan (citado por Gálvez y Caballero, 2019) a través de un metaanálisis estimó que una de cada cuatro personas con diabetes de países en desarrollo experimenta síntomas de depresión y entre 12 y 21% de diabéticos presentan trastornos de ansiedad.

Referente a la hipertensión arterial los aspectos psicológicos están relacionados tanto para el desarrollo mismo de la enfermedad como para su mantenimiento, en relación a ello existen numerosas investigaciones que muestran evidencias. Gómez et al. (2020) encontraron que la depresión, ansiedad, estrés y estados emocionales como la ira, la hostilidad y la agresión se relacionan significativamente con riesgo de padecer hipertensión arterial y con la progresión de la misma. Análogo a lo anterior Granados et al. (citado por Gálvez & Caballero, 2019) plantean los factores psicológicos modificables que se han asociado con más frecuencia a la hipertensión arterial sistémica, entre estos se encuentran las creencias irracionales, niveles elevados y constantes de ansiedad y respuestas emocionales de enojo e ira.

Ahora bien, en lo que corresponde a las enfermedades cardiovasculares la APA (2010) refiere que la salud mental tiene una vinculación importante con la enfermedad del corazón, pues señala que los pensamientos, actitudes, y emociones pueden precipitar el

comienzo de la enfermedad como también interferir en la adopción de conductas positivas para mejorar la salud. Entre algunos padecimientos psicológicos que aumentan el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y pueden empeorar la condición del paciente, la APA destaca el estrés prolongado y la depresión clínica.

En relación al estrés menciona que la forma en que la persona responde a este influye en el sistema cardiovascular “los estudios han demostrado que, si el estrés le pone enojado o irritable, usted es más propenso a padecer una enfermedad del corazón o sufrir un ataque al corazón” (APA, 2010, párrafo 5).

Referente la depresión declara datos importantes “las personas con condiciones del corazón son tres veces más propensas a estar deprimidas en un momento dado que el resto de la población”, “las personas clínicamente depresivas son dos veces más propensas a sufrir un ataque al corazón en los diez años posteriores al primer episodio depresivo” (APA, 2010, párrafo 7 y 9).

Agrega también, que la depresión dificulta el proceso de recuperación de un ataque al corazón, apoplejía o procedimientos agresivos relacionados a la enfermedad, ya que la persona se enfrenta a una situación temerosa donde su vida está en riesgo, lo que suscita sentimientos depresivos, ansiedad, aislamiento y autoestima baja.

El desarrollo de una enfermedad renal crónica también genera afectaciones psicológicas en el individuo, al respecto Durán et al. (2011) señalan los trastornos reconocidos por la Asociación para la Lucha Contra Enfermedades Renales que invalidan el buen funcionamiento de la persona con insuficiencia renal crónica, entre estos mencionan: ansiedad, depresión, estrés, demanda de atención y protección, disfunciones sexuales, dependencia, pasividad, agresividad, regresión a estados inferiores y trastornos adaptativos.

Por último, existen escasas investigaciones acerca de los efectos psicológicos en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, entre algunos aportes encontrados sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) y la Fibrosis Pulmonar, se encuentra Repetto et al. (2011) y Rudilla et al. (2023), quienes coinciden en que la ansiedad y depresión se encuentran vinculadas a dichas enfermedades.

2.5. Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia

2.5.1. Cambios físicos durante la adolescencia

La OMS (2000) especifica que la adolescencia es un periodo que ronda entre los 10 y 19 años de edad; sin embargo, Casas y Ceñal (2005), dividen la adolescencia en tres fases madurativas o etapas: la adolescencia temprana que comprende de entre los 11 a 13 años, la media de entre 14 a 17 años y la tardía que va desde los 17 a los 21 años de edad.

En la fase de la adolescencia inicial, (de los 11 a los 13 años), las hormonas provocan un acelerado crecimiento corporal que según Ramos (2012), va acompañado de cambios sexuales que pueden clasificarse en primarios y secundarios. Los primarios, implican modificaciones que afectan la próstata, el pene, las vesículas seminales y los testículos, con respecto al sexo masculino, en tanto que, en el sexo femenino, afecta la vagina, los ovarios y el útero, por lo que dichos cambios sexuales afectan directamente la capacidad reproductiva de los chicos y las chicas.

Por otro lado, los cambios sexuales secundarios no están íntimamente relacionados con la reproducción, por lo que representan indicios de una madurez sexual, por ejemplo, los chicos experimentan la aparición de vello facial, axilar, púbico, entre otras partes del cuerpo, el cambio en la piel, el tono de la voz y el ensanchamiento de los hombros. En cambio, las chicas, experimentan un aumento del volumen de los pechos, el ensanchamiento de los huesos de la zona de la pelvis, la presencia de vello en distintas partes de su cuerpo como las axilas y pubis, así como cambios en la voz y la piel al igual que los hombres, lo que genera que al final de la adolescencia media, el aspecto físico sea muy similar al de un adulto.

La edad de aparición de la pubertad suele variar, pero la mayoría de las chicas (el 95%) tiende a iniciar su pubertad entre las edades de 8,5 a 13 años, mientras que el 95% de los chicos, inician más tarde, entre los 9,5 a los 14 años. Aunque los teóricos señalan que desde hace 150 años la pubertad se ha ido adelantando 3 a 4 meses por decenio, por lo que su inicio es cada vez más pronto durante el final de la infancia intermedia.

2.5.2. Cambios psicológicos durante la adolescencia

Cuando se habla de cambios psicológicos, se hace referencia a una transformación, un desarrollo cognoscitivo tanto en términos cuantitativos como cualitativos que permiten la capacidad de pensamiento abstracto, el uso de principios científicos y la comprensión de la realidad sociocultural, aspectos personales y sociales que representan un mayor nivel de adaptación para otras áreas de la vida y el desarrollo (Ramos, 2012).

2.5.2.1. Adolescencia temprana (11-13 años)

Para comenzar, puede mencionarse al psicólogo Jean Piaget, quien con su famosa teoría del desarrollo cognoscitivo, planteó la manera en que las personas adquieren habilidades de razonamiento cada vez más avanzadas, a partir de la modificación de lo que denominó esquemas mentales⁴, a través de los procesos de asimilación y acomodación que permiten al niño/a realizar una secuencia invariante de cuatro estadios de desarrollo, avanzando por las etapas sensoriomotora, preoperacional y la de las operaciones concretas para finalmente llegar a la etapa de las operaciones formales (de 11 años en adelante), la cual abarca el periodo de la adolescencia.

Según Piaget es en esta última etapa donde se desarrolla la capacidad de reflexionar sobre las propias operaciones cognitivas, convirtiendo el pensamiento en abstracto y sistemático. De esta forma, el pensamiento lógico no se basa solo en lo concreto y observable, sino también, en lo hipotético, por lo que es capaz de valorar diferentes soluciones de un mismo problema y tomar la respuesta más adecuada; este pensamiento abstracto, representa uno de los principales hitos dentro del desarrollo cognitivo del adolescente.

Otros investigadores que aportan información valiosa son Casas y Ceñal (2005), pues explican que en la adolescencia temprana los cambios fisiológicos y la pérdida de la imagen corporal previa, a la cual el adolescente está acostumbrado propician una elevada preocupación e interés por los cambios físicos, instalándose inestabilidad emocional que

⁴ Los esquemas, también llamados por Piaget como "estructuras cognoscitivas" se refieren a un "patrón organizado del pensamiento o de la acción que el niño construye para interpretar algún aspecto de su experiencia" Piaget (como se citó en Shaffer y Kipp, 2007, p. 60).

trata de afrontar mediante comparaciones sociales de lo que aprende a considerar como normal o no.

Iglesias (2013), respalda las explicaciones aludiendo que la imagen corporal del adolescente adquiere gran relevancia debido a la diversidad de cambios físicos que implica la pubertad, generando una preocupación marcada por el aspecto, especialmente en los primeros años, por lo que se experimenta el propio cuerpo con sentimientos de rechazo, extrañamiento e inseguridad sobre su atractivo; todo esto mientras se despierta el interés por la sexualidad, lo que provoca un conflicto entre sus necesidades y la percepción de sí mismo.

Por otro lado, Iglesias (2013) expresa que los jóvenes tienden a tener una perspectiva del mundo utópica, surge una mayor necesidad de intimidad, se presenta un razonamiento abstracto, pero hay dificultades en el control de los impulsos, por lo que los objetivos de vida que se establecen son irrealistas, lo cual representan un conflicto para la construcción de la identidad.

A esto se le suma la capacidad que pueda tener el sujeto para autorregular sus emociones, se aprecia labilidad emocional, fluctuaciones del estado de ánimo y de la conducta que varían con rapidez, las situaciones personales se amplían llegando a percibir las como catastróficas, hay una necesidad de privacidad y de obtener gratificaciones inmediatas, cuyos impulsos son difíciles de controlar (Casas y Ceñal, 2005).

Finalmente, se han encontrado cambios en cuanto a la autoestima, ese sentido de valía personal, lo que Ramos (2012) define como “la percepción que cada persona tiene sobre su valía, la forma en que evalúa sus características y competencias. Incluye los aspectos valorativos y afectivos relacionados con el autoconcepto” (p. 79). Esta puede ser parcial o global, la primera se refiere a la valía que se percibe en un área de forma individual; en cambio la autoestima global, no sólo comprende su valía percibida en cada ámbito en que se desenvuelve, sino que también valora la correspondiente importancia otorgada.

Durante la adolescencia temprana, el autoestima sufre cambios significativos, a causa de la pubertad y toda la problemática que ya se ha descrito, sin embargo, a medida continúa la adolescencia la autovalía se va recuperando, pero con ciertas diferencias de género influidas por los patrones culturales machistas, ya que, en el caso de los hombres su

autoestima varía ascendentemente, mientras que las chicas la valía se mantiene al igual que antes de su declive o incluso varía de manera descendiente.

Esto se debe a la diferencia en cuanto a trato por género, donde las jóvenes, por el contrario de los chicos suelen experimentar una reducción en sus privilegios, ellas no pueden llegar tarde, en ocasiones no pueden visitar amigos del sexo apuesto, o relacionarse con ellos sin supervisión e incluso en situaciones más graves, ni siquiera se les permite tener pareja.

2.5.2.2. Adolescencia media (14-17 años)

Durante la adolescencia media, el autoconcepto se transforma en una realidad múltiple constituida por distintos elementos que permiten enfrentar diversas situaciones de la vida cotidiana. Esto depende del establecimiento de nexos entre los rasgos que son opuestos entre sí, con la confusión inherente a los hallazgos de características contradictorias que producen conductas en mayor medida incoherentes (Ramos, 2012).

Esta discrepancia se relaciona con un creciente sentimiento de “omnipotencia” que los lleva, en ocasiones, a practicar conductas de riesgo, con la idea de que no se verán afectados. Sin embargo, según Iglesias (2013), no es el único aspecto de la identidad que cambia, ya que también se presenta un incremento en la creatividad y el pensamiento abstracto se ve más acentuado, por lo que los objetivos vocacionales son más realistas.

En contraste con ello, ese razonamiento abstracto posibilita que el adolescente tiende a no aceptar la norma hasta no conocer los motivos que la fundamentan; ahora que es capaz de reflexionar sobre su persona y los demás es más crítico con sus padres, familiares y la sociedad misma, aunque, en ocasiones y de acuerdo a el nivel de estrés situacional, puede volver al uso de un pensamiento mayormente concreto (Gaete, 2015).

Debido a estos cambios se propicia una mejor aceptación del propio cuerpo, pero la apariencia externa sigue generando preocupación, por lo que suelen dedicar mucho tiempo para aumentar su atractivo sexual, el cual ponen a prueba experimentando con su imagen mediante ropa, peinados, maquillaje, piercing, tatuajes y con conductas de “coqueteo”. En esta etapa generalmente se determina hacia quien se sienten atraídos sexualmente; es decir su orientación sexual, “en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas

sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales con cierta frecuencia” (Gaete, 2015, p. 441).

Asimismo, señala que la autoimagen depende mucho de la opinión de terceras personas “El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros” (p. 440). Esto se relaciona con lo mencionado por Ramos (2012), acerca de las estrategias de afrontamiento más utilizadas durante la adolescencia, las cuales se centran en las emociones como la intelectualización, evitación, aislamiento, así como el desplazamiento enmascarado de las emociones y el significado de los hechos; también se utilizan la búsqueda de apoyo social, pero esta estrategia se ve obstaculizada porque los padres, o las figuras de apego se ven con menor confianza, por lo que solo acuden a ellos en casos de emergencia.

2.5.2.3. Adolescencia tardía (17-21 años)

Durante la última etapa de la adolescencia, el pensamiento formal permite que el autoconcepto se estructure por abstracciones de orden superior, que a su vez, componen abstracciones elementales que posibilitan solucionar finalmente las contradicciones que en las etapas anteriores se formaron dificultando la consolidación de la identidad, ya que ahora es capaz de comprender que aunque modifique su conducta o sus pensamientos según las situaciones o las personas con las que se relacione no supone un conflicto de su identidad.

Otra consecuencia importante del desarrollo del pensamiento formal y su relación con el autoconcepto es la creciente diferencia entre la forma en que la persona se percibe a sí misma y la imagen de cómo le gustaría ser, lo cual, en algunas ocasiones puede favorecer una autoestima baja, y en otros, representar un reto de superación personal (Ramos, 2012). De acuerdo a Casas y Ceñal (2005), en esta fase el pensamiento abstracto se encuentra plenamente establecido, aunque no todas las personas logran desarrollarlo, hay mayor facilidad para orientarse a futuro, perciben las consecuencias de sus acciones y toman decisiones basados en ellas.

En cuanto a la sexualidad se manifiesta la aceptación de su físico a causa haber completado su crecimiento, por lo que a menos que se presente una anomalía este aspecto

deja de generar tanta preocupación como en las fases anteriores. Acepta su identidad y orientación sexual, incrementa su deseo de mayor estabilidad e intimidad en las relaciones de pareja y frecuentemente comienza a ser activo sexualmente.

López et al. (como se citó en Ramos, 2012) Plantean que los jóvenes son capaces de formar diferentes competencias emocionales durante la adolescencia, como una mayor conciencia de sus estados afectivos, aprenden que una persona puede generar simultáneamente emociones opuestas, el pensamiento hipotético-deductivo les capacita para valorar un mayor número de factores personales que influyen las emociones, ganan mayor confianza en su capacidad para regular sus estados afectivos y desarrollan notablemente la empatía.

Sin embargo, el autor explica que a pesar de ello, se tiende a tener una idea errónea sobre las capacidades emocionales del adolescente, pero esta “aparente contradicción” es causa de que ellos tienen que lidiar con diferentes hechos muy importantes, casi de manera simultánea, entre los cuales se encuentran los mencionados anteriormente, los cambios corporales, la presión familiar, social y académica, la consolidación de la identidad, la exploración y aceptación de la sexualidad, la búsqueda de la independencia sin dejar de lado el apoyo de otras personas, a lo que se añaden la presencia de fracasos y enamoramiento, sin tomar en cuenta que en ocasiones son los mismos contextos quienes hacen de esta etapa una de sufrimiento (Ramos, 2012).

Además, el hecho de que desarrollen dichas habilidades no significa que se utilicen adecuadamente, como sucede con los adultos; esto se debe a que sus recursos son poco flexibles. En resumen, los principales cambios psicológicos que se presentan durante la adolescencia temprana, media y tardía se relacionan a la capacidad de razonamiento abstracto y su relación con la toma de decisiones y resolución de problemas, la construcción del autoconcepto, la identidad personal y la sexualidad, así como la gestión o autorregulación emocional y la reevaluación constante de la autoestima del adolescente.

2.6. Principales efectos psicológicos en adolescentes con ENT

Diferentes autores comparten información acerca de los efectos a nivel emocional, cognitivo o conductual que los adolescentes pueden experimentar cuando padecen

enfermedades crónicas, uno de ellos, se relaciona a la autoestima, ya que, según Palacios et al. (2003), un predictor común de bajos niveles de autoestima suele ser la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades tanto de carácter físicas como psicológicas y sensoriales.

Por su parte, Gálvez y Caballero (2019), encontraron en un estudio que los jóvenes menores de 14 años con leucemia tienen que someterse constantemente a diferentes procedimientos invasivos y dolorosos tanto para el diagnóstico, como para su tratamiento y cuidados, por lo que, contrario a acostumbrarse al dolor, la evidencia sugiere que la ansiedad acompaña a la mayoría de pacientes en cada proceso, llegando a generarse fobias a las agujas, trastornos del sueño y alimenticios. Por ello, las doctoras en psicología enfatizan que existe la urgente necesidad de mejorar el tratamiento al dolor: “por razones humanitarias y éticas y porque el dolor afecta no sólo la salud de los niños, sino porque puede contribuir de forma potencial al sufrimiento e incapacidad en su vida futura” (p. 132).

La mayoría de las investigaciones realizadas en el área de la pediatría, se centran en la influencia de la ansiedad en el dolor relacionado a los procedimientos médicos, cuyos resultados revelan una relación entre la ansiedad anticipatoria y el dolor producto de procedimientos médicos, así como del dolor y la depresión. De acuerdo a ello, la baja percepción de control sobre el dolor es un elemento muy estresante de la experiencia de dolor llegando a interferir con los procedimientos médicos o extendiéndose hasta en un 41% más que los niños que se atribuyen algo de control (13%) (Carpenter, como se citó en Gálvez y Caballero, 2019).

En cuanto a la enfermedad renal crónica (ERC), es común que la calidad de vida, tanto de quien la padece como de sus familiares cercanos se vea afectada de manera significativa; esto se debe a que la enfermedad y todo lo que implica, genera una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social.

Los hábitos y la vida del adolescente cambian, para ajustarse a los procesos de diagnóstico y tratamiento que necesita, por lo que comienza a tener problemas para asistir a su escuela, relacionarse con sus amistades y disfrutar de las actividades que antes podía realizar en su tiempo libre; todo esto genera frustración, sentimientos de tristeza, y una percepción de ser muy diferente a sus compañeros, favoreciendo el desarrollo de dificultades

con la imagen corporal y trastornos como la ansiedad y la depresión, lo que sumado a la complejidad de los tratamientos y la falta de información sobre su enfermedad obstaculiza la adherencia terapéutica de los jóvenes con enfermedad renal crónica.

Por otro lado, también se han encontrado algunos efectos psicológicos de enfermedades como el cáncer en adolescentes con tumores óseos, cuyo tratamiento suele ser muy complejo, agresivo y con efectos tardíos, por lo que a raíz de ello, hay muchos efectos secundarios que afectan la calidad de vida del paciente y su salud mental; pueden presentar depresión y ansiedad que tienden a reforzar la reducción de las actividades agradables y aumento de conductas evitativas por falta de interés ante actividades que antes eran placenteras; además, pueden experimentar distorsión de su imagen corporal a partir de efectos secundarios como la caída del cabello y de amputaciones, que a su vez generan “dolor de miembro fantasma” (Gálvez y Caballero, 2019, p. 62).

En otro estudio, Arrivillaga et al. (2014), encontraron que los adolescentes con diabetes presentan diferencias significativas en cuanto a cambios biopsicosociales en comparación con los cambios comunes de la adolescencia, entre ellos mencionan, diferencias en su imagen corporal y autoestima producto de un desarrollo sexual tardío.

Por su parte, los investigadores Avendaño y Barra (2008), encontraron en un estudio con 75 adolescentes con enfermedades crónicas, una diferencia de género significativa en cuanto al área de bienestar físico, donde la calidad de vida de las mujeres adolescentes se veía mayormente afectada, expresando más síntomas somáticos que los hombres, lo cual se relacionaba con niveles elevados de estrés y estado de ánimo depresivo.

En este sentido, pero con un estilo de investigación cualitativo, Vargas et al. (2011) indagaron acerca del significado de las enfermedades crónicas en adolescentes, desde la teoría de la diferenciación de Bowen, cuyos resultados revelaron que las características propias de la enfermedad crónica generan afectaciones en el desarrollo de la sexualidad, dificultades en establecimiento de vínculos de amistad y de pareja, así como dificultades con la imagen corporal, autoconcepto negativo, sentimientos de inferioridad, vergüenza o culpa por su estado de salud, angustia, temores y problemas para encontrar el sentido de la vida y crisis sobre su espiritualidad e ideología. También se ha obtenido evidencia de que adolescentes con enfermedades crónicas presentan rangos de ansiedad moderada, niveles

elevados de evitación experiencial, fusión cognitiva y dolor ante procedimientos médicos (Flujas et al., 2017).

2.7. Conceptualización de efectos psicológicos en adolescentes con ENT

De acuerdo a lo valorado con anterioridad, existe un gran número de efectos psicológicos-emocionales asociados a la vivencia de una ENT, si bien es cierto que estos pueden variar de persona a persona, pues cada una está bajo la influencia de factores internos y externos particulares, la información abordada denota la presencia de ciertas dificultades psicológicas comunes que aparecen en distintos momentos de la enfermedad. Por ello, a continuación, se presentan definiciones para cada uno de los efectos psicológicos que tienen mayor presencia en la población que padece enfermedades crónicas, tomando como referencia principal a los adolescentes.

2.7.1. Efectos en el área cognitiva

Como se verá más adelante desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual se entiende que la cognición media entre la emoción y la conducta de las personas, de modo que las creencias, actitudes, reglas y presunciones que se tienen, influyen en las reacciones emocionales y conductuales de las personas, por lo cual son de importancia para el análisis de efectos tales como la ansiedad y la depresión.

Para una mayor comprensión de la temática, se abordarán las posibles alteraciones o efectos que puedan estar presentes en los diferentes elementos que según Marzillier (como se citó en Oblitas, 2008) componen la cognición, es decir, las estructuras cognitivas, los procesos cognitivos y los eventos cognitivos.

2.7.1.1. Creencias irracionales

A nivel de las estructuras cognitivas se pueden mencionar las creencias centrales descritas por Beck (1995) como ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Dichas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas que explican el mundo y su realidad, de tal manera que constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso, además

pueden ser más o menos funcionales, de forma que, si dichas creencias no están apegadas a la realidad y generan malestar a la persona, podría hablarse de creencias irracionales, por ejemplo, la creencia central “Soy incompetente”.

De hecho, Ellis (como se citó en Ruiz et al., 2012) hace referencia a las creencias irracionales como “cogniciones evaluativas de carácter absolutista y dogmático que se expresan de forma rígida con términos tales como debería de y tendría que y generan emociones negativas perturbadoras que interfieren claramente en la consecución de metas y propósitos que proporcionan felicidad” (p. 324). Si bien es cierto, que las creencias centrales descritas por Beck y las creencias irracionales de Ellis provienen de planteamientos diferentes, es evidente que comparten grandes similitudes, por lo que para esta investigación se entiende que las creencias centrales son estructuras cognitivas que según su contenido pueden ser racionales o irracionales.

Asimismo, Beck defiende la existencia de creencias intermedias que se derivan de las centrales, haciendo referencia en las actitudes, reglas y presunciones. Un ejemplo de estas es “sino comprendo algo a la perfección significa que soy un tonto”.

2.7.1.2. Locus de control

De acuerdo a Bandura, Minzi, (como se citó en Oros 2005) el locus de control se refiere a la posibilidad de dominar un acontecimiento según se localice el control dentro o fuera de uno mismo. Según Rotter (como se citó en Visdómine et al., 2006) si una persona percibe que un acontecimiento o resultado es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se trata de una creencia de control interno, en cambio, sostiene que cuando un refuerzo es percibido después de alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, el resultado es atribuido a la suerte y por tanto constituye una creencia en el control externo.

Si bien la creencia de control es resultado de la forma en que se realiza el procesamiento de la información, en este trabajo se toma al locus de control como una estructura cognitiva, entendiendo que, de acuerdo a las experiencias vividas, la persona puede ir desarrollando un esquema o creencia que predisponga la atribución de causalidad externa o interna según sea el caso.

Los adolescentes que padecen enfermedades crónicas podrían desarrollar un locus de control externo al estar expuestos a diversidad de situaciones que condicionan su diario vivir y que impiden con gran probabilidad la autonomía y resultados deseados en áreas como la académica, la social, y la familiar. El locus de control puede afectar negativamente el comportamiento del adolescente al momento de seguir las recomendaciones del personal de salud, además de predisponer al desarrollo de malestar emocional a partir de la interpretación de los resultados obtenidos.

2.7.1.3. La imagen corporal

Siguiendo con la revisión de afectaciones a nivel de estructuras cognitivas, puede mencionarse la imagen corporal. Cuando la enfermedad crónica afecta la apariencia física del adolescente, es probable que se generen dificultades en torno a este aspecto, el cual es descrito por Cardenas (2012) como:

La representación mental que cada persona construye de su propio cuerpo. Existen personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pero que se sienten satisfechas con su cuerpo, por el contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. (p.2)

Dicha representación mental del cuerpo es modificada en mayor o menor medida, por la enfermedad y las condiciones que implica su afrontamiento, de tal forma que se genere una incongruencia entre la imagen corporal y los ideales de belleza del adolescente. Otra posibilidad es que el estado físico objetivo sea visto por el paciente como un obstáculo para la consecución de objetivos significativos en su vida, de tal forma que desarrolle actitudes negativas referidas a la imagen corporal, lo cual implica procesos cognitivos de evaluación.

Es importante mencionar que cuando dicha representación mental del propio cuerpo no se apega a la realidad, puede decirse que existe una distorsión de la imagen corporal. Al respecto Salaberría et al., Cash y Pruzinsky, Thompson (como se citó en Casero 2014) mencionan tres componentes de la imagen corporal a tener en cuenta. Lo primero es el aspecto perceptivo que tiene que ver con el grado de correspondencia que hay entre la percepción subjetiva del tamaño, peso y forma del cuerpo y la realidad. Lo segundo a tomar

en consideración son los aspectos cognitivos y afectivos, es decir, actitudes, sentimientos, emociones y pensamientos referentes al cuerpo, sus características y dimensiones. desde lo emocional pueden generar placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia o impotencia, etc.

El tercer y último componente es el conductual, el cual corresponde a las conductas que realiza la persona a partir de los aspectos anteriores, dichas acciones pueden ir desde la evitación o exhibición del cuerpo, hasta conductas compulsivas de comprobación y el uso de rituales por mencionar algunos.

2.7.1.4. Distorsiones cognitivas

En cuanto a los procesos cognitivos, es importante abordar las distorsiones cognitivas que Beck (como se citó en Consuegra 2010) define como errores que se dan en el procesamiento de la información, es decir, patrones de pensamiento sesgados que se derivan de los esquemas cognitivos o creencias centrales de las personas. Beck identifica los siguientes errores o distorsiones cognitivas:

- 1) Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- 2) Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia con base en ese detalle.
- 3) Sobregeneralización: se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- 4) Maximización y minimización: se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado con base en la evidencia real.
- 5) Personalización: se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- 6) Pensamiento dicotómico o polarización: se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

2.7.1.5. Pensamientos automáticos

Como posible alteración a nivel de los eventos cognitivos, se retoma una vez más a Beck quien habla acerca de un nivel más superficial de cognición en el cual se forman los pensamientos automáticos, los cuales hacen referencia a palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, y que son, en cambio, específicos para cada situación. Dichos pensamientos activados son reacciones a las situaciones que viven las personas, pero matizadas por las creencias centrales (ya sean racionales o irracionales) y por la forma en que se procesa la información (es aquí donde las distorsiones cognitivas juegan un papel importante).

Siguiendo la misma línea de ejemplos anteriores, la persona que presenta la creencia irracional central de ser incompetente y la creencia intermedia de que si no domina algo a la perfección significa que es tonta, podría tener pensamientos automáticos negativos como “nunca me sale nada bien” o “no puedo hacer algo tan fácil para los demás”, al reprobar su examen práctico de conducción.

2.7.2. Efectos en el área afectiva

Los efectos a nivel afectivo suelen ser los más estudiados en investigaciones desde la psicología, no obstante, guardan gran relación con los cognitivos. A continuación, se exponen los que tienen mayor presencia en la población objeto de estudio según la bibliografía.

2.7.2.1. Depresión

La depresión es uno de los problemas de salud mental más recurrentes en las clínicas y servicios psicológicos, cada año más de 700, 000 personas se suicidan, siendo la cuarta causa de muerte más dominante entre las personas de 15 a 29 años (Organización mundial de la salud, 2023). Datos provenientes de la Organización Panamericana de la salud en colaboración con OMS, indican que los trastornos depresivos, junto con trastornos de ansiedad, trastornos debidos al consumo de sustancias y el dolor de cuello o espalda, constituyen las cinco principales causas de años vividos con discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (como se citó en Martínez 2020), define la depresión como una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una tristeza persistente, por la pérdida de interés o placer en las actividades con las que normalmente se disfrutaba, así como por la incapacidad para realizar labores cotidianas, sentimientos de culpa y falta de autoestima, durante al menos dos semanas.

Otra definición la proporciona Calvillo (2014) la depresión puede ser considerada como un síndrome, o conjunto de síntomas que pueden depender de diferentes causas, que presenta características tales como una fatiga fácil y duradera en el plano físico y en el intelectual, un desinterés generalizado por las cosas, inhibición física y psíquica, un humor triste, falta de interés por la vida, trastornos de la alimentación, del sueño, de la sexualidad, ideas de suicidio y una conciencia dolorosa de ese estado.

Los cuadros depresivos se han encontrado presentes en asociación con enfermedades como Hipertoroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus tipo 2, tumores del sistema nervioso central, enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, demencia de Alzheimer, enfermedad de Wilson, Esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedades cardiovasculares, cáncer y dolor crónico (Zarragoitia 2011). Por tanto, la depresión en adolescentes con enfermedades crónicas puede relacionarse a dificultades para asumir el rol de enfermo, a las limitaciones que supone la enfermedad, a los tratamientos, pronósticos o inclusive a los medicamentos.

