

320825

13

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

24



PLANTEL TLALPAN

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**NIVEL DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES
LEUCEMICOS, ANTES Y DESPUES DE
ENTRENAMIENTO EN UNA TECNICA DE
RELAJACION.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MONICA CERVANTES RAMIREZ

ASESOR: DR. JESUS QUINTANAR MARQUEZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

Pág.

INTRODUCCION.

JUSTIFICACION.

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

1.1 Aspectos psicológicos de la adolescencia. 2

1.2 Psiconcología. Aspectos clínicos psicológicos

del paciente con cáncer. 13

1.2.1 Oncología. 13

1.2.2 Aspectos psicológicos del paciente con cáncer. 17

1.2.3 Aspectos psicológicos de adolescentes con cáncer. 31

1.2.4 Leucemia. Aspectos psicológicos. 36

1.3 Ansiedad y relajación. 38

1.3.1 Ansiedad. 38

1.3.2 Relajación. 42

1.3.2.1 Aplicaciones de la relajación. 47

1.3.2.2 Aplicaciones de la relajación en pacientes con cáncer. 50

CAPITULO II. METODOLOGIA.

2.1 Planteamiento del problema. 56

2.2 Hipótesis. 56

2.3	Objetivos.	57
2.3.1	Objetivo General.	57
2.3.2	Objetivos Específicos.	57
2.4	Definición de variables.	58
2.5	Población y muestra.	60
2.6	Instrumentos.	61
2.6.1	Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE).	61
2.6.2	Método de relajación utilizado.	63
2.7	Tipo de investigación.	66
2.8	Nivel de investigación.	67
2.9	Diseño de investigación.	67
2.10	Procedimiento.	67
2.11	Análisis estadístico.	69
 CAPITULO III. RESULTADOS.		
3.1	Presentación de resultados.	72
3.2	Interpretación y discusión de resultados.	74
3.3	Alcances y limitaciones.	79
 CONCLUSIONES.		
 BIBLIOGRAFIA.		

ANEXOS.

1. Cuadros.

2. Tablas de resultados.

3. Glosario de términos técnicos en oncología.

INTRODUCCION

En la actualidad, el hombre debe enfrentar una gran cantidad de situaciones que le producen ansiedad, entre otras reacciones psicológicas y emocionales. Estas situaciones varían, tanto a lo largo de la historia, como en el transcurso de la vida de cada individuo.

Una situación generadora de ansiedad, es el padecer alguna enfermedad mortal o crónica -que no necesariamente tiene que ser mortal-. En el caso particular del paciente oncológico, se pueden observar algunas reacciones psicológicas específicas como son depresión, ansiedad, ira, negación, etc., en diferentes momentos en la evolución de la enfermedad, que incluyen desde el momento en que se recibe el diagnóstico, hasta que es dado de alta o fallece.

De lo anterior se desprende la necesidad de que además del tratamiento médico, el paciente reciba un tratamiento psicológico que le permita enfrentar y controlar dichas reacciones, y, en general, el estado psicológico a que conduce el padecer una enfermedad de este tipo, y el tratamiento al que se somete a los pacientes, que en la mayoría de los casos es sumamente agresivo. Es en este campo, donde una relativamente nueva especialidad atiende las necesidades psicológicas de estos pacientes, esta especialidad es la Psicooncología, la cual por ser reciente, aún no está muy difundida y consolidada. Sin embargo, son varios los profesionales de la psicología los que se ocupan de esta parte del tratamiento. Tal es el caso del Departamento de Psiquiatría y Psicología del Instituto Nacional de Pediatría, que a través de la Clínica de Procesos Oncológicos, atiende a niños y adolescentes que acuden al Servicio de Oncología, proporcionándoles apoyo y manejo psicológico que les permita enfrentar tanto la enfermedad como el tratamiento médico, así como las reacciones mencionadas arriba. Dicho apoyo también se ofrece a padres y familiares de los pacientes.

Es en este contexto en donde se realiza el presente trabajo de investigación, introduciendo un método de intervención conductual: la adaptación de Cautela y Groden (1985) a la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938), en el tratamiento de adolescentes con leucemia; dicha técnica permite al

paciente lograr, de manera voluntaria, un estado libre de tensión y ansiedad, para enfrentarse a una situación percibida como amenazante, en este caso, la administración de quimioterapia, la cual frecuentemente produce un estado de ansiedad elevado, que se asocia a manifestaciones fisiológicas, como es la presencia de náusea y vómito de manera anticipatoria a la administración del medicamento. En algunas ocasiones estos síntomas son tan severos que pueden conducir al abandono del tratamiento, cuando esto no sucede, el paciente experimenta situaciones sumamente desagradables a consecuencia de dichos síntomas.

