



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Junio 2018

**Intervención Psicosocial en Resolución de Conflictos y Toma de
Decisiones en Niños con Cáncer**

Autor/a: Aarón Ruiz Uclés

Tutor/a: Dra. Carmen Pozo Muñoz

Resumen

El propósito de este Trabajo Fin de Grado es diseñar un programa de intervención psicosocial, orientado a la resolución de conflictos y la toma de decisiones en niños con cáncer. Para ello, se ha seguido el modelo de intervención psicosocial de Alonso, Pozo y Martos (2008). Dicho Programa consta de cuatro objetivos específicos, a partir de los cuales se elaboraron una serie de actividades, agrupadas en siete sesiones. Para conocer su eficacia, se crearon indicadores de evaluación que medían el nivel de participación, el porcentaje de aciertos, el número de alternativas dadas, o el grado de adecuación de la respuesta de los participantes. También se han empleado cuestionarios de satisfacción para recabar información sobre la percepción por parte de los usuarios en relación con las actuaciones puestas en marcha. Estas últimas han sido implementadas en el aula hospitalaria del Área de Oncohematología Pediátrica del Hospital “Torrecárdenas”. La observación participante ha sido la técnica empleada para la recogida de información. Una vez implementado el programa, se realizó un análisis de datos de los resultados obtenidos, usando, para ello, el programa IBM SPSS Statistics 25.0 (para Windows). Igualmente, se ha recabado información de índole cualitativa. Participaron un total de 8 menores que se encontraban hospitalizados, de edades comprendidas entre 4 y 15 años. Se realizaron un total de 11 sesiones. Los resultados obtenidos en nivel de participación, grado de adecuación de la respuesta, y porcentaje de aciertos superaron el punto medio de la escala establecida para medir dichos indicadores. El desarrollo de este programa ha sido de utilidad para instaurar en los menores estrategias de toma de decisiones y resolución de conflictos que ayudarán a promover y potenciar su desarrollo normalizado.

Palabras clave: Intervención psicosocial, menores, cáncer, decisiones, conflictos.

Abstract

The purpose of this End of Career Project is to design a psychosocial intervention program, oriented towards conflict resolution and decision making in children with cancer. To this effect, the model of psychosocial intervention proposed by Alonso, Pozo and Martos (2008), has been followed. This program consists of four specific objectives, from which a series of activities have been created, all of them grouped in seven sessions. To know its efficacy, assessment indicators have been created to measure the level of participation, the percentage of successes, the number of alternatives given, or the degree of adequation to the answer of the participants. Satisfaction questionnaires have also been used to gather information about the users' perception in relation to the actions implemented in the hospital schoolroom from the Onco-haematology Area of the Hospital “Torrecárdenas”. Participant observation was the used technique to obtain information. Once the program was implemented, a data analysis was carried, using for it the program IBM SPSS Statistics 25.0 (for Windows). Qualitative information has also been gathered. A total of 8 hospitalized children, aged 4 to 15 years, participated in the program. A total of 11 sessions were conducted. The results obtained in the level of participation, degree of adequation to the answer, and percentage of successes, exceeded the middle point of the scale established to measure those indicators. The development of this program has been of utility to establish decision making strategies and conflict resolution patterns in the children, that will help to promote and potentiate their normalized development.

Key words: Psychosocial intervention, children, cancer, decisions, conflicts.

Índice

1.Introducción	3
1.1.Marco teórico de intervención	3
1.2.Cáncer infantil en cifras	4
1.3.Repercusiones en el contexto familiar	6
1.4.Repercusiones psicosociales en el menor	7
1.5.Justificación de la intervención	8
2.Objetivos generales y específicos	10
3.Preevaluación del programa	11
3.1.Revisión de intervenciones sobre la temática	11
3.2.Posibles “barreras” para la Evaluación del Programa e Instituciones implicadas	12
4.Actividades	13
5.Sistema de evaluación	16
6.Metodología de recogida de información	17
7.Resultados del Programa	18
7.1.Descripción de la muestra	18
7.2.Resultados	19
8.Conclusiones	20
Referencias	23
Anexos	26
1.Ficha de registro observacional	26
2.Cuestionario de satisfacción para niños	27
3.Cuestionario de satisfacción para adolescentes	28
4.Materiales elaborados para las actividades del programa	29
4.1.Comic	29
4.2.Ficha “Conoce a tu compañero”	31
4.3.Situaciones “Disco rayado/sándwich”	32
4.4.Situaciones “Pensamientos, emociones, y necesidades”	32
4.5.Situaciones “Mostrarse de Acuerdo en lo Posible (MAP)”	33
4.6.Situaciones “Conflictos”	33
4.7.”¿Iguales o diferentes?”	34

1. Introducción

1.1. Marco teórico de intervención

El marco teórico-práctico en el que se encuadra el siguiente proyecto de intervención psicosocial es el propuesto por Alonso, Pozo y Martos (2008), el cual se encuentra dividido en varias etapas:

1. Evaluación de necesidades: consistente en la identificación y priorización posterior de las problemáticas y dificultades que experimenta la población objeto de estudio. Con tal fin, se accederá a “informantes clave” y será examinado su sistema de apoyo formal (institucional) e informal (círculo familiar).
2. Análisis de objetivos: se trata de la meta que el programa pretende alcanzar, dividida en objetivos generales y específicos, que condicionarán las actividades del programa y la evaluación de éstas.
3. Preevaluación: fundamentada en la revisión de bibliografía relevante sobre la temática, así como actuaciones anteriormente puestas en marcha, en pos de prevenir, así como buscar una respuesta óptima al problema abordado, conociendo las posibles dificultades que pueden presentarse.
4. Diseño del programa: en base a lo anterior, se diseñarán actividades que se correspondan con los objetivos específicos previamente delimitados. La correspondencia con las necesidades de la población objetivo es imprescindible para la obtención de resultados favorables. Del mismo modo, es relevante realizar un estudio exhaustivo de la adecuación de los recursos económicos, temporales y humanos de los que dispongamos. Finalmente, el programa debe contar con un sistema de evaluación y seguimiento continuo. Con tal fin, se elaborarán indicadores que puedan medir la eficacia de éste.
5. Implantación del programa y evaluación formativa: la implantación del programa supone la puesta en marcha de las actividades según fueron planificadas, y de los recursos disponibles para ellas, en el espacio de tiempo asignado. Durante la implementación del programa, resulta esencial recoger información sobre cómo se está desarrollando, con el objetivo de planificar o rediseñarlo en el caso de que se detecten incidencias o existan dificultades que supongan una barrera en términos de consecución de los objetivos prefijados (evaluación formativa).

6. Evaluación sumativa: finalmente, mediante los resultados obtenidos tras la finalización de la implementación de las acciones previstas, se emite un juicio que determina el éxito del programa en términos de eficacia (grado de consecución de los objetivos).

1.2. Cáncer infantil en cifras

El cáncer infantil constituye un serio problema de salud que afecta a una cantidad notable de menores en España. Según el último informe publicado por el Registro Español de Tumores Infantiles y la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (Peris, Pardo, Muñoz, Sayas y Valero, 2017), 27.554 niños de entre 0-19 años recibieron un diagnóstico de cáncer en nuestro país, de los cuales, 1.078 se produjeron en 2016. El mayor número de casos en pacientes oncológicos pediátricos se reparte entre leucemias, linfomas y tumores del sistema nervioso central.

Si contemplamos la variable “sexo” del paciente, vemos que en el grupo de 0-14 años, los varones constituyen un número mayor de casos. En concreto, de los 26.221 casos registrados entre 1980-2016, el 56,7% pertenecían a niños, frente al 43,3% de niñas. Aunque en términos generales en todos los diagnósticos la proporción en base al género gira en torno al 50%/50%, en las leucemias se diagnosticaron 900 casos más en niños, y, del mismo modo, si hablamos de linfomas, en torno a unos 1.200 casos más se diagnosticaron en “ellos”. Los diagnósticos en niñas solo son más frecuentes en los grupos diagnósticos X (células germinales, trofoblásticos y gonadales) y XI (otros epiteliales y melanomas).