2.7.2.2. Ansiedad

Schlatter (2003), expone que la ansiedad es una sensación subjetiva que se presenta ante situaciones que se valoran como amenazantes o riesgosas, ya sea por su carácter novedoso o imprevisto, o por la intensidad del estímulo. Este autor explica que dicha situación pone en alerta al cerebro, el cual lanza una o varias respuestas, las cuales pueden ser automáticas o inconscientes, de manera que la ansiedad tiene un papel adaptativo.

Por otra parte, Barlow & Durand; Clark & Beck, (como se citó en Díaz 2019) dan una importante aportación con respecto a la ansiedad funcional:

La ansiedad es una condición humana desarrollada evolutivamente que brinda ventajas sobre las otras especies. Es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permite al sujeto relevar y analizar información relevante sobre la situación, los recursos y el resultado esperado, para estratégicamente actuar en consecuencia. Posee una función eminentemente adaptativa cuya finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles. En intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, moviliza al sujeto para la resolución de problemas y favorece la adaptación en contextos novedosos o aversivos. (pp. 47-48)

En contraste a la definición anterior, Díaz (2019) refiere que existe un tipo de ansiedad patológica y la describe como una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con el nivel de amenaza que posee la situación. Esta se activa a partir de cogniciones disfuncionales que atribuyen una valoración errónea de peligro. De esta manera interfiere directamente con el manejo adecuado de circunstancias adversas o difíciles, e incluso deteriora el funcionamiento en lo social, en lo laboral, entre otras áreas. Es persistente e implica un estado duradero denominado aprensión ansiosa, que incluye además de miedo, la percepción de aversibilidad, incontrolabilidad, incertidumbre y vulnerabilidad e incapacidad para lograr los resultados esperados.

2.7.2.3. Autoestima

Si bien anteriormente se abordó la definición de autoestima, en este apartado se exponen nociones que resultan útiles para una comprensión óptima. Con respecto a esto, Rodríguez y Caño (2012) explican que el término autoestima se ha empleado principalmente para referirse al componente global del autoconcepto que aparece en la cumbre de la jerarquía, la cuál es más transitoria, dependiente del contexto e inestable que los componentes específicos del autoconcepto.

Por su parte, Roca (como se citó en Roca, 2013) define la autoestima sana como la actitud positiva hacia uno mismo que incluye la tendencia a conducirnos (es decir a pensar, sentir y actuar) en la forma más sana feliz y auto satisfactoria posible, teniendo en cuenta el

momento presente y también el medio y largo plazo, así como nuestra dimensión individual y social. Según lo anterior, la autoestima sana requiere:

- Aceptación incondicional independiente de las limitaciones y logros obtenidos, sin importar la aceptación o rechazo que puedan brindar otras personas y el compromiso de mejorar.
- Conocimiento de los propios déficits, cualidades y aspectos positivos, para lo cual es necesaria la reducción de distorsiones o puntos ciegos.
- Una actitud de respeto y de consideración positiva hacia uno mismo.
- Tener en cuenta el propio potencial, al considerar que los comportamientos pasados y los rasgos no son lo que define a una persona, que cada persona puede cambiar y desarrollar sus potencialidades.
- La relación eficaz y satisfactoria con los demás.
- La búsqueda activa del bienestar y el desarrollo de la capacidad de posponer ciertas gratificaciones en pro de otras mayores a largo plazo.
- La atención y cuidado de las propias necesidades físicas y psicológicas, salud, bienestar y desarrollo personal.

2.7.2.5. Estrés

Para comenzar Gálvez et al. (2015) ven el estrés como un fenómeno inherente al ser humano; debido a la exposición a diferentes elementos en su entorno, el cuerpo da una respuesta natural y automática ante situaciones que resultan amenazadoras o desafiantes. Las acciones de la vida cotidiana pueden provocar sensaciones placenteras o de tensión y son precisamente estas últimas (estresores), las que exigen un grado de adaptación continua para lidiar con sus consecuencias. Otra definición es la de Barrio, et al. (2006) quienes describen el estrés como una reacción de lucha (afrentamiento) o de huida del organismo como respuesta a una amenaza para la supervivencia o la autoestima personal. Es decir, se refiere a las consecuencias de las demandas que solicita el ambiente.

Asimismo, Selye (como se citó en Barrio et al., 2006) quien es uno de los autores más reconocidos en esta temática, define el estrés como la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce. De esta manera algo característico del estrés es el esfuerzo adaptativo frente a un problema y la reacción inespecífica. Además Selye (como

se citó en Galvez et al., 2015) denominó el estrés como síndrome general de adaptación y lo dividió en tres fases, las cuales son 1) la fase de alarma de reacción donde se detecta el estímulo estresor, 2) la fase de adaptación que da inicio cuando el cuerpo toma medidas defensivas contra el estresor buscando llegar a un equilibrio y 3) la fase del agotamiento, que ocurre cuando el cuerpo abusa de sus recursos y defensas para mantener el equilibrio y se generan daños importantes.

Dependiendo del desarrollo distintivo de cada individuo en las fases del síndrome general de adaptación, pueden generarse dos tipos distintos de estrés, el estrés agudo (eustrés) o el estrés crónico (distrés). El estrés agudo puede ser considerado positivo como una reacción adaptativa, una condición en la cual el organismo responde con prontitud, eficacia y espontaneidad a situaciones externas que generan preocupación y alarma. Por su parte el estrés crónico se refiere a cuando el organismo se encuentra bajo presión continua o en situación de emergencia constante y se agotan los recursos fisiológicos y psicológicos de defensa del individuo, esto usualmente lleva al desarrollo de una patología.

2.7.3. Efectos en el área volitiva

En cuanto a los efectos que pueden presentarse en el área volitiva, debe tenerse en cuenta que se encuentran íntimamente relacionados con los efectos cognitivos y afectivos anteriormente abordados. En general el padecimiento de la enfermedad crónica a partir de sus características, los tratamientos y los cambios en el estilo de vida que supongan para el adolescente, pueden tener una consecuencia importante para la voluntad, haciéndola menguar al impedir en gran medida la realización de actividades autónomas, pues se ven limitadas en muchos casos la interacción con el grupo de pares, la asistencia a la escuela o instituto y la realización de actividades gratificantes. Otro punto importante es que en ocasiones es posible que se genera dependencia hacia el cuidador más cercano, principalmente a la madre.

Asimismo, aspectos cognitivos como las creencias irracionales, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, locus de control, entre otros, según sus características tienen el potencial de obstaculizar el fortalecimiento de la voluntad, por ejemplo, si hay creencias de incontrolabilidad de la situación, sesgos en el procesamiento de la información, ideas automáticas y atribuciones de control externo, podrían generarse

emociones negativas relacionadas con el bajo estado de ánimo y la ansiedad y a su vez repercutir en la conducta de la persona, y ocasionar conductas como el aislamiento, la falta de adhesión al tratamiento, sedentarismo, el alejamiento de actividades gratificantes e inclusive conductas suicidas en casos extremos.

En otros casos los adolescentes pueden percibirse más autosuficientes y demostrar un locus de control más interno, y querer voluntariamente tener mayor control de sus tratamientos, por ejemplo, para el manejo y consumo de medicamentos, no obstante, esto en ocasiones puede ser contraproducente si la persona se deja llevar por su juicio y pasa por alto las recomendaciones de los profesionales.

2.8. Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial nace en el año 1977 como respuesta a las limitantes y reduccionistas explicaciones sobre la complejidad de los problemas de salud existentes en las diferentes perspectivas, pues por un lado se encontraba el enfoque biomédico quienes únicamente daban importancia a los mecanismos biológicos-médicos, dejando de lado los factores sociales y psicológicos, y, por otro lado, las corrientes psicoanalíticas que no tomaban en cuenta la actividad del cerebro. A raíz de ello, Engel postuló el modelo biopsicosocial, con el fin de brindar un marco que permitiera la integración de las perspectivas al tiempo que conserve sus particularidades (Escobar y Uribe, 2014).

Dicho modelo asume que la salud y enfermedad forman parte de un mismo continuo, separados en los extremos, pero con la existencia de puntos intermedios. Una de las principales aportaciones es la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender y explicar los procesos de salud y enfermedad, pues sostiene que estos están organizados de manera dinámica y son interdependientes, en conjunto son determinantes de la salud y enfermedad (Escobar y Uribe, 2014).

Amigo (2012) añade algunas implicaciones del modelo biopsicosocial, señala la responsabilidad de la persona para potenciar su salud mediante la práctica de conductas saludables, la modificación de conductas insalubres y la adhesión al tratamiento, pero también sostiene que el tratamiento no solo se enfoca en los daños físicos sino también al conjunto de la persona y esto incluye los componentes psicológicos y sociales.

2.9. Modelo cognitivo conductual

En psicología existen diferentes modelos o escuelas con perspectivas diversas acerca del funcionamiento psicológico humano, cada una genera una forma distinta de psicoterapia, no obstante, el modelo que cuenta con mayor efectividad comprobada para el tratamiento de efectos psicológicos es el cognitivo conductual. Este se centra en la utilización de procedimientos y técnicas psicológicas (cognitivas o conductuales) cuya efectividad terapéutica sea comprobada de forma clínica y experimental (Ruiz et al., 2012).

Este modelo de psicoterapia tiene sus orígenes en cuatro antecedentes importantes 1) el condicionamiento clásico descrito por Iván Pavlov y retomado por Watson para la formación del conductismo 2) el condicionamiento operante desarrollado por Skinner influenciado por el conexionismo de Thorndike 3) el aprendizaje social de Bandura y 4) la creación de psicoterapias que combinan componentes cognitivos y conductuales, como la terapia racional emotiva de Albert Ellis y la terapia cognitiva para la depresión de Aaron Beck (Ruiz et al., 2012).

Uno de los supuestos básicos es que las personas responden a las representaciones cognitivas de los eventos más que a los eventos mismos, de manera que la cognición es considerada la intermediaria entre la emoción y la conducta. La psicoterapia desde esta perspectiva es educacional por naturaleza, se enseña al consultante la lógica y conceptos del modelo, se orienta el aprendizaje de habilidades y estrategias para el afrontamiento de dificultades y el mejoramiento de la situación.

En cuanto a la evaluación, se suele implementar el uso de pruebas psicológicas estandarizadas y el análisis funcional de las variables que se relacionan a los trastornos o efectos psicológicos en las personas, para ello, se tienen en cuenta los principios básicos del aprendizaje (aprendizajes preasociativos, asociativos, por modelos y cognitivo o simbólico) para detectar los aspectos que originan, mantienen y alimentan las conductas, cogniciones y afectos inadecuados. Por lo tanto, puede decirse que el modelo cognitivo conductual, ofrece herramientas que pueden ser de utilidad tanto para la evaluación de pacientes adolescentes con enfermedades crónicas, como para el análisis de resultados y el posterior diseño del programa psicoeducativo.

Capítulo III. Hipótesis y variables

Este apartado presenta la operacionalización de las hipótesis, esta se compone de las definiciones conceptuales y operacionales de las variables y sus respectivos indicadores. Hernández (2018) define las hipótesis como explicaciones tentativas del problema investigado, formuladas como afirmaciones que constituyen las guías de un estudio.

3.1. Hipótesis de investigación descriptiva

De acuerdo a lo anterior, la hipótesis general está vinculada al objetivo general y busca responder al enunciado, ¿qué efectos psicológicos se encuentran presentes en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas y reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom? Mientras que las hipótesis específicas se relacionan con los objetivos específicos. A continuación, la hipótesis general:

-Los pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom presentan efectos psicológicos a raíz de las enfermedades crónicas que padecen.

3.2. Definición de variables

3.2.1. Definición conceptual de variables

-**Variable independiente (Enfermedades crónicas):** Vargas et al. (2011) las definen como un estado que presenta síntomas y tratamiento prolongado, que puede afectar uno o más órganos, alterando la salud física o mental de la persona durante tres meses o más.

-**Variable dependiente (Efectos psicológicos):** hace referencia a todo cambio o alteración del estado emocional, cognitivo o conductual en los adolescentes a partir del padecimiento de una enfermedad crónica.

3.2.2. Definición operacional de variables

-**Variable independiente (Enfermedades crónicas):** Presencia de una o más enfermedades crónicas diagnosticadas y tratadas en el Hospital Benjamín Bloom, (información obtenida mediante la aplicación de un cuestionario).

-Variable dependiente (Efectos psicológicos): Presencia o ausencia de alteraciones o complicaciones en el estado emocional, cognitivo o conductual que interfieran en la vida del paciente como resultado del padecimiento de la enfermedad crónica, verificada a partir de la aplicación de un cuestionario.

3.3. Indicadores

3.3.1. Variable independiente (Enfermedades crónicas)

- Haber sido diagnosticado previamente con una ENT.
- Recibir tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.
- Presencia de la sintomatología específica de la enfermedad crónica que padece.
- Recibir tratamiento idóneo para la enfermedad crónica que padece.

3.3.2. Variable dependiente (Efectos psicológicos)

- Tristeza marcada o depresión.
- Ansiedad.
- Labilidad emocional.
- Autoestima desfavorable.
- Estrés.
- Locus de control externo.
- Distorsión de la imagen corporal, o imagen corporal negativa.
- Distorsiones cognitivas.
- Pensamientos automáticos (incluida ideación suicida).
- Grado de adhesión al tratamiento.
- Realización de actividades autónomas.
- Realización de actividades gratificantes.
- Presencia de conductas de aislamiento.
- Presencia de conductas agresivas.
- Presencia de conductas autolesivas.

3.4. Hipótesis específicas:

-Hipótesis específica 1: Se presentarán diferentes efectos psicológicos a nivel cognitivo, afectivo y volitivo de acuerdo a las características particulares de la enfermedad crónica que padece cada paciente adolescente que recibe tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.

-Hipótesis específica 2: Las enfermedades crónicas afectan negativamente el grado de satisfacción percibido en las diferentes áreas de vida de los pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el hospital Benjamín Bloom.

3.4. Cuadro matriz de operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores

Enunciado del problema: ¿Qué efectos psicológicos se encuentran presentes en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas y reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom?

Hipótesis de investigación	Unidades de análisis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
Los pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el hospital Benjamín Bloom presentan efectos psicológicos a raíz de las enfermedades crónicas que padecen.	Pacientes adolescentes con enfermedad crónica no trasmisible que reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.	VI: Enfermedades crónicas	Vargas et al. (2011) las definen como un estado que presenta síntomas y tratamiento prolongado, que puede afectar uno o más órganos, alterando la salud física o mental de la persona durante tres meses o más.	Presencia de una o más enfermedades crónicas diagnosticadas y tratadas en el Hospital Benjamín Bloom, (información obtenida mediante la aplicación de un cuestionario).	-Haber sido diagnosticado previamente con una ENT, recibir tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom, presencia de la sintomatología específica de la ENT que padece, recibir tratamiento idóneo para la enfermedad crónica que padece.
		VD: Efectos psicológicos	Efectos psicológicos hace referencia a todo cambio o alteración del estado emocional, cognitivo o conductual en las personas adolescentes a partir del padecimiento de una enfermedad crónica.	Presencia o ausencia de alteraciones o complicaciones en el estado emocional, cognitivo o conductual que interfieran en la vida del paciente como resultado del padecimiento de la enfermedad crónica, verificada a partir de la aplicación de un cuestionario.	-Tristeza marcada o depresión, ansiedad, autoestima desfavorable, labilidad emocional, estrés, creencias irracionales, locus de control externo, distorsión de la imagen corporal o imagen corporal negativa, distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos (incluida ideación suicida), grado de adhesión al tratamiento, realización de actividades autónomas, realización de actividades gratificantes, presencia de conductas de aislamiento, presencia de conductas agresivas, presencia de conductas autolesivas.

Capítulo IV. Metodología

El presente apartado expone la metodología que servirá de base para el desarrollo de la investigación, está conformada por la explicación del enfoque, alcance y diseño del estudio, la caracterización de la población, muestra y sujetos, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción del método de recolección de datos y el procedimiento a seguir para su aplicación.

4.1. Enfoque de estudio

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, pues se centra en medir y cuantificar un fenómeno, es decir, los efectos psicológicos presentes en adolescentes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, se trata de determinar de la manera más objetiva posible, cuáles de estos efectos aparecen con mayor regularidad dentro de la muestra, y si dicha información coincide o no con los resultados de investigaciones previas y la bibliografía preexistente, de modo que se aprueben o rechacen las hipótesis propuestas, y se generalicen los resultados a la población de pacientes adolescentes dentro del hospital.

4.2. Tipo de estudio

Es descriptivo, pues se limita a investigar o evaluar al conjunto de pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles y reciben tratamiento del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y elaborar una caracterización o descripción objetiva de los principales efectos psicológicos presentes en dicha población, a partir de la información obtenida de la aplicación de un instrumento de recolección de datos. De esta forma la investigación busca ofrecer una visión apegada a la realidad psicológica que experimentan los pacientes a raíz del padecimiento de una enfermedad crónica.

4.3. Diseño de estudio

La investigación posee un diseño no experimental de tipo transversal, pues en ella no se manipulan variables, ni se lleva a cabo en un ambiente controlado, solo se registra un fenómeno o problemática que se encuentra presente en la población objeto de estudio en un solo periodo de tiempo, es decir los efectos psicológicos presentes en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas y reciben tratamiento en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom en el periodo de 2023-2024.

4.4. Población y muestra

La población está constituida por un aproximado de 600 pacientes adolescentes del hospital Benjamín Bloom. Dato por el cual fue definida la muestra probabilística a partir del muestreo aleatorio simple, mediante el uso de las fórmulas del programa informático STATS, con un índice de error máximo aceptable del 10%, un nivel del porcentaje estimado del 50% y un nivel de confianza deseado del 95%, el cual determinó un total de 83 participantes para la aplicación del instrumento.

4.5. Sujetos

Pacientes adolescentes con ENT, diagnóstico informado y que reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom, los cuáles provienen de los departamentos de San Salvador, Cabañas, Cuscatlán, Chalatenango, Santa Ana, Ahuachapán, La Libertad, San Vicente, La Paz, San Miguel y Usulután; Así como de los países de Belice y Guatemala en su menor medida. En su mayoría el 69% de la muestra de 83 pacientes es del sexo femenino, y el 21% del sexo masculino el 31%, las edades oscilan entre 11 a 18 años, de niveles socioeconómicos medios y bajos, simpatizantes en su mayoría de diferentes religiones cristianas, con estudios académicos entre 2º grado, bachillerato y primer año de la universidad.

Criterios de inclusión: Pacientes adolescentes con ENT, con diagnóstico informado, que reciban tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom, con edades comprendidas de 11 a 18 años. Participación voluntaria con consentimiento informado de padres o responsables.

Criterios de exclusión: Pacientes adolescentes que padezcan enfermedades crónicas transmisibles, con diagnóstico de ENT no confirmado.

4.6. Método de recolección de datos

-Método de la entrevista: La entrevista constituye un método de interacción que se da al menos entre dos personas, cuya finalidad es obtener información precisa sobre una temática en específico, se diferencia sustancialmente de la conversación común, por poseer una meta clara y utilizar diferentes técnicas, instrumentos y habilidades para conseguirla, por ejemplo el uso de reflejos, paráfrasis, preguntas abiertas, facilitadores, aclaradoras, confrontadoras y directas, técnicas como el cuestionario y habilidades como la escucha activa y la empatía.

Se utilizará para realizar el acercamiento a los pacientes adolescentes y sus encargados para lograr la cooperación de los mismos en el estudio, dicho acercamiento será de manera presencial en las instalaciones del Hospital Benjamín Bloom, utilizando la técnica del cuestionario de manera heteroaplicada para una mejor orientación de los entrevistados.

-La encuesta: Es una técnica de recogida de información verbal o por escrito, mediante un cuestionario estructurado y que utiliza una muestra de la población objeto de estudio (Alvira, 2011).

-Instrumento de recolección de datos (el cuestionario): “Consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir” (Bourke et al, citado por Hernández, 2016) y tiene como objetivo obtener información sobre una muestra establecida. Estos pueden estar diseñados con preguntas abiertas o cerradas. El instrumento de evaluación psicológica creado por el equipo investigador se denomina “Cuestionario de evaluación de efectos psicológicos generados por enfermedades crónicas no transmisibles para adolescentes” “ver anexo 5”; se fundamenta en los modelos cognitivo-conductual y biopsicosocial, y ha sido sometido a un proceso de validación por criterio de jueces expertos, tanto por profesionales de la psicología, como también por un médico del

Hospital Benjamín Bloom “ver anexo 3”.

El cuestionario tiene como propósito identificar los principales efectos psicológicos y áreas de vida afectadas en los/las adolescentes debido al padecimiento de una enfermedad crónica no transmisible, se compone por 22 ítems de respuestas cerradas y de opción múltiple, que valoran datos sociodemográficos, condiciones de la enfermedad, efectos psicológicos a nivel cognitivo, afectivo y volitivo y las diferentes áreas de vida (física, familiar, social, escolar, sexual y personal). Su administración será de forma heteroaplicada y se estima un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos para la aplicación.

-Consentimiento informado. Para cumplir las normas del código de ética de la profesión de psicológica se retomaron los principios éticos de investigación relacionados a la confidencialidad y consentimiento informado, para respetar los derechos de los pacientes y sus familiares. Por ello se diseñó un convenio escrito que informa al padre/madre o responsable legal del adolescente sobre el procedimiento de la investigación, el tiempo aproximado de la entrevista, los objetivos, el contenido de las preguntas y la confidencialidad de los datos personales; esto, para de facilitar la decisión de permitir o negar la participación del adolescente, una vez comprendida la información; “ver anexo 4” (Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología, 2021, pp. 20, 46).

4.7. Procedimiento de recolección de datos

-Fase 1: Planificación de la recolección de datos: Se dio inicio seleccionando el tema de investigación, de acuerdo al interés subjetivo del equipo al tratar de escoger una temática novedosa y significativa, con la cual poder aportar conocimientos importantes a la psicología. Lo anterior coincidió con el deseo del Hospital Benjamín Bloom por desarrollar un estudio referente a la población de adolescentes con enfermedades crónicas, por lo que se determinó que el tema sería “Efectos psicológicos en pacientes adolescentes que padecen enfermedades crónicas”.

Seguidamente, se procedió a contactar con las autoridades del hospital para valorar la posibilidad de realizar dicho estudio en la institución y al mismo tiempo proporcionar datos relevantes para la atención en salud integral de dicha población. Luego de establecer

un acuerdo, se procedió a la presentación de la propuesta de investigación a la licenciada asesora y al docente coordinador del proceso de grado para su revisión y aprobación por parte de la Junta Directiva.

Una vez aprobado, se continuó planificando en colaboración con la docente asesora los pertinentes pasos a seguir, es decir, la elaboración de los capítulos I, planteamiento del problema, II Marco teórico, III Sistema de hipótesis y el IV Metodología, para ello fue necesaria una extensa revisión bibliográfica de la problemática a estudiar y las variables implicadas en la misma, dicha información obtenida serviría de fundamento para el adecuado desarrollo de la investigación.

Posteriormente, se dio paso a la elaboración de instrumentos de recolección de datos, con base a los indicadores operacionales de las diferentes variables que se derivan del tema, los objetivos e hipótesis de investigación, de manera que fueran concordantes con el planteamiento del problema. Para el caso se desarrollaron dos herramientas, un cuestionario compuesto de diferentes modalidades de preguntas cerradas, para indagar sobre los efectos psicológicos en adolescentes que padecen enfermedades crónicas, y un formato de consentimiento informado para hacer constar el carácter voluntario de la participación en el estudio y respetar los derechos de los adolescentes.

Finalmente, se sometió al instrumento de recolección de datos a una evaluación por parte de diferentes profesionales de la salud física y mental, de forma que pudieran hacerse las modificaciones necesarias para asegurar efectividad del mismo para el desarrollo de la investigación. Una vez afinados los detalles del cuestionario, y tras recibir la validación del instrumento mediante criterio de jueces, el equipo investigador se reunió con las autoridades del Hospital Benjamín Bloom, para establecer los acuerdos y contingencias pertinentes para garantizar un proceso de recolección de datos ordenado y respetuoso de los derechos de los pacientes y sus familiares encargados.

Fase 2: Ejecución de la recolección de datos: Tras recibir la autorización de las autoridades del hospital para realizar la recolección de datos, los integrantes del equipo investigador se dispusieron a asistir cada día de la semana a las instalaciones del CENID dentro del hospital en un horario de 6:30 am a 12:00 pm para llevar a cabo una breve

presentación del equipo investigador, el propósito académico de la visita y realizar el registro del nombre y edad de los pacientes adolescentes para posteriormente, consultar de forma privada a los miembros del personal profesional de CENID acerca del diagnóstico de cada paciente y evaluar si cumplía o no, con los requisitos necesarios para participar en el estudio.

En cuanto se confirmaban los pacientes con diagnóstico de ENT que aplicaban para los fines del estudio, el equipo investigador procedía a comunicarle al adolescente y familiar encargado que aplicaban para la realización del cuestionario explicándoles mediante el uso del consentimiento informado en qué consistía el estudio, su finalidad, cuántos ítems comprendía el cuestionario, que buscaban conocer y el tiempo aproximado de duración del mismo, de manera que los pacientes y encargados pudieran decidir libre y conscientemente si participar o no; si aceptaban, se procedía a firmar la hoja de consentimiento informado.

Luego, se realizaba el cuestionario de manera heteroaplicada, dando la orientación e indicaciones pertinentes, cuidando que cada ítem fuera contestado adecuadamente y que se entendiera cada pregunta del instrumento; dicho procedimiento se replicó durante el tiempo de un mes y medio hasta completar la muestra de 83 adolescentes.

Fase 3: Procesamiento de los datos obtenidos: Una vez terminado el proceso de recolección de datos, se dio paso al ordenamiento de la información y elaboración de gráficos. Asimismo, se analizó e interpretó los datos con base al marco teórico para determinar o no la presencia de efectos psicológicos cognitivos, emocionales y volitivos en los pacientes adolescentes que conforman la muestra objeto de estudio.

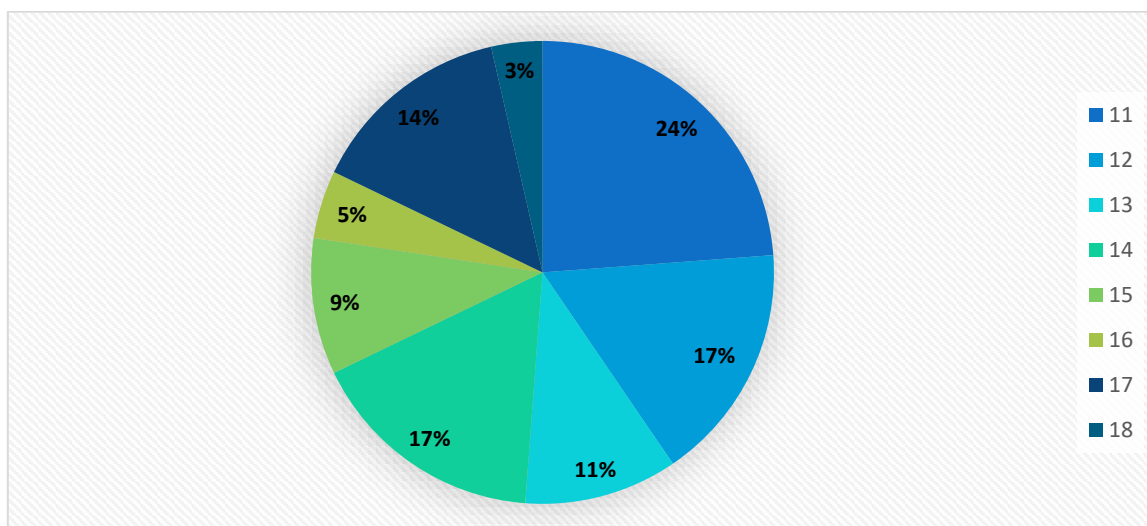
Además, se compararon los resultados obtenidos en los subgrupos más numerosos de pacientes con ENT específicas (obesidad, enfermedades respiratorias crónicas, epilepsia y diabetes) para identificar posibles diferencias en cuanto a la afectación psicológica de los grupos según su padecimiento. Para finalizar, se desarrolló el diagnóstico de los principales efectos psicológicos encontrados, y a partir de este, se diseñó una propuesta virtual de curso autoformativo para el manejo los principales efectos psicológicos encontrados en la muestra, con el objetivo de ser proporcionado al Hospital de Niños Benjamín Bloom, como una herramienta psicoeducativa complementaría a la labor realizada por sus profesionales de la salud mental.