Cabe señalar que este tipo de intervención psicológica es efectivo en la reducción de la ansiedad, aquí se pretende observar dicha eficacia en una población de adolescentes entre 11 y 16 años, con diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica, que reciben quimioterapia antineoplásica a través del Servicio de Oncología. Para tal efecto, se utiliza el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1975) aplicándolo en tres ocasiones, antes y después del entrenamiento (para determinar el resultado de este entrenamiento) y una tercera ocasión para corroborar que la técnica ha sido entendida y que los pacientes pueden manejarla por sí mismos. En cuanto a los resultados se observa que, partiendo del análisis estadístico, no existen diferencias significativas en cuanto a disminución, en el nivel de ansiedad estado entre la primera y la segunda aplicación del instrumento. Sin embargo, a pesar de esto, se cree que la técnica fue de alguna manera útil, esto se analiza en la sección de discusión de resultados.

Con respecto a la realización del Marco Teórico, se hace una breve descripción de los fenómenos básicos ocurridos durante el período de la adolescencia en el primer apartado; en el siguiente se tocan también brevemente algunos aspectos referentes a oncología, posteriormente se tratan las reacciones psicológicas del paciente con cáncer independientemente de su diagnóstico oncológico y de su edad, además se habla, en un inciso separado, sobre las reacciones del adolescente con cáncer y después, del adolescente con leucemia. En el tercer apartado se hace una pequeña revisión sobre el concepto de ansiedad o angustia real u objetiva; a continuación se señalan las diferentes corrientes dentro de las que se han desarrollado técnicas de relajación, y la aplicación de las mismas tanto en pacientes con cáncer, como con otro tipo de pacientes médicos y psiquiátricos.

En el segundo capítulo, se destacan los aspectos metodológicos de la investigación, incluyendo una breve instrucción del instrumento de medición, así como de la técnica de relajación utilizados.

Debido a que la mayoría de los términos técnicos utilizados en medicina, y en este caso en Oncología, no son de uso y conocimiento común, al final se incluye un glosario con los conceptos utilizados en esta área.

JUSTIFICACION.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, que puede llegar a ser mortal, como es el cáncer, y en este caso la leucemia, produce diversas reacciones psicológicas en el paciente. Estas reacciones se exacerban con la administración de la quimioterapia, siendo en la mayoría de los casos, un tratamiento sumamente agresivo, debido a la administración misma y a los efectos secundarios asociados a ella.

El cáncer generalmente ha sido considerado como una de las enfermedades más temidas; contrariamente a la opinión pública, la mayoría de los tipos de cáncer son tratables, incluyendo la leucemia, y varios pueden ser completamente curables si se detectan de manera temprana. Mucho del progreso en el tratamiento del cáncer se debe a los avances en la quimioterapia, la cual se usa comúnmente en la actualidad. Desafortunadamente, aunque los agentes quimioterápicos pueden alargar la vida de un paciente, también pueden comprometer seriamente la calidad de la misma, al menos durante el tiempo de administración.

Algunos de los efectos secundarios experimentados por los pacientes, como la náusea y el vómito, tienen una naturaleza psicológica, como resultado de un proceso de aprendizaje condicionado y del stress asociado a la quimioterapia. Con frecuencia estos efectos no responden a las intervenciones farmacológicas, y algunas veces son tan severos que pueden conducir al paciente a disminuir las dosis de medicamentos, o incluso al abandono del tratamiento. (Burish y Tope, 1992).

Es por esto, que es necesario proveer a los pacientes con recursos que les ayuden a alcanzar una adaptación a su situación de enfermedad y tratamiento. Se sabe que esos síntomas pueden prevenirse o tratarse exitosamente con el uso de técnicas de intervención conductual, como es la hipnosis, la relajación muscular progresiva, etc. (Burish y Tope, 1992).

La relajación muscular progresiva es la técnica que mayor atención ha recibido en cuanto a aplicación e investigación, encontrando en la mayoría de los estudios realizados que dicha técnica es eficaz en el tratamiento psicológico de diversos grupos de pacientes con cáncer, permitiéndoles una adaptación a la quimioterapia, un sentido de auto-control y disminución de alteraciones emocionales (Redd y Andrykowski, 1982). Los efectos del tratamiento conductual son obtenidos más fácilmente a través del uso de la relajación, ya que su implementación es sencilla (Decker y Cline-Elsen, 1992).

Por este motivo, en la presente investigación se pretende corroborar la eficacia reportada, en un grupo de pacientes adolescentes con leucemia aguda linfoblástica, que reciben quimioterapia antineoplásica en el Servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, hospital de tercer nivel de un país subdesarrollado. Cabe mencionar que las referencias que se citan han sido desarrolladas principalmente en Estados Unidos y con pacientes adultos, de ahí, el interés en conocer lo que sucede bajo condiciones similares, en una población diferente.

La principal causa para enfocar la atención a la evaluación de la ansiedad en esta ocasión, se deriva del hecho de que la mayoría de las investigaciones han explorado los síntomas secundarios como la náusea y el vómito, y se ha hecho relativamente poco en relación a las respuestas afectivas como ansiedad y depresión (Burish y Tope, 1992). De esta manera, se pretende observar si existe disminución de los niveles de ansiedad después del entrenamiento en relajación, con respecto a los niveles previos.