Por otro lado, el cáncer infantil presenta un conjunto de síntomas característicos, por un lado, del tumor mismo y, por otro, signos y síntomas inespecíficos, que no se relacionan directamente con dicho tumor. Así pues, los síntomas relacionados directamente con el tumor incluyen: hemorragias, señales neurológicas, hematuria, dolor, síntomas obstructivos y masas palpables. Entre los síntomas no específicos, encontramos

pérdida de peso, diarrea, dolores óseos y de articulaciones, cefalea, anorexia, fiebre, fatiga, palidez, disminución de la actividad física y cambios en el humor. En el estudio realizado por Cavicchioli, Menossi y García de Lima (2007), los padres entrevistados reportaron, además, la aparición de manchas similares a hematomas por ciertas partes del cuerpo de sus hijos, sin haberse originado por una contusión.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer (2016) proporciona información de interés acerca del tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Los efectos agresivos que supone la quimioterapia como tratamiento van desde la caída del pelo, hasta el síndrome de la lisis tumoral (exceso de minerales que pueden afectar a riñones, corazón, y/o sistema nervioso), entre muchos otros.

Afortunadamente, la tasa de supervivencia ha aumentado positivamente con el paso del tiempo, llegando a situarse en torno al 80%, produciéndose, a su vez, un avance en cuanto al diagnóstico precoz de la enfermedad.

De hecho, llama la atención como en ciertos diagnósticos, como los linfomas de Hodgkin o los retinoblastomas, la tasa de supervivencia a 5 años llega a rozar el 100%. En otros casos, los avances en medicina han permitido que cánceres con una tasa de supervivencia baja puedan ser tratados con eficacia y que el paciente los supere, como ocurre con los hepatoblastomas que, aunque en la actualidad presentan una tasa de supervivencia de en torno al 90%, en los primeros grupos estudiados en los años ochenta era del 30%.

A pesar de que la tasa de supervivencia está en constante aumento, los efectos producidos por el cáncer van más allá de la enfermedad y sus síntomas.

1.3. Repercusiones en el contexto familiar

Así pues, las repercusiones del tratamiento no solo pueden afectar al menor, sino al entorno que les rodea, causando gran dolor y sufrimiento. Concretamente, los padres pueden llegar a presentar síntomas físicos y emocionales, tales como la pérdida del control, de la autoestima, depresión o ansiedad, además de presentar un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales (Norberg, Pöder, Ljungman, von Essen, 2012). Las secuelas emocionales experimentadas se mantienen, en algunas ocasiones, incluso después de la curación de su hijo. En numerosos casos, uno de los padres se ve forzado a abandonar su puesto de trabajo en pos del cuidado de su hijo, comprometiendo, no solo la rutina familiar, sino los ingresos de ésta y llegando a depender del sustento proporcionado por otros familiares u organizaciones de apoyo. En relación con lo anterior, la inexperiencia de los padres en relación con el cuidado de su hijo asociado a la enfermedad infantil se correlacionó con mayores niveles de estrés, así como la edad del paciente, que se relacionaba de manera inversa con el estrés paterno (Alves, Guirardello y Kurashima, 2013).

En un estudio realizado por la Universidad Autónoma del Estado de México (González-Arratia, Nieto y Valdez, 2001) se comprobó que las conductas del menor convaleciente podían tener un impacto en la conducta materna, y condicionan la capacidad de resiliencia de ésta. Además, en el estudio realizado por Pozo, Bretones, Martos, Alonso y Cid (2015), son las madres las que más estrés presentan, vinculado al tratamiento de su hijo, pues suelen estar más implicadas en la labor de cuidado que los padres y perciben menos apoyo proveniente de los mismos. En cuanto a los padres, éstos requieren un mayor periodo de tiempo para superar la fase de negación de la enfermedad que sus cónyuges.

A medida que se desarrolla la enfermedad, los padres manifiestan estrategias de afrontamiento dirigidas a sobrellevar el estrés y la ansiedad derivados de la condición de su hijo, los cuáles alcanzan su pico máximo en el momento del diagnóstico y van menguando progresivamente a lo largo del tratamiento, aun así, el miedo a la muerte y a la recaída (en caso de curación) suelen ser constantes.

En términos de apoyo social, la presencia de redes, tanto formales como informales, incide positivamente en la salud de los progenitores. Mientras que la red formal se encarga de construir el contexto en el que la familia interactúa con el menor en tratamiento, la red informal se sitúa como requisito para la salud mental de los padres. Si ésta no existe, o es percibida por los padres como insuficiente, su bienestar queda comprometido. Ciertos factores de apoyo, como son los abuelos, hermanos, u otros hijos, pueden contribuir a que los padres se sientan más felices con su vida (Pozo, Bretones, Martos, Alonso y Cid, 2015).

Además de lo anterior, los hermanos de los pacientes oncológicos pediátricos no quedan exentos de las secuelas emocionales de la enfermedad. Llorens, Mirapeix y López-Fando (2009), señalaron que, comúnmente, este colectivo experimenta angustia por la separación de la familia, miedo a la muerte, dificultades de atención, trastornos del comportamiento, o percepción de la ruptura de los roles familiares establecidos, entre otros.

1.4. Repercusiones psicosociales en el menor

Más allá de la sintomatología propia de la enfermedad, los efectos emocionales de ésta y los relativos a su tratamiento, también suponen un impacto negativo en la salud del paciente. Así pues, durante y tras el tratamiento, el menor puede experimentar complicaciones emocionales que van más allá de la ansiedad que se podría esperar de semejante acontecimiento. Alguna de estas dificultades que, entre muchas otras, el menor puede experimentar, destacan las siguientes (Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2015):

- Lidiar con cambios físicos que pueden surgir como parte del tratamiento.
- Preocupaciones sobre posibles recidivas o el surgimiento de nuevos problemas de salud.
- Sentimientos de resentimiento por haber tenido cáncer o pasar por el tratamiento, cuando otros no han tenido que pasar por esto.

- Preocupaciones sobre ser tratado de manera diferente o ser discriminado (por amigos, compañeros de clase, compañeros de trabajo, empleadores, etc.).
- Inquietudes sobre salir con alguien, casarse y tener una familia en el futuro.

Numerosos estudios sugieren que, en el ámbito psicosocial, el niño puede presentar diversos problemas, como son baja autoestima, escasa autosatisfacción, ideales menos ambiciosos, depresión, habilidades sociales deterioradas, problemas de reinserción al entorno escolar, e incluso fobia a la escuela (Deasy-Spinetta, 1981; Futterman y Hoffman, 1970; Greenberg, Kazak y Meadows, 1989; Varni, Katz, Colegrove y Dolgin, 1994).

Del mismo modo, los largos periodos de hospitalización y convalecencia privan al paciente de su rutina diaria e impiden su asistencia a eventos propios de la infancia (como son las salidas al parque, excursiones del colegio y los campamentos de verano, entre otros acontecimientos) y actividades que interfieren directamente en su desarrollo personal y social (Bessel, 2001).

Además, la propia patología pone en riesgo el ajuste del niño al contexto escolar, no solo por la ya mencionada fobia a la escuela que puede desarrollarse (Brown et al., 1996), sino por una asistencia discontinuada o cambios en las interacciones sociales. Por otro lado, algunos tratamientos pueden ocasionar secuelas. Concretamente, dificultades en el funcionamiento cognitivo y problemas de aprendizaje específicos. Este riesgo puede comenzar a aparecer tras 3 años o más desde el inicio de determinados tratamientos (Bessel, 2001).