Capítulo V. Presentación y análisis de resultados

5.1. Presentación de resultados

Figura 1

Distribución de pacientes que realizaron la prueba según edades

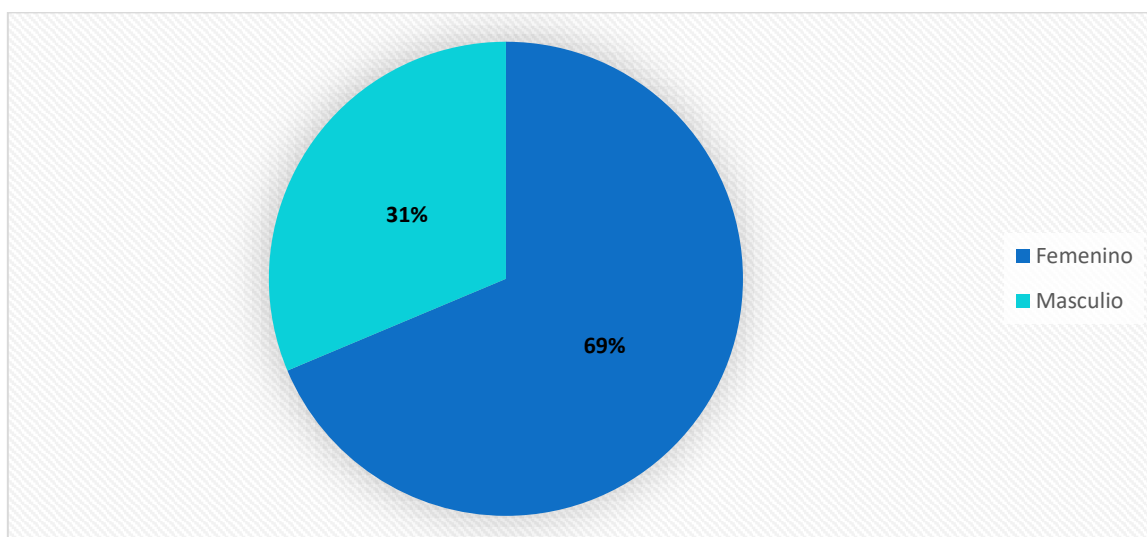


Nota. La gráfica de pastel presenta los porcentajes de las edades de la muestra que participó en el estudio.

En la gráfica 1 se observa que el 24% de adolescentes fueron de 11 años, el 17% fue de 12 y 14 años, el 14% correspondió a adolescentes de 12 años; el 11% fueron jóvenes de 13 años, el 9% fue de 15 años, un 5% fue de 16 años y el 3% fue de 18 años.

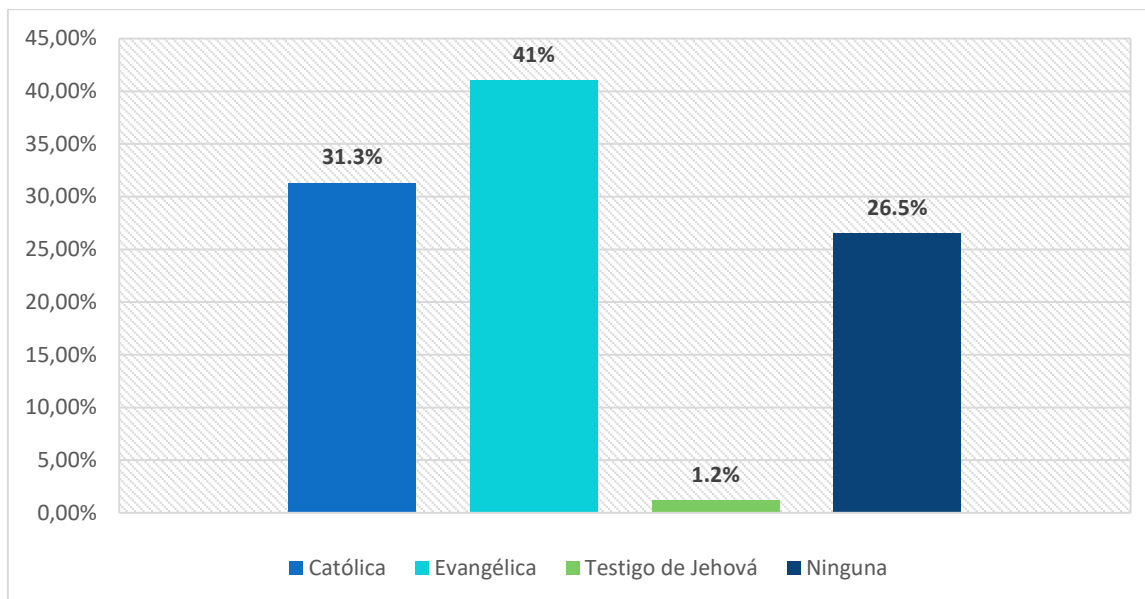
Figura 2

Distribución de la muestra objeto de estudio según el sexo



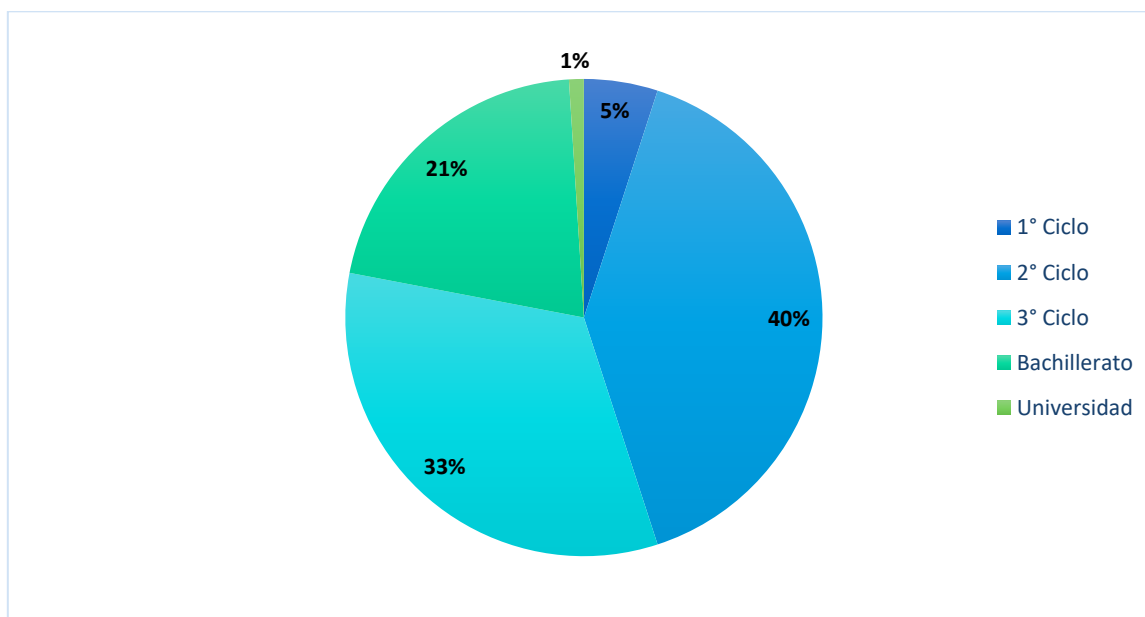
Nota. La figura refleja los porcentajes de la muestra que corresponden al sexo masculino y femenino.

La figura 2 revela que el 69% de los entrevistados son del sexo femenino, y el 31% es del sexo masculino.

Figura 3*Repartición de la muestra según religión que practica*

Nota. La figura muestra la cantidad de pacientes según la religión que practica.

En la figura 3 se revela que el 41% de los adolescentes practica la religión evangélica; el 31.3% la católica, el 1.2% es testigo de Jehová y el 26.5% no se identifican con una religión.

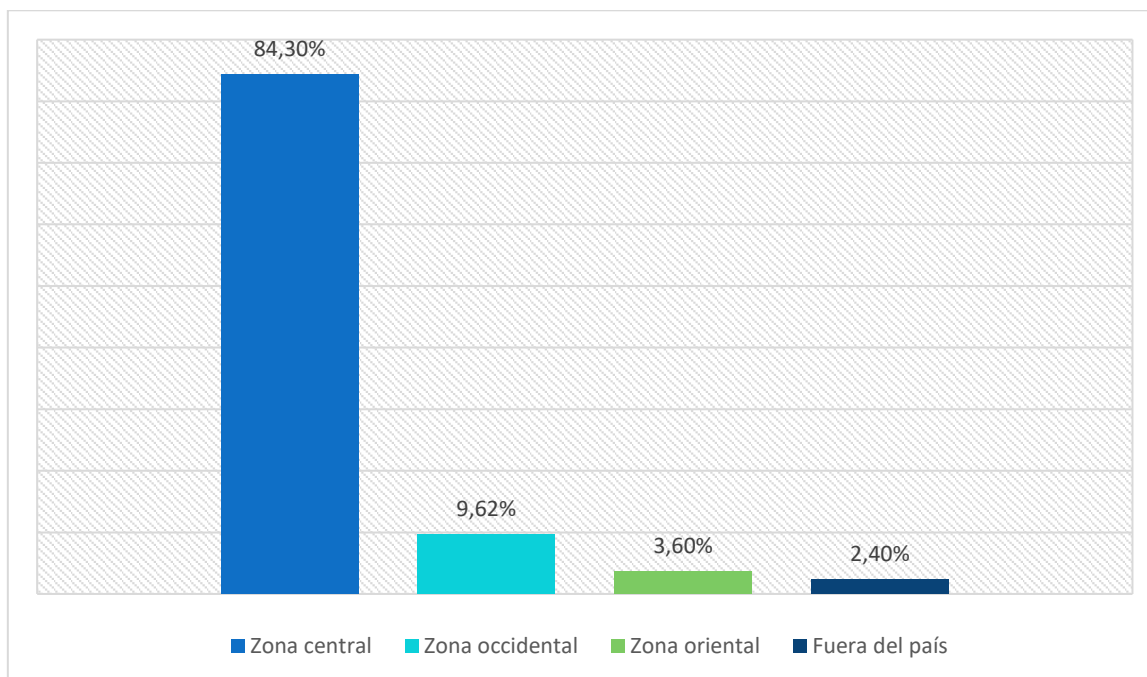
Figura 4*Distribución de pacientes según nivel académico*

Nota. La figura anterior muestra los porcentajes de los participantes del estudio, de acuerdo a su nivel académico.

El gráfico 4 expone que el 40% de la muestra son estudiantes de 2° ciclo académico, el 33% estudia 3° ciclo, un 21% son estudiantes de bachillerato, un 5% son estudiantes de 1° ciclo, y un 1% es estudiante de la universidad.

Figura 5

Distribución de la muestra según lugar de procedencia

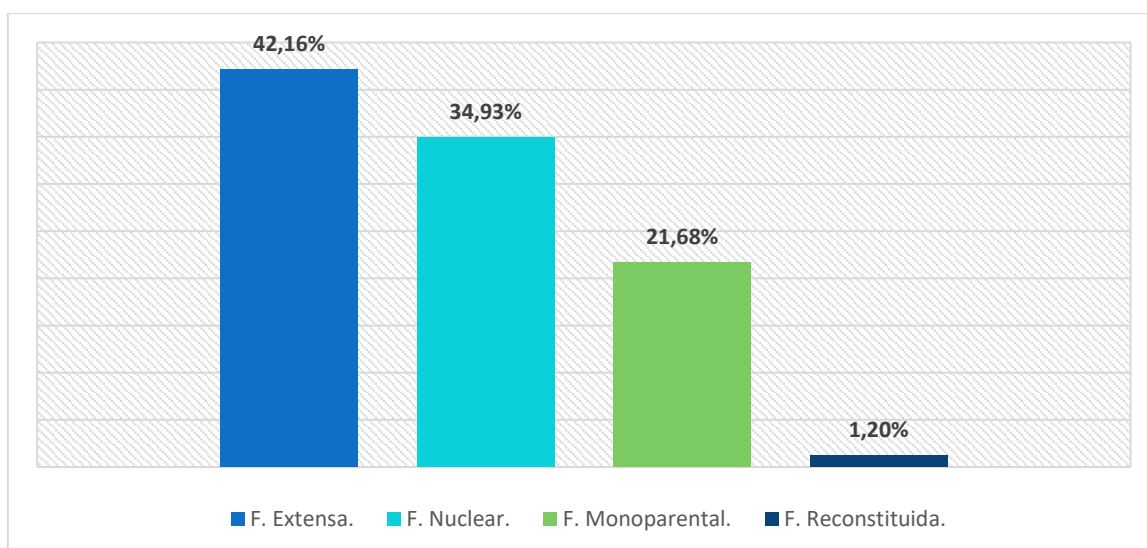


Nota. La figura ilustra el porcentaje de la muestra de pacientes adolescentes según el lugar de procedencia.

La figura 5 revela que el 84.30% de la muestra proviene de la zona central, el 9.62% de la occidental, el 3.60% de la zona oriental y un 2.40% de fuera del país.

Figura 6

Distribución de pacientes según el tipo de familia al que pertenece



Nota. En la figura se presentan los porcentajes de pacientes entrevistados, según el tipo de familia al que pertenecen.

En el gráfico 6 se observa que el 42.16% de la muestra pertenece a una familia extensa, el 34.93% a una familia nuclear; el 21.68% a una familia monoparental y un 1.20% a la familia reconstituida.

Tabla 1*Enfermedades crónicas no transmisibles*

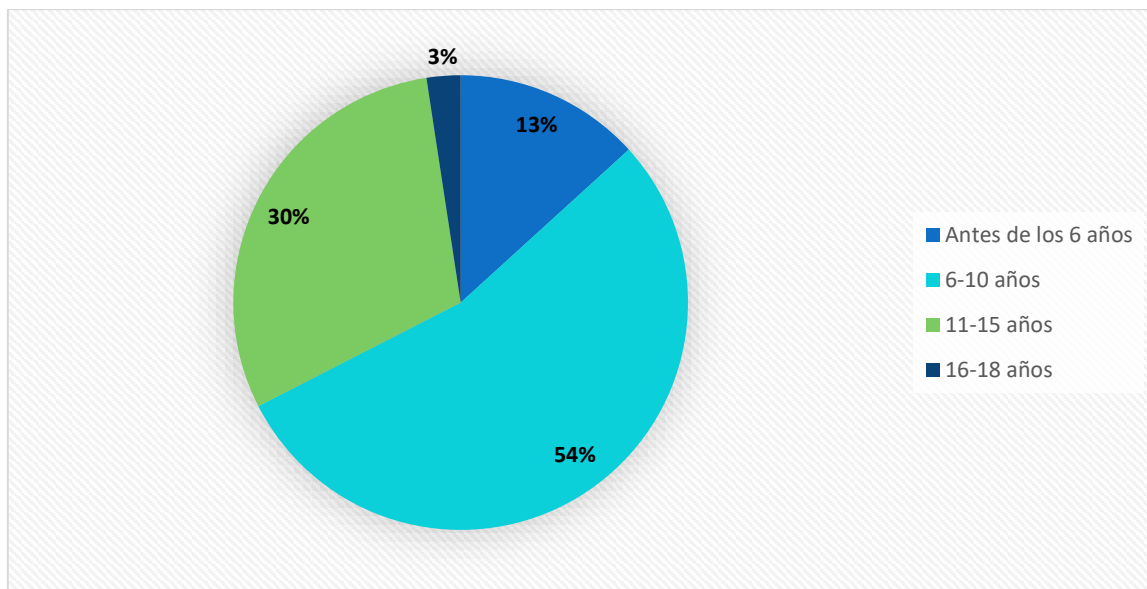
ENT	Frec.	%	ENT	Frec.	%
Obesidad	15	18%	Urticaria crónica.	1	1%
Enfermedades respiratorias	12	14%	Hipermetropía.	1	1%
Epilepsia	8	10%	Von Willenbrand.	1	1%
Diabetes	7	8%	Déficit de factor 11.	1	1%
Lupus	4	5%	Hiperinsulinismo.	1	1%
Púrpura trombocitopénica idiopática	4	5%	Luxación congénita de cadera.	1	1%
Enfermedades cardiovasculares	4	5%	Esclerodermia.	1	1%
Enfermedad renal crónica	3	4%	Esclerosis tuberosa.	1	1%
Hipertensión arterial	3	4%	Hiperaldosteronismo.	1	1%
Cáncer	2	2%	Síndrome de Duane.	1	1%
Síndrome convulsivo	2	2%	Mielomeningocele cervical.	1	1%
Síndrome de Turner	2	2%	Hipofibrinogenemia.	1	1%
Hipotiroidismo	2	2%	Anemia crónica.	1	1%
Artritis reumatoide	2	2%			

Nota. El cuadro presenta la frecuencia y porcentaje con que se presentaron las diferentes ENT en la muestra.

La tabla 1 revela que la obesidad está presente en el 18% de la muestra, las enfermedades respiratorias en el 14%, la epilepsia en el 10%, la enfermedad de la diabetes en el 8% y las enfermedades cardiovasculares, el lupus y la púrpura trombocitopénica idiopática, se registraron en el 5% cada una; luego, se encuentra la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica con 4% de presencia cada una, y por último, el cáncer, el síndrome convulsivo crónico, el síndrome de Turner, el hipotiroidismo y la artritis reumatoide se presentan en un 2% todas.

Figura 7

Distribución de pacientes según la edad en que conocieron su diagnóstico

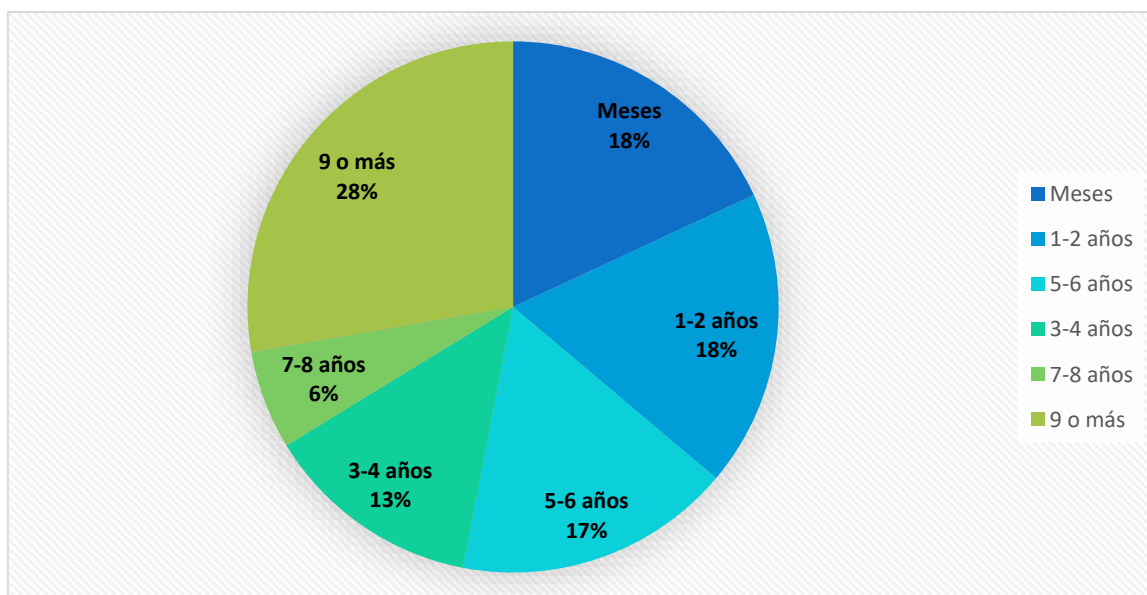


Nota. La figura presenta el porcentaje de los diferentes rangos de edad en que la muestra conoció su diagnóstico de ENT.

En el gráfico 7 se observa que el 54% de la muestra conoció su diagnóstico entre los 6-10 años de edad, el 30% entre los 11 y 15 años de edad, el 13% antes de los 6 años y el 3% entre los 16 a 18 años.

Figura 8

Presentación de muestra según el tiempo que llevan recibiendo tratamiento

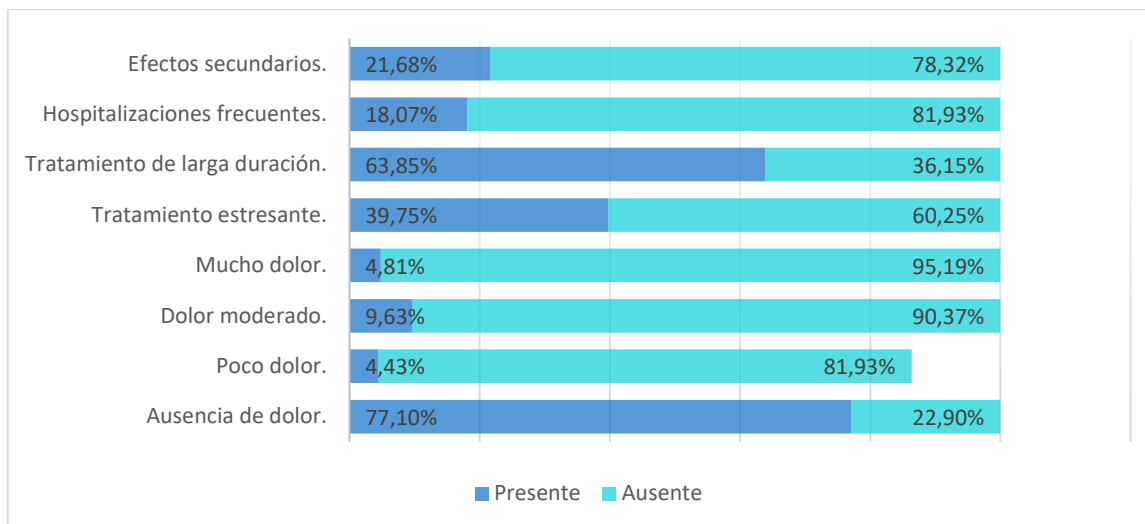


Nota. El gráfico circular revela el porcentaje de duración del tratamiento que ha recibido la muestra.

En la figura 8 se refleja que el 28% de la muestra ha estado en tratamiento 9 años o más, el 18% lleva meses, otro 18% ha estado en tratamiento entre 1 a 2 años. Asimismo, el 17% de la muestra ha estado en tratamiento durante 5-6 años, el 13% entre 3-4 años y un 6% 7-8 años.

Figura 9

Características de los tratamientos para ENT, según la experiencia de los pacientes

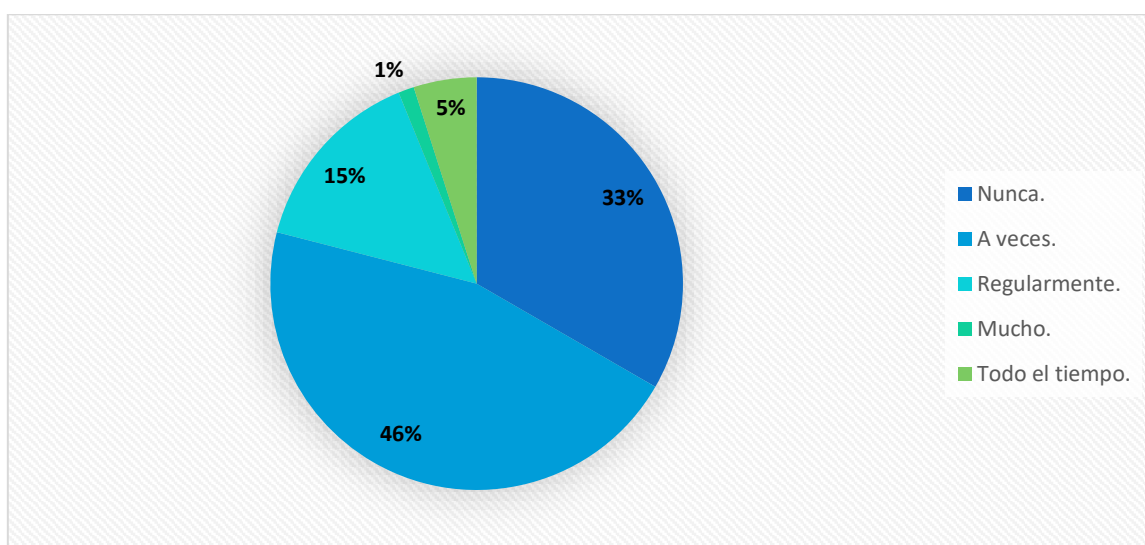


Nota. En la figura se muestran el porcentaje de presencia (en azul) o ausencia (en celeste) de las características de los tratamientos para ENT.

En la gráfica 9 se observa que el 77.10% de la muestra registró ausencia de dolor durante el tratamiento recibido, el 9.63% dolor moderado, el 4.43% poco dolor y un 4.81% mucho dolor. También el 63.85% percibió su tratamiento de larga duración, el 39.75% experimentó un tratamiento estresante; el 18.07% fue hospitalizado con frecuencia y un 21.68% experimentó efectos secundarios a causa del tratamiento recibido.

Figura 10

Frecuencia de pensamientos automáticos experimentados por los pacientes

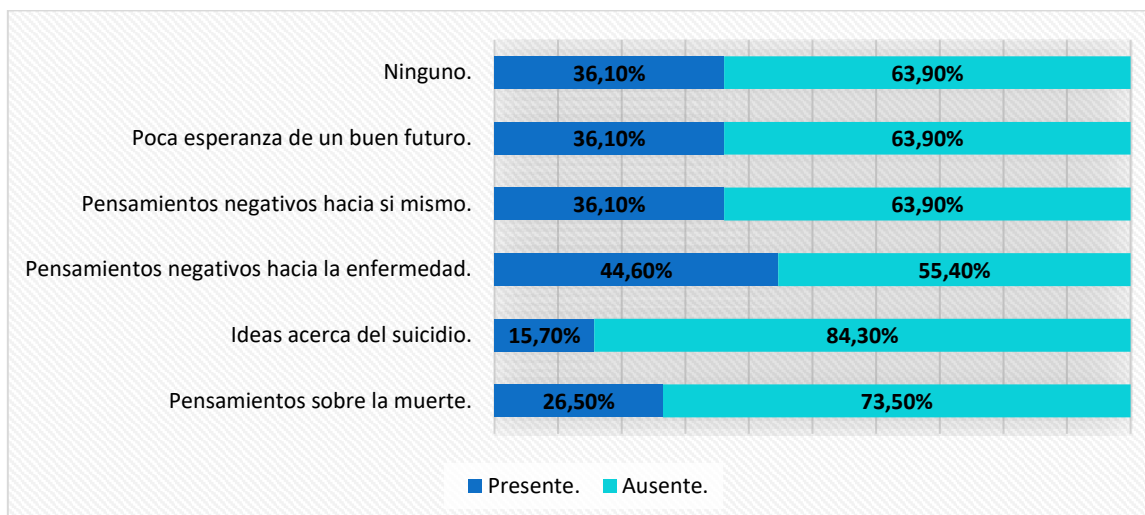


Nota. La figura presenta la frecuencia con que los pacientes experimentan pensamientos automáticos.

En la figura 10 se muestra que el 46 % de los adolescentes manifiesta vivenciar pensamientos automáticos a veces, el 33% considera no haberlos presenciado nunca, el 15% regularmente, el 5% todo el tiempo y un 1% mucho.

Figura 11

Pensamientos negativos vividos por los pacientes desde el diagnóstico de la enfermedad

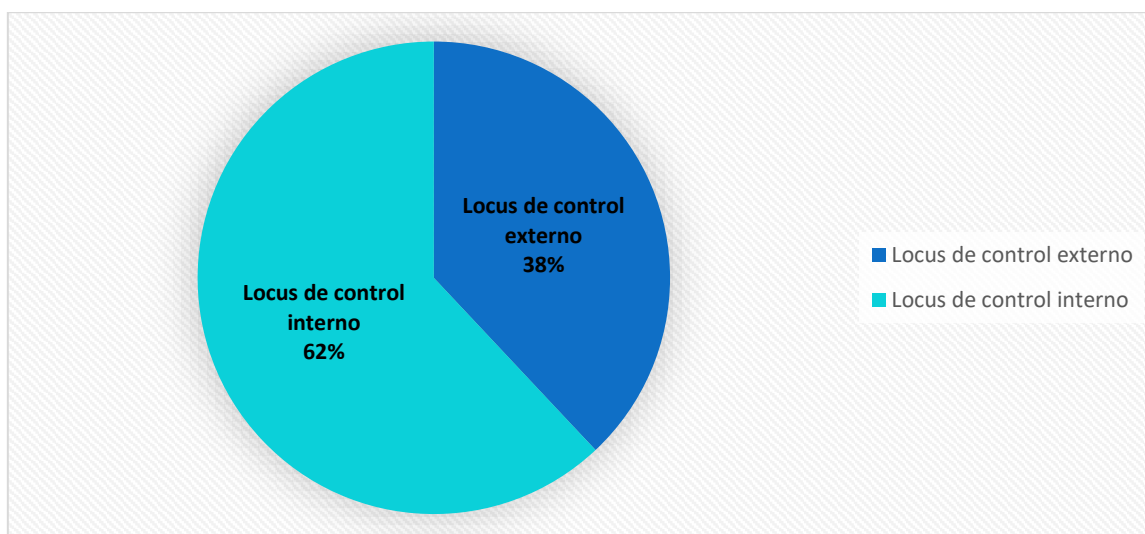


Nota. La figura expone tanto el porcentaje de adolescentes que presentan el tipo de pensamiento (en color azul), como los que no lo presentan (en color celeste), a causa del diagnóstico de ENT.

La gráfica lineal número 11 expone que el 44.60% de los adolescentes ha experimentado pensamientos negativos referidos a la enfermedad, el 36.10% han tenido pensamientos negativos hacia sí mismo, el 36.10% han pensado que tienen poca esperanza de un buen futuro, el 36.10% no presentaron ninguno de estos pensamientos; un 26.50% han pensado sobre la muerte y un 15.70% han tenido ideas sobre el suicidio.