CAPITULO UNO

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO.

1.1 Aspectos psicológicos de la adolescencia.

La palabra adolescencia proviene del vocablo latín *adolescere* que significa crecer, desarrollarse. De acuerdo con ésta etimología, la adolescencia se refiere a los cambios anatómicos y funcionales característicos de este período. A menudo algunos autores lo definen como una fase intermedia entre la niñez y la adultez, y abarca de los 12 a los 21 años aproximadamente. (Dorsch, 1979).

Erikson (1985) considera a este período como uno de los estadios cruciales en el desarrollo psicosocial, el cual se da a partir de crisis que el individuo debe resolver desde la infancia hasta la vejez: señala ocho estadios fundamentales en los que se generan ciertas características personales a partir de la lucha entre las tendencias sintónicas y distónicas que se presentan a lo largo de éstos. Dichos estadios constituyen escalones en los que cada uno está fundado en los anteriores, y cada nueva virtud da diferentes connotaciones a las adquiridas anteriormente y a las siguientes aún en desarrollo. Los estadios se presentan en el cuadro 1 (anexo 1).

Para este autor, además de la adolescencia, los otros dos estadios cruciales son la infancia y la adultez, en la primera surge la esperanza, de la antítesis de confianza básica versus desconfianza básica. De la antítesis de identidad versus confusión de identidad en la adolescencia, surge la fidelidad, que significa la renovación en un nivel superior, de la capacidad de confiar en los demás y en sí mismo (esta capacidad surge en la infancia), y también la pretensión de ser confiable y capaz de comprometer la propia lealtad a una causa, cualquiera que sea su denominación ideológica. Sin embargo, una falta de fidelidad corroborada dará por resultado actitudes sintomáticas generalizadas, tales como la falta de confianza en sí mismo y rebeldía, incluso un apego fiel a pandillas y causas cuyos rasgos básicos sean estas actitudes. Sugiere ver a este período como una "crisis normativa", esto es, una fase normal de conflicto acentuado, caracterizado por una aparente fluctuación en la fortaleza yóica, y también por un alto potencial de crecimiento. El último estadio crucial es la adultez, en el que se genera el cuidado, de la antítesis de generatividad versus autoabsorción.

En lo que respecta a la crisis de identidad que se presenta durante la adolescencia, ésta comprende un aspecto psicológico y uno social; dentro de un enfoque psicoanalítico, el aspecto psicológico significa que: 1. es parcialmente consciente, en un sentido de continuidad e igualdad personal; y parcialmente inconsciente, al ser también una cualidad de vivir no-consciente-de-sí-mismo; 2. está acosado por la dinámica del conflicto y especialmente en su clímax puede conducir a estados mentales contradictorios, tales como un sentido de vulnerabilidad exacerbado y, alternativamente, otro de grandes perspectivas individuales; 3. la crisis de identidad depende de factores psicobiológicos que aseguran la base somática, esto es, posee su propio período evolutivo, antes del cual, no podría darse la crisis, ya que las precondiciones somáticas, cognitivas y sociales no están dadas; 4. se extiende tanto al pasado como al futuro, está enraizada en las etapas de la infancia y dependerá para su percepción y renovación de cada una de las etapas evolutivas subsecuentes. (Erikson, 1986).

Por otro lado, el aspecto social de la identidad debe explicarse dentro de la dimensión comunitaria en la que se encuentra el individuo. La juventud en particular, depende de la coherencia ideológica del mundo del que supone debe hacerse cargo, y en consecuencia se da perfecta cuenta de si el sistema es lo suficientemente fuerte en su forma tradicional como para ser confirmado por el proceso de identidad o está lo suficientemente debilitado como para sugerir su renovación, reforma o revolución. La identidad psicosocial, entonces, posee también un aspecto psicohistórico. (Erikson, 1986).

Algunas complejidades inconscientes generalmente ignoradas son las siguientes: 1. La crisis en ocasiones es escasamente perceptible y en ocasiones lo es muy marcadamente en algunos jóvenes, clases o momentos históricos determinados. 2. La formación de identidad, por norma, posee un aspecto negativo que, a lo largo de la vida, puede permanecer como un aspecto rebelde de la identidad total. La identidad negativa es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad que el individuo tuvo que sumergir en su interior como indeseables o irreconciliables o mediante los cuales se hace sentir como "diferentes" a individuos atípicos o a ciertas minorías específicas. 3. La naturaleza del conflicto de identidad depende a menudo del pánico latente infiltrado dentro de un período histórico. Algunos períodos en la historia se vuelven vacíos de identidad a causa de tres formas básicas de la aprensión humana: miedos despertados por hechos nuevos, tales como

descubrimientos e inventos que cambian y expanden en forma radical la totalidad de la imagen del mundo; ansiedades despertadas por peligros simbólicos percibidos vagamente como una consecuencia de la desintegración de las ideologías existentes; y el temor de un abismo existencial desprovisto de significado espiritual. (Erikson, 1986).