1.5. Justificación de la intervención

Desde una perspectiva psicosocial, el cáncer infantil es un acontecimiento estresante que interfiere en la calidad de vida del paciente y su familia (Pozo, Bretones, Martos, Alonso y Cid, 2015). Respecto a los primeros, los menores llegan a permanecer más de un año sin acudir a entornos cotidianos (tales como la escuela, el parque o la casa de un amigo), debido a hospitalizaciones y periodos de convalecencia en casa. Por lo

tanto, en todo este tiempo, los pacientes son privados de exponerse a numerosas situaciones sociales, que son clave para su correcto desarrollo psicosocial. Incluso se ha demostrado que los menores supervivientes de cáncer infantil tienen menos amigos, dificultades para formar relaciones íntimas y una menor probabilidad de pasar tiempo de ocio (Howard et al. 2013).

En este contexto, parte del desarrollo de un niño pasa por enfrentarse a situaciones de conflicto, como ha sido remarcado por autores como Piaget (1977) y, consecuentemente, dominar circunstancias dónde la resolución de conflictos adopta un papel relevante, representa una habilidad social que debe ser aprendida (Heath y Rinaldi, 2006).

En sus interacciones sociales, los niños se ven envueltos diariamente en situaciones de conflicto. Tomando la definición de Hocker y Wilmot (1995), el conflicto queda definido como “una diferencia expresada entre al menos dos individuos interdependientes que reconocen tener motivaciones incompatibles, compensaciones limitadas, y que son conscientes de la interferencia de su compañero en la persecución de sus objetivos”.

Desde antes incluso de la edad preescolar, los niños son capaces de entender y desenvolverse en situaciones interpersonales y de emplear estrategias para resolver conflictos por sí mismos, sin tener que ser instruidos previamente para ello, aunque las estrategias utilizadas no son siempre las óptimas (Ayala y Montes, 2010).

Las posibles respuestas de este colectivo son muy variadas, y pueden ir desde la agresión (empleo de la ira o la fuerza física para coaccionar al compañero), hasta la discusión (explicación argumentada del punto de vista del niño), pasando por la evasión. Del amplio rango de estrategias que el niño puede desarrollar, sin duda la más beneficiosa socialmente es el “compromiso”, en la cual el niño ofrece una solución a medio camino entre las posturas de los dos participantes involucrados en una situación de conflicto.

En la dirección de aumentar la frecuencia del uso del “compromiso” como estrategia, resulta relevante potenciar dos elementos que contribuyen a la correcta resolución de conflictos, la asertividad y la toma de perspectiva. En primer lugar, con el término asertividad se hace referencia a la capacidad de un individuo de defender, respetar y saber cuáles son sus derechos y límites personales, así como los del otro (Güell, 2006).

Por otro lado, “la toma de perspectiva” implica tener en cuenta la opinión, sentimientos y pensamientos de la otra parte para resolver el conflicto sin descuidar el propio criterio. De este modo, se puede asumir que una persona asertiva y que cuente con una adecuada toma de perspectiva, que le permita integrar su postura y la del compañero en una misma solución, será capaz de alcanzar una decisión que le permita un ajuste social adaptativo (Steins y Wicklund, 1998).

Tomando como referencia lo anterior, así como las circunstancias de hospitalización en el caso del cáncer infantil y la falta de interacción social experimentada como consecuencia, se convierte en prioritaria la identificación de las necesidades psicosociales de los pacientes oncológicos pediátricos en el ámbito de la toma de decisiones y resolución de conflictos, proveyéndoles de habilidades y recursos que, a su vez, les garanticen un desarrollo normalizado.

2. Objetivos generales y específicos

En base a lo anterior, se plantea el diseño de un programa de intervención psicosocial que consta de los siguientes objetivos generales y específicos:

1. Potenciar conductas prosociales que contribuyan a la resolución de conflictos.
 - 1.1. Instruir en el desarrollo de conductas asertivas entre los menores hospitalizados.
 - 1.2. Enseñar estrategias de toma de decisiones socialmente adaptativas.
2. Aumentar la frecuencia de uso de estrategias más adaptativas en la resolución de conflictos.
 - 2.1. Entrenar en reconocimiento de las necesidades propias y las de su igual en una situación de conflicto.

- 2.2. Aprender estrategias de resolución de conflictos adaptativas y prosociales, así como situaciones en las que su uso es conveniente.

3. Preevaluación del programa

Una vez delimitados los objetivos que se pretenden alcanzar con la implantación del Programa, es importante conocer las publicaciones científicas existentes sobre la misma temática, así como las principales características de los servicios y actuaciones ofertados por organismos públicos y/o privados que ejercen sus funciones en el ámbito del cáncer infantil y, concretamente, en la resolución de conflictos y toma de decisiones. Gracias a esta revisión bibliográfica es posible conocer, además, qué aspectos pueden dificultar la evaluación del Programa durante su desarrollo y a posteriori.

3.1. Revisión de intervenciones sobre la temática

La literatura existente respecto a resolución de conflictos y toma de decisiones en pacientes oncológicos pediátricos es escasa. No obstante, se pueden encontrar numerosas publicaciones a nivel internacional acerca del cáncer infantil, su sintomatología, implicaciones a nivel físico y mental y en relación con carencias propias de este colectivo y su entorno, así como acerca de la toma de decisiones y resolución de conflictos en menores en general, especialmente en el ámbito escolar y doméstico.

Es precisamente en las intervenciones realizadas en el ámbito escolar donde podemos extraer un mayor número de líneas de intervención ya exploradas. Los aspectos más trabajados en estos Programas son (Moreno, Alcaraz y Vich, 1994, Pérez, 2012; Roca, 2003):

- La toma de decisiones, sus pasos y el compromiso con la decisión tomada.
- La negociación, en conflictos en los que el sujeto está implicado y que busca alcanzar acuerdos favorables para las partes implicadas.
- La mediación, cuando el sujeto trata de facilitar la resolución pacífica de conflictos ajenos.
- Los estilos de conducta interpersonal, destacando, entre ellos, la asertividad como el estilo que promueve la comunicación crítica, pero respetuosa y facilitadora a la hora de abordar el conflicto.
- El reconocimiento de emociones, tanto facial como oral, así como su consecuente expresión.

Los programas que hacen uso de estas líneas de intervención consideran estos aspectos como fundamentales para promover la convivencia pacífica en la sociedad. Organizaciones con presencia internacional, tales como Unicef (2018), señalan la importancia de una educación adecuada en la gestión de conflictos, la mediación, y la comunicación como mecanismos, incluso, de prevención.

3.2. Posibles “barreras” para la Evaluación del Programa e Instituciones implicadas

La propia implementación del Programa conlleva una serie de variables que pueden impactar negativamente en términos de seguimiento y evaluación. La situación de hospitalización en la que se encuentran los destinatarios, como contexto en el que se desarrolla la intervención, hace que interactúen determinadas circunstancias, entre las cuales hay que considerar:

- La condición física y mental de los pacientes.
- El estado anímico de los padres.
- La posibilidad de realizar sesiones de manera grupal en el aula escolar del área de Oncohematología pediátrica del Hospital Torrecárdenas, o tener que llevarlas a cabo de forma individual en las habitaciones (debido al estado de “aislamiento” de los menores determinado por prescripción facultativa).
- El carácter ambulatorio de los tratamientos oncológicos, que lleva consigo que el paciente vuelva a casa el mismo día en el que se produce la administración.