Figura 12

Locus de control de los pacientes

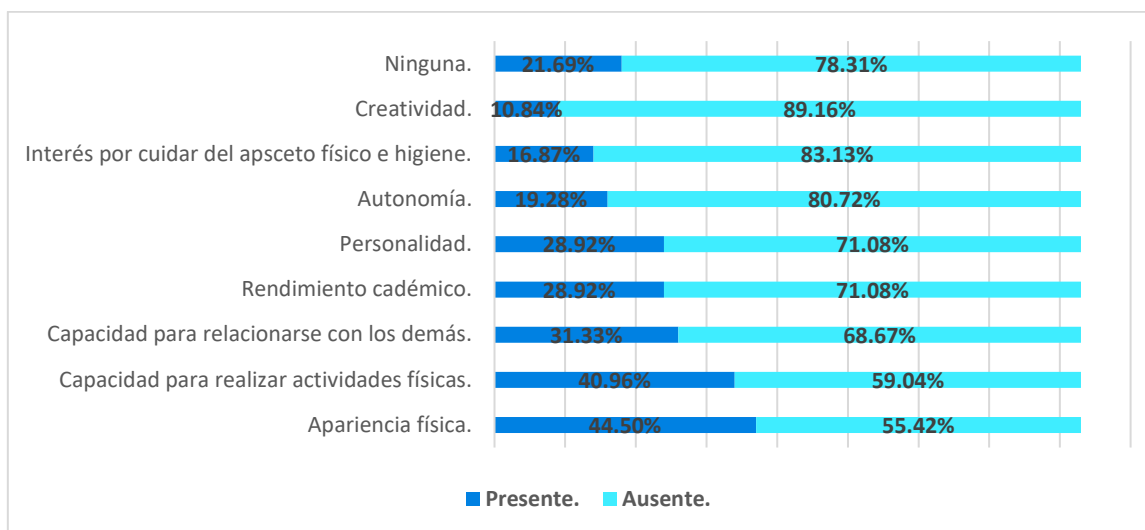


Nota. La figura expone el porcentaje de pacientes que tienen una tendencia hacia un locus de control interno o externo.

El gráfico circular número 12 revela que el 62% de los participantes del estudio tiene un locus de control interno, y el 38% restante un locus de control externo.

Figura 13

Inconformidad de los pacientes con aspectos relacionados a su autoestima desde el diagnóstico

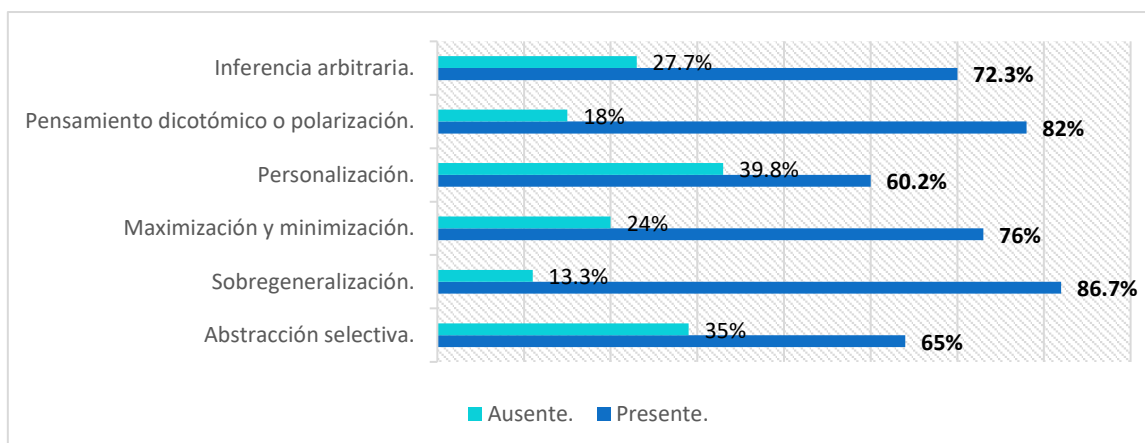


Nota: La gráfica refleja la presencia (en azul) y ausencia (en celeste) de inconformidad de la muestra con diferentes aspectos que contemplan la autoestima.

La figura 13 presenta que el 44.50% de los adolescentes se sienten inconformes con la apariencia física, el 40.96% con la capacidad para realizar actividades físicas, el 31.33% con la capacidad para relacionarse con los demás, el 28.92% con el rendimiento académico, el 28.92% con la personalidad, el 19.28% con la autonomía, el 16.87% con el interés por cuidar de su aspecto físico e higiene personal, un 10.84% con la creatividad y un 21.69% dijo que ninguna.

Figura 14

Distorsiones cognitivas presentes en los pacientes de la muestra

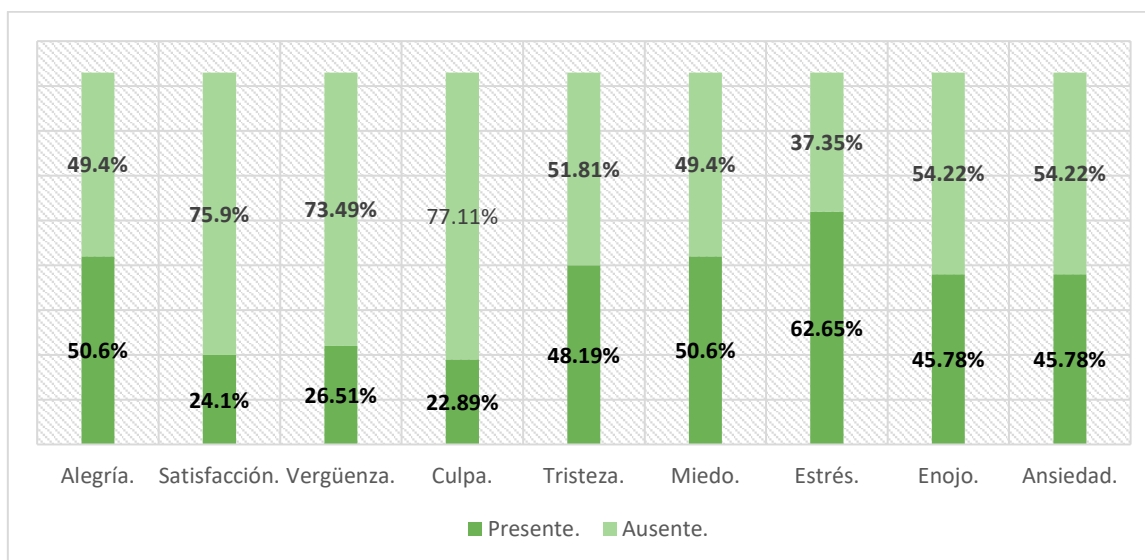


Nota. La figura evidencia el porcentaje de presencia (azul) y ausencia (celeste) de distorsiones cognitivas en los adolescentes de la muestra.

La figura 14 revela que el 86.7% de pacientes tiene distorsiones de sobregeneralización, el 82% pensamiento dicotómico o polarizado, el 76% maximización y minimización, el 72.3% inferencia arbitraria, un 65% abstracción selectiva y finalmente un 60.2% personalización.

Figura 15

Emociones vividas con mayor frecuencia por los pacientes a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica

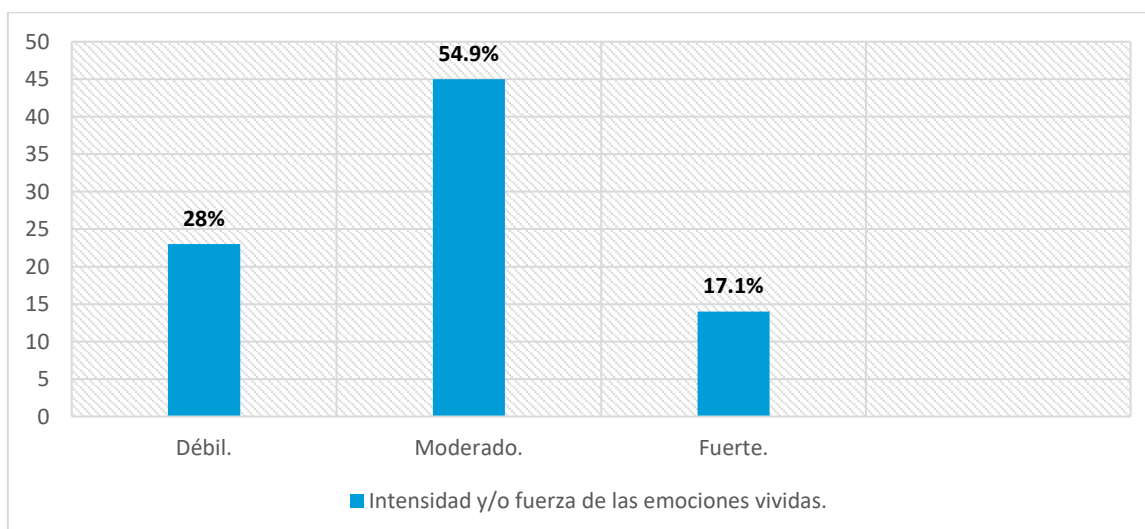


Nota. La gráfica muestra el porcentaje de adolescentes que experimenta frecuentemente el tipo de emoción (verde oscuro), y el porcentaje de adolescentes que no experimenta frecuentemente la emoción (verde claro).

La figura 15 evidencia que el 62.65% de los adolescentes experimenta con mayor frecuencia el estrés desde el diagnóstico de la enfermedad crónica, el 50.6% miedo, el 50.6% la alegría, el 48.19% la tristeza, el 45.78% la ansiedad, el 45.78% el enojo, el 26.51% la vergüenza, el 24.1% la satisfacción y 22.89% la culpa.

Figura 16

Intensidad y/o fuerza de las emociones vividas con mayor frecuencia por los pacientes

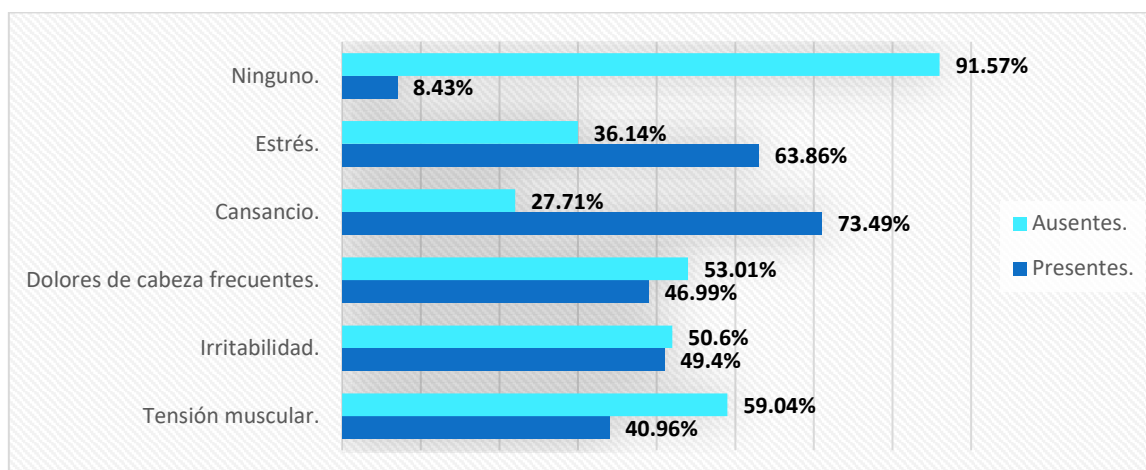


Nota. La gráfica muestra el nivel de intensidad que perciben los adolescentes sobre las emociones que vivencian.

La figura 16 refleja el nivel de intensidad o fuerza de las emociones experimentadas por los adolescentes, el 54.9% dijo que moderada, el 17.1% fuerte y un 28% débil.

Figura 17

Síntomas de estrés experimentados por los pacientes durante el último mes

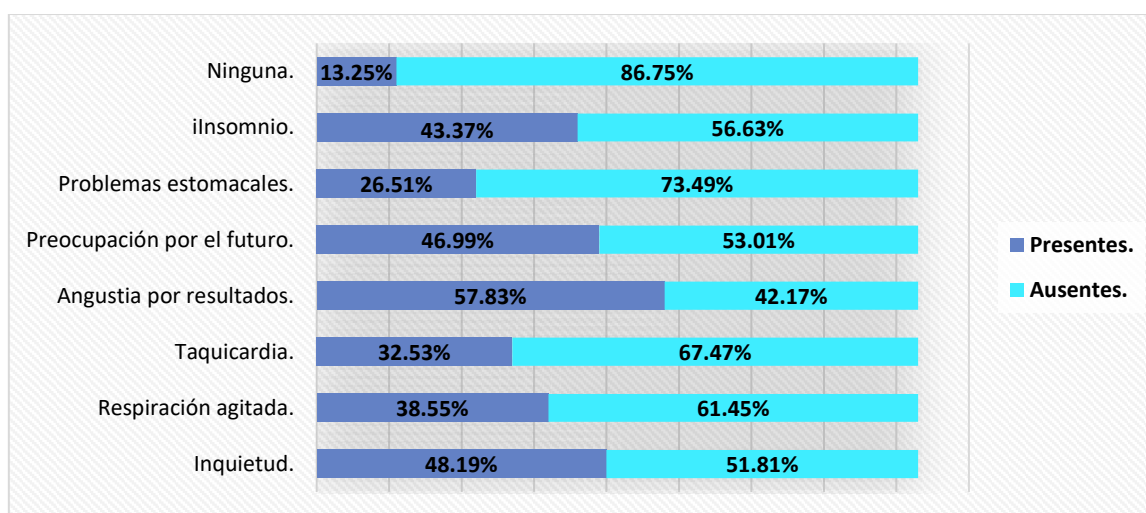


Nota. La gráfica evidencia tanto los porcentajes de adolescentes que presentan síntomas de estrés (azul oscuro) como los porcentajes de los que no los presentan (celeste).

La figura 17 muestra los principales síntomas de estrés experimentados por los adolescentes durante el último mes, el 73.49% manifestó cansancio, el 63.86% estrés, el 49.4% irritabilidad, el 46.99% dolores de cabeza frecuentes, el 40.96% tensión muscular y un 8.43% ningún síntoma.

Figura 18

Síntomas de ansiedad experimentados por los pacientes en el último mes

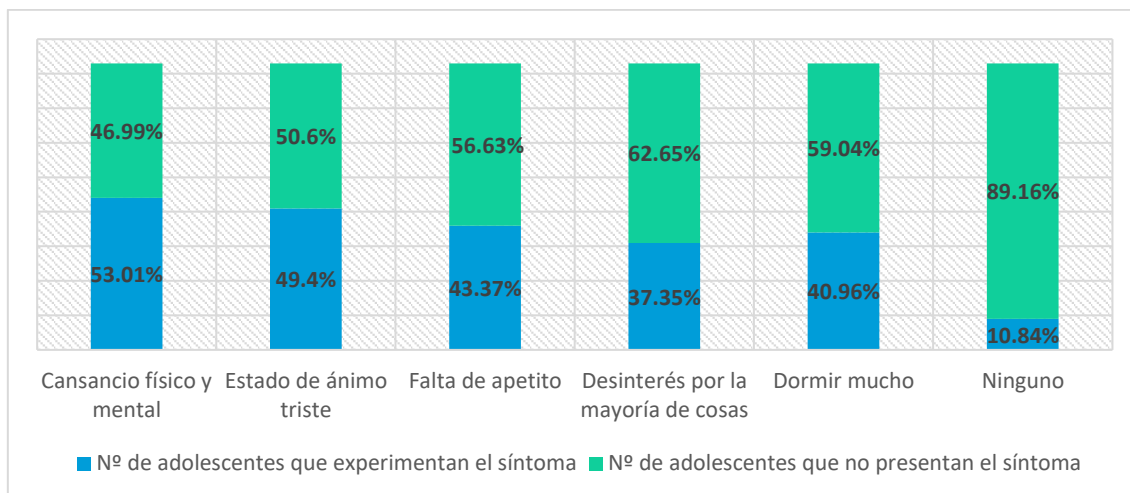


Nota. La gráfica de barra apilada evidencia la presencia (en azul) y ausencia (en celeste) de síntomas de ansiedad en la muestra.

La figura 18 evidencia que el 57.83% de los pacientes manifiesta angustia por resultados negativos en el último mes, el 48.19% inquietud, el 46.99% preocupación por el futuro, el 43.37% insomnio, el 38.55% respiración agitada, el 32.53% taquicardia, un 26.51% problemas estomacales y un 13.25% ningún síntoma.

Figura 19

Síntomas depresivos experimentados por los pacientes durante el último mes

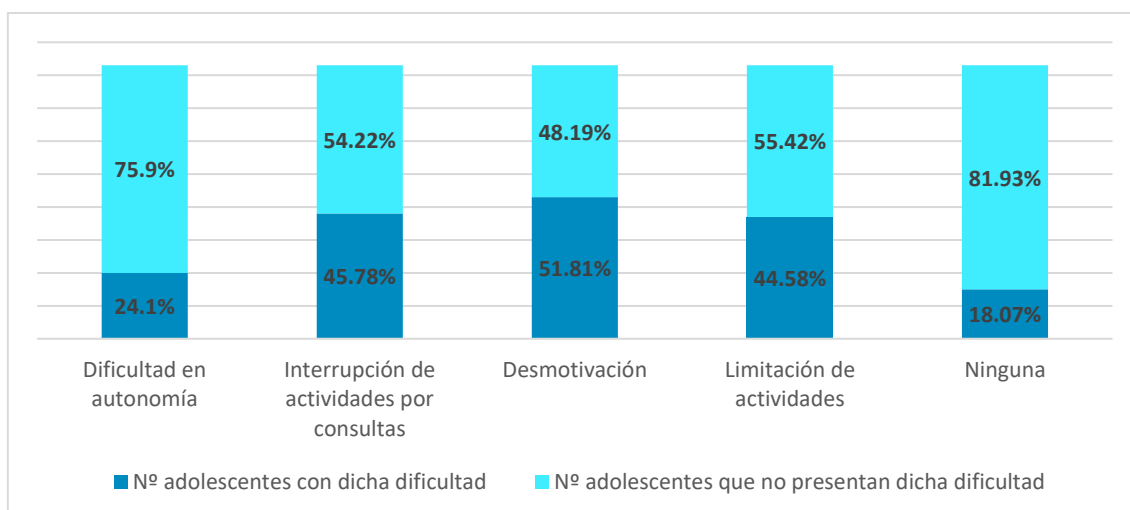


Nota. La gráfica de columnas apiladas evidencia la presencia (en azul) y ausencia (en verde) de síntomas depresivos en la muestra.

La figura 19 expone los principales síntomas depresivos experimentados por los adolescentes en el último mes, se observa que el 53.01% reporta cansancio físico y mental, el 49.4% estado de ánimo triste, el 43.37% falta de apetito, el 40.96% dormir mucho, un 37.35% desinterés por la mayoría de cosas y un 10.84% ningún síntoma.

Figura 20

Dificultades experimentadas por los pacientes en actividades cotidianas, a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica

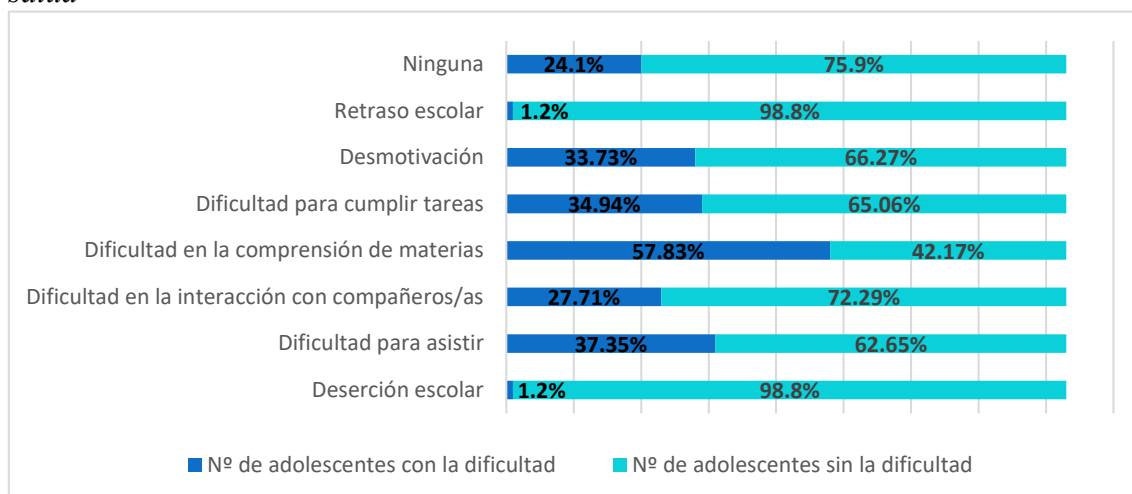


Nota. La gráfica de columnas muestra la presencia (en azul) y ausencia (en celeste) de dificultades en la vida cotidiana de los adolescentes a raíz de la enfermedad.

La figura 20 presenta que el 51.81% de los pacientes ha tenido dificultades de desmotivación, el 45.78% interrupción de sus actividades por ir al hospital frecuentemente, el 44.58% limitaciones por la enfermedad misma, el 24.1% necesita la ayuda de alguien más para realizarlas (autonomía) y un 18.07% ninguna dificultad.

Figura 21

Dificultades experimentadas por los pacientes en su vida escolar, debido a su estado de salud

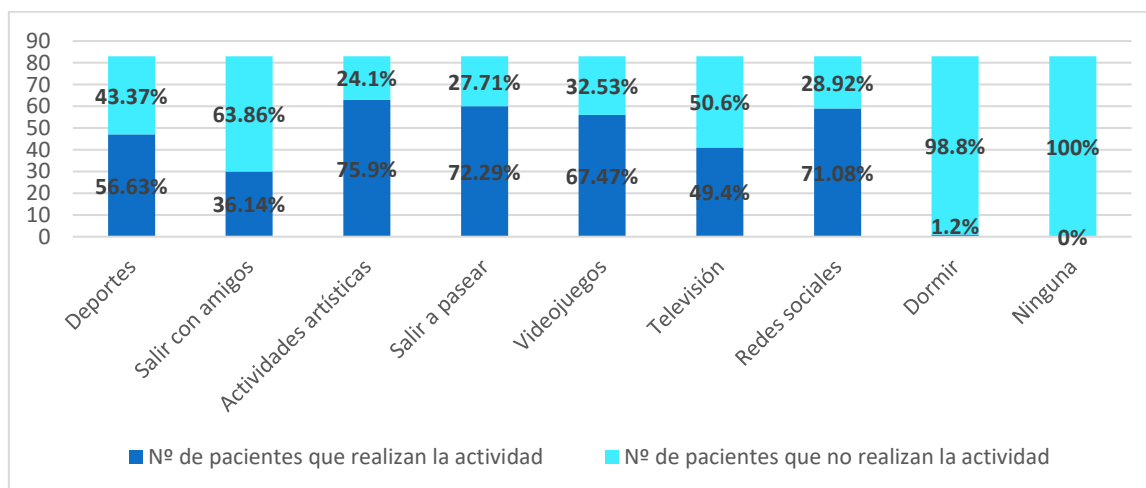


Nota. La gráfica de barras apiladas muestra la presencia (en azul) y ausencia (en celeste) de dificultades escolares debido al estado de salud en los adolescentes.

La figura 21 muestra que el 57.83% expresó tener dificultades escolares para comprender las materias, el 37.35% dificultades para asistir a clases, el 34.94% dificultades para cumplir tareas, el 33.73% desmotivación escolar, el 27.71% dificultades en la interacción con compañeros y un 24.1% ninguna dificultad.

Figura 22

Actividades recreativas realizadas regularmente por los pacientes

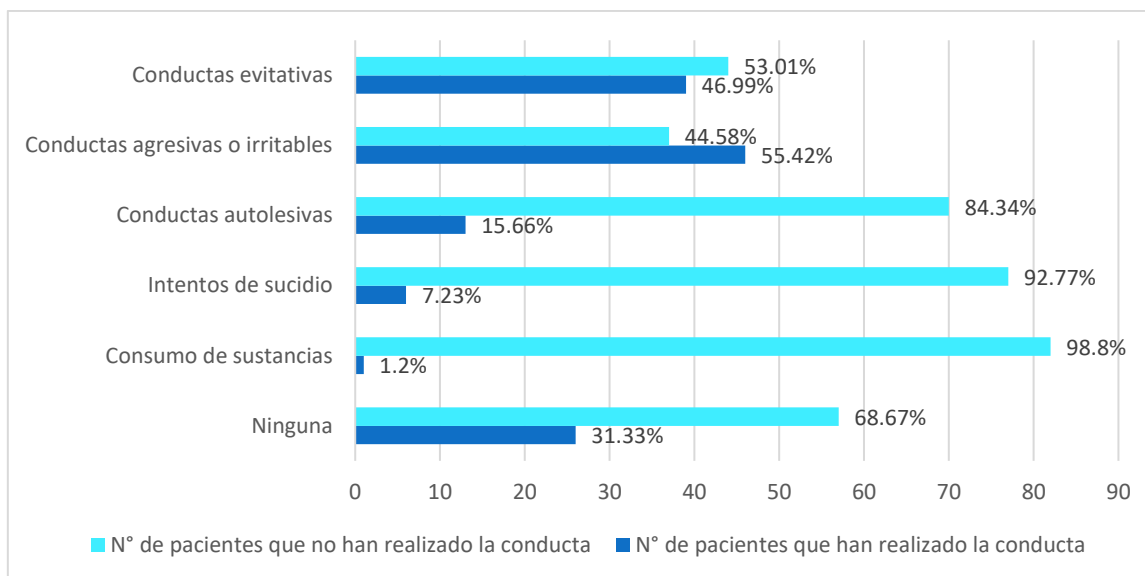


Nota. La figura expone la frecuencia de realización de actividades recreativas. En azul se presenta el porcentaje de adolescentes que realizan regularmente la actividad y en celeste el porcentaje de adolescentes que no la realizan.

La figura 22 refleja las actividades recreativas realizadas con mayor frecuencia por los adolescentes. Las actividades artísticas (música, dibujo, pintura, poesía, baile, etc.) son practicadas por el 75.9%, salir a pasear por el 72.29%, utilizar redes sociales por el 71.08%, usar videojuegos por el 67.47%, hacer deporte por el 56.63%, ver televisión por el 49.4%, salir con amigos por un 36.14% y finalizando con un 1.2% que suele dormir.

Figura 23

Comportamientos nocivos o desadaptativos realizados por los pacientes a causa del diagnóstico de la enfermedad crónica

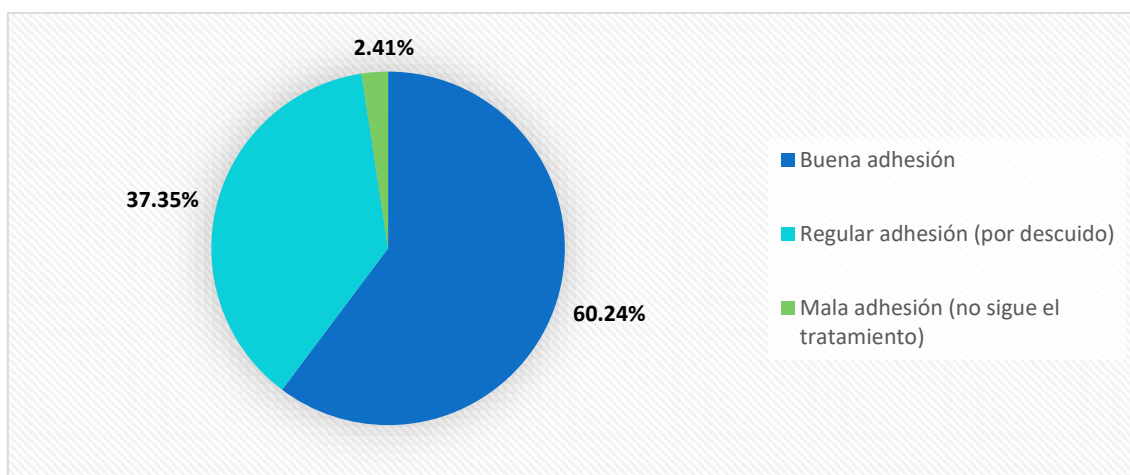


Nota. La figura expone tanto los porcentajes de pacientes que han realizado las conductas (azul), como los que no las han realizado (celeste).

La figura 23 corresponde a comportamientos nocivos o desadaptativos realizados por los adolescentes a causa del diagnóstico de la enfermedad crónica, se evidencia que el 55.42% presentan conductas agresivas o irritables, el 46.99% conductas evitativas, el 15.66% comportamientos autolesivos, el 7.23% intentos de suicidio, el 1.2% consumo de sustancias y el 31.33% ninguna de las conductas descritas.

Figura 24

Grado de adhesión al tratamiento e indicaciones médicas por parte de los pacientes

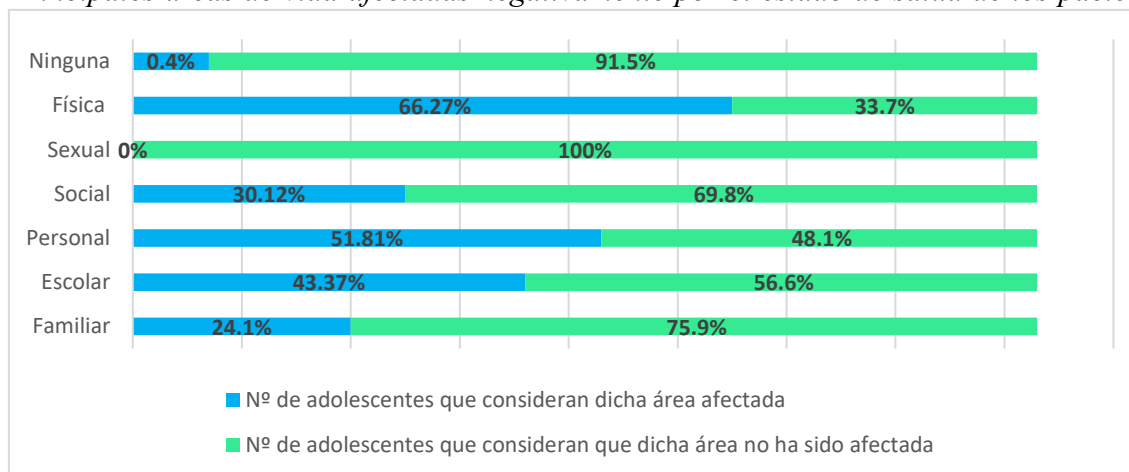


Nota. La figura muestra el grado en que los adolescentes se adhieren al tratamiento.