Por su parte, Freud, A (1984) señala que a lo largo de la vida existe lo que ella llamó perturbaciones del desarrollo, las cuales son normales, inevitables y continuas y se producen precisamente a causa del desarrollo. Ese cambio puede afectar a los impulsos instintivos, como ocurre en la adolescencia, o al yo, o sea, al agente que tiene por función el manejo y control de los impulsos, o bien las que sufren una alteración son las exigencias que el individuo se plantea a sí mismo, sus metas e ideales, o tal vez cambien sus objetos amorosos en el mundo exterior u otras influencias derivadas del medio circundante. Los cambios pueden ser cuantitativos o cualitativos, cualesquiera que sean, afectan el equilibrio interno. Dichas perturbaciones son transitorias, y se producen trastornos, así como también las llamadas curas espontáneas.

Las reacciones adolescentes serían el prototipo de este tipo de alteraciones. En este período los cambios abarcan la totalidad de la personalidad, a diferencia de la niñez, en donde lo hacen en sólo un sector de la misma. Como fundamento físico de las perturbaciones durante la adolescencia están los cambios en el tamaño, la fuerza y el aspecto; los cambios endocrinológicos que ocasionan una completa revolución en la vida sexual; los cambios en la expresión agresiva; los progresos en la actividad intelectual y las reorientaciones en los apegos objetales y las relaciones sociales.

Establece que durante la adolescencia se observan cambios cuantitativos y cualitativos. En cuanto a los cambios cuantitativos durante la preadolescencia, al inicio se ve un aumento indiscriminado de la actividad sexual, a lo cual le sucede un cambio en la cualidad del impulso, a saber, el de los impulsos sexuales pregenitales en genitales. Este nuevo elemento expone al adolescente a nuevos peligros, como es el permitir que los nuevos impulsos genitales se dirijan hacia viejos objetos amorosos (padres, hermanos).

Lo anterior ocasiona cambios en el yo, estos cambios se presentan al observador como la perturbación personal del adolescente, y también como su impredecibilidad. Para mantener bajo control el incremento cuantitativo de los impulsos, se requiere de un mayor esfuerzo en lo que respecta a las defensas, entran en acción más represiones, formaciones reactivas, identificaciones y proyecciones, y a veces también intentos más decididos de intelectualización y sublimación. Todo el sistema defensivo del yo se ve sometido a una excesiva tensión, que sufre reiterados colapsos, y que por consiguiente el frenético intento de contener a los impulsos alterna con estallidos incontrolados de actividad impulsiva. Un adolescente en esta fase puede mostrarse en alguno de estos dos aspectos: una personalidad exageradamente estricta y muy defensiva o con un yo abiertamente agresivo y sexual, primitivo, sin inhibiciones.

La manera en que el adolescente se protege contra la presión cuantitativa de los impulsos, es totalmente inadecuada contra el cambio cualitativo por el que adquieren el predominio los impulsos genitales, o sea, la sexualidad adulta propiamente dicha. Lo único efectivo en este caso es el apartamiento de los más importantes objetos amorosos durante la infancia: los padres. De esta manera, el joven puede mostrarse completamente indiferente a ellos, menospreciándolos, puesto que es más fácil prescindir de ellos si se los denuncia tildándolos de estúpidos, inútiles o ineficaces, o mostrándose insolente y rebelde ante sus personas y las creencias y convenciones que representan. Cuanto más estrecha haya sido antes la relación padre-hijo, más amarga y violenta será la lucha de éste para independizarse de aquel en la adolescencia.

El cambio que sufre el adolescente en sus relaciones sociales, es consecuencia directa del apartamiento de su familia. Necesita hallar sustitutos para el apego a los padres y los ideales que compartió con ellos anteriormente. En este punto hay una bifurcación que, en opinión de Freud, A. (1984) produce dos tipos de cultura adolescente:

1. algunos adolescentes colocan en ese lugar vacío a algún autodesignado líder perteneciente a la misma generación de los padres, que puede ser un profesor, un poeta, un filósofo, etc., y a quien se considera infalible y se lo sigue ciega y alegremente.
2. ésta forma es la más común, es en la que se eleva al papel de líder al grupo de pares como tal, o algún miembro de él, convirtiéndolo en árbitro indiscutido en todas las cuestiones morales y

estéticas. Los nuevos ideales y las nuevas personas afectivamente importantes tienen una característica común: deben ser todo lo diferentes que sea posible de los anteriores.