Estas cuestiones han sido tenidas en cuenta durante el diseño del Programa, de modo que se han puesto en marcha mecanismos dedicados a garantizar, en la medida de lo posible, la correcta implementación y evaluación de las sesiones. Concretamente, en la fase de diseño de las actividades, éstas se hicieron de modo que pudieran ser modificadas *in situ*, para que se adapten a los diferentes perfiles posibles de participantes, que cuentan con diferentes edades, características y limitaciones. Igualmente, se ha mantenido un contacto directo tanto con la psicóloga de Argar, como con el personal sanitario de la Unidad de Oncohematología Pediátrica, con el objetivo de conocer a priori los niños y adolescentes que se encontraban hospitalizados, así como la casuística de cada uno de ellos. Todo ello antes del inicio de cada sesión del Programa.

Por último, las instituciones que han apoyado la puesta en marcha del Programa son: la Facultad de Psicología de la Universidad de Almería, la Asociación Niños con Cáncer Argar y la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.

4. Actividades

El Programa se estructura en siete sesiones (cuadros del 1 al 7), las cuales engloban un total de 15 actividades. Teniendo en cuenta la información anterior, a continuación, se exponen las principales características de las actividades diseñadas para conseguir los objetivos descritos anteriormente:

Cuadro 1. Sesión 1: “Expresión emocional”

Duración: 1 hora 30 min.
Objetivos específicos asociados: Instruir en el desarrollo de conductas asertivas entre los menores hospitalizados.
Descripción de la actividad
Presentación del programa.
Sección 1: Se comenzará con la presentación del programa, exponiendo la finalidad y los contenidos de éste.
Taller teórico-práctico
Sección 2: En esta sesión se realizarán actividades relacionadas con el reconocimiento de características propias de otras personas. En primer lugar, los participantes tendrán que identificar qué emociones expresan una serie de imágenes presentadas, que muestran diferentes expresiones faciales (1.1 “Adivinar expresiones faciales”). Posteriormente, se repartirán tarjetas a los menores, las cuales se fundamentan en emociones, que serán representadas de forma no-verbal (1.2 “Expresar-adivinar emociones”).
Recursos materiales e infraestructuras
Recursos materiales: Mesa de trabajo, sillas, pizarra y tizas, cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes.
Infraestructuras: Aula hospitalaria de la Unidad de oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.
Indicadores de evaluación
Común a toda la sesión. Nivel de participación (“0” = No quiere realizar la actividad; “1” = No puede participar por motivos médicos, efectos secundarios de los tratamientos, etc.; “2” = Realiza la actividad, pero manifiesta su preferencia por cambiar de tarea o signos de aburrimiento y/o distracción; “3” = Manifiesta su acuerdo en cuanto a participar en la actividad, se muestra activo y motivado, y sigue correctamente las instrucciones marcadas). Número de alternativas dadas a cada actividad (0= “menos de una alternativa por caso”; 1= “al menos una alternativa por caso”; 2= “al menos dos alternativas por caso”). Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”).

Cuadro 2. Sesión 2: “Peticiones y opiniones”

Duración: 1 hora 30 minutos
Objetivos específicos asociados: Instruir en el desarrollo de conductas asertivas entre los menores hospitalizados.
Descripción de la actividad
Taller teórico-práctico

<p>Sección 1: Se abrirá la sesión con la actividad 2.1 “disco rayado”, en la cual los menores tendrán que hacer o rechazar peticiones reiterando su posición en situaciones hipotéticas planteadas, para luego dar paso a la actividad 2.2 “sándwich”, la cual es similar en estructura a la 4.1, salvo que en lugar de reiterar la posición del participante, se dará una alternativa a la problemática dada. La última actividad de esta sesión será la 2.3 “MAP”, en la que, respondiendo a las siglas del título de la actividad, los menores deberán “Mostrarse de Acuerdo en lo Posible”. Se trata de la exposición de una serie de supuestos personales y sociales con las que no se está de acuerdo. En este caso, los menores tendrán que argumentar y defender cada una de las circunstancias indicadas. Posteriormente, se presentarán otras opiniones, a partir de las cuáles será necesario introducir una visión coherente con la misma, así como, paralelamente, manifestar un enfoque empático. Para ello, se facilitarán una serie de supuestos prácticos.</p>
<p>Recursos materiales e infraestructuras</p>
<p>Recursos materiales: Mesa de trabajo, sillas, pizarra y tizas, al menos una copia de los listados de supuestos de las actividades 2.1, 2.2 y 2.3, cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes. Infraestructuras Aula hospitalaria de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.</p>
<p>Indicadores de evaluación</p>
<p>Común a todas las actividades. Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”), y número de reiteraciones/opiniones dadas (0= “menos de una por caso”; 1= “al menos una por caso”; 2= “al menos dos por caso”).</p>

Cuadro 3. Sesión 3: “Compartiendo experiencias”

<p>Duración: 1 hora</p>
<p>Objetivos específicos asociados: Instruir en el desarrollo de conductas asertivas entre los menores hospitalizados.</p>
<p>Descripción de la actividad</p>
<p>Taller teórico-práctico</p>
<p>Sección 1: Actividad 3 “Compartiendo experiencias”. Esta sesión constará de una actividad en la cual los participantes, de forma individual, deberán relatar brevemente a sus compañeros alguna experiencia que fuera importante para ellos (incluyendo una breve descripción, las personas que los acompañaban, sentimientos y emociones asociadas, etc.) y que estén dispuestos a compartir. Por último, se hará una discusión y puesta en común sobre la actividad, aplicando la escucha activa. Los menores compartirán su percepción sobre la sesión, qué les ha parecido y cómo se han sentido.</p>
<p>Recursos materiales e infraestructuras</p>
<p>Recursos materiales: Mesa de trabajo, sillas, pizarra y tizas, cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes. Infraestructuras: Aula hospitalaria de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas,</p>
<p>Indicadores de evaluación</p>
<p>Actividad 3. Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”). Nivel de participación (“0” = No quiere realizar la actividad; “1” = No puede participar por motivos médicos, efectos secundarios de los tratamientos, etc.; “2” = Realiza la actividad, pero manifiesta su preferencia por cambiar de tarea o signos de aburrimiento y/o distracción; “3” = Manifiesta su acuerdo en cuanto a participar en la actividad, se muestra activo y motivado y sigue correctamente las instrucciones marcadas).</p>
<p>Observaciones</p>
<p>Los participantes menores de 6 años realizarán una versión de la sesión reducida y simplificada.</p>

Cuadro 4. Sesión 4: “¿Qué son las decisiones?”

<p>Duración: 1 hora 30 min.</p>
<p>Objetivos específicos asociados: Enseñar estrategias de toma de decisiones socialmente adaptativas.</p>
<p>Descripción de la actividad</p>
<p>Dinámica Grupal</p>
<p>Para comenzar la sesión, se desarrollará una dinámica grupal en torno a las siguientes cuestiones: “¿Qué es una decisión?”</p>

“¿Habéis tomado alguna decisión? ¿Cuál/es? ¿Fue difícil tomar la decisión?”
Taller teórico-práctico
Sección 1: Tras la dinámica grupal, se procederá a realizar las dos primeras actividades con las que se profundizará más en la toma de decisiones. 4.1. La primera de ellas, “¿Qué decisiones toma...?”, servirá como punto de partida para identificar las decisiones cotidianas que toman las personas de nuestro alrededor, así como nosotros mismos. 4.2. La segunda actividad, “¿Quién tiene la responsabilidad de tus decisiones?”, permitirá ahondar en la responsabilidad en la toma de decisiones. Oralmente, se hará una pequeña reflexión basada en una combinación de preguntas abiertas y cerradas. Tras las actividades, se dedicarán unos minutos para compartir reflexiones y/u opiniones acerca del taller y/o sus contenidos, así como para resolver posibles dudas.
Recursos materiales e infraestructuras
Recursos materiales: Mesa de trabajo sillas, pizarra y tizas, comic (adaptado) de actividad 4.2 impreso (1 copia por participante), cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes. Infraestructuras: Aula hospitalaria de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.
Indicadores de evaluación
Actividad 4.1. Número de alternativas proporcionadas por el participante en cada situación (0= “menos de una alternativa por caso”; 1= “al menos una alternativa por caso”; 2= “al menos dos alternativas por caso”). Actividad 4.2. Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”).