La figura 24 representa el grado de adhesión al tratamiento y las indicaciones médicas por parte de los adolescentes. El 60.24% tiene una buena adhesión, el 37.35% una regular adhesión y un 2.41% no sigue el tratamiento.

Figura 25

Principales áreas de vida afectadas negativamente por el estado de salud de los pacientes

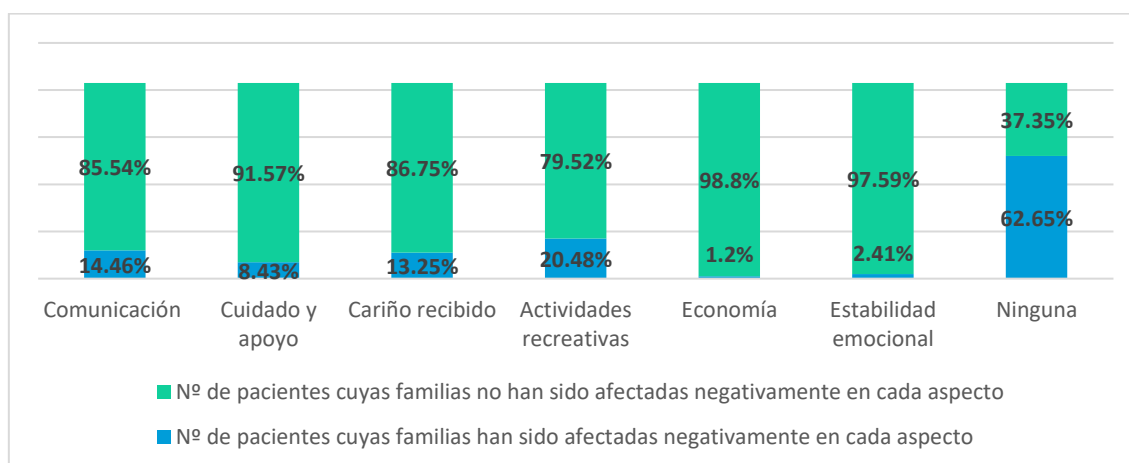


Nota. La figura expone las principales áreas de vida que han sido afectadas negativamente por el estado de salud. En azul se muestra el porcentaje de adolescentes afectados en cada área y en verde el porcentaje de adolescentes sin afectación.

La figura 25 presenta las principales áreas de vida afectadas negativamente a partir del estado de salud de los adolescentes. El área física tiene 66.27%, el área personal 51.81%, el área escolar 43.37%, el área social 30.12%, el área familiar 24.1%, el área sexual 0% y ninguna de las áreas ha sido afectada en 0.4%.

Figura 26

Aspectos afectados negativamente en el grupo familiar de los pacientes, a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica

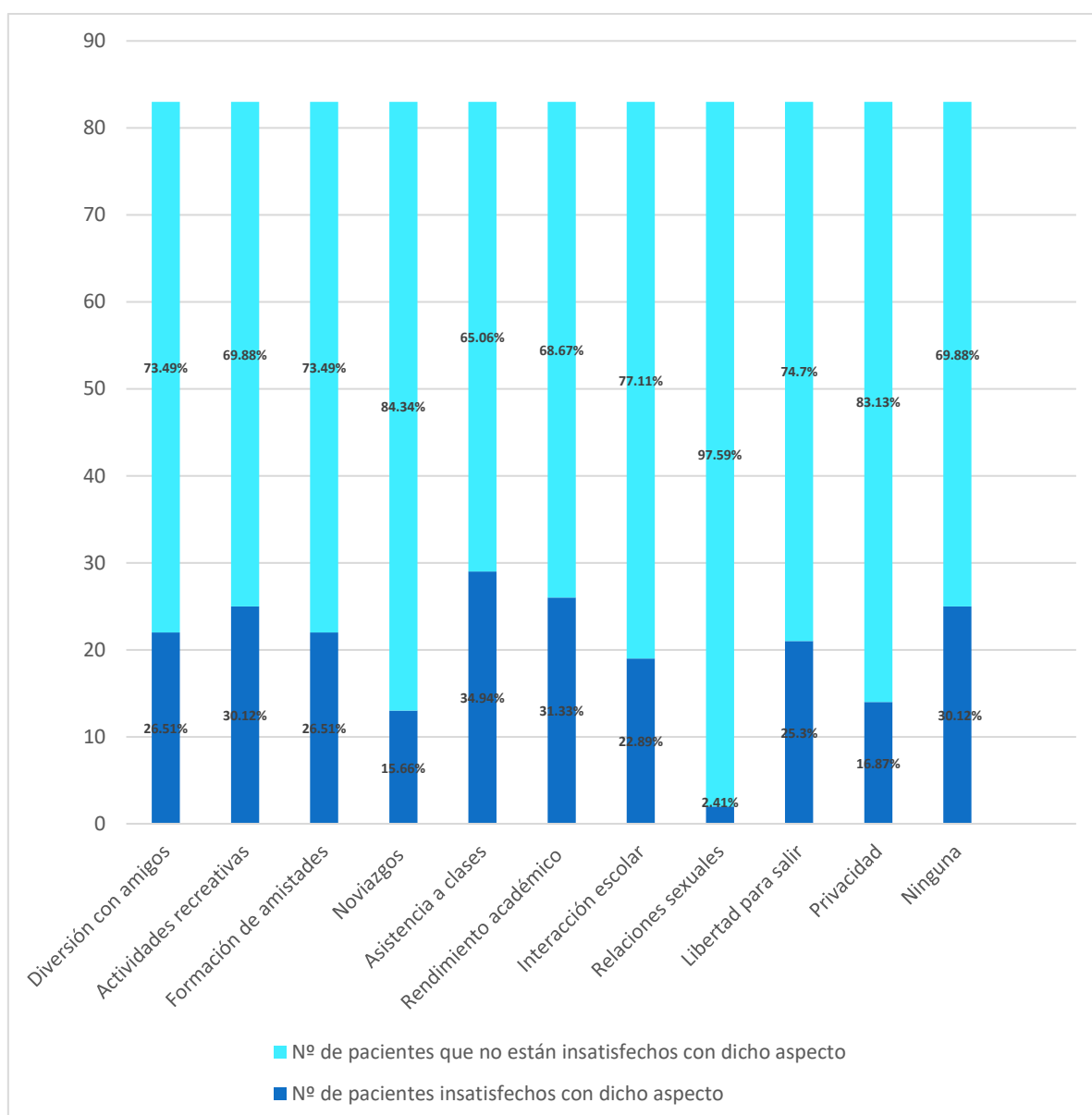


Nota. El gráfico muestra aspectos de la familia que han sido afectados a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica del adolescente. En azul se muestra el número de pacientes cuyas familias presentan afectación, y en verde el número de pacientes cuyas familias no presentan afectación.

La figura 26 expone algunos aspectos del grupo familiar que los pacientes informan han sido afectados negativamente a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica, las actividades recreativas en familia han sido afectadas en el 20.48% de la muestra, la comunicación familiar en el 14.46%, el cariño y afecto recibido en un 13.25% y no hay afectación en ninguno de los aspectos evaluados en el 62.65% de los adolescentes.

Figura 27

Percepción de insatisfacción que los pacientes informan acerca de distintos aspectos de su vida a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica



Nota. La figura muestra tanto los porcentajes de personas insatisfechas (azul), como las que no están insatisfechas con dicho aspecto (celeste).

La figura 27 muestra los principales aspectos de la vida cotidiana con los cuales los adolescentes se encuentran insatisfechos. Se evidencia que el 34.94% está insatisfecho con la asistencia a clases, el 31.33% con el rendimiento académico, el 30.12% con las actividades recreativas que han realizado, por su parte, tanto la formación de amistades como la diversión con amigos, alcanzan un 26.51% de inconformidad, le sigue la libertad para salir de casa con un 25.3%, la privacidad con un 16.87%, las experiencias de noviazgo con un 15.66%, las relaciones sexuales con un 2.41% y un 30.12% no está insatisfecho con ninguna de las opciones.

5.2. Análisis e interpretación de resultados

A continuación, se presentan los principales efectos psicológicos identificados en la muestra de pacientes adolescentes que padecen diferentes enfermedades crónicas no transmisibles, entre las más predominantes se encuentra la obesidad registrada en el 18% de la muestra, las enfermedades respiratorias crónicas en el 14%, la epilepsia en el 10%, la diabetes en el 8%, el cáncer en el 5% y la púrpura trombocitopénica idiopática, también en un 5%.

Para comenzar se exponen las afectaciones de carácter cognitivo, se encontró que 67% de los jóvenes de la muestra, han experimentado pensamientos automáticos intrusivos y difíciles de controlar a causa de recibir su diagnóstico de ENT, entre los cuales el 46% fue afectado en menor medida (“a veces” y el 15% “regularmente”), y solo un 6% fue afectado considerablemente; (“mucho” 1% y “todo el tiempo” 5%). Asimismo, se encontró que el contenido de los pensamientos negativos experimentados desde el diagnóstico se refería en su mayoría a la enfermedad misma (44.6% de la muestra).

Por otro lado, se registraron pensamientos negativos dirigidos hacia sí mismos y de poca esperanza de un buen futuro con un 36.10% cada uno; se presentó un 26.50% de pensamientos negativos sobre la muerte y un 15.70% de pensamientos referidos al suicidio; datos que concuerdan con lo encontrado por Inagaki et al., Iwamitsu et al., Tacón, Caldera y Ronaghan, como se citó en Arrivillaga, et al., (2014), sobre la preocupación por la enfermedad y la posibilidad de muerte en pacientes con cáncer. En conjunto, dichos pensamientos, a pesar de no superar por sí mismos el 50% de la muestra, representan un factor de riesgo para dificultades de depresión, ansiedad y estrés generados a partir del diagnóstico de ENT.

También se detectó que el 62% de la muestra refleja tener un locus de control mayormente interno, lo que difiere del 38% restante de los participantes, al contar con una tendencia hacia un locus de control externo, ya que expresan tener poco o ningún control con los sucesos de su vida, lo que podría provocar desmotivación, dificultades de inhibición volitiva y solución de conflictos por falta de autoeficacia, así como problemas con la gestión emocional y las ideas suicidas, este último aspecto presente en el 15.70% de la muestra,

cercano al 19% de participantes que manifiestan no tener control sobre lo que pasa en su vida.

Además, dicho porcentaje de 38% relacionado con un locus de control externo, es muy cercano al 36.10% de la muestra que experimentó pensamientos de poca esperanza de un buen futuro y al 36.10% que tuvo pensamientos negativos hacia sí mismos, probablemente relacionados con la relativa incapacidad para poder cambiar su condición médica al vivir una condición crónica.

Los datos anteriormente mencionados pueden estar íntimamente relacionados con las seis distorsiones cognitivas exploradas en la pregunta 9, la cual reveló que todas se encuentran en más de la mitad de la muestra, de manera que la sobregeneralización es la más destacada con 86.7%, seguida del pensamiento dicotómico con 82%, la maximización y minimización con 76%, la inferencia arbitraria con el 72.3% y la abstracción selectiva con 65%. De lo anterior, se puede decir que tres de ellas (pensamiento polarizado, sobregeneralización y minimización-maximización) se encuentran en niveles de presencia muy altos, mientras que las restantes (inferencia arbitraria, personalización y abstracción selectiva) están en un rango por encima del 60%.

Lo anterior indica que estos patrones de pensamientos erróneos están bien instalados en la psique de los adolescentes, esto posiblemente a causa de las diferentes dificultades que el diagnóstico y la enfermedad misma han generado en la vida de cada uno, lo que permite el desarrollo de este tipo de pensamientos como estrategias o métodos para construir sus propias conclusiones sobre información importante de sí mismos y su vida; es decir, que las distorsiones tienen la aparente utilidad de evitar o adelantarse a emociones negativas desagradables que los problemas cotidianos condicionados por la enfermedad generan con frecuencia en su vida, pero que en realidad causan mayor afectación al ser ideas equivocadas.

En esta misma línea, en la pregunta ocho, figura 13 dirigida a explorar los elementos relacionados con la autoestima, se encontró que el 78.31% de los participantes del estudio se sienten inconformes con alguno de los ítems que conforman la pregunta, de manera que la inconformidad con la apariencia física es la más presente con un 44.50%, seguida de la capacidad para realizar actividades físicas con el 40.96%, la capacidad para relacionarse

adecuadamente con otras personas con el 31.33%, el rendimiento académico y la personalidad con el 28.92% cada uno; mientras que en porcentajes bajos, existe un 19.28% de inconformidad con la autonomía, un 16.87% con el interés por cuidar de su aspecto físico e higiene personal y un 10.84% con la creatividad.

Esto puede significar que las ENT han generado mayores afectaciones en los aspectos físicos de la autoimagen y autoconcepto que forman parte de la autoestima, a través del uso continuo de las distorsiones cognitivas identificadas, ya que se muestra una inconformidad de más del 40% de la muestra en cuanto a la apariencia y capacidad física. Según Shaffer y Kipp (2007), son dos aspectos clave para la construcción de la autoestima en hombres (capacidad física) y mujeres (aspecto físico) durante la adolescencia, los cuales pueden estar relacionados con el locus de control externo y las ideas negativas sobre sí mismos que tienen porcentajes cercanos al 40%.

Esto respalda los hallazgos encontrados por Palacios et al. (2003), Vargas et al. (2011) y Flujas et al. (2017), quienes informaron en sus estudios que las características de las ENT provocan afectaciones psicológicas en aspectos como la capacidad para establecer vínculos de amistad y de pareja, sentimientos de inferioridad, autoconcepto negativo y dificultades de la imagen corporal, o incluso distorsión de ella, por lo que las ENT representan un predictor importante en problemas de autoestima.

En cuanto al área afectiva, el instrumento contiene preguntas específicas dedicadas a explorar las emociones, no obstante, otros ítems dirigidos a lo cognitivo, volitivo y a las áreas de vida, también pueden servir para contrastar la información y analizar adecuadamente los resultados. Cabe mencionar que el 54.9% de los pacientes entrevistados, informan una intensidad media de las emociones experimentadas, un 28% una intensidad débil y solo un 17.1% con intensidad fuerte. Teniendo en cuenta lo anterior, se exponen los principales efectos encontrados en el área afectiva.

El estrés es el efecto más experimentado por la muestra desde el diagnóstico de la enfermedad crónica con un 62.65%, de igual forma, sus manifestaciones se presentan frecuentemente en la mayoría de los adolescentes entrevistados, ya que 73.49% sienten cansancio, 63.86% informan estrés en general, siendo congruentes los resultados de la pregunta 10 y 12, lo que da mayor confiabilidad al resultado. También el 49.4% indica

irritabilidad, 46.99% dolores de cabeza frecuentes, 40.96% tensión muscular y solo el 8.43% no ha experimentado ninguno de estos síntomas, lo que refleja que la mayoría de los entrevistados ha tenido importante presencia de estrés. Se evidencia también en la pregunta cuatro, figura 9, que 39.75% consideran que el tratamiento recibido en el hospital es estresante.

Esto se relaciona con la pregunta 18, figura 23, ya que, entre todos los comportamientos nocivos o desadaptativos realizados por los pacientes a causa del diagnóstico de la enfermedad crónica, los que tienen que ver con conductas agresivas o de irritabilidad hacia las demás personas, son el primer lugar con un 55.42%, lo cual puede vincularse a altos niveles de estrés que predisponen y facilitan las conductas agresivas como una forma de liberación de la tensión emocional.

Por otro lado, las emociones presentadas con mayor frecuencia por los adolescentes, son el miedo y la alegría, pues ambas comparten el primer lugar con un 50.6% de las respuestas obtenidas, lo cual es motivo de atención al tratarse de dos emociones que podrían ser consideradas como opuestas, no obstante, esto puede estar relacionado con un desequilibrio emocional causado por el impacto de la enfermedad crónica en la muestra.

Ahora bien, la presencia de alegría podría deberse a diferentes aspectos o factores protectores, pueden mencionarse algunos a partir de los resultados obtenidos. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que se tuvo acceso a los pacientes adolescentes que consultan en el Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID), que en su mayoría son pacientes que se encuentran relativamente estables a partir del tratamiento recibido.

Así se evidencia en la pregunta cuatro, figura 9, donde la ausencia de dolor en el tratamiento es la opción más seleccionada con 77.10%, también el locus de control tiene mayor tendencia a ser interno 62%, por lo cual puede que los adolescentes perciban que tienen influencia sobre su entorno y eso los haga sentirse más seguros.

De igual manera, la pregunta ocho, figura 13 refleja que ninguno de los aspectos personales en los que existe insatisfacción alcanza el 50%, de modo que la insatisfacción con la apariencia física es la más frecuente con 44.50%, por lo cual se infiere que hay en su mayoría aceptación de los aspectos evaluados en dicho ítem (creatividad, autonomía,

personalidad, rendimiento académico, capacidad de interacción e interés por cuidar el aspecto físico e higiene personal).

También es importante mencionar que buena parte de la muestra realiza actividades recreativas que pueden resultar gratificantes y promover la alegría, esto puede observarse en la pregunta 17, figura 22, pues la realización de actividades artísticas como la música, la poesía, el dibujo, la pintura o el canto, son las más frecuentes con un 75.9%, seguidas de la opción “salir a pasear” con un 72.29%, la utilización de redes sociales con 71.08%, videojuegos con 67.4% y la práctica de deportes con un 56.63%.

Esto es congruente con el grado de adhesión al tratamiento, pues la mayoría lo cumple de manera adecuada con un 60.24%, y por último en la pregunta 21, figura 26, se evidencia que la mayor parte de adolescentes entrevistados perciben que la familia no ha sido afectada negativamente a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica, ya que 62.65% no seleccionó ninguno de los aspectos evaluados.

En cuanto al miedo, podría vincularse con los pensamientos de poca esperanza de un buen futuro, que son el segundo tipo de pensamiento más frecuente (junto con los pensamientos negativos hacia sí mismo), con un 36.10% de la pregunta seis, figura 11. También, los comportamientos de evitación de situaciones, lugares y actividades pueden estar relacionados con el miedo, cabe mencionar que estos ocupan el segundo lugar de comportamientos desadaptativos más presentes en la muestra con un 46.99%.

Asimismo, distorsiones cognitivas como el pensamiento dicotómico o polarizado y los pensamientos de maximización y minimización podrían estar influyendo en la vivencia de miedo de los adolescentes que deben convivir con los síntomas directos de la enfermedad crónica, el tratamiento médico y las reacciones que sus entornos más cercanos tienen.

Hay que mencionar la posibilidad de que el miedo se desarrolle a partir de la experiencia de complicaciones de salud por la enfermedad crónica, de forma que la intensidad y peligrosidad de los síntomas experimentados, junto con las ideas que el adolescente tiene sobre la enfermedad, pueden activar el miedo a la muerte y el deseo de cumplir con el tratamiento para evitar las consecuencias temidas; no obstante, la adhesión

requiere de compromiso y muchas veces implica la renuncia a situaciones o actividades de interés para el adolescente.

Por ejemplo, adolescentes que padecen enfermedades crónicas se ven obligados a limitar su participación en actividades deportivas o situaciones de interacción social, que pueden ser del agrado del mismo, de esta forma, probablemente se forma un conflicto entre lo que se quiere y lo que se teme, donde lo deseado provoca el recuerdo de las consecuencias, más aún cuando se descuida el tratamiento. Otra posible explicación que debe de investigarse, es si el miedo puede haberse transmitido del grupo familiar hacia el adolescente, o si existen otros factores relevantes.

Para continuar, otros efectos significativos del área afectiva, son las manifestaciones de depresión o síntomas de la misma, que se encuentran presentes en una parte considerable de la muestra, de tal forma que la tristeza es el segundo lugar entre las emociones más experimentadas a partir del diagnóstico de la enfermedad con 48.19%, una cantidad no muy alejada de las principales emociones que encabezan la lista.

También los resultados de la pregunta 13, figura 19, indican la presencia importante de síntomas depresivos, ya que un 53.01% presentan cansancio físico y mental, 49.4% un estado de ánimo triste, 43.37% falta de apetito, 40.96% duermen mucho, 37.35% desinterés por la mayoría de cosas y solo un 10.84% de la muestra afirma no haber experimentado ninguno, lo que quiere decir que el 89.16% ha tenido presencia importante de sintomatología depresiva.

Esto puede estar íntimamente relacionado con resultados anteriormente descritos de la pregunta seis, figura 11, que explora los principales tipos de pensamientos experimentados, se tiene que el segundo lugar es compartido por “pensamientos negativos hacia ti mismo” y “pensamientos de poca esperanza de un buen futuro” con 36.10% cada uno, y aunque con un número menor, no deja de ser relevante que el 26.50% presentan pensamientos acerca de la muerte y 15.70% ideas acerca del suicidio. Asimismo, la pregunta siete, figura 12, refleja que un 38% tiene mayor tendencia al locus de control externo, lo cual puede estar relacionado con la presencia de emociones como la tristeza.

Otro dato importante es el de la pregunta ocho, figura 13, la cual explora aspectos relacionados con la autoestima, pues sólo el 21.69% de la muestra no se siente insatisfecho con los aspectos personales que se evalúan, mientras que el 78.31% se encuentra inconforme con al menos uno de los elementos presentados, de modo que el más relevante es la insatisfacción con la apariencia física con 44.50%, seguida por la insatisfacción con la capacidad para realizar actividades físicas con un 40.96%, de manera que la insatisfacción en dichos aspectos puede generar alteraciones importantes en la afectividad de los pacientes adolescentes y vincularse así a manifestaciones de depresión.

De igual forma podría relacionarse la pregunta 9, figura 14, en la cual se exploran las distorsiones cognitivas, puesto que la presencia de estas, en la mayoría de los adolescentes, puede generar, intensificar y mantener síntomas depresivos como la tristeza, al condicionar en muchas ocasiones de manera negativa la forma en que el paciente interpreta los sucesos de su vida.

Esta sintomatología depresiva puede ser desencadenada debido a la interacción de múltiples factores. En primer lugar, la muestra se encuentra en una etapa de vida susceptible a desequilibrios emocionales, en segundo lugar, según registros del MINSAL, cuatro de cada 10 adolescentes tienen depresión en El Salvador, por lo que también se debe considerar que el contexto salvadoreño predispone a estos problemas de salud mental, y en tercer lugar, hay que tomar en cuenta la vulnerabilidad cognitiva causada por el estrés que vivencian los adolescentes ante el diagnóstico de la enfermedad crónica en su vida, pues es una experiencia comúnmente percibida como negativa y difícil.

Cabe señalar que tal como se ha registrado, la enfermedad crónica genera un gran impacto a nivel físico, por los síntomas molestos, tratamientos y limitaciones físicas que conlleva. La persona se ve obligada a ajustar su estilo de vida al padecimiento y perder ciertas actividades que antes solía realizar o que normalmente se realizan, ya que pueden ser de riesgo para su salud y “sumar” un repertorio conductual de mayor cuidado para mantener su bienestar.

Estas implicaciones podrían provocar también cierto aislamiento social, ya que el adolescente con frecuencia no asiste a la escuela por el seguimiento y tratamiento médico, deja de realizar actividades recreativas compartidas, por el riesgo que suponen para la salud.

Además, al compararse con otros adolescentes que no padecen una enfermedad crónica pueden percibirse como diferentes o inferiores.

Asimismo, debido a la cronicidad de la enfermedad, constantemente pueden estar preocupados por su salud, la posibilidad de muerte y la incertidumbre del futuro. Definitivamente, estos factores juegan un papel importante como causantes de estas manifestaciones depresivas encontradas, ya que un porcentaje importante de la muestra registra una visión negativa de sí mismo y del futuro, lo que podría dar paso a las vivencias afectivas mencionadas, en interacción con los factores anteriormente descritos.

Además, es conocido que la tristeza puede generar una disminución de la energía general y la motivación para realizar actividades cotidianas, inclusive aquellas que antes generaban placer o satisfacción, esto es relevante pues se encontró que la desmotivación para realizar diferentes actividades de la vida cotidiana, representa la principal dificultad experimentada por los adolescentes a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica en su vida con un 51.81%, lo cual es congruente con los datos analizados acerca de síntomas depresivos.

Conviene subrayar que esta falta de motivación por las actividades cotidianas también puede estar vinculada a diferentes aspectos relacionados con la enfermedad como la percepción negativa que tienen los adolescentes acerca de su capacidad para realizarlas, ya que experimentan agotamiento físico y mental derivado de su condición médica y presencia de pensamientos negativos sobre sí mismos.

A lo anterior, puede sumarse la posible percepción de que su vida se reduce al manejo de la enfermedad únicamente y que, aunque se esfuercen no pueden curarla definitivamente a causa de su condición crónica, esto puede generar sentimientos de ineficacia y vulnerabilidad que a su vez alimentan el desarrollo de expectativas negativas en cuanto a los resultados futuros, y de ahí los bajos niveles de motivación para realizar actividades que consideran no podrán realizar efectivamente.

Otras emociones relevantes son la ansiedad y el enojo, las cuales comparten el tercer lugar de las más experimentadas desde el diagnóstico de la enfermedad crónica, con 45.78% cada una. En cuanto a la ansiedad, la pregunta 13, figura 18 explora una serie de síntomas

de ansiedad, entre los cuales destaca la angustia por resultados negativos con 57.83%, seguida de inquietud con 48.19%, preocupación por el futuro con 46.99%, insomnio con 43.37%, respiración agitada con 38.55%, taquicardia con 32.53%, problemas estomacales con 26.51% y 13.25% no presenta síntomas.

Cabe aclarar que aunque los síntomas de ansiedad pueden atribuirse a diversos elementos internos y externos a la persona, uno de los factores más evidentes es el padecimiento de una enfermedad crónica, ya que diversos estudios y teóricos vinculan la vivencia de ansiedad, al padecimiento de una ENT; esto probablemente, debido al impacto emocional del diagnóstico, porque la situación es una amenaza real para la salud, lo que genera en el adolescente sentimientos de vulnerabilidad y una visión desfavorable del futuro.

Dicha problemática puede afectar de forma distinta a los pacientes según la etapa de la adolescencia que atraviesan, por ejemplo, la ansiedad de los que se encuentran en la adolescencia temprana (de 11 a 13 años), podría surgir de temores, inseguridades, dependencias y limitaciones provocadas por las características propias de la enfermedad y su tratamiento. Mientras que la ansiedad de los que se encuentran en la adolescencia media o tardía, podría verse intensificada por el desarrollo del pensamiento abstracto y el surgimiento de nuevas necesidades.

De modo que la capacidad de pensamiento abstracto podría permitir que los adolescentes tomen mayor consciencia de las dificultades que la ENT representa para su vida, y a su vez la influencia de emociones negativas como tristeza, enojo o miedo y todo un sistema de creencias irracionales, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos generen expectativas catastróficas del futuro y alimenten la ansiedad. En resumen, la ansiedad puede presentarse por la toma de conciencia de las dificultades que la enfermedad implica para satisfacer necesidades de independencia, privacidad, intimidad amorosa, y la formación de su proyecto de vida, siendo dicha complicación mayor que la experimentada por otros adolescentes que no conviven con una ENT.

Además, los adolescentes se encuentran en la etapa con mayor cantidad de cambios relevantes a nivel físico, mental y social, lo que exige la adaptación, el descubrimiento y aceptación la propia identidad. Esto representa diferentes estímulos ansiógenos que

difícilmente pueden gestionarse adecuadamente si al mismo tiempo se experimenta desequilibrio emocional por el impacto de una enfermedad crónica.

Ahora bien, para finalizar con la información asociada a la ansiedad, debe agregarse la posible relación de la misma con las conductas de evitación de lugares o actividades encontradas en la pregunta 18, figura 23, ya que es el segundo lugar de los comportamientos nocivos o desadaptativos realizados a causa del diagnóstico de la enfermedad crónica con un 46.99%, y es conocido que este tipo de comportamientos suelen estar vinculados a la ansiedad.

Estos comportamientos de evitación probablemente guarden relación directa con las experiencias vividas desde el diagnóstico de la enfermedad crónica, pues dependiendo de la enfermedad específica que el adolescente padezca, los síntomas o complicaciones pueden ser intensos, lo que a su vez puede desatar reacciones emocionales fuertes, y dichas reacciones asociarse a lugares o características de la situación en que se experimentan, de modo que la generalización o condicionamiento de dichas reacciones emocionales pueden generar el surgimiento de conductas evitativas de actividades, situaciones o lugares que se parezcan en alguna medida a los que estaban presentes al momento de la crisis.

Finalmente, el enojo podría estar vinculado con el efecto que más presencia tiene en el área afectiva, es decir, el estrés, como se describió anteriormente, altos niveles de estrés predisponen la aparición de enojo y conductas agresivas, las cuales son de hecho, las principales conductas que han sido registradas por los adolescentes a partir del diagnóstico con 55.42%. Dichos comportamientos de agresividad indican que muy probablemente los adolescentes no cuentan con los recursos de afrontamiento necesarios para manejar el estrés y las emociones que experimentan a raíz de la enfermedad crónica, ya que dichos comportamientos podrían surgir y mantenerse al cumplir la función de expresión y liberación de tensión emocional provocada por el impacto de la ENT.