Aberastury (1978) también le confiere gran importancia a la adolescencia, al considerarla como un momento crucial en la vida del hombre, que constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento, el cual atraviesa tres momentos fundamentales: el primero es el nacimiento; el segundo, surge al final del primer año con la eclosión de la genitalidad, la dentición, el lenguaje, la bipedestación y la marcha; y el tercero, es la adolescencia, que es un período de contradicciones, confuso y ambivalente, que se caracteriza por fricciones con el medio familiar y el ambiente circundante. El adolescente se mueve entre el impulso al desprendimiento en busca de independencia, y la defensa que impone el temor a la pérdida de lo conocido. Esto no tiene que ser necesariamente un estado de crisis, pero sí requiere resolución. Esta autora además de estudiar los procesos que se presentan en el adolescente, toma en cuenta a los padres, su ambivalencia y resistencia, así como a la sociedad. En ambos existen dificultades para aceptar el proceso de crecimiento, de maduración intelectual y sexual del niño. Para ella, son estas dificultades las que llevan a calificar a la adolescencia como edad difícil.

Los cambios psicológicos que se producen en este período son, en gran manera, el correlato de los cambios corporales (Aberastury, 1978). Blos (1971) define la diferencia entre los términos pubertad y adolescencia; el primero se emplea para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual, este suceso biológico produce un nuevo impulso y una nueva organización en el yo. El término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. Así, la adolescencia es la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad y al nuevo grupo de condiciones endógenas y exógenas que confrontan al individuo.

Antes del surgimiento del psicoanálisis se consideraba a la pubertad como la aparición física y emocional del desarrollo sexual; esta concepción cambia al aceptarse la existencia de la sexualidad infantil. Para esta corriente teórica, existen dos períodos prominentes en el desarrollo de la sexualidad: la niñez temprana y la pubertad,

estas etapas hacen su aparición a partir de funciones fisiológicas, la lactancia en la primera, y la maduración genital en la segunda. (Blos, 1971).

Los complejos fenómenos de la adolescencia están contruidos sobre antecedentes que residen en la niñez temprana y en la latencia, la cual comprende el período entre el temprano desarrollo de la sexualidad infantil y la sexualidad puberal genital; en esta etapa se espera termine la dependencia completa de los padres, y la identificación empieza a tomar el lugar del objeto amoroso (Freud A, 1990). Este período abarca de los cinco a los diez años, y se caracteriza por la falta de nuevas metas sexuales, más que por la falta de actividad sexual; es aquí donde se adquiere fuerza y competencia para manejar la realidad y los instintos (sublimación) con el apoyo de las influencias educativas, sin estos logros el niño sería derrotado por la pubertad.

La adolescencia está principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta. Además de que los adolescentes de ambos sexos se ven profundamente afectados por los cambios que ocurren en sus propios cuerpos, también, en forma sutil y en un nivel inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva. Estos cambios físicos acarrear un cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación del ser con nuevos poderes y sensaciones físicas, lo cual conduce a una tendencia en el adolescente a comparar su propio desarrollo corporal con el de sus contemporáneos.

Al completarse exitosamente el proceso adolescente, el individuo alcanza un yo estable y la organización de los impulsos; así como una individuación más compleja que la ocurrida al final del segundo año, cuando el niño experimenta la distinción entre "ser" y "no ser". Dicha individuación se acompaña de sentimientos de aislamiento, de soledad y confusión, y lleva en su etapa final a un sentido de identidad o sensación de estabilidad en el ser. (Blos, 1971).

Blos (1971) divide a la adolescencia en fases, aunque su duración no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica; el paso a través de ellas es un tanto desordenado y

nunca en línea recta. El adolescente puede atravesarlas con gran rapidez o puede elaborar una en variaciones interminables, pero de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas esenciales que caracterizan a cada una. Dichas fases son: latencia, preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente tal, adolescencia tardía y postadolescencia. A continuación se describe brevemente cada una de estas etapas.

1. Latencia. La latencia proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad. En otras palabras, el niño está listo para la prueba de distribuir el flujo de energía en todos los niveles del funcionamiento de la personalidad, los cuales se elaboraron durante este período. En la latencia no aparecen nuevas metas instintivas, lo que cambia es el incremento del control del yo y del superyó sobre la vida instintiva. La actividad sexual está relegada al papel de un regulador transitorio de tensión; esta función está superada por la emergencia de una variedad de actividades del yo, sublimatorias, adaptativas y defensivas por naturaleza. Otras funciones del yo adquieren mayor resistencia a la regresión; actividades significativas como son la percepción, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, se consolidan más firmemente en la esfera libre de conflicto del yo.