Cuadro 5. Sesión 5: “El caso de Carlos”

Duración: 1 hora
Objetivos específicos asociados: Enseñar estrategias de toma de decisiones socialmente adaptativas.
Descripción de la actividad
Taller teórico-práctico
Sección 1: Tras una breve recapitulación de lo que se vio en el taller anterior, se leerá “El caso de Carlos”, y se realizará oralmente un ejercicio en el cual los participantes tendrán que recrear la estrategia decisoria que llevará a “Carlos” a tomar una decisión según la problemática expuesta, en la cual se plantearán preguntas abiertas.
Recursos materiales e infraestructuras
Recursos materiales: Mesa de trabajo, sillas, pizarra y tizas, cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes. Infraestructuras: Aula hospitalaria de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.
Indicadores de evaluación
Actividad 5. Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”), y porcentaje de aciertos.

Cuadro 6. Sesión 6: “Mis compañeros y yo”

Duración: 1 hora 30 minutos.
Objetivos específicos asociados: Entrenar en reconocimiento de las necesidades propias y las de su igual en una situación de conflicto.
Descripción de la actividad
Taller teórico-práctico
Sección 1: En esta sesión se harán 3 actividades. En la primera de ellas, 6.1 “Describe al compañero” , los participantes, por parejas, deberán rellenar una ficha en la cual aparecen preguntas sobre características, gustos, preferencias y actitudes de su compañero. Para obtener las respuestas, deberán hablar entre sí, o especular la respuesta si se conocen lo suficiente. A continuación, se procederá con la actividad 6.2 “Pensamientos, emociones, y necesidades” . En esta actividad, de forma oral, los menores habrán de expresar sus sentimientos, emociones y necesidades ante situaciones hipotéticas de corte trágico (p. ej. “se escapa mi gato”), para luego, de manera breve, reflexionar sobre ellas. Para cerrar la sesión, por parejas se hará la actividad 6.3 “¿Iguales o diferentes?” , en la que los participantes

averiguarán que los une y los hace deferentes entre sí, para lo cual expondrán a su compañero sus gustos, actitudes, etc., y este a su vez hará lo mismo, para luego darse cuenta de qué tienen en común.
Recursos materiales e infraestructuras
Recursos materiales: Mesa de trabajo, sillas, pizarra y tizas, una copia por participante de la actividad 6.1 y una copia por pareja de la actividad 6.3, cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes. Infraestructuras: Aula hospitalaria de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.
Indicadores de evaluación
Común a todas las actividades. Nivel de participación (“0” = No quiere realizar la actividad; “1” = No puede participar por motivos médicos, efectos secundarios de los tratamientos, etc.; “2” = Realiza la actividad, pero manifiesta su preferencia por cambiar de tarea o signos de aburrimiento y/o distracción; “3” = Manifiesta su acuerdo en cuanto a participar en la actividad, se muestra activo y motivado y sigue correctamente las instrucciones marcadas). Actividad 6.2. Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”).
Observaciones
Para participantes de menos de 6 años, solo se realizará la actividad 6.3 “¿Iguales o diferentes?” .

Cuadro 7. Sesión 7: “Resolviendo conflictos”

Duración: 1 hora 30 minutos
Objetivos específicos asociados: Aprender estrategias de resolución de conflictos adaptativas y prosociales, así como situaciones en las que su uso es conveniente.
Descripción de la actividad
Taller teórico-práctico
Sección 1: Tras una pequeña reflexión en grupo sobre qué es un conflicto, se procederá con la actividad 7.1. “Elige la solución” . En esta primera actividad, de forma oral, los participantes deberán de, a modo de lluvia de ideas, dar soluciones a problemas cotidianos, para seguir con la actividad 7.2. “Comparando alternativas” , en la cual compararemos las soluciones dadas en el ejercicio anterior y reflexionaremos sobre las consecuencias de dichas alternativas, proponiendo nuevas, si no se encontrase una solución óptima. Por último, con la actividad 7.3. “Resolviendo conflictos” , veremos todo el proceso de resolución de conflictos, pasando desde la relajación y meditación previa al abordaje del problema, hasta la resolución de éste y sus posibles implicaciones futuras. Tras las actividades, se dedicarán unos minutos para reflexionar acerca de lo visto a lo largo del programa, qué hemos aprendido, y para qué nos servirá en el futuro. Igualmente, se ahondará en las opiniones de los menores acerca de qué les ha parecido y si lo han disfrutado.
Recursos materiales e infraestructuras
Recursos materiales: Mesa de trabajo, sillas, pizarra y tizas, cuestionario de satisfacción para menores y adolescentes. Infraestructuras: Aula hospitalaria de la Unidad de Oncohematología Pediátrica del Hospital Torrecárdenas.
Indicadores de evaluación
Común a todas las actividades. Nivel de adecuación de la respuesta (0= “no contesta o no se adecua”; 1= “respuesta vaga pero adecuada”; 2= “respuesta adecuada”), y nivel de participación (“0” = No quiere realizar la actividad; “1” = No puede participar por motivos médicos, efectos secundarios de los tratamientos, etc.; “2” = Realiza la actividad, pero manifiesta su preferencia por cambiar de tarea o signos de aburrimiento y/o distracción; “3” = Manifiesta su acuerdo en cuanto a participar en la actividad, se muestra activo y motivado y sigue correctamente las instrucciones marcadas.).

5. Sistema de Evaluación

Una vez definidas las principales problemáticas y necesidades que experimentan los menores afectados, establecidos los objetivos a alcanzar, así como diseñadas e implementadas las correspondientes sesiones, la evaluación de los resultados obtenidos

será posible gracias a la cumplimentación de indicadores que conforman el Sistema de Evaluación del Programa.

A continuación, en el cuadro 8, se muestran los indicadores que serán utilizados para comprobar el grado en el que se han logrado alcanzar los objetivos específicos, así como los procedimientos y técnicas de recogida de información empleados para tal fin.

Cuadro 8. Indicadores de evaluación

Objetivos específicos	Sesiones	Indicadores
1.1. Instruir en el desarrollo de conductas asertivas entre los menores hospitalizados.	1. “Expresión emocional”	Nivel de participación N.º de alternativas dadas Nivel de adecuación de la respuesta
	2. “Peticiones y opiniones”	Nivel de participación Nivel de adecuación de la respuesta N.º de reiteraciones/opiniones dadas
	3. “Compartiendo experiencias”	Nivel de participación Nivel de adecuación de la respuesta
1.2. Enseñar estrategias de toma de decisiones socialmente adaptativas.	4. “¿Qué son las decisiones?”	Nivel de participación N.º de alternativas dadas Nivel de adecuación de la respuesta
	5. “El caso de Carlos”	Nivel de participación Nivel de adecuación de la respuesta Porcentaje de aciertos
2.1. Entrenar en reconocimiento de las necesidades propias y las de su igual en una situación de conflicto.	6. “Mis compañeros y yo”	Nivel de participación Nivel de adecuación de la respuesta
2.2. Aprender estrategias de resolución de conflictos adaptativas y prosociales, así como situaciones en las que su uso es conveniente.	7. “Resolviendo conflictos”	Nivel de participación Nivel de adecuación de la respuesta

Con objeto de recoger la información de cada sesión, en estas se empleaba una ficha de registro observacional, así como la observación participante.

6. Metodología de recogida de información

Con objeto de obtener los resultados proporcionados por el Programa, se han utilizado una serie de instrumentos que se enumeran a continuación.