Estos hallazgos en el área afectiva deben ser contrastados con la bibliografía existente acerca de la temática, por ello a continuación se describen tanto los datos que concuerdan, como los que difieren con resultados de investigaciones previas. En cuanto a resultados concordantes con la información de investigaciones previas, se tienen efectos tales como ansiedad, evitación, miedo, preocupación hacia la enfermedad, estrés, irritabilidad, enojo,

hostilidad, imagen corporal negativa, síntomas de depresión como la tristeza, la desesperanza, cansancio físico y mental, falta de apetito, desinterés por las cosas y aislamiento (Arrivillaga, et al., 2014; Cruz et al., 2014; Palacios et al., 2003; Vargas et al., 2011; Fluja et al., 2017).

Mientras que, a diferencia de lo que algunas investigaciones han encontrado, los datos del presente estudio revelan que la muestra tiene una adecuada adhesión al tratamiento, el estrés predomina por encima de la ansiedad y la depresión, el dolor en el tratamiento es poco frecuente, y hay presencia importante de alegría. Que la alegría sea de las emociones más frecuentes es un aspecto que podría vincularse a los resultados encontrados por Avendaño M., & Barra E. (2008), pues dichos autores argumentan que existe una relación inversamente proporcional entre la edad y la calidad de vida, a mayor edad se informó menor calidad de vida, y justamente alrededor del 60% de la muestra está compuesta por adolescentes de 11 a 14 años.

Además, Vazques y Hervas (2014) explican que el bienestar no necesariamente disminuye con la presencia de emociones negativas, este solo responde a los cambios en variables como optimismo, satisfacción vital, emociones positivas, gratitud, amor y otros. Esta información da sentido a los resultados obtenidos, apoya la idea de que la enfermedad crónica genera desequilibrio o labilidad emocional e indica la posible presencia de factores protectores como el cariño familiar, la diversión, la práctica de actividades recreativas y la satisfacción en ciertas áreas de la vida, entre otros.

De esta manera, se evidencia como efectos psicológicos negativos pueden convivir junto con vivencias positivas, pues desde esta perspectiva, el bienestar no pertenece al mismo continuo que el malestar, por ello, habrá mayor bienestar cuando las variables positivas aumentan, y se reducirá el malestar solamente cuando las variables negativas o aversivas disminuyan.

Los efectos emocionales descritos son matizados por las enfermedades crónicas, de modo que es probable que algunos se originen directamente del impacto de la ENT, mientras que otros lo hagan de aspectos secundarios como el tratamiento, la estigmatización, las reacciones de las demás personas, el estilo de vida, etc. Buena parte de la muestra convive con la enfermedad desde muy temprano en su vida, la influencia de todas las experiencias

vividas referentes a la misma, puede haber configurado el desarrollo de varias distorsiones cognitivas que a su vez facilitan la aparición de efectos como el estrés y emociones desagradables como el miedo, la tristeza y la ansiedad, al interpretar los sucesos de la vida de manera catastrófica o extrema.

Además, debe considerarse la posibilidad de que exista aprendizaje por observación de las reacciones emocionales de la familia ante situaciones problemáticas como el padecimiento de los adolescentes, tal y como lo ha explicado Bandura, como se citó en Zanón et al. (2016) “las respuestas emocionales pueden ser desarrolladas observando las reacciones afectivas de otros individuos sometidos a experiencias placenteras o displacenteras” (p. 20).

De modo que la familia podría estar modelando formas de afrontamiento inadecuadas; por ejemplo, si un niño observa desde pequeño como su familia reacciona con ansiedad, miedo y agresividad ante el estrés y las dificultades, lo más probable es que aprenda este comportamiento; por ello es posible que los efectos emocionales encontrados tengan que ver con un aprendizaje inadecuado de estrategias de afrontamiento y que, por ende, los adolescentes no conozcan otras formas de manejar el estrés y gestionar adecuadamente sus emociones. Esto, por supuesto, debe ser profundizado en cada caso particular, para lo cual una investigación cualitativa podría ser de utilidad.

Ahora bien, se identificó un conjunto de efectos volitivos importantes en la muestra, los cuales están estrechamente conectados a los efectos cognitivos y afectivos previamente discutidos.

Los resultados denotan la presencia de dificultades significativas en la ejecución de actividades cotidianas, ya que el 81.93% de la muestra reportó experimentar al menos un problema en este aspecto. En particular, el 51.81% de los adolescentes manifestó sentir desmotivación para llevarlas a cabo, lo cual podría vincularse a los síntomas depresivos encontrados. Asimismo, el 45.78% señaló que las frecuentes consultas y tratamientos médicos interrumpen la ejecución de dichas actividades y el 44.58% refiere que las propias características de la enfermedad les limita; estas dos últimas dificultades encontradas pueden estar favoreciendo las vivencias de estrés y ansiedad registradas, ya que el adolescente podría

sentir impotencia ante realidades que no puede cambiar y que le dificultan llevar una rutina diaria con normalidad.

Datos que coinciden con los resultados de la pregunta cuatro, figura 9, pues el 63.85% de los adolescentes indica que el tratamiento es de larga duración, un 39.75% señala que el tratamiento es estresante, un 18.07% requieren hospitalizaciones frecuentes y en la pregunta 18, figura 23, un 46.99% mencionó tener conductas evitativas, las cuales se relacionan a evitar actividades cotidianas como correr, salir a pasear, practicar deportes, entre otras, por miedo o preocupación, ya que suponen un riesgo para su salud.

A su vez, 24.1% de la muestra indicó que una de las dificultades en las actividades diarias es la falta de autonomía, ya que necesitan la ayuda de otra persona para efectuarlas, información que se corrobora con lo encontrado en la pregunta ocho, figura 13, donde un 19.28% de los adolescentes manifestó sentirse inconformes con su autonomía. Asimismo, en la pregunta 22, figura 27, un 25.3% expresó sentirse insatisfecho por la falta de libertad para salir de casa y un 16.87% por la poca privacidad que se le brinda, esto indica un impacto significativo sobre el sentido de independencia y autoestima en una parte del grupo de adolescentes.

Por otra parte, un gran porcentaje de la muestra ha presentado dificultades en la conducta escolar, es notable que el 57.83% de la muestra indica dificultad para comprender las materias, 37.35% dificultad para asistir a clases, 34.94% dificultad para hacer las tareas, 33.73% desmotivación y el 27.71% manifiesta tener dificultades en la interacción con los compañeros de la escuela y de forma global en la pregunta 22 un 31.3% indica sentir insatisfacción con su rendimiento académico. Estos problemas escolares podrían vincularse a los frecuentes tratamientos médicos por controles y hospitalizaciones que interrumpen o dificultan tener una rutina académica, como se evidencia en la pregunta cuatro, figura 9, y también pueden tener conexión con la afectación cognitiva y afectiva expuesta a largo de este apartado.

En relación con la ejecución de actividades recreativas frecuentes, con porcentajes cercanos o superiores a la mitad se encuentran, las actividades artísticas con un 75.9%, usar redes sociales con el 71.08%, jugar videojuegos con 67.47%, practicar deportes con 56.63% y ver televisión con 49.3%. En estos datos se distingue cierta tendencia a la práctica de

actividades individuales en una parte significativa de la muestra, lo cual es congruente con que solamente un 36% expresa salir con amigos regularmente, información que probablemente revela cierta dificultad en los procesos de socialización, no obstante, estos datos no pueden ser tomados como indicador total de aislamiento, ya que en contraste un 72.29% expresa salir a pasear frecuentemente, sin embargo, es una señal de alerta que insta a tomar medidas para evitar el aislamiento en esta población.

Además, un aspecto llamativo en relación con el 36.14% de adolescentes que manifestaron salir con amigos frecuentemente, es que la mayoría se encuentra en una edad de 15 a 18 años de edad, mientras que el 63.86% que no realiza dicha actividad se encuentra por debajo de esas edades, por lo cual se plantea la hipótesis de que posiblemente los adolescentes de 15 años en adelante tienden a socializar más frecuentemente con amigos en comparación con los más jóvenes, debido a que probablemente a esa edad tienen menos restricciones parentales, mayor necesidad de socializar y más oportunidades de interacción con los pares.

Otro punto importante es que el 68.67% de la muestra ha presentado al menos un comportamiento nocivo o desadaptativo desde el diagnóstico de la enfermedad crónica en su vida, destacándose por encima de la mitad con 55.42% se encuentran las conductas agresivas o de irritación, luego las conductas evitativas con el 46.99%, seguidamente las conductas autolesivas con un 15.66%, los intentos de suicidio con un 7.23 %, y el 1.2% refirió consumir sustancias psicoactivas. Estas conductas pueden estar fuertemente ligadas a la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión abordada previamente.

En cuanto a la adhesión al tratamiento se observa que la mayoría tiene una buena adherencia, pues el 60.24% de la muestra expresa cumplir cuidadosamente las indicaciones médicas, por el contrario, el 37.35% presenta una adhesión regular, ya que afirman descuidar las recomendaciones médicas y, por último, solo el 2.41% no cumple el tratamiento indicado; es decir, tienen una mala adhesión.

Por otro lado, se identificaron las principales áreas de vida afectadas en la muestra a raíz de la enfermedad crónica, según la percepción de los adolescentes. Se encontró que en primer lugar el 66.27% de la muestra concuerda en que el área física es una de las más afectadas, esto puede estar relacionado con que la enfermedad implica sintomatología

desagradable o dolorosa, efectos secundarios molestos debido al medicamento, tratamientos estresantes y de larga duración, limitaciones en ciertas actividades físicas y dificultades en el desarrollo físico normal.

En segundo lugar, el 51.81% de los adolescentes percibe que el área personal ha sido afectada, lo cual incluye sus vivencias a nivel cognitivo, afectivo y volitivo, cosa que es coherente con los hallazgos expuestos. En tercer lugar, un 43.37% de los adolescentes consideran que el área escolar fue afectada, lo cual es consistente con los resultados obtenidos en la pregunta 16, donde señalan dificultades en la comprensión de materias, la asistencia a clases, incumplimiento de tareas, desmotivación, dificultad para relacionarse con los compañeros y maestros.

En cuarto lugar, el 30.12% de los adolescentes consideran que el área social ha sido perjudicada, datos que coinciden con los resultados en diferentes preguntas, ya que en la pregunta 17, figura 22, solo un 36.14% expresó salir con amigos regularmente y, por el contrario, la gran mayoría con un 63.86% no realiza dicha actividad, asimismo en la pregunta 22, figura 27 se registró que el 26.51% afirma sentirse insatisfecho con la formación de amistades y un 26.51% se siente insatisfecho con la diversión entre amigos.

Y en quinto lugar, un 24.1% de los adolescentes piensan que el área familiar de igual manera ha sido alterada negativamente a raíz del padecimiento, lo cual podría estar relacionado con los resultados obtenidos en la pregunta 21, figura 26, en la cual se profundizó en la vida familiar, al evaluar aquellos aspectos afectados negativamente a causa de la enfermedad crónica, de acuerdo a la percepción que tienen los adolescentes, pues el 37.35% afirma que al menos un aspecto familiar se ha visto perjudicado, entre estos distinguen las actividades recreativas en familia con el 20.48%, la comunicación familiar con 14.46%, el cariño recibido con 13.25%, cuidado y apoyo familiar recibido con 8.43%, afectación emocional en familiares con 2.41% y la economía familiar con 1.2%.

No obstante, la gran mayoría con un 62.65% indica no vivenciar afectación en el área familiar, esto posiblemente denote que la familia es un factor protector importante que les brinda apoyo y afecto en el afrontamiento de la enfermedad crónica no trasmisible y su vida en general, este dato tendría relación con los hallazgos que registran la vivencia de emociones positivas como la alegría y la buena adhesión al tratamiento que presentan los

adolescentes de la muestra. Además, coincide con las observaciones realizadas durante la recolección de datos, en los que los familiares responsables de los menores, acompañan constantemente las consultas, procesos y tratamientos que reciben en el hospital.

En último lugar, el 0% de los adolescentes, es decir, ninguno percibe que el área sexual se haya visto afectada por la enfermedad, por lo que se infiere que no es una preocupación principal en su vida, no obstante, es necesario mencionar que un porcentaje mínimo de la muestra refleja cierta inquietud en este aspecto, ya que en la pregunta 22, un 15.66% expresan sentirse insatisfechos con las experiencias de noviazgo y un 2.41% con las relaciones sexuales.

Para finalizar, se valoró la percepción de insatisfacción que experimentan los adolescentes en lo que se refiere a distintos aspectos de su vida, desde el diagnóstico de la enfermedad crónica hasta la actualidad. Se encontraron datos importantes que reafirman la información obtenida en preguntas anteriores, ya que un 34.94% se siente insatisfecho con la asistencia a clases, el 31.33% con el rendimiento académico, el 30.12% con las actividades recreativas, el 25.3% con la libertad para salir de casa, el 26.51% con la formación de amistades, el 26.51% con la diversión con amigos, un 22.89% con la interacción escolar, el 16.87% con la privacidad, el 15.66% con las experiencias de noviazgo y un 2.41% con las relaciones sexuales.

Por otra parte, se analizaron los resultados de los cuatro grupos de enfermedades con mayores porcentajes de presencia en la muestra, con el propósito de evaluar las diferencias en los efectos psicológicos en los subgrupos de obesidad, epilepsia, enfermedades respiratorias y diabetes, de tal manera que se pueda comprender la relación entre las características particulares de cada ENT y los efectos registrados por los subgrupos.

En cuanto al grupo de adolescentes que padecen diabetes, se han encontrado ciertos aspectos que lo diferencian de los demás, teniendo mayor presencia de algunos efectos cognitivos, tales como, pensamientos negativos hacia la enfermedad, pensamientos relacionados con la muerte y distorsiones cognitivas de maximización, minimización, pensamiento dicotómico o polarizado, y aunque dichas distorsiones también están presentes con porcentajes elevados en los demás grupos de enfermedades, el grupo de diabetes es el único en llegar al 100%.

Asimismo, presencia importante de distorsiones como la inferencia arbitraria, sobregeneralización y abstracción selectiva; es decir, un patrón de pensamientos desadaptativos e irracionales que favorecen conclusiones catastróficas y extremas, que pueden relacionarse a los altos niveles de ansiedad, somatización, perfeccionismo, dificultad para percibir aspectos positivos de sí mismo y de su vida, autoevaluación negativa, desesperanza, ajuste emocional deficiente y dificultades para resolver conflictos.

En el área afectiva se evidencia que este grupo cuenta con mayores manifestaciones de estrés, ansiedad y depresión en comparación con los otros, y es importante mencionar que también es el grupo con menores porcentajes de alegría y miedo.

En cuanto a los efectos relacionados al estrés, se encontró que los pacientes con diabetes cuentan con mayor presencia de estrés general, con una diferencia muy significativa en comparación a los otros grupos, ya que en la pregunta 10, el estrés sobresale con 83.3% en una intensidad moderada y refleja síntomas de cansancio, irritabilidad, tensión muscular, dolores de cabeza y enojo frecuente en sus relaciones interpersonales.

Con respecto a la depresión, los datos revelaron que los pacientes con diabetes muestran un porcentaje más alto de sintomatología depresiva en comparación a los demás grupos de enfermedades, presentando altos niveles de cansancio físico y mental, desmotivación, falta de apetito, estado de ánimo triste, además, estos datos se vinculan también con algunos efectos cognitivos y comportamiento suicida registrado en el grupo, ya que un 50% tiene pensamientos sobre la muerte, un 16.7% ha tenido ideas sobre suicidio y un 16.7% ha intentado quitarse la vida; asimismo, tienen el porcentaje mayor de autolesiones con 33.3%.

Otro aspecto relevante que difiere de otros grupos de enfermedades, es que los adolescentes con diabetes presentan mayores porcentajes en dificultades para realizar actividades como ir a la escuela por asistir frecuentemente al hospital, conductas agresivas y mayor afectación del área personal (esto último lo comparte con el grupo de obesidad).

Estos hallazgos concuerdan con la visión de Gálvez y Caballero (2019), quienes plantean que el estado emocional, las conductas relacionadas con cambios en el estilo de vida para adoptar conductas saludables y la capacidad para reconocer las necesidades propias

y aceptar la enfermedad pueden estar influenciadas en gran medida por las creencias relacionadas con el nivel de amenaza y control; lo que podría explicar que el grupo de diabetes cuente con los niveles más altos de distorsiones cognitivas, predictor común de ansiedad, estrés, agresividad y autolesiones, conductas que podrían presentarse como una estrategia para controlar emociones negativas mediante la distracción por dolor, liberación de tensión o castigo y cuya relación con intentos suicidas depende de un mayor grado de desesperanza.

Por último, los adolescentes con diabetes destacan por ser el grupo que menor presencia tiene de efectos tales como: conductas evitativas, insatisfacción con aspectos de la vida cotidiana y afectación en la autoestima. Por otro lado, en comparación a los demás grupos, tienen mayor porcentaje en la realización de actividades artísticas, salir a pasear, utilizar redes sociales, salir con amigos y mejor adhesión al tratamiento.

Los efectos negativos detectados podrían relacionarse a las características de la enfermedad y el tratamiento recibido, es conocido que la diabetes conlleva un conjunto de síntomas desagradables (micciones frecuentes, aumento de apetito, aumento de sed, pérdida de peso, visión borrosa, úlceras etc.), la necesidad de controles médicos permanentes, seguir un medicamento farmacológico (insulina oral o inyectable), control de la glucosa en sangre, hacer cambios en el estilo de vida (dieta saludable y ejercicio regular) y también genera dificultades para realizar actividades cotidianas.

Definitivamente, el tratamiento a la enfermedad es complejo, y el adolescente se ve obligado a enfrentar un conjunto de desafíos para gestionar la diabetes, a esto se le suman las crisis que conlleva la etapa de desarrollo que atraviesan; con relación a ello, el 66.7% de pacientes con diabetes que están dentro de la muestra dijeron que el tratamiento es estresante y el 50% concuerda que es de larga duración. Manifestaciones de estrés, depresión y ansiedad encontradas pueden vincularse a estas dificultades, y a su vez la acumulación de dichos efectos podría estar interfiriendo en la comprensión de materias escolares y determinando la aparición de conductas autolesivas y de agresividad como formas de expresión o liberación emocional.

Asimismo, el desarrollo de distorsiones cognitivas como maximización, minimización y pensamientos polarizados que agravan los efectos emocionales adversos,

pueden tener parte de su origen en el carácter rígido del tratamiento, pues el no cumplimiento del mismo podría representar un peligro real para la salud de la persona, por lo que requiere de gran compromiso no solo de los cuidadores, sino también del adolescente, este grado de exigencia podría generalizarse a otros aspectos de la vida y dar lugar pensamientos catastróficos, extremistas como los encontrados en la investigación.

En cuanto a las enfermedades respiratorias crónicas no transmisibles, se identificaron diferentes afectaciones; en el área cognitiva se manifiestan diferentes distorsiones como la sobregeneralización (como segundo porcentaje más alto), inferencia arbitraria, pensamiento polarizado, y personalización, la cual reflejó los niveles más elevados en comparación a las demás enfermedades, al igual que el locus de control interno; sin embargo, también reveló contar con menor presencia de distorsiones de maximización-minimización y abstracción selectiva, lo que podría representar una menor tendencia de los pacientes a ignorar los aspectos positivos de su vida y su persona, así como una menor posibilidad de verse enfrascados en situaciones donde devalúen sus resultados positivos y cualidades personales.

Dichos resultados, podrían estar influyendo, en el hecho de que el grupo con enfermedades respiratorias cuente con mayor frecuencia de alegría y menor tristeza desde el diagnóstico; además, aunque se recogió evidencia de afectación de pensamientos negativos hacia la enfermedad, hacia sí mismos, de muerte, poca esperanza de un buen futuro, ideas suicidas, o de los elementos de la autoestima, es el menos afectado por ellas, de manera que es el único grupo sin datos de autolesiones o intentos suicidas.

No obstante, es el grupo con mayor presencia de culpa entre las demás enfermedades, lo que podría ser producto de la alta presencia de locus de control interno y personalización, ya que estas variables, contribuyen conjuntamente a la tendencia de adjudicar las responsabilidades de los resultados de diferentes situaciones de la vida, a sí mismos, lo que podría indicar, que ante la presencia de dificultades generadas por la enfermedad en sus vidas, como la preocupación en los familiares por su estado de salud, las complicaciones por su enfermedad o problemas con el tratamiento, los pacientes podrían pensar de forma sesgada que es su culpa.

Por otro lado, podría haber una relación entre algunos efectos como la inconformidad con la capacidad física, estrés, cansancio, dificultades para dormir, tensión muscular,

irritabilidad, angustia por resultados negativos, ritmo cardíaco acelerado o respiración agitada con las características de las enfermedades respiratorias, ya que es común que experimenten dificultades para respirar, tos, opresión en el pecho, malestar nasal, fiebre o fatiga, lo que puede limitar la libertad para realizar algunas actividades físicas.

A pesar de dichas dificultades, los pacientes con enfermedades respiratorias, son los que, en comparación a los demás, practican con mayor frecuencias deportes y salen a pasear. Son el segundo grupo con mejor adhesión al tratamiento y con menor porcentaje de insatisfacción en los aspectos de su vida, después de la diabetes. También cuentan con menos problemas para comprender materias, cumplir tareas escolares, para relacionarse con otros y es el que menos se molesta con su entorno social.

Por su parte, los efectos psicológicos encontrados en el grupo de adolescentes que padecen obesidad, poseen ciertas particularidades con respecto a los demás grupos evaluados. Lo más destacado en cuanto a afectaciones cognitivas, son los porcentajes de pensamientos negativos hacia sí mismos, de poca esperanza de un buen futuro, ideas de suicidio y locus de control externo; dichos aspectos tienen mayor frecuencia en comparación con los demás grupos. También, el grupo de obesidad presenta los segundos niveles más elevados en distorsiones cognitivas de maximización, minimización, pensamiento polarizado y pensamientos relacionados con la muerte.

En lo afectivo predomina con 60% una intensidad que va de lo moderado (40%) a lo fuerte (20%), y se tienen los porcentajes más elevados de tristeza, enojo, miedo, vergüenza, angustia por resultados negativos, inquietud, afectación del área social, desmotivación tanto en la escuela como en otras actividades de la vida diaria e insatisfacción con la apariencia física. Además, es el segundo grupo que presenta mayores manifestaciones de cansancio físico y mental, desinterés por la mayoría de cosas, autoestima desfavorable, dificultad para comprender materias y realización de conductas agresivas.

Este conjunto se caracteriza por la mayor frecuencia de realización de conductas como dormir mucho, utilizar redes sociales, videojuegos e intentos de suicidio (20%), además son el grupo que en menor medida sale con amigos, menos pensamientos automáticos experimentan y tienen la segunda menor afectación del área familiar. Cabe

recaltar que, aunque no son los que más las practican, actividades como las artísticas, salir a pasear y los deportes, tienen porcentajes mayores al 50%.

Estos efectos psicológicos encontrados pueden relacionarse tanto a consecuencias directas de la obesidad, como también factores causantes de la misma, pues si bien es cierto que existen factores genéticos o biológicos que generan una predisposición para el desarrollo de esta condición, como en el caso del hipotiroidismo (los cuales no se han incluido en el grupo de obesidad), en general los hábitos comportamentales juegan un papel determinante.

De hecho, a pesar de que el grupo presenta un porcentaje de 60% en la práctica de deportes, las demás actividades que destacan son de carácter sedentario, esto se suma a los altos niveles de tristeza, enojo, miedo, ansiedad y estrés que pueden relacionarse al surgimiento de la obesidad, ya que a veces la comida funciona como recompensa o castigo, se recurre a ella cuando se está alegre o triste, dando a la ingesta de alimentos una connotación emocional, de manera que muchos niños y jóvenes son obesos porque buscan consuelo en la comida (Sánchez M., 2015).

De esta manera, comer puede producir el efecto de reforzador positivo o negativo, es decir, agregar sensaciones agradables o disminuir las desagradables como una forma de escape, de cualquier forma, el beneficio inmediato que proporciona lleva a que esta conducta se repita y se convierta en un fuerte hábito o estrategia de afrontamiento inadecuada, a la que la persona recurrirá al experimentar emociones aversivas. Dicha situación se encuentra influenciada por factores sociales como la falta de educación emocional, en combinación con la constante exposición de la población a contenido audio visual que incita al consumo de comida chatarra y bebidas con altos niveles de azúcar, lo cual favorece el desarrollo de patrones culturales poco saludables que se modelan en la familia y transmiten de generación en generación.

Por otro lado, es probable que la obesidad haya intensificado problemáticas preexistentes y generado algunas nuevas, por ejemplo los problemas de autoestima encontrados podrían relacionarse a la importancia que dan los adolescentes a la apariencia, capacidad física y aceptación social en esa etapa de la vida, pues esto sumado a que personas con obesidad pueden ser objeto de críticas o discriminación, explicaría por qué son el grupo con mayor presencia de insatisfacción del aspecto físico, afectación del área social,

vergüenza y aislamiento, lo que a su vez contribuye al desarrollo de distorsiones cognitivas y genera mayores niveles de tristeza, enojo, ansiedad, estrés, e interfiere con el rendimiento académico y la socialización de los adolescentes.

Con respecto al grupo de pacientes diagnosticados con epilepsia se registraron datos importantes que los distinguen de los demás, a nivel cognitivo se encontró que es el grupo con mayor porcentaje de pensamientos automáticos y que los vivencian todo el tiempo. Además, manifiestan distorsiones cognitivas como abstracción selectiva, maximización y minimización, pensamiento polarizado, personalización, pero destacándose el pensamiento sobregeneralizado y arbitrario con porcentajes más altos frente a los demás grupos.

Acerca de las emociones se identificó que son uno de los grupos con porcentajes elevados de pacientes que indican sentir tristeza, sin embargo, al evaluar los síntomas depresivos específicos los porcentajes fueron bajos en comparación a los demás. Congruente con lo anterior, se registró un número bajo de pensamientos negativos y comportamiento suicida, lo que puede indicar que, si bien algunos pacientes podrían presentar manifestaciones depresivas, la mayoría experimenta tristeza, una respuesta afectiva desagradable, pero normal a la realidad que vivencian.

De manera semejante, son el segundo grupo con mayor porcentaje de pacientes que manifiestan experimentar ansiedad y estrés, y se registraron síntomas significativos en estos dos aspectos, no obstante, es importante aclarar que los porcentajes de los síntomas específicos son menores en contraste a los demás grupos. Ahora bien, estas vivencias de estrés y ansiedad podrían estar relacionadas con el miedo y/o incertidumbre de vivenciar crisis epilépticas repentinas, lo cual es concordante a que la mitad del grupo expresó sentir miedo frecuentemente; cabe señalar que también podría deberse a los demás síntomas molestos, complicaciones (cirugías), fármacos antiepilépticos, tratamientos estresantes y de larga duración que supone la enfermedad.

Los pacientes con epilepsia encabezan los porcentajes de problemas estomacales y dolores de cabeza frecuentes en los síntomas de estrés y ansiedad registrados, los cuales pueden estar vinculados también al tratamiento farmacológico que reciben para controlar las crisis epilépticas, ya que es común que experimenten ciertos efectos secundarios como dolor

de cabeza, somnolencia, entre otros; de manera análoga, fue el grupo con mayor porcentaje de síntomas molestos debido al medicamento.

En particular, la epilepsia es una enfermedad que con frecuencia es estigmatizada y discriminada según datos de la OMS, afectando así la confianza de las personas que la padecen, hecho que posiblemente esté ligado a los resultados registrados, dado que es el grupo que presenta mayor índice de afectación en la autoestima, reportando niveles de inconformidad que sobrepasan a los demás grupos, en diferentes ámbitos de su vida, entre estos: la personalidad, la capacidad para relacionarse adecuadamente con los demás, el rendimiento académico y la capacidad para realizar actividades físicas, además, es el grupo que más afectada percibe el área física.

En lo que se refiere al área conductual, se evidencian algunos efectos relevantes, en primer lugar, en el contexto escolar presentan mayor porcentaje de dificultades en la comprensión de materias y también, es el segundo grupo con mayor dificultad para cumplir con las tareas académicas, esto posiblemente esté vinculado a que el 50% expresó que las actividades cotidianas se ven obstaculizadas por ir a consulta frecuentemente y por falta de motivación. La epilepsia conlleva visitas constantes al médico, tiempo de recuperación después de una crisis y problemas cognitivos como somnolencia, cansancio, fatiga, etc. debido al medicamento, de modo que podría verse perjudicada la ejecución de actividades de estudio y afectar el rendimiento académico de los adolescentes, esto podría explicar por qué la mitad del grupo indica insatisfacción en este aspecto.

En segundo lugar, registraron un porcentaje alto de mala adhesión al tratamiento por descuidos, datos que se evidencian al observar que presentan porcentajes significativos en práctica de actividades como jugar videojuegos y uso de redes sociales, ya que es un grupo que debe mantener al mínimo la exposición a luminosidad por pantallas. Finalmente, presentan el mayor porcentaje de insatisfacción en cuanto a la libertad para salir de casa; como ya se ha mencionado, los pacientes con epilepsia pueden padecer crisis en cualquier lugar, por lo que es posible que los padres restrinjan su libertad para evitar accidentes que pongan en riesgo la salud del adolescente.

5.3. Diagnóstico

La muestra de pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un grupo heterogéneo compuesto por personas del sexo masculino y femenino, con edades entre los 11 a 18 años y que padecen distintos tipos de ENT. En el grupo se ha encontrado el predominio de locus de control interno, buenos niveles de adherencia al tratamiento, ausencia de dolor, presencia importante de alegría, baja afectación del área familiar y de la mayoría de aspectos relacionados con la autoestima. También, destaca la realización de actividades artísticas relacionadas con la música, la poesía, el dibujo, la pintura, el canto, los paseos y la práctica de deportes.