2. Preadolescencia. Durante esta etapa, como en todas las demás, las manifestaciones de conducta sexual son diferentes en los hombres y en las mujeres; no es posible distinguir un objeto amoroso o una meta instintiva nueva. Los estímulos ante los cuales reacciona el muchacho preadolescente con una erección, no son específicos ni necesariamente eróticos, sino que ésta puede ser provocada por sensaciones como son el miedo, el coraje o algún otro tipo de excitación. Existe un aumento cuantitativo de los impulsos genitales. Como consecuencia de lo anterior, el proceso de adaptación al ambiente, previamente alcanzado, se interrumpe bruscamente, el niño se vuelve inaccesible, difícil de enseñar y controlar, se muestra egoísta, desconsiderado, descuida su higiene y apariencia, realiza actos destructivos, robos o reacciona con crueldad, se hace notar en su apariencia y conducta, con frecuencia disminuye su interés escolar y presenta dificultad para concentrarse e irresponsabilidad, reacciona impulsivamente y se rebela ante la autoridad, sus fantasías se refieren a imágenes sexuales, pensamientos agresivos y deseos de muerte, esto es, se retorna a la etapa de la pregenitalidad infantil. Entre las

muchaclaus se manifiesta el secreto sexual que se vive como intimidad y conspiración, la mujer se dirige en forma más directa hacia el varón (a diferencia de éste, que la evita con el fin de protegerse de sus impulsos), y despliega una actividad intensa con predominio de la actuación y la tendencia bisexual femenina-masculina.

3. Adolescencia temprana En los muchachos se inicia a través de la maduración puberal, hay una falta de catexis de los objetos de amor familiares y como consecuencia una búsqueda de objetos nuevos. La ruptura con los padres acarrea una disminución de la eficacia del superyó y con ello el abandono de los valores morales internalizados, como consecuencia se debilita el yo y el autocontrol amenaza con perderse, en ocasiones incluso, se da la delincuencia. El joven adolescente experimenta una sensación de vacío, tormento interno y depresión, lo que precipita la búsqueda de nuevos objetos amorosos; incrementa las fantasías, el autoerotismo y provoca la vuelta al narcisismo. En este estado de reorganización emocional, la integridad del yo sólo puede mantenerse mediante la elaboración de defensas generalmente extremas y transitorias; algunas de estas operaciones defensivas son restrictivas y se mantienen mediante energía catéctica, mientras otras son de carácter adaptativo y permiten la descarga de impulsos inhibidos (sublimación), estas acciones constituirán los reguladores permanentes de la autoestima. La elección de objeto durante este período, sigue el modelo narcisista en el cual el amigo del mismo sexo se convierte en el ideal del yo, con base a que posee características que el joven desea tener y que la amistad le permite acaparar. El yo ideal constituye entonces, una formación psíquica dentro del yo que desplaza al superyó y absorbe la libido narcisista y homosexual. La distribución adquirida de la libido favorece la búsqueda del objeto heterosexual y la estabilidad en las relaciones, sin embargo, el ideal del yo representado por el amigo, puede ceder ante el deseo sexual e inducir actividades homosexuales externamente similares a las producidas en la preadolescencia, pero el homosexualismo en la adolescencia temprana se deriva del hecho de que un objeto narcisista se elige a sí mismo, en tanto que en la preadolescencia un viraje hacia el mismo sexo constituye una maniobra evasiva. En la mujer también se presenta una unión idealizada y erotizada que se extiende tanto a hombres como a personas del mismo sexo, los objetos idealizados suelen ser similares a los padres o totalmente opuestos a ellos. En este período las mujeres muestran su masculinidad y tendencia bisexual con facilidad, la posición bisexual en la mujer está relacionada con el narcisismo, el pene ilusorio la

protege contra la vaciedad narcisista y cede hasta que busca completarse a través de la heterosexualidad; la disminución de la tendencia bisexual en la mujer, es el límite con la adolescencia propiamente dicha.

4. Adolescencia propiamente tal. En esta fase el joven se aparta finalmente de los objetos de amor infantil y dirige su heterosexualidad a objetos externos al círculo familiar; la formación de la identidad sexual constituye la búsqueda predominante de esta etapa. A través del abandono de las posturas bisexual y narcisista, el hombre afirma su masculinidad y la mujer su feminidad. Con el predominio genital surge una mejoría en la apariencia del joven, que empieza a asumir actitudes más adultas y se desvanece, especialmente en el hombre, el síndrome de grosería, agresividad y perversión. El avance hacia la heterosexualidad implica un arrogio jerárquico de impulsos en el que las tendencias pregenitales adquieren un papel iniciativo y se subordinan a la sexualidad genital o potencian el orgasmo; paralelamente, se da una jerarquización de las funciones yóicas y el sujeto pasa de un pensamiento egocéntrico hacia la objetividad y la capacidad analítica del pensamiento, particularmente en el análisis de la relevancia de sus propias acciones en la sociedad, lo cual promueve el predominio de diferentes intereses, capacidades, habilidades y talentos, tendencias a fomentar la autoestima; los avances en la capacidad de introspección enriquecen las experiencias del adolescente y favorecen su sensibilidad y percepción, por lo que se produce un incremento en el pensamiento y la creatividad artística durante este período. Además de las ansiedades vividas como producto del incremento de los impulsos, el adolescente se enfrenta a restricciones vengativas de los padres en relación a su madurez sexual, al desarrollo físico y la independencia de opiniones; la actitud asumida por los adultos ante las reacciones y los intentos de autonomía del adolescente pueden favorecer o bloquear el desarrollo de éste; padres y autoridades dominantes y represivos obstaculizan el logro de la identidad y creatividad de los jóvenes, o bien, propician actitudes de evasión o escape a través de matrimonios prematuros; en cambio los que desatienden totalmente a los hijos, propician una crisis de identidad aún más violenta, ya que se priva al adolescente de los necesarios límites de conducta, del apoyo y guía que requieren, con ello se propicia la aparición de la delincuencia, el pandillerismo, el alcoholismo, la drogadicción, la deserción escolar y el futuro desempleo.