Para la obtención de la información, se han usado:

- Cuestionarios de satisfacción para niños (4-11 años), que constan de 5 ítems que registraban información cuantitativa, a los cuales el menor respondía redondeando la “carita” que describía mejor su respuesta. Las “caritas” representaban una

escala del 1 al 4 (desde “1” que significa “totalmente en desacuerdo” a “4”, que representaba “totalmente de acuerdo”). Se eligió este modelo para facilitar la comprensión del cuestionario. En esta misma línea, el cuestionario era leído a los participantes, ya que no todos ellos poseían un dominio adecuado en lectura, así como para prevenir posibles sesgos en la interpretación de los contenidos y agilizar el proceso de cumplimentación al final de cada sesión. Con objeto de recabar información complementaria sobre el funcionamiento del programa, se incluyeron dos ítems de respuesta abierta que registraban información cualitativa.

- Cuestionarios de satisfacción para adolescentes (12 años en adelante), que, de manera similar al anterior, contenían 8 ítems de escala tipo Likert (desde “1”, “totalmente en desacuerdo” hasta “5”, “totalmente de acuerdo”).
- Ficha de registro observacional, donde se registraban las respuestas de los participantes con objeto de realizar la evaluación correspondiente a cada actividad que realizaban dentro de la sesión, así como las variables sexo, edad y número de participantes. Para tal fin, se hizo uso de la observación participante como técnica.

Para el análisis de dichos datos se ha empleado:

- IBM SPSS Statistics 25.0 (para Windows).

7. Resultados del Programa

Previo paso a la exposición de los resultados, se detallará la metodología empleada para la recogida de información, así como las características de los usuarios del programa. Para determinar el grado en el que se han logrado los objetivos, se han empleado una serie de indicadores, los cuales están recogidos en el Sistema de Evaluación del Programa, y que proporcionarán información de carácter cuantitativo. Con el fin de obtener información cualitativa, los cuestionarios de satisfacción empleados contenían ítems destinados a este fin.

7.1. Descripción de la muestra

Los participantes del Programa han sido un total de ocho menores, todos varones, de edades comprendidas entre 4 y 15 años (\bar{x} de edad de 10 años). El 100% de ellos se

encontraban en situación de hospitalización principalmente por encontrarse recibiendo tratamiento quimioterápico.

7.2. Resultados

En la tabla 1 se exponen la relación entre los objetivos específicos del programa, y los resultados arrojados por los diferentes indicadores:

Tabla 1. Resultados obtenidos en los objetivos específicos

Objetivos específicos	Indicadores de evaluación
1.1. Instruir en el desarrollo de conductas asertivas entre los menores hospitalizados	Nivel de participación=2,61(d.t.=0,64) N.º de alternativas dadas=0,84(d.t.=1,29) Nivel de adecuación de la respuesta=1,17(d.t.=0,57)
1.2. Enseñar estrategias de toma de decisiones socialmente adaptativas.	Nivel de participación=2,42(d.t.=0,2) N.º de alternativas dadas=1(d.t.=0) Nivel de adecuación de la respuesta=2(d.t.=0) Porcentaje de aciertos=2(d.t.=0)
2.1. Entrenar en reconocimiento de las necesidades propias y las de su igual en una situación de conflicto.	Nivel de participación=3(d.t.=0) Nivel de adecuación de la respuesta=2(d.t.=0)
2.2. Aprender estrategias de resolución de conflictos adaptativas y prosociales, así como situaciones en las que su uso es conveniente.	Nivel de participación=2,5(d.t.=0,71) Nivel de adecuación de la respuesta=2(d.t.=0)

El indicador relativo al “nivel de participación” del programa, obtuvo una puntuación media de 2,63/3, mientras que “el nivel de adecuación de respuesta” presenta una media de 1,79/2. El objetivo 1, asimismo utilizaba el indicador “n.º de alternativas dadas”, que obtuvo una media de 0,92/2 y, el indicador “porcentaje de aciertos”, específico del objetivo 1.2, obtuvo la máxima puntuación (2).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en los cuestionarios de satisfacción *ad hoc*, rellenos por los participantes al final de cada sesión.

En primer lugar, el cuestionario de satisfacción para niños:

Tabla 2. Resultados del cuestionario de satisfacción para niños

	n	\bar{x}	d.t.
Redondea la carita que mejor describa tu respuesta:			
1. Este taller me ha ayudado a saber más acerca de mis necesidades y emociones y de las de los demás.	6	3,18	1,4
2. Este taller me ha enseñado a tomar decisiones.	6	3,64	0,92

3.En este taller he aprendido como resolver mis propios conflictos.	6	3,64	0,92
4.Me lo paso bien haciendo las actividades.	6	3,73	0,91
5.Les diría a mis amigos que hicieran el taller.	6	3,18	1,17
6. ¿Qué es lo que más te ha gustado del taller? <i>“El zeñorito Aarón”</i> <i>“Que es un máquina, un mastodonte, un jefe, un fiero y un N.º1”</i> <i>“Todo”</i> <i>“El tema que he dado”</i> <i>“La parte de rechazar peticiones”</i> <i>“Contar y escuchar las historias”</i>			
7. ¿Qué cambiarías del taller? <i>“Nada”</i>			

El cuestionario de satisfacción para menores obtuvo una puntuación media total de 3,47/4, y los participantes reflejaron en las preguntas de redacción sus impresiones acerca de las sesiones realizadas.

Y el cuestionario de satisfacción para adolescentes:

Tabla 3. Resultados del cuestionario de satisfacción para adolescentes.

	n	\bar{x}	d.t.
El programa de toma de decisiones y resolución de conflictos me ha servido para:			
1.Conocer mis emociones y necesidades.	2	3,5	2,12
2.Conocer las emociones y necesidades de los demás.	2	5	0
3.Tomar mis propias decisiones.	2	5	0
4.Aprender sobre los conflictos.	2	5	0
5.Resolver mis propios conflictos.	2	5	0
6.Reflexionar sobre situaciones problemáticas del día a día.	2	5	0
7.Relacionarme con mis iguales.	2	4,5	0,71
8.Pasarlo bien y entretenerme.	2	5	0

En este cuestionario, la puntuación media de todos los ítems fue de 4,75/5.

8. Conclusiones

A la hora de determinar el grado en el que se han conseguido los objetivos del programa, en términos generales, los resultados son bastante favorables. El nivel de participación resultó ser notablemente alto, así como el de adecuación de la respuesta, lo cual, a priori, es un buen indicador de que los objetivos fueron logrados. Cabe destacar, la alta implicación que tuvieron los participantes en las sesiones, aspecto que ha ocurrido de forma continua en la fase de implementación del presente programa. La naturaleza principalmente oral de las actividades, en las cuáles se impulsa el diálogo y el conocimiento mediante el intercambio de ideas, hace que el nivel de participación

constituya un indicador esencial para evaluar la eficacia del programa, así como el nivel de adecuación a de la respuesta, en el cual se refleja el *insight* que adquiere el participante una vez expuestos los contenidos con relación a las respuestas proporcionadas en las actividades.

Indicadores como “el número de alternativas” dadas, no gozaron de tan alta puntuación, lo cual contrasta con el resto de los indicadores, como es el caso del porcentaje de aciertos del objetivo 1.2, en el cual se obtuvo la puntuación máxima. A pesar de esta circunstancia y observando el carácter favorable de los resultados obtenidos en el resto de los indicadores, podríamos decir que, en general, los objetivos del Programa han sido logrados exitosamente.

En cuanto a la satisfacción con el mismo, las puntuaciones obtenidas resultaron igualmente elevadas, lo cual señala que los usuarios estuvieron bastante satisfechos con las sesiones. Esto se complementa, en la misma dirección, con la información cualitativa reflejada en las respuestas redactadas de los participantes, que expresaron su opinión (altamente positiva) con el procedimiento utilizado, los contenidos, las actividades y las dinámicas de las sesiones.