Sin embargo, una serie de factores como el diagnóstico de una ENT a temprana edad (en su mayoría de los 6 a 10 años de edad), la sintomatología presentada, las características del tratamiento y los cambios en su vida, han generado una serie de dificultades psicológicas. En el área cognitiva se identificó una serie de patrones de pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas de sobregeneralización, pensamiento dicotómico, maximización-minimización, inferencia arbitraria, abstracción selectiva y personalización, que promueven pensamientos automáticos intrusivos de carácter negativo, relacionados con la enfermedad, a sí mismos, a la muerte, a la desesperanza y en menor medida al suicidio.

Asimismo, en el área afectiva se han encontrado altos niveles de estrés y presencia importante de manifestaciones de miedo, depresión, ansiedad y enojo, con síntomas como irritabilidad, dolor de cabeza, tensión muscular, estado de ánimo triste, desmotivación, angustia, aprehensión, inquietud, insomnio, cansancio tanto físico como mental e insatisfacción con el aspecto físico.

Con respecto al área volitiva, se evidencian dificultades importantes en la realización de actividades cotidianas como la práctica de actividades deportivas, la comprensión de materias, asistencia a clases y realización de tareas, esto principalmente a causa de la desmotivación, las frecuentes visitas al hospital por tratamientos médicos y las limitaciones mismas de la enfermedad.

Además, en el área social se evidenció que una importante parte de la muestra practica con frecuencia actividades recreativas de carácter sedentario que de no regularse

podrían fomentar el aislamiento social y resultar contraproducentes para la salud tanto física como mental, tales como la utilización de videojuegos, redes sociales y televisión. De igual manera, se reveló la existencia de comportamientos disfuncionales o desadaptativos, pues hay presencia importante de conductas de irritabilidad o agresividad y de evitación a lugares, situaciones o actividades por miedo o preocupación. Debe agregarse, que, aunque es un porcentaje muy reducido, hay cierta presencia de autolesiones e intentos de suicidio.

De todo lo anterior puede inferirse que el impacto del diagnóstico, la enfermedad crónica y el tratamiento, en combinación con otros factores internos y externos a la persona, han configurado el desarrollo de distorsiones cognitivas que intensifican y mantienen efectos como estrés, miedo, ansiedad y manifestaciones de depresión, los cuales interfieren con diferentes aspectos de la vida de los adolescentes, dificultando la comprensión y desenvolvimiento adecuado en lo académico, en la interacción social y otras actividades, lo que genera desmotivación, inseguridad e insatisfacción con el aspecto físico, además de la externalización del problema a partir de irritabilidad, enojo o agresividad, conductas que permiten, aunque de forma inadecuada la expresión emocional, lo que refuerza las conductas problema al cumplir la función de liberar el estrés y la tensión emocional.

VI. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

1- Los resultados obtenidos demuestran que las enfermedades crónicas no transmisibles inciden significativamente en la salud mental de los pacientes adolescentes del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, pues facilitan el desarrollo de distorsiones cognitivas, estrés, miedo, síntomas de depresión, ansiedad, insatisfacción con el aspecto físico, desmotivación, dificultades en la realización de actividades cotidianas y comportamientos disfuncionales como conductas de irritabilidad o agresividad y de evitación. Estos datos validan la hipótesis planteada, en la que se afirma que los pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el hospital Benjamín Bloom presentan efectos psicológicos a raíz de las enfermedades crónicas que padecen.

2- Existen efectos psicológicos comunes entre personas con enfermedades crónicas no transmisibles distintas, esto puede deberse a las características generales que comparten las ENT. En contraste, hay variaciones específicas dependiendo del tipo de ENT, pues las características de estas impactan con mayor o menor fuerza diferentes áreas, como la obesidad que afecta considerablemente la apariencia física y la satisfacción con la misma, o la diabetes que parece generar mayores niveles de estrés. Ahora bien, dichos datos provenientes del análisis comparativo no son concluyentes, ya que la muestra para cada grupo es pequeña y podría no ser representativa, por tanto, no se confirma ni descarta la hipótesis que afirma que se presentarán diferentes efectos psicológicos a nivel cognitivo, afectivo y volitivo de acuerdo a las características particulares de la enfermedad crónica.

3- Se ha evidenciado que las ENT generan efectos negativos e insatisfacción sobre tres principales áreas de vida de los pacientes adolescentes; la física, personal y escolar. El área física es directamente afectada por la enfermedad, el tratamiento y las limitaciones que genera. El área personal se ve afectada por el conjunto de efectos psicológicos que se desarrollan por el impacto de la enfermedad. Por último, el área escolar se ve afectada como una consecuencia de la interferencia que ejercen los efectos psicológicos en la ejecución de actividades escolares. Por ende, se toma como válida la hipótesis de que afirma que las ENT

afectan negativamente el grado de satisfacción percibido en las diferentes áreas de vida de los pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el Hospital Benjamín Bloom.

4- El diagnóstico realizado denota una afectación psicológica importante en la población de adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, lo cual afecta de gran manera su calidad de vida, por ello se vuelve imprescindible la implementación de medidas que permita a los pacientes acceder a servicios de la salud mental. De lo anterior surge la necesidad del curso autoformativo virtual, como una herramienta que facilite la psicoeducación y la obtención de recursos para afrontar los efectos psicológicos encontrados en la población.

5- A diferencia de los resultados de investigaciones antecedentes, el área familiar y social no están dentro de las más afectadas, además se evidenció ausencia casi absoluta de dolor y presencia significativa de alegría en la muestra. Estos niveles de alegría con porcentajes iguales a otras emociones negativas, como el miedo, pueden ser señal del desequilibrio emocional provocado por el impacto de la enfermedad, y refuerza la hipótesis de Vazques y Hervás (2014) acerca de que el bienestar y el malestar no pertenecen al mismo continuo, de forma que efectos negativos o adversos pueden convivir con vivencias afectivas agradables, la presencia de unas, no necesariamente significa la ausencia de las otras.

6.2. Recomendaciones

1- Conforme a la afectación psicológica encontrada en los pacientes adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles, mediante de la investigación, se vuelve importante que el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom implemente el curso autoformativo creado por el equipo investigador, como una herramienta complementaria a la atención psicológica que brinda, ya que ha sido diseñado específicamente para las necesidades de esta población, con el objetivo principal de abordar y prevenir las dificultades psicológicas encontradas, a través de procesos psicoeducativos que permitan a los adolescentes adquirir nuevos conocimientos y habilidades para cuidar su salud mental.

2- Se recomienda tomar con precaución los resultados referentes a análisis comparativo de los principales subgrupos de ENT (diabetes, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas y epilepsia), puesto que lo ideal sería realizar dicho análisis con grupos

de ENT conformados por muestras más grandes y por un número igual o al menos similar de pacientes para cada uno, así como también complementar los datos con investigación cualitativa. También es aconsejable realizar futuras investigaciones centradas en la evaluación de efectos de enfermedades crónicas específicas, de manera que la información obtenida pueda contrastarse con los resultados de este informe, y validar o descartar la hipótesis que afirma que se presentarán diferentes efectos psicológicos a nivel cognitivo, afectivo y volitivo de acuerdo a las características particulares de la enfermedad crónica.

3- Ante la situación que viven los adolescentes con ENT, se sugiere que las instituciones responsables de brindar atención, ofrezcan un apoyo integral, donde se aborden las necesidades de la población no sólo desde el área médica, a los síntomas y el estado de salud, sino también, a las dificultades psicológicas y relacionales que pueden desencadenar el desarrollo de problemas que empeoran la calidad de vida de las personas, aun cuando la salud física pueda encontrarse estable, por lo que se insta al hospital Benjamín Bloom, a mantener esfuerzos por atender la salud mental de sus pacientes.

4- De acuerdo a los avances metodológicos alcanzados mediante el diseño del curso autoformativo de bienestar emocional se propone que el MINSAL, el MINED, el Ministerio de Cultura de El Salvador y otras instituciones pertinentes, unan esfuerzos en la creación de políticas sobre salud mental y la formación de proyectos diseñados por psicólogos en combinación con desarrolladores y programadores, para facilitar el acceso a la salud mental mediante el uso de la tecnología a la población salvadoreña, de tal manera que programas de carácter autoaplicado puedan contribuir a la prevención e intervención de diferentes problemáticas, ya que obstáculos como la distancia, los horarios y el espacio físico no serían factores que limiten a la población a participar.

5- A pesar de que la vivencia de emociones agradables y desagradables es parte inherente al ser humano, el aumento o mantenimiento de factores protectores como la atención a la salud integral, apoyo y cariño familiar, acceso a la recreación, educación y socialización, pueden significar elementos importantes para la experiencia de bienestar, por ello se sugiere a los entes involucrados (familias, CENID, escuelas) mantener esfuerzos no solamente en la disminución de variables generadoras de malestar, sino también en promover presencia de factores que generen vivencias afectivas agradables en los adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Capítulo VII. Propuesta

7.1. Nombre del curso autoformativo: “Mi lugar seguro”.

7.2. Presentación del curso

El curso autoformativo “Mi lugar seguro” está dirigido a pacientes adolescentes con enfermedades crónicas no transmisibles, y tiene como propósito fomentar el aprendizaje interactivo mediante el uso de herramientas virtuales, a fin de psicoeducar sobre temáticas de salud mental relacionadas a los principales efectos psicológicos identificados en adolescentes con ENT, y al mismo tiempo, proporcionar estrategias prácticas que permitan la reducción de dichos efectos.

El curso se compone por seis jornadas de psicoeducación acerca de diversas temáticas que comprenden la gestión emocional, la influencia del pensamiento sobre la emoción y la conducta, el estrés, la ansiedad, la depresión y el autocuidado. Dichas jornadas consisten en presentaciones virtuales interactivas que resultan interesantes para los adolescentes, ya que esta forma de presentar la información es más inmersiva que otras utilizadas para la transmisión de conocimientos, pues implica activamente al individuo en el proceso y expone las temáticas de manera divertida, tanto a través de estímulos visuales como auditivos, lo que a su vez ayuda a que la información llegue con mayor facilidad a esta población en particular.

7.3. Actividades

Cada jornada utiliza diferentes estrategias para la psicoeducación de las temáticas, no obstante, de manera general, el curso contiene actividades como el desarrollo de historias, cuentos o metáforas, juegos de roles, videos informativos, lecturas y preguntas interactivas. También se fomenta la utilización de conductas beneficiosas para la salud tanto física como mental, al proporcionar estrategias prácticas de fácil aplicación.

7.4. Fundamentación teórica

El curso se ha desarrollado sobre la base del modelo cognitivo conductual de la psicología, pues este considera que la cognición es un puente entre la emoción y la conducta; asimismo, la psicoterapia desde esta perspectiva se centra en el aprendizaje y adquisición de recursos tanto cognitivos como conductuales, que permitan el afrontamiento adecuado de situaciones problemáticas y la gestión emocional idónea. Es por ello que el curso autoformativo “mi lugar seguro”, se centra en proporcionar a los adolescentes conocimientos y estrategias que suponen nuevos recursos de afrontamiento ante los efectos psicológicos relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles.

De igual manera, toma en cuenta el modelo biopsicosocial, ya que no solo se centra en factores psicológicos, pues el curso busca contribuir al bienestar integral del adolescente a partir de la promoción de conductas de autocuidado físico o biológico y la implementación de estrategias que impacten positivamente las relaciones sociales.

7.5. Objetivos

7.5.1. Objetivo general

Establecer un espacio ameno de aprendizaje interactivo mediante el uso de variadas herramientas digitales con el fin de psicoeducar sobre temáticas relacionadas a los principales efectos psicológicos identificados en adolescentes con ENT.

7.5.2. Objetivos específicos

-Promover el uso de estrategias de pensamientos racionales a través de técnicas y actividades psicoeducativas interactivas con el objetivo de minimizar la presencia de distorsiones cognitivas.

-Fomentar el desarrollo de habilidades de autorregulación y autocontrol emocional mediante técnicas psicológicas interactivas con el fin de disminuir las dificultades relacionadas con las experiencias afectivas.

-Concientizar acerca de la importancia del autocuidado por medio de la psicoeducación con el fin de lograr un aumento de las conductas que contribuyen al bienestar integral de los adolescentes.

7.6. Justificación

Como se ha mencionado a lo largo de la investigación, las enfermedades crónicas no transmisibles suponen una de las principales causas de muertes en el mundo. Y estas generan múltiples efectos, tanto en la vida de las personas que las padecen, a nivel físico, psicológico y social, como en los entornos cercanos al paciente (familia, amigos, escuela y compañeros). En los adolescentes diagnosticados con estas condiciones físicas, los efectos pueden verse aumentados debido a los desequilibrios y cambios que experimentan por la etapa de desarrollo que atraviesan.

Sumado a lo anterior, también existen dificultades en la atención especializada para niños y adolescentes con enfermedades crónicas en las zonas rurales de El Salvador, lo cual vuelve más desfavorable la situación, ya que tienen que recorrer largas distancias para desplazarse hasta la capital y poder recibir la atención que necesitan en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, el único centro de salud público a nivel nacional que da cobertura especializada a niños y adolescentes. Estas limitantes son un obstáculo significativo por el costo, distancia y tiempo que suponen para las familias y los pacientes.

Estas circunstancias motivaron el desarrollo de la presente investigación, la cual permitió identificar los principales efectos psicológicos relacionados con el padecimiento de una ENT. Entre los resultados se encontró presencia significativa de distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos intrusivos de carácter negativo, relacionados con la enfermedad, a su persona y las expectativas de vida; altos niveles de estrés y presencia importante de manifestaciones de miedo, enojo y algunos síntomas importantes de depresión y ansiedad. Además, de algunas conductas de irritabilidad, agresividad y evitación.

Cabe mencionar que en el país existen escasas investigaciones desde la psicología que se dediquen a estudiar este problema de salud y los efectos que genera en esta población; esta situación se vuelve más preocupante, ya que son pocas las propuestas que permiten el abordaje de los efectos psicológicos en la población de pacientes adolescentes con ENT en

El Salvador. Por lo tanto, el presente estudio se vuelve un avance investigativo importante para el país.

Con este panorama desalentador expuesto, se vuelve necesario tanto el aporte investigativo de diagnóstico y como el abordaje psicológico sobre los efectos psicológicos en la población mencionada: por ello, el curso autoformativo propuesto “Mi lugar seguro” busca ofrecer una alternativa psicoeducativa, digital e interactiva, que aborde los efectos psicológicos con base a los fundamentos de los modelos biopsicosocial y cognitivo conductual, con el propósito de brindar herramientas que faciliten el aprendizaje de habilidades que minimicen los efectos psicológicos generados por el impacto del padecimiento.

Este curso autoformativo será, en primera instancia, de gran beneficio para la población adolescente que padece ENT, ya que es un curso diseñado con base a las necesidades psicológicas encontradas mediante el estudio, por lo que los adolescentes podrán trabajar en sus dificultades personales siempre que lo deseen y tengan acceso a internet. Por lo tanto, se espera lograr que sus usuarios comprendan la temática de las emociones básicas, del estrés y la ansiedad; qué función adaptativa cumplen y cómo gestionarlas adecuadamente. De igual manera, se espera promover mayor conocimiento sobre depresión y suicidio, a fin de eliminar estigmas y proporcionar estrategias de afrontamiento oportunas. Y, por último, promover la práctica de actividades de autocuidado que beneficien la salud del adolescente.

Como consecuencia de ello, también se verán beneficiados los familiares de los pacientes adolescentes y el Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”, puesto que podrán contar con una nueva herramienta de atención psicológica accesible, basada en resultados científicos y creada para su autoaplicación en pacientes adolescentes con ENT, de tal modo que no será necesario capacitar a un profesional para aplicar la herramienta.

7.8. Metodología

El curso autoformativo “Mi lugar seguro” se desarrolla mediante la modalidad virtual. Los participantes podrán acceder a la plataforma digital mediante un enlace o código QR compartido directamente por el equipo investigador o por el Hospital Nacional de Niños

Benjamín Bloom, a través del uso del celular, tablet o laptop, en cualquier lugar y momento del día, a fin de que se adapte a la disponibilidad de tiempo de cada adolescente, sin interferir en otras actividades importantes al brindarles la oportunidad de aprender a su propio ritmo.

Este vínculo inicial los dirige en primera instancia a un sitio web, donde encuentran el nombre del curso, un video introductorio, las indicaciones generales para el uso del curso, la presentación del equipo profesional creador del curso, los enlaces de acceso a cada jornada y una biblioteca virtual que contiene todas las herramientas o recursos psicoeducativos compartidos en las jornadas.

Las jornadas virtuales en general utilizan como plataforma principal la herramienta en línea denominada “Genially”, a través de la cual acceden a diferentes presentaciones y juegos visuales e interactivos, que tienen como propósito la psicoeducación de diferentes temáticas sobre salud mental, basadas en los resultados de la investigación.

Cada jornada tiene una estructura sencilla (introducción, desarrollo del contenido y evaluación de la jornada) y abordan un tema específico a través de diferentes actividades divertidas e interactivas, tales como: historias breves, metáforas, ejemplos, lecturas, videos informativos, juegos, preguntas, entre otros. Todas las jornadas tienen una duración aproximada entre 30 o 35 minutos para su resolución, debido a que se considera un tiempo prudencial para que los adolescentes mantengan su atención en el contenido, el cual está adaptado para la comprensión de la población adolescente al mantener el uso de un lenguaje claro.

El curso “Mi lugar seguro” tiene un formato individual, para que cada participante se sumerja en la experiencia psicoeducativa de manera autónoma; no obstante, en los casos de adolescentes que tienen dificultades para manejar las plataformas virtuales, se recomienda que estén acompañados por un adulto que pueda orientarlos durante el proceso.

7. 9. Planes operativos



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Planes operativos del curso autoformativo “Mi lugar seguro”

Módulo	Objetivo	Contenido del módulo	Logros esperados	Tiempo aprox.
1. “Mi mundo interior”	Exponer la función de las emociones básicas mediante diapositivas interactivas virtuales con el propósito de fomentar la práctica de una adecuada gestión emocional.	-Video introductorio sobre el tema de las emociones, donde se brindan algunas aclaraciones acerca de la clasificación de las emociones, la validez de las emociones negativas como adaptativas y desmitificación de ideas erróneas relacionadas con las mismas y la forma de gestionarse comúnmente. -Explicación del significado de las emociones, sus características y las diferentes funciones que cumplen en la vida cotidiana. -Desarrollo de un proceso que permite ejemplificar la forma de aprender a identificar las emociones básicas.	-Comprensión de lo que es una emoción, sus características, clasificación y funciones adaptativas. -Aprendizaje del proceso para identificar las emociones y la forma adecuada de gestionarlas. -Desmitificar las ideas erróneas relacionadas con	35 minutos.

		<p>-Explicación de la forma adecuada de gestionar las emociones de alegría, enojo, tristeza y miedo, mediante diferentes técnicas y estrategias que facilitan el desarrollo de habilidades de autocontrol y autorregulación emocional, así como la relajación mental, la catarsis y toma de decisiones para evitar conflictos.</p> <p>-Explicación de una actividad que permite la identificación de la forma particular en que se experimentan las emociones y los planes de contingencia a establecer para cuando cada una se presente en su vida.</p> <p>-Evaluación final del contenido de la jornada, con el fin de reforzar los aprendizajes sobre la temática mediante el uso de diferentes preguntas de opción múltiple.</p> <p>Enlace de acceso: https://mi-lugar-seguro.weebly.com/</p>	la temática de las emociones.	
--	--	---	-------------------------------	--

<p>2. “El poder de mis pensamientos”</p>	<p>Explicar la influencia de los pensamientos sobre las emociones y conductas, a partir de diapositivas inmersivas e interactivas, con la finalidad de promover formas de pensar más adaptativas en los adolescentes.</p>	<p>-Desarrollo de una historia en forma de novela visual, donde se evidencia como cada persona reacciona de forma distinta a las situaciones vividas, de acuerdo a sus experiencias y formas de pensar. También, la historia ayuda a comprender como los pensamientos pueden llegar a causar malestar.</p> <p>-Explicación del ABC de Albert Ellis a través de ejemplos interactivos que exponen la forma en que los pensamientos influyen las reacciones emocionales y conductuales de las personas, lo que en ocasiones puede ocasionar malestar y problemas interpersonales.</p> <p>-Explicación audiovisual de los distintos tipos de distorsiones cognitivas y desarrollo de ejemplos interactivos de como este tipo de pensamientos afectan negativamente el bienestar emocional de las personas.</p>	<p>-Comprensión de la relación entre pensamientos, emociones y conductas.</p> <p>-Capacidad para identificar y distinguir entre las principales formas de distorsiones cognitivas presentadas.</p> <p>-Capacidad y disposición para identificar y cuestionar los propios pensamientos negativos y tener en cuenta otras posibles explicaciones.</p>	<p>30 minutos.</p>
--	---	---	---	--------------------

		<p>-Evaluación de la jornada mediante preguntas interactivas de opción múltiple, acerca de los diferentes tipos de distorsiones cognitivas.</p> <p>-Video resumen del módulo.</p> <p>Enlace de acceso: https://mi-lugar-seguro.weebly.com/</p>		
3. “El museo del estrés”	<p>Conocer la función del estrés a través del desarrollo de diferentes actividades interactivas con el objetivo de proporcionar estrategias y técnicas que eviten el desarrollo del</p>	<p>-Explicación dinámica acerca del estrés, ¿qué es?, sus signos, su utilidad adaptativa, la clasificación y diferencia entre el estrés negativo y positivo.</p> <p>-Desarrollo de una analogía terapéutica que ejemplifica la importancia de la gestión adecuada del estrés y las emociones en general a través de su expresión.</p> <p>-Descripción detallada de las actividades de autocuidado, técnicas de relajación, resolución de problemas y modificación de ideas erróneas que permiten la adecuada gestión del estrés.</p>	<p>-Comprensión de la diferencia entre el estrés y el distrés.</p> <p>-Que se identifiquen los diferentes signos de distrés, a nivel cognitivo, emocional y conductual.</p> <p>-Que se fomente la práctica de técnicas y actividades que ayudan a gestionar el estrés.</p>	35 minutos.

	estrés negativo o distrés.	-Evaluación general del contenido de la jornada mediante diferentes preguntas interactivas. Enlace de acceso: https://mi-lugar-seguro.weebly.com/	-Reforzar los aprendizajes mediante diferentes preguntas interactivas.	
4. “El bosque de la ansiedad”	Proporcionar conocimientos y estrategias importantes acerca de la ansiedad, por medio de la exposición lúdica e interactiva, con el objetivo de que los adolescentes adquieran nuevos recursos para gestionar la ansiedad y	-Explicación interactiva de la diferencia existente entre miedo y ansiedad. -Exposición acerca de las características y los síntomas más comunes de la ansiedad, asimismo las complicaciones que esta puede representar en ciertas ocasiones. -Presentación de una serie de estrategias o recomendaciones para el manejo de la ansiedad, entre las cuales figuran estrategias de expresión emocional (vaciado mental), técnicas de relajación, resolución de problemas, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos inadecuados. También, se desarrollan ejemplos que ayudan a la	-Capacidad para diferenciar entre el miedo y la ansiedad. -Conocimiento general de las características y síntomas de la ansiedad. -Capacidad para identificar los momentos en que se experimenta ansiedad.	35 minutos.

	<p>afrentar situaciones problemáticas.</p>	<p>comprensión de la forma en que pensamientos catastróficos aumentan los síntomas y la intensidad de la ansiedad como un ciclo de retroalimentación positiva, y como algunos tipos de pensamientos pueden interferir con el adecuado afrontamiento de desafíos, responsabilidades o problemas de la vida cotidiana.</p> <p>-Evaluación de la jornada mediante una serie de preguntas interactivas acerca de las características de la ansiedad, el miedo, estrategias de afrontamiento y los pensamientos.</p> <p>Enlace de acceso: https://mi-lugar-seguro.weebly.com/</p>	<p>-Conocimiento de estrategias a realizar para el manejo de la ansiedad.</p>	
5. “Un viaje inesperado”	<p>Brindar información sobre depresión y suicidio mediante diferentes actividades</p>	<p>-Desarrollo de una historia que representa una analogía de cómo se experimenta la depresión, explicando su significado, sintomatología a nivel cognitivo, emocional y volitivo.</p>	<p>-Conocimiento sobre la depresión y la forma en que se manifiesta.</p>	35 minutos.

	<p>interactivas y ejemplos gráficos, con el propósito de que los adolescentes puedan adquirir conocimientos y estrategias para afrontar adecuadamente estas dificultades.</p>	<p>-Desmitificación de ideas equivocadas relacionadas con el suicidio, y explicación detallada mediante ejemplos visuales de la forma en que una ENT puede generar síntomas relacionados a la depresión, y la forma sana de afrontar episodios depresivos y evitar autolesiones e ideas suicidas.</p> <p>-Presentación de información relacionada a contactos en línea para ayuda o apoyo en casos de emergencia por riesgo de suicidio.</p> <p>-Evaluación general de contenido del módulo mediante una variedad de preguntas de opción múltiple que refuerzan aprendizajes acerca de la depresión y el suicidio.</p> <p>Enlace de acceso: https://mi-lugar-seguro.weebly.com/</p>	<p>-Desmitificar estigmas relacionados con el suicidio y la depresión.</p> <p>-Comprensión sobre la forma adecuada de afrontar la depresión o los signos relacionados con ella, a través de diferentes técnicas que permiten la relajación, la modificación de ideas distorsionadas y alternativas de conductas sanas.</p>	
6. “Mi bienestar es primero”	<p>Exponer la importancia del autocuidado</p>	<p>-Ejemplificar las consecuencias de la falta de atención y cuidado hacia uno mismo, a través de una</p>	<p>-Comprensión de la importancia del</p>	30 minutos.

	<p>físico a través de diapositivas interactivas, con el fin de que los adolescentes puedan informarse y asumir el compromiso de retomar acciones a favor de su bienestar físico en las diferentes dimensiones que implica.</p>	<p>breve historia interactiva y preguntas reflexivas, que abordan el descuido físico.</p> <p>-Desarrollo del tema del autocuidado, los tipos de autocuidado y profundización en el autocuidado físico, a partir de diferentes juegos interactivos y recursos audiovisuales que exponen información relacionada.</p> <p>-Promoción de la planificación de actividades diarias, con énfasis en la incorporación de hábitos saludables que fomenten el autocuidado físico.</p> <p>Enlace de acceso: https://mi-lugar-seguro.weebly.com/</p>	<p>autocuidado físico y las dimensiones de este.</p> <p>-Identificación de las consecuencias a nivel físico y mental debido la falta de atención y cuidado al propio cuerpo.</p> <p>-Adquisición de recursos que le permita establecer rutinas de autocuidado físico.</p>	
--	--	--	---	--

Anexos

Anexo 1. Carta de solicitud para la realización de la investigación, dirigida al Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Departamento
de Psicología

Ciudad Universitaria, 11 de marzo de 2024

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez.
Director del Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"
Presente.

Reciba un cordial saludo, así como nuestros mejores deseos de éxito en tan importante institución. Nos dirigimos a usted con el objetivo de solicitarle de la manera más atenta autorización para que nosotros: Jakelin Beatriz Delgado Cartagena, Michael Jossué Zelaya Carranza y Leonet Isai Zelaya Carranza, estudiantes egresados de la carrera licenciatura en Psicología, de la Universidad de El Salvador, podamos realizar el proyecto de grado denominado "*Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamín Bloom*", dentro del Centro de Excelencia para Niños con Inmunodeficiencia (CENID), en coordinación con el Dr. Luis Guillermo Castaneda Villatoro.

Para el desarrollo de la investigación se requiere la aplicación del instrumento de recolección de datos titulado "*Cuestionario de Evaluación de Efectos psicológicos generados por Enfermedades Crónicas no Transmisibles para Adolescentes*" con una población aproximada de 83 pacientes adolescentes que padezcan una enfermedad crónica no transmisible, que acudan a CENID y que sus padres o responsables brinden consentimiento informado para su participación, cabe mencionar que dicho instrumento ha sido aprobado por criterio de jueces tanto del área psicológica como médica. Se estima un aproximado de tres meses para la recopilación de información, no obstante, este número puede variar de acuerdo a la concurrencia de pacientes a CENID.

En espera de una respuesta favorable, nos despedimos de usted.

Atentamente.

Jakelin Beatriz Delgado Cartagena.

Michael Jossué Zelaya Carranza.

Leonet Isai Zelaya Carranza.

Wilber Alfredo Hernández Palacios
Jefe del Departamento de psicología



Anexo 2. Carta de solicitud para criterio de jueces dirigida a diferentes profesionales.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Ciudad universitaria, 26 de febrero de 2024.

Licenciado.

Docente del Departamento de Psicología.

Facultad de Ciencias y Humanidades.

Presente.

Reciba un cordial saludo de parte de **Jakelin Beatriz Delgado Cartagena DC17015**, **Leonet Isai Zelaya Carranza ZC16006** y **Michael Jossué Zelaya Carranza ZC18002**, estudiantes egresados del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias y Humanidades en la Universidad de El Salvador, deseándole salud y éxito en sus labores profesionales.

De la manera más atenta, le solicitamos a usted Lic. que en calidad de profesional de la salud mental, pueda brindarnos una revisión del instrumento de recolección de datos, que se ha elaborado como parte de nuestro proceso de grado, el cual lleva por título: “Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamin Bloom” ya que consideramos que gracias a su experiencia y vocación, cualquier retroalimentación que pueda brindarnos contribuirá positivamente al desarrollo de la investigación. Adjuntamos el cuestionario seguido de esta carta.