5. Adolescencia tardía. Durante ésta, el yo busca el equilibrio entre "los retardos parciales" y las expresiones estables de la personalidad, a través del trabajo, el amor y la ideología, con lo cual se busca la adaptación y el reconocimiento social. Esta es una fase de consolidación por: a. un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo; b. una extensión de la esfera libre de conflictos del yo (autonomía secundaria); c. una posición sexual irreversible (constancia de identidad resumida como primacía genital; d. una coexistencia de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante (autoestima); e. la estabilización del aparato mental (ello, yo y superyó) que automáticamente salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico. Se establece una relación entre la estructura psíquica y el contenido, al establecer la primera una unificación con el yo, forma el carácter, mientras que al preservar la continuidad dentro de esta unificación se provee de los medios. En esta fase se suscitan cambios decisivos a través de una crisis de identidad. Durante esta fase, el joven está sometido a un esfuerzo excesivo de su capacidad integradora y el fracaso puede conducir a maniobras de postergación (adolescencia prolongada), o bien, a fracasos en el dominio de la realidad interna y externa que pueden ser: 1. fracasos reiterados (condiciones psicóticas) que implican un aparato yoico defectuoso, incapacidad para el aprendizaje discriminativo o diferencial y pánico a la pérdida del yo, o 2. adolescencia incompleta o perturbación neurótica que implica perturbaciones entre los sistemas, bloqueos del aprendizaje discriminativo o diferencial (inhibiciones) y evitación de la ansiedad (formación de síntomas).

6. Post adolescencia. Esta etapa es la precondition de la madurez psicológica, en donde armonizan los componentes de la personalidad como preparación para la selección ocupacional, el rol social, el enamoramiento, el matrimonio y la maternidad o paternidad. Se alcanza armonía entre las necesidades narcisistas instintivas y los intereses yóicos. En este momento el impulso ha alcanzado ya permanencia y fijación, siguen operando los procesos integrativos del yo con el fin de obtener ajustes permanentes de los conflictos entre sistemas y de los elementos inarmónicos del yo. Emerge la personalidad moral con énfasis en la autoestima más que en la dependencia superyóica y la gratificación instintiva. El ideal del yo toma posesión de la función reguladora del superyó y se convierte en el heredero de los padres idealizados de la infancia. Existe capacidad para encontrar un objeto de amor con el cual el joven puede relacionarse con un mínimo de ambivalencia, se torna selectivo positiva o negativamente por identificación o contraidentificación orientadas

hacia las imágenes parentales. Las actitudes, rasgos y tendencias de estas imágenes se convierten en atributos duraderos de personalidad de los hijos adultos; la lucha para integrar intereses y actitudes yóicas del padre del mismo sexo muestra ser una tarea formidable. El postadolescente se ancla en la sociedad de la que es parte integral, a ello se enlaza una afirmación de las instituciones sociales y a la tradición cultural.

La adolescencia es un periodo durante el cual, el individuo se integra a la sociedad de los adultos, ésta integración tiene muchos aspectos afectivos asociados a la pubertad, como se ha visto, pero también involucra cambios intelectuales profundos. Piaget (1984) señala que alrededor de los 11 o 12 años el pensamiento se desvincula de la lógica concreta de los objetos, de manera que pueda operar con proposiciones verbales o simbólicas, ésta función llega a su equilibrio a los 14 o 15 años. A partir de esto, existe la posibilidad de manipular ideas, en lugar de limitarse a manipular objetos, como sucedía en la etapa de pensamiento concreto; el adolescente es capaz de elaborar y comprender teorías y conceptos ideales o abstractos; adquiere la capacidad de hacer proyectos para el futuro, de concebir intereses no inmediatos, y de apasionarse por ideas, ideales o ideologías; es capaz de razonar sobre la base de hipótesis, esto es, con proposiciones que no se consideran verdaderas o falsas, sino que se formulan experimentalmente para extraer todas las posibles consecuencias de ella, que luego son verificadas comparándolas con los hechos.