En líneas generales, se confirman los excelentes resultados alcanzados tras el desarrollo del programa, habiéndose logrado los objetivos y registrándose altas puntuaciones y comentarios positivos en los cuestionarios de satisfacción. Durante la puesta en marcha del programa, se han detectado una serie de barreras que han repercutido en el diseño, planificación y realización de las sesiones.

Por un lado, los menores a menudo sufrían complicaciones propias de su enfermedad y la hospitalización, experimentando en ocasiones dolores, náuseas, o falta de concentración.

Por otro lado, este Programa se ha implementado en un contexto en el cual uno de los principales problemas ha sido que, debido a intervenciones quirúrgicas, pruebas médicas, o efectos secundarios de los tratamientos, la participación de los menores resultaba en ocasiones inferior a la esperada. Durante su desarrollo, solo ocho menores pudieron participar, pues se encontraban lo suficientemente bien en cuanto a su estado de salud (y ausencia de síntomas), y sus ingresos hospitalarios fueron suficientemente prolongados como para poder tomar parte en todas las sesiones. Esto se debe a que, afortunadamente, los avances en los tratamientos de quimioterapia tienen como

consecuencia que, en la actualidad, los periodos de administración ambulatoria sean frecuente en muchos casos, tras las primeras fases de la enfermedad.

A pesar de las limitaciones anteriormente expuestas, los pacientes se implicaron mucho en las sesiones y “absorbieron” rápidamente los contenidos. Las actividades lograron ser dinámicas y entretenidas y hubo un ambiente favorable de colaboración, así como de buen humor constante.

Para concluir, señalaré las fortalezas y debilidades que ha presentado el Programa.

Como fortalezas, me gustaría señalar las siguientes:

- Las actividades de naturaleza oral de las sesiones, que permitían un intercambio constante de ideas y contribuían a la implicación de los participantes, así como a fomentar el dialogo entre éstos, aspecto fundamental en la resolución de conflictos.
- La colaboración de un equipo multidisciplinar, tanto para la elaboración del programa, como para el apoyo a su implementación, seguimiento y mejora.

Como debilidades del programa, cabe destacar:

- La ausencia de bibliografía estrictamente relacionada con la temática del Programa en relación con la población objetivo, que impide el contraste eficaz de los resultados obtenidos con los de otras intervenciones relacionadas.
- Las propias condiciones de la enfermedad han representado una barrera para la implementación de las actuaciones asociadas al Programa, lo que causaba que en ocasiones que la participación de los menores resultara inferior a la esperada, pues se encontraban sometidos a pruebas médicas o intervenciones quirúrgicas, o padecían síntomas relacionados con los efectos secundarios del tratamiento.

Referencias

- Alonso, Pozo y Martos (2008). *Intervención psicosocial y evaluación de programas en el ámbito de la salud*. Jaén: Formación Alcalá.
- Alves, D.F., Guirardello, E.B. y Kurashima, A.Y. (2013). Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 27(1) 356-362.
- Ayala, M.P.A. y Montes, J.A.G. (2010). Funcionamiento cognitivo de niños entre 4 y 6 años para la resolución de conflictos interpersonales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1) 91-102.
- Bessel, A.G. (2001). Children Surviving Cancer: Psychosocial Adjustment, Quality of Life, and School Experiences. *The Council for Exceptional Children*, 67(3) 345-359.
- Brown, R. T., Sawyer, M. B., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M., Thompson, N. y Madan-Swain, A. (1996). A 3-year follow up of the intellectual and academic functioning of children receiving central nervous system prophylactic chemotherapy for leukemia. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 392-398.
- Cavicchioli, A.L., Menossi, M.J. y García de Lima R.A. (2007). Cáncer infantil: el itinerario diagnóstico. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(5).
- Deasy-Spinetta, P. (1981). The school and the child with cancer. En J. J. Spinetta y P. Deasy-Spinetta, (Eds.), *Living with childhood cancer*, (153-168). Toronto: C. V. Mosby.
- Futterman, E. H., y Hoffman, I. (1970). Transient school phobia in a leukemic child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 30, 394.
- González-Arratia, N.I., Nieto, D. y Valdez, J.L. (2001). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología* 8(1), 113-123. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.9
- Greenberg, H., Kazak, A. y Meadows, A. (1989). Psychological adjustment in 8-16-year-old cancer survivors and their parents. *Journal of Pediatrics*, 114, 488-493.

- Güell, M. (2006). *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?: Técnicas asertivas para el profesorado y formadores (2a ed.)*. Barcelona, España: Graó.
- Heath, N.L. y Rinaldi, C.M. (2006). An examination of the conflict resolution strategies and goals of children with depressive symptoms. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(3), 187-204. DOI: 10.1080/13632750600833833
- Hocker, J.L., y Wilmot, W.W. (1995). *Interpersonal Conflict*. Dubuque: Brown & Benchmark Publishers (3ª edición).
- Howard, A.F., de Bibiana, J.T., Smillie, K., Goddard, K., Pritchard, S., Olson, R. y Kazanjian, A. (2013). Trajectories of social isolation in adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice*, 8 80-93. DOI 10.1007/s11764-013-0321-7.
- Joshi, A. (2008), Conflict Resolution Between Friends During Middle Childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(2), 133–148.
- Llorens, A., Mirapeix, S. y López-Fando, T. (2009). Hermanos de niños con cáncer: Resultados de una intervención psicoterapéutica. *Psicooncología*, 6, 469-483.
- Moreno, M.L.R., Alcaraz, I.D. y Vich, M.M. (1994). *Programa para enseñar a tomar decisiones: cuaderno del alumno*. España: Laertes.
- Norberg, A.L., Pöder, U., Ljungman, G. y von Essen, L. (2012). Objective and subjective factors as predictors of posttraumatic stress symptoms in parents of children with cancer - a longitudinal study. *Plos One*, 7(5), 1-7.
- Pérez, L.C. (2012). *Mediación y resolución de conflictos, Cuaderno del alumno*. Gobierno de Navarra. Departamento de Educación.
- Peris, R.B., Pardo, E.R., Muñoz, A.L., Sayas, N.S. y Valero, S.P. (2017). *Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2016*. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Valencia: Universitat de València.
- Piaget, J. (1977). *The development of thought: equilibration of cognitive structures*. Oxford, Reino Unido: Viking.
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M.J., Alonso, E. y Cid, N. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: Apoyo social y salud en familias afectadas.

Revista Latinoamericana De Psicología, 47(2), 93-101.
DOI:10.1016/j.rlp.2014.07.002

Roca, E.V. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima, e inteligencia emocional*. Valencia, España: ACDE.

Sociedad Americana Contra El Cáncer (2015). *Problemas sociales y emocionales durante y después del tratamiento de la leucemia en niños*. Recuperado el 9 de junio de 2018 de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-en-ninos/despues-del-tratamiento/problemas-emocionales.html>

Sociedad Americana Contra El Cáncer (2015). *Quimioterapia para la leucemia en niños*. Recuperado el 9 de junio de 2018 de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-en-ninos/tratamiento/quimioterapia.html>

Steins, G. y Wicklund, R. A. (1998). Motivation in Person Perception: Role of the Other's Perspective. *The Journal of Social Psychology*, 140(6) 692-709.

Unicef (2018). *Infancia y conflictos*. Recuperado el 9 de junio de 2018 de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/unicef-educa-cuaderno-didactico-infancia-conflictos-armados.pdf>





















Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R. y Dolgin, M. (1994). Perceived stress and adjustment of long-term survivors of childhood cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 1-16.