Agradeciendo su tiempo y colaboración, nos despedimos cordialmente y quedamos atentos a cualquier observación que pueda surgir.

“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”

Atentamente:

Jakelin Beatriz Delgado Cartagena

Leonet Isai Zelaya Carranza

Michael Jossué Zelaya Carranza

Anexo 3. Constancias de aprobación del instrumento de recolección de datos.

San Salvador, 01 de Marzo del 2024.

A quien interese.

Presente.

Reciba un cordial saludo.

Por este medio hago constar que yo, Doris Patricia López Andrade, en calidad de profesional de la salud mental, he sido juez evaluador del instrumento denominado **“cuestionario de evaluación de efectos psicológicos generados por enfermedades crónicas no transmisibles para adolescentes”**, que será aplicado durante el proceso de investigación para optar al grado de licenciatura en Psicología, relativo al tema **“Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamín Bloom”**.

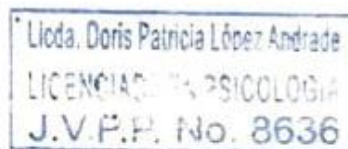
Por lo tanto, doy fe que habiendo observado y revisado el instrumento, lo apruebo con observaciones X, o sin observaciones _____, y lo considero válido para ser aplicado en la investigación.

Atentamente.

Firma.



Sello.



San Salvador, 04 de marzo del 2024.

A quien interese.

Presente.

Reciba un cordial saludo.

Por este medio hago constar que yo, Roxana María Galdámez Velásquez, en calidad de profesional de la salud mental, he sido juez evaluador del instrumento denominado **“cuestionario de evaluación de efectos psicológicos generados por enfermedades crónicas no transmisibles para adolescentes”**, que será aplicado durante el proceso de investigación para optar al grado de licenciatura en Psicología, relativo al tema **“Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamín Bloom”**.

Por lo tanto, doy fe que habiendo observado y revisado el instrumento, lo apruebo con observaciones ✓, o sin observaciones _____, y lo considero válido para ser aplicado en la investigación.

Atentamente.

Firma. _____



Sello. _____

Licda. Roxana María Galdámez Velásquez
MASTER EN PSICOLOGÍA
J.V.P.P. No. 2874

San Salvador, 5 de MAYO del 2024.

A quien interese.

Presente.

Reciba un cordial saludo.

Por este medio hago constar que yo, José Ángel Meléndez Sánchez, en calidad de profesional de la salud mental, he sido juez evaluador del instrumento denominado **“cuestionario de evaluación de efectos psicológicos generados por enfermedades crónicas no transmisibles para adolescentes”**, que será aplicado durante el proceso de investigación para optar al grado de licenciatura en Psicología, relativo al tema **“Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamín Bloom”**.

Por lo tanto, doy fe que habiendo observado y revisado el instrumento, lo apruebo con observaciones X, o sin observaciones _____, y lo considero válido para ser aplicado en la investigación.

Atentamente.

Firma.



Sello.

JVPP Nº 1670

San Salvador, 07 de Mayo del 2024.

A quien interese.

Presente.

Reciba un cordial saludo.

Por este medio hago constar que yo, Bartolo Atilio Castellanos Arias, en calidad de profesional de la salud mental, he sido juez evaluador del instrumento denominado **“cuestionario de evaluación de efectos psicológicos generados por enfermedades crónicas no transmisibles para adolescentes”**, que será aplicado durante el proceso de investigación para optar al grado de licenciatura en Psicología, relativo al tema **“Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamín Bloom”**.

Por lo tanto, doy fe que habiendo observado y revisado el instrumento, lo apruebo con observaciones , o sin observaciones , y lo considero válido para ser aplicado en la investigación.

Atentamente.

Firma.



Sello.

Lic. Bartolo Atilio Castellanos Arias
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
J.V.P.P. No. 2610

J.V.P.P.

2610

San Salvador, 21 de Marzo del 2024.

A quien interese.


Presente.

Reciba un cordial saludo.

Por este medio hago constar que yo, Luis Guillermo Castaneda Villatoro, en calidad de profesional de la salud, he sido juez evaluador del instrumento denominado **“cuestionario de evaluación de efectos psicológicos generados por enfermedades crónicas no transmisibles para adolescentes”**, que será aplicado durante el proceso de investigación para optar al grado de licenciatura en Psicología, relativo al tema **“Enfermedades crónicas y sus efectos psicológicos en pacientes adolescentes del Hospital Benjamín Bloom”**.

Por lo tanto, doy fe ~~que~~ habiendo observado y revisado el instrumento, lo apruebo con observaciones , o sin observaciones , y lo considero válido para ser aplicado en la investigación.

Atentamente.

Firma. 

Sello.
Dr. Luis Guillermo Castaneda Villatoro
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 6762

Anexo 4. Modelo de consentimiento informado dirigido a padres y responsables de los adolescentes entrevistados.

Consentimiento informado

La presente investigación tiene como objetivo identificar los principales efectos psicológicos que las enfermedades crónicas no transmisibles generan en los pacientes adolescentes que reciben tratamiento en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. La participación del adolescente en la investigación consiste en responder un cuestionario de 22 preguntas con una duración aproximada de 35 minutos, el cual contempla aspectos referentes a las características de la enfermedad, el tratamiento y las experiencias del paciente en cuanto a emociones, pensamientos y conductas desde el padecimiento. Dicho procedimiento no afectará en ningún modo la integridad física, social, emocional o psicológica del adolescente, y la información proporcionada será estrictamente confidencial, de modo que será empleada únicamente para efectos de la investigación.

Este estudio es realizado por los estudiantes egresados del Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador:

- Delgado Cartagena Jakelin Beatriz.
- Zelaya Carranza Leonet Isai.
- Zelaya Carranza Michael Jossué.

Si deciden no participar, esto no afectará en ninguna manera la atención recibida por el paciente en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. Si tiene dudas acerca de la investigación, puede realizar las preguntas que considere necesarias antes de decidir si participar o no, asimismo, pueden retirarse en cualquier momento sin que eso les perjudique de alguna manera. Además, si durante el procedimiento, alguna de las preguntas le parece incomoda al adolescente, tiene todo el derecho a hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano se le agradece por su tiempo y disponibilidad.

Por lo tanto, yo _____ en calidad de _____ (padre, madre, tío, etc.), he comprendido claramente la información que se espera obtener y autorizo la participación del paciente adolescente _____ en la investigación.

Firma del responsable: _____

Fecha: _____

Anexo 5. Instrumento de recolección de datos creado por el equipo investigador.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

Objetivo: Identificar los principales efectos psicológicos y áreas de vida afectadas en los/las adolescentes debido al padecimiento de una enfermedad crónica no transmisible.

Indicaciones generales: A continuación, se presentan una serie de preguntas con diferentes opciones de respuesta que puedes elegir de acuerdo a tu propia experiencia con la enfermedad crónica no transmisible. No existen respuestas correctas o incorrectas, únicamente se te solicita responder con sinceridad. Los datos obtenidos serán de carácter confidencial con fines exclusivamente científicos y en pro de la salud integral. Gracias de antemano por tu colaboración.

Datos Sociodemográficos:

Edad: _____ años. **Sexo:** F ___ M ___ **Religión que practica:** _____

Nivel académico: 6° ___ 7° ___ 8° ___ 9° ___ **Bachillerato** ___

Lugar de procedencia: _____

Personas con las que vive: _____

Salud física: Condiciones de la enfermedad

- 1. A continuación, indica el tipo de enfermedad crónica por el cual estas siendo atendido/a en el Hospital Benjamín Bloom:**

Diabetes ___	Cáncer ___
Hipertensión Arterial ___	Enfermedad cardiovascular ___
Enfermedad renal crónica ___	Enfermedades respiratorias crónicas ___
Otro(especifique) _____	

- 2. A continuación, señala ¿a qué edad te enteraste, aproximadamente, del diagnóstico de la enfermedad crónica?**

6-10 años ___ 11-15 años ___ 15-18 años ___

- 3. Indica cuánto tiempo llevas recibiendo tratamiento para la enfermedad crónica:**

Meses ___	1-2 años ___	3-4 años ___
5-6 años ___	7-8 años ___	9 o más ___

- 4. Selecciona los elementos que describen mejor el tratamiento de la enfermedad que padeces (puedes elegir todas las opciones que desees):**

Ausencia de dolor ___	Tratamiento estresante ___
Poco dolor ___	Tratamiento de larga duración ___
Dolor moderado ___	Hospitalizaciones frecuentes ___
Mucho dolor ___	
Síntomas molestos debidos al medicamento o tratamiento ___	

Otro (especifique) _____

Efectos psicológicos: área cognitiva

5. ¿Has experimentado pensamientos repentinos difíciles de controlar o parar?

Nunca___ A veces___ Regularmente___ Mucho___ Todo el tiempo___

6. A partir del diagnóstico de la enfermedad crónica, ¿has experimentado algunos de los siguientes pensamientos?

Pensamientos sobre la muerte___ Pensamientos negativos hacia la enfermedad___
 Ideas acerca del suicidio___ Pensamientos negativos hacia ti mismo___
 Poca esperanza de un buen futuro___ Ninguno de los anteriores___
 Otros (especifique): _____

7. A continuación, indica la opción que se parezca más a tu forma de pensar (respuesta única).

Creo que tengo control sobre los sucesos de mi vida___
 Creo que tengo cierto grado de control sobre lo que pasa en mi vida___
 Creo que tengo poco control sobre lo que pasa en mi vida___
 Creo que no tengo control sobre los que pasa en mi vida___

8. A continuación, señala aquellos aspectos de tu vida con los que te has sentido inconforme a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica hasta la actualidad:

-Mi apariencia física (incluido el atractivo físico) ___
 -Mi capacidad para realizar actividades físicas (deportes, trabajos, tareas domésticas, etc.) ___
 -Mi rendimiento académico (escolar) ___
 -Mi capacidad para relacionarme adecuadamente con las demás personas___
 -Mi creatividad___
 -Mi capacidad para realizar actividades por mi cuenta (no necesitar ayuda u orientación de otros) ___
 -Mi interés en cuidar mi aspecto físico e higiene personal (bañarse, vestirse, cuidarse el cabello, cepillarse los dientes) ___
 -Mi personalidad (carácter, forma de ser, capacidades y talentos) ___
 -Ninguna de las anteriores___
 -Otros (especifique): _____

9. Tomando en cuenta tu forma de pensar, indica con cuales de las siguientes afirmaciones estás de acuerdo (sin juzgar si son buenas o malas).

Abstracción selectiva:	De acuerdo	En desacuerdo
Las cosas van de mal en peor, no importa lo que pase, cuando algo parece mejorar ocurre algo malo		
Usualmente, se me dificulta encontrar cosas positivas de mi vida o de mi persona		
Sobregeneralización:	De acuerdo	En desacuerdo
Creo que hay señales que nos avisan que las cosas irán bien o mal		
Me parece que cuando un día inicia mal, es muy probable que todo el día sea malo		
Maximización y minimización	De acuerdo	En desacuerdo
A menudo siento mucho miedo, preocupación o tristeza por acontecimientos a los que los demás no dan gran importancia		
No importa qué tan bien vayan las cosas, hay acontecimientos que rápidamente borran lo positivo		
Personalización:	De acuerdo	En desacuerdo
Suelo pensar que soy el culpable de los problemas y dolor tanto míos como de las personas que me rodean		
Cuando las cosas no van bien, suelo sentirme culpable, aunque no sepa bien por qué		
Pensamiento dicotómico o polarización	De acuerdo	En desacuerdo
Hay ciertas reglas que debo de cumplir, si fallo en alguna, me siento muy mal, decepcionado de mí mismo/a		
Suelo restarle importancia a todo lo que he logrado cuando cometo un error		
Inferencia arbitraria:	De acuerdo	En desacuerdo
Tiendo a creer que sin importar cuánto me esfuerce, no lograré lo que me propongo		
Es mejor esperar lo peor para no decepcionarse de los resultados		

Efectos psicológicos: área emocional.

10. Con respecto a tu estado de ánimo, cuáles de las siguientes emociones has experimentado con mayor frecuencia a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica en tu vida.

Alegría___	Miedo___
Satisfacción___	Estrés___
Vergüenza___	Enojo___
Culpa___	Ansiedad___
Tristeza___	

11. De acuerdo a las emociones seleccionadas en la pregunta anterior, indica con que fuerza o intensidad las has experimentado.

Débil___
Moderado___
Fuerte___

12. ¿Cuáles de los siguientes síntomas has experimentado en el último mes?

Tensión muscular___	Cansancio___
Irritabilidad___	Estrés___
Dolores de cabeza frecuentes___	Ninguna de las anteriores___
Otro (especifique)_____	

13. Durante este último mes ¿has experimentado algunos de los siguientes síntomas?

Inquietud___	Respiración agitada___
Angustia por resultados negativos___	Preocupación por el futuro___
Ritmo cardíaco acelerado___	Problemas estomacales___
Dificultad para dormir___	Ninguna de los anteriores___
Otro (especifique)_____	

14. A continuación, se te presentan una serie de síntomas, indica los que hayas experimentado en el último mes:

Cansancio físico y mental___	Desinterés por la mayoría de cosas___
Estado de ánimo triste___	Dormir mucho___
Falta de apetito___	Ninguno de los anteriores___
Otro (especifique)_____	

Efectos psicológicos: área volitiva.

- 15. Indica cuales de las siguientes dificultades has experimentado a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica, en actividades como bañarte, comer, jugar, practicar deporte, ir al baño, ir a la escuela o relacionarte con amigos.**

Necesito ayuda para realizar las actividades____
 Se me dificulta realizar algunas actividades por ir al hospital frecuentemente____
 Frecuentemente no siento deseos de realizar algunas actividades____
 No puedo realizar algunas actividades por la enfermedad____
 Ninguna de las anteriores____
 Otra (especifique)_____

- 16. A continuación, indica cuales de las siguientes dificultades has experimentado en tu vida escolar debido a tu estado de salud:**

Ya no asisto a la escuela/instituto debido a la enfermedad____
 Se me dificulta ir a la escuela/instituto____
 Me resulta difícil relacionarme con los compañeros y hacer amigos____
 Tengo dificultad para comprender las materias____
 Me cuesta cumplir con las tareas y actividades____
 Me siento muy desmotivado con respecto a la escuela____
 Otra (especifique)_____

- 17. A continuación, se mencionan una serie de actividades, por favor indica cuales de ellas realizas regularmente:**

Practicar algún deporte____
 Salir con amigos____
 Actividades artísticas (música, dibujo, pintura, canto, poesía, etc.) ____
 Salir a pasear____
 Videojuegos____
 Televisión____
 Utilizar redes sociales____
 Ninguna____
 Otra (especifique)_____

- 18. ¿Cuáles de las siguientes acciones has realizado a causa de tu diagnóstico?**

Evitar situaciones, lugares o actividades por miedo o preocupación____
 Sentirme molesto o enojarme con frecuencia con los demás____
 Hacerme daño mediante golpes o cortes intencionales____
 Intentar quitarme la vida____
 Consumir alcohol, cigarrillos o drogas____
 Ninguna de las anteriores____
 Otra (especifique)_____

- 19. ¿Cumples con tu tratamiento y las indicaciones médicas? (respuesta única)**

Si lo hago___

No lo hago___
descuido___

A veces lo

20. A continuación, señala las tres principales áreas de tu vida que han sido más afectadas por tu estado de salud.

Familiar___

Social___

Escolar___

Sexual___

Personal (Emociones, pensamientos y conducta) ___

Física___

21. ¿Cuáles de los siguientes aspectos de tu familia han sido afectados negativamente a partir del diagnóstico?

Comunicación familiar___

Cuidado y apoyo familiar___

Cariño familiar recibido___

Actividades recreativas en familia___

Otro (especifique)_____

22. A partir del diagnóstico ¿te has sentido insatisfecho con algunos de los siguientes aspectos?

Diversión con amigos___

Asistencia a clases___

Actividades recreativas___

Rendimiento académico___

Formación de amistades___

Relaciones con compañeros y profesores___

Experiencias de noviazgo___

Relaciones sexuales___

Libertad para salir de casa ___

Privacidad___

Otra (especifique)_____

Referencias.

- Aguiluz, H., Guerrero, G. & Martínez, S. (2016). *“Diagnóstico y diseño de una propuesta de orientación en relación a los efectos cognitivos, volitivos y afectivos que genera el uso de la red social Facebook en los adolescentes del tercer año de bachillerato del Instituto Nacional “José Simeón Cañas” del municipio Zacatecoluca, La Paz. Durante el periodo comprendido entre Febrero – Octubre Año 2015”* (Publicación No.14102867)[Trabajo de grado, Universidad de El Salvador].
<https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/12285/1/14102867.pdf>
- Alvira Martín, F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica: (2 ed.)*. CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas.
<https://elibro.net/es/ereader/biblioues/52043?page=7>
- American Psychological Association. (2010). *Salud mental/corporal: la enfermedad del corazón*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/topics/chronicillness/corazon>
- Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Editorial Pirámide.
https://www.academia.edu/69437195/Manual_de_Psicolog%C3%ADa_de_la_salud_2da_Edici%C3%B3n
- Antoni, M. & Zentner, J. (2014). *Las cuatro emociones básicas: (ed.)*. Herder Editorial.
<https://elibro.net/es/lc/biblioues/titulos/45725>
- Arrivillaga Q., M., Correa D., & Salazar I., C. (2014). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Editorial El Manual Moderno Colombia.
<https://elibro.net/es/lc/biblioues/titulos/71139>
- Avendaño M., J., & Barra E. (2008). *Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas*. Scielo.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082008000200002&script=sci_arttext

- Ávila, D., Machuca, F., & Méndez, T. (2011). ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES RENALES CRÓNICOS CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. *Revista Información Científica*, 69(1).
<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757298031.pdf>
- Barrio, J., García, M., Ruiz, I., & Arce, A. (2006). EL ESTRÉS COMO RESPUESTA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1.(1), 37-48.
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*: (ed.). Editorial Gedisa.
- Berenguer L, J. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *MEDISAN*, 20(11). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016001100015&script=sciarttext>
- Bosqued Lorente, M. (2005). *Vencer la depresión: técnicas psicológicas que te ayudarán*: (ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
<https://elibro.net/es/ereader/biblioues/47746?page=23>
- Cabrera, A. C. (2020). ACTIVIDAD FÍSICA Y EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19. *International Journal of Developmental and Educational Psychology 210 INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 209-220.
- Calvillo, F. (2014). *La depresión: entre mitos y rumores*. Biblioteca Nueva.
- Cardenas, M. (2012). *Correlación entre imagen corporal y el índice de masa corporal de pacientes atendidos en DIABETIMSS* (Publicación No. 3515-9) [Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de Tesis DGBSDI.
<https://ru.dgb.unam.mx>
- Casas, J. y Ceñal, M. (2005), Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, IX(1), 20-24.

- Casero H. (2014). *ESTADO NUTRICIONAL, SATISFACCIÓN Y DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES* [Trabajo fin de máster, Universidad de Cantabria, España]. Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria.
- Chiara Fabian. (2023, septiembre 5). *Rutinas de Autocuidado Psicológico: ¿qué son y cómo aplicarlas?*. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/psicologia/rutinas-autocuidado-psicologico>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*: (2 ed.). Ecoe Ediciones.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de la psicología* (3a. ed.). Editorial Brujas.
- Cruz, O., Mejías M., & Machado Y. (2014). Caracterización emocional de niños escolares hospitalizados con enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(4), 462-469. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312014000400007
- Díaz, I. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42–50.
- Escobar, J. & Uribe, M. (2014). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*. Editorial Universidad de los Andes. <https://elibro.net/es/ereader/biblioues/69482?page=19>
- Fernández A., Martín D., & Domínguez, S. (2001). *PROCESOS PSICOLÓGICOS*. Editorial Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=89011>
- Flujas J., M., Ruiz D., Botella C., & Gómez I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152557003>
- Gálvez D., Martínez A., & Martínez F. (2015). *Estrés*. ContactoS, 97, 50-54.

- Gálvez, H., & Caballero, S. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/biblioues/39809?>
- García R. Y. (2003). *Conclusiones sobre los efectos psicológicos del desempleo en la juventud*: (ed.). Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://elibro.net/es/lc/biblioues/titulos/21199>
- Gomez, J., Murgas, D., & Orozco, A. (2021). *Variables psicológicas asociadas a la hipertensión arterial en adultos: una revisión sistemática*. Universidad El bosque. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/7482>.
- Gonzales, S. (2008). *Psicología de la motivación*. Editorial Ciencias Médicas. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/Acervo_files/psicologiadelamotivacion.pdf
- González C., G., Enríques L., J., & Rivera T., A. (2021). “PROPUESTA DE PROGRAMA DE DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES”. [PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA]. Departamento de Psicología. <https://sites.google.com/ues.edu.sv/departamento-psicologia/area-clinica?authuser=0>
- González. (s.f.). *Educaren la afectividad*. Universidad Complutense. Madrid. <http://www.surgam.org/articulos/504/12%20EDUCAR%20EN%20LA%20AFECTIVIDAD.pdf>
- Gordillo, F., Mestas, L., Arana J., Salvador, J., Gordillo A., & Tinao, JF. (2011). ¿Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2 (2011) 94-103. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-15232011

[000200005&lng=pt&nrm=iso](#)

- Gracia M. D., & Marcó M. (2000). *Efectos psicológicos de la actividad física en personasmayores*. *Psicotema*, 12(2), 285-292. <https://repositorio.unican.es/xmlui/>
- Hidalgo, M. (2022). La entrevista clínica y el examen físico del adolescente. *Pediatría Integral*, 26(4): 245–256. <https://www.pediatriaintegral.es>
- Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (2021). Plan Operativo Anual 2022. <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/h-bloom/documents/plan-operativo-anual>
- Iglesias, D. (2008). El adolescente como enfermo crónico Enfermedad crónica en el adolescente. Aspectos generales. Recuperado de https://www.adolescenciasema.org/ficheros/alicante_2008/05_PI_SEMA_2008.pdf
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93. <https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2013/04/Pediatria-Integral-XVII-2.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2021). Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión. (NIH), National Institute Of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-yla-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion>
- Instituto Nacional de Salud (2023). *Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), El Salvador 2022, Resultados Principales*. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5046/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%202022.pdf>
- Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología (2021). Código de ética de la profesión en psicología.

- Ledón L., L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499.
- Liborio E., M., Martínez C., E., & Díaz R., V. (2022). Factores personales de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares y endocrinas en estudiantes de Enfermería del municipio de Santa Ana. *Universidad Católica de El Salvador*, 11, 103-109.
- Marquina A., M., Penado T., I., Vides E., M., & Erazo P. (2015). Factores y conductas de riesgo de enfermedades crónicas en adolescentes del municipio de Olocuilta. Universidad Evangelica de El Salvador. <https://dsuees.uees.edu.sv/items/61b42731-d529-4c4c-b156-def3a3a1b4d8>
- Martínez Sánchez, C. (2020). *Del abismo de la depresión a las cumbres de una vida en plenitud*. Editorial Paulinas.
- Méndez, A. (2020). *Cómo aliviar nuestro estrés*: (1 ed.). Bonum. <https://elibro.net/es/lc/biblioues/titulos/215594>
- Mendoza, E. & Castro, C. (2021). *Quiero aprender a gestionar mi estrés*: (2 ed.). Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/biblioues/titulos/253391>
- Ministerio de Educación (2010). *Psicología del Desarrollo del Adolescente*. Carpeta de Trabajo. UNEFCO Tarija: SIRENA.
- Ministerio de Salud & Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (2021). *Plan Anual Operativo Institucional 2021*. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Ministerio de Salud. (2021). Principales causas de mortalidad ocurridas en la Red de Hospitales del MINSAL. <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/estadisticas>

- Miranda, M. (2011). DISEÑO DE UN TALLER DE EXPRESIÓN DE EMOCIONES DIRIGIDO A ALUMNOS DE EDUCACIÓN ESCOLAR. (Publicación N. 132.248.9.195/) [Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TESO1000719853/3/0719853.pdf>
- Nicklaus Children's Hospital. (19 de agosto de 2021). *Técnica de Respiración Profunda* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=T96B11Md_Oc&t=1s
- Oblitas. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. Editorial Cengage Learning. https://www.academia.edu/23513486/Psicoterapias_Contemporaneas_Oblitas
- Organización Mundial de la Salud (2022). Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022.
- Organización Mundial de la Salud (2023) Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud –OMS. (2000). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Recuperado de: https://www.who.int/es/healthtopics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra. Recuperado de: <https://iris.who.int/handle/10665/44837>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. OMS. <https://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). Enfermedades no transmisibles. OPS Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) Enfermedades no trasmisibles. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). La carga de las enfermedades respiratorias crónicas en la Región de las Américas 2000-2019. OPS Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Diabetes. OPS Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Enfermedades cardiovasculares. OPS Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Oros, I. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 89-98.
- Osuna, I. (2016). Proceso de cuidado nutricional en la enfermedad renal crónica: manual para el profesional de la nutrición. México D.F, Mexico: Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/biblioues/39746?page=16>.
- Palacios, J., Marchesi, Á. y Coll, C. (2014). Desarrollo psicológico y educación. 2º edición: Psicología evolutiva. Alianza Editorial, S.A. Madrid.
- Pallarés, M. (2010). *Emociones y sentimientos: dónde se forman y cómo se transforman:* (ed.). Marge Books. <https://elibro.net/es/ereader/biblioues/41930?page=78>
- Parada Torres, E. (2009). *Psicología y emergencia: habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (2a. ed.). Bilbao, Spain: Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/biblioues/47863?>
- Pedreira, J., y Álvarez, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para unacompreñsion actualizada. Documentación Social 120.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. Espasa.

<https://dle.rae.es>

- Repetto, L., Bernaldes, S., & González, T. (2011). Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 27(2), 144-152. <https://dx.doi.org/10.4067/S071773482011000200011>
- Robledo, R., & Escobar, F. (2010). LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA. *Boletín del Observatorio de Salud*, 3.(4), 1-9.
- Roca, E. (2013). *Autoestima sana, una visión actual basada en la investigación* (segunda edición). ACDE ediciones.
- Rodríguez, C., & Caño A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12.(3),389-403.
- Rudilla, D., Valenzuela, C., Beceiro, J., Alonso, T., & Ancochea, j. (2023). *Fibrosis Pulmonar Idiopática y emociones. Aspectos psicológicos de la enfermedad. Avances en fibrosis pulmonar.* https://www.avancesenfibrosispulmonar.com/actualizacion_cientifica_epidnews_FPI_emociones
- Ruiz, F., Díaz, G. & Villalobos, C. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial Desclée De Brouwer.
- Salmerón, R., Casas, R., y Guerrero, A. (2017). Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid. Recuperado de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/problemas-desalud-en-la-adolescencia-patologia-cronica-y-transicion/>
- Schlatter, J. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*: (ed.). EUNSA.

- Serrano A., C. (2015). ESTUDIO DE CASOS SOBRE AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=69943>
- Shaffer, D., R., & Kipp, K. (2007). psicología del desarrollo, infancia y adolescencia, 7a edición. Georgia, Estados Unidos. Thomson.
- Slaikue, K. A. (1996) *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://puntogenero.inmujeres.gob.mx/docs/manualic.pdf>
- Smile and Learn – Español. (30 de junio de 2020). *Higiene corporal para niños – Hábitos de higiene – La ducha, lavado de manos, dientes y cara* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=PSw6wj2ppGk&t=4s>
- Treviño, A. (2022). Enfermedad renal crónica y atención primaria a la salud: integración a la nefrología. Ciudad de México, Editorial Alfil, S. A. de C. V. <https://elibro.net/es/ereader/biblioues/212073?page=372>.
- UCB Iberia. (2024, 4 noviembre). *Epilepsia y Adolescentes - Vivir con Epilepsia*. Vivir Con Epilepsia. <https://vivirconeepilepsia.es/epilepsia-y-adolescentes#:~:text=La%20epilepsia%20durante%20la%20adolescencia,-La%20epilepsia%20es&text=Se%20calcula%20que%20el%2018,de%20las%20neuronas%20del%20cerebr>
- Valbuena, C., & Saldarriaga, J. (2017). *Efectos psicológicos de la institucionalización en niños, niñas y adolescentes* (Artículo de grado). Universidad Católica de Pereira, Risaralda, Colombia.
- Vargas, J., de J., García, E., & Ibáñez, E., J. (2011). ADOLESCENCIA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TEORÍA DE LA DIFERENCIACIÓN. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14, (1), 174-198.

Varios, A. (2013). *Manual de control de estrés:* (ed.). Editorial CEP, S.L.
<https://elibro.net/es/ereader/biblioues/50696?page=12>

Vazques C., & Hervas G. (2014). Emociones positivas y bienestar en niños con enfermedades crónicas. [Tesis doctoral]. Docta complutense.
<https://docta.ucm.es/entities/publication/3b108278-878e-49cf-a585-07dd3eb4a49e>

Visdómine, J. C., & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 6(3), 729-751.

Zanón, I., Matías, T., Luque, A., Moreno, D., Aranda, E., Morales, C., García, M. y Márquez, M. (2018). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Universidad Autónoma de Madrid.

Zarragoitía, A. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas.

Zenteno, D., Puppo, H., Vera, R., Torres, R., Kuo, C., Salinas, P., Prado, F. (2016). Guías de rehabilitación para niños con enfermedades respiratorias crónicas. *Neumología Pediátrica*, 1, 25-33.