Como se ha visto, la adolescencia es un periodo importante y difícil en la vida del ser humano, en él se generan los cambios que marcan la transición entre la infancia y la adultez. Dichos cambios se generan en todas las esferas, biológica, psicológica, intelectual, familiar, social y cultural. Es una etapa de fricción entre el adolescente y los adultos que le rodean, principalmente los que representan autoridad, sobre todo los padres, sin embargo, cuando se concluye satisfactoriamente, el joven es capaz de aceptar a sus padres, estableciendo una relación de adultos con ellos, igualmente, es capaz de encontrar un objeto de amor con el cual se relaciona con un mínimo de ambivalencia.

1.2 Psicooncología. Aspectos clínicos psicológicos del paciente con cáncer.

1.2.1 Oncología.

La oncología es la especialidad de la medicina encargada de la coordinación de las etapas diagnósticas y terapéuticas de los tumores sólidos y hemopatías malignas, cuyo objetivo es la erradicación del cáncer. (Ruiz, 1984). Para tal fin, es necesaria la acción de un equipo interdisciplinario que sume conocimientos y técnicas, de esta manera, el tratamiento de un paciente será el resultado de la combinación de las diferentes posibilidades terapéuticas.

Por otro lado, el cáncer consiste básicamente en la proliferación de una clona o familia de células en el seno de un organismo pluritular, que escapan a los mecanismos de regulación que aseguran un equilibrio entre los tejidos compatible con la vida. (Amiel, Rouesse y Machover, 1978). Todas las células pueden sufrir transformaciones neoplásicas, siendo raro en células cuya tasa de división es escasa o nula, como en el caso de las células nerviosas. El desarrollo de un tumor canceroso o de una hemopatía maligna puede originarse a partir de una célula que ha sufrido la transformación neoplásica o de varias células, sin embargo, aún no se conocen los mecanismos fisiológicos que originan dicha transformación. Estas células se caracterizan por tener una apariencia morfológica más "joven" de lo normal. Dicha proliferación no es sensible a los estímulos reguladores del organismo siendo progresiva e irreversible, pudiendo llevar a la muerte.

La muerte por cáncer se debe principalmente a que al extenderse el tumor, ocasiona necrosis, perforaciones, hemorragias, sobreinfecciones, compresiones neurológicas, vasculares y bronquiales, insuficiencia respiratoria, hepática o hematopoyética. Además existen complicaciones generales como fiebre, anorexia y caquexia asociada a la insuficiencia alimentaria por obstáculo de las vías digestivas. Otra causa importante de muerte, puede ser un tratamiento demasiado enérgico, que dañe al organismo de tal manera que le produzca la muerte (Amiel y cols., 1978), obviamente esto debe ser evitado por el médico quimioterapeuta tratante.

La invasión directa de los tejidos vecinos por un tumor, implica la destrucción de las estructuras limitantes del tejido de origen y del tejido invadido, así como una movilidad celular. Además de esta extensión local, se realizan metástasis, que son crecimientos a distancia de una neoplasia, que se producen por una vía vascular, hemática o linfática. Se puede decir, que existe predilección de algunos tumores por metastatizar en ciertos órganos, lo cual depende de imperativos anatómicos y además, de una adaptación a los microambientes variables según los tumores. Generalmente el pronóstico de una neoplasia empeora si existe metástasis, por lo que muchas veces se da tratamiento profiláctico, principalmente a sistema nervioso. En la leucemia aguda linfoblástica y en el linfoma de Hodgkin, el sitio más frecuente de infiltración extramedular es el sistema nervioso central, sobre todo como manifestación de recaída. (Hyman, Boyle, Brubaker y cols., 1965, en Rivera y Martínez, 1987a).

Actualmente el tiempo de supervivencia de los pacientes oncológicos ha aumentado considerablemente gracias a los adelantos en cuanto a tratamiento, que incluyen radioterapia, cirugía radical y paliativa, y de manera especial quimioterapia, con el desarrollo de numerosos agentes antineoplásicos, y del descubrimiento de la superioridad terapéutica del uso combinado de estos medicamentos; a través de estas formas de intervención se logra erradicar tumores sólidos y destruir células en las hemopatías. También es posible su utilización profiláctica en la prevención de metástasis.

Los fármacos quimioterápicos tienen efecto sistémico, absorbiéndose la sustancia indistintamente desde el tubo digestivo o de un lugar de inyección, para alcanzar finalmente el área afectada a través de la circulación sanguínea. (Garrod, Lambert y O'Grady, 1985). La base del empleo adecuado de los agentes antineoplásicos supone el conocimiento preciso del ciclo celular, esto es, el proceso cíclico de la reproducción celular, principalmente de la fase de la mitosis y de reduplicación del ácido desoxirribonucleico. Todas las células del cuerpo a excepción de las neuronas, se reproducen de acuerdo a un ritmo de destrucción, a un tiempo de doblamiento determinado, es decir, el tiempo que una determinada población celular tarda en duplicarse, y de acuerdo a una fracción histórica de crecimiento, que es, el número de células que están en crecimiento para reemplazar a las que se van destruyendo. En las neoplasias, la fracción de crecimiento varía de unas a otras; cuanto