Anexos

1. Ficha de registro observacional

FICHA DE REGISTRO OBSERVACIONAL			
OBJETIVO		ACTIVIDAD	
N.º SESIÓN	N.º PARTICIPANTES	SEXO	EDAD
GRADO DE PARTICIPACIÓN (IMPLICACIÓN)			
“0” = No quiere realizar la actividad.	“1” = No puede participar por motivos médicos, efectos secundarios de los tratamientos, etc.	“2” = Realiza la actividad, pero manifiesta su preferencia por cambiar de tarea o signos de aburrimiento y/o distracción.	“3” = Manifiesta su acuerdo en cuanto a participar en la actividad, se muestra activo y motivado y sigue correctamente las instrucciones marcadas.

2. Cuestionario de satisfacción para niños.

Tengo años	Soy: un chico		una chica	
Redondea la carita que mejor describa tu respuesta				
1. Este taller me ha ayudado a saber más acerca de mis necesidades y emociones y de las de los demás.				
2. Este taller me ha enseñado a tomar decisiones.				
3. En este taller he aprendido como resolver mis propios conflictos.				
4. Me lo paso bien haciendo las actividades.				
5. Les diría a mis amigos que hicieran el taller.				
6. ¿Qué es lo que más te ha gustado del taller?				
7. ¿Qué cambiarías del taller?				

3. Cuestionario de satisfacción para adolescentes

SEXO:

EDAD:

¿Cómo de satisfecho estás con el programa de toma de decisiones y resolución de conflictos? Pon una X en la opción con la que estés más conforme del 1 al 5 (siendo 1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: ni de acuerdo/ni en desacuerdo, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo).

El programa de toma de decisiones y resolución de conflictos me ha servido para:

	1	2	3	4	5
Conocer mis emociones y necesidades.					
Conocer las emociones y necesidades de los demás.					
Tomar mis propias decisiones.					
Aprender sobre los conflictos.					
Resolver mis propios conflictos.					
Reflexionar sobre situaciones problemáticas del día a día.					
Relacionarme con mis iguales.					
Pasarlo bien y entretenerme.					

4. Materiales elaborados para las actividades del programa

4.1. Comic





4.2. Ficha “Conoce a tu compañero”

Tu nombre.....

Tu compañero.....

Tu compañero...

1. ¿Toca un instrumento musical? ¿Cuál?.....
2. ¿Sabe Jugar al ajedrez?.....
3. ¿Tiene alguna afición poco corriente?.....
4. ¿Ha leído algún libro? ¿Cuál?.....
5. ¿Le gusta la música? ¿Qué música?.....
6. ¿Le gusta irse de vacaciones con sus padres?.....
7. ¿Tiene mascota? ¿Cuál?.....
8. ¿Le gustan las enfermeras del hospital?.....
9. ¿Le gusta ir al colegio?.....
10. ¿Ha estado fuera de España?.....
11. ¿Cuenta chistes?.....
12. ¿Le gusta armar “bronca”?.....
13. ¿Le gusta el deporte? ¿Cuál?.....
14. ¿Le gustan los videojuegos? ¿Cuáles?.....
15. ¿Sabe qué son los corticoides?.....
16. ¿Cumple años este mes? ¿Cuántos?.....
17. ¿Le gusta ver el fútbol? ¿Cuál es su equipo favorito?.....
18. ¿Habla otro idioma? ¿Cuál?.....
19. ¿Le gusta ir al cine? ¿Qué películas le gustan?.....
20. ¿Le gusta hacer manualidades?.....

4.3. Situaciones “Disco rayado/sándwich”

Situaciones disco rayado / sándwich.

Hacer peticiones.

Pedirle a un profesor que te repita un examen porque estabas enfermo y no podías hacerlo.

Pedirles a tus padres que te dejen dinero para ir al cine con tus amigos.

Pedirle a un amigo que vaya a jugar contigo a la calle.

Rechazar peticiones.

Un amigo te invita a un cigarrillo.

Tu primo te pide que le dejes tu videojuego favorito.

Tus amigos quieren ir al Burger King y tú quieres ir al McDonald's.

Rechazar peticiones sándwich.

Un amigo te invita a su casa y no quieres ir.

Una amiga te pide que le prestes la bicicleta.

Tus padres van a hacer una comida que no te gusta.

¡Ahora pon un ejemplo!

4.4. Situaciones “Pensamientos, emociones, y necesidades”

Pensamientos, emociones, y necesidades.

Se escapa mi mascota

He sacado mala nota en un examen

Se ha roto la PlayStation

Mis padres me han castigado sin salir

Me he peleado con mi mejor amigo

4.5. Situaciones “Mostrarse de Acuerdo en lo Posible (MAP)”

Opinión con la que no estás de acuerdo...

- Los fines de semana son aburridos porque no hay cole.
- El Barça es el mejor equipo del mundo.
- La XBOX es mejor que la PlayStation.
- En el colegio, el recreo debería ser más corto para dar más matemáticas.
- El caballo es la figura más inútil del ajedrez.
- Las acelgas están riquísimas, y son mi comida favorita.

¡Ahora pon un ejemplo!

4.6. Situaciones “Conflictos”

Conflictos

En el patio, hay un balón, y tanto tú como tu compañero lo queréis para jugar.

Sois dos personas para jugar al ajedrez, y un 3er compañero viene y quiere jugar también.

Estás en el centro comercial y ves el videojuego que te gusta y quieres comprarlo, pero tu madre no.

Vas a hacer un viaje en el coche con tu familia, y el asiento que te gusta está ocupado.

Quieres jugar a la PlayStation, pero tu madre te dice que nada de consola hasta que hagas los deberes.

En el colegio, un amigo te pide que le dejes los colores que estás usando.

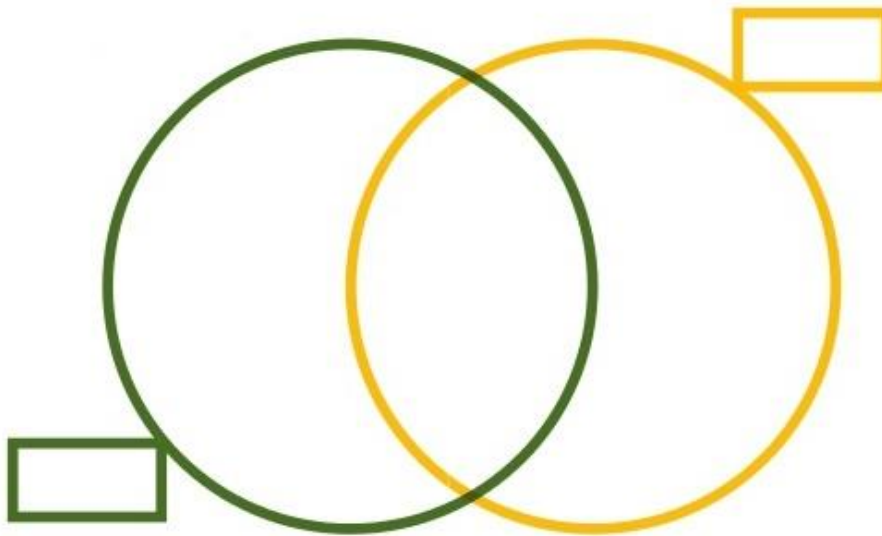
En el recreo, un compañero te ha quitado el bocadillo para comérselo y no te lo quiere devolver.

En el parque todos los niños están jugando al fútbol y te dejan solo.

Descubres que tus amigos te están dando de lado porque un ex amigo está hablando mal de ti.

Quieres apuntarte a una actividad deportiva por las tardes pero tus padres quieren apuntarte a clases particulares para que saques mejores notas.

4.7. “¿Iguales o Diferentes?”



✘ *Quien no reconoce los derechos de los demás es un tirano; quien renuncia a los suyos propios es un esclavo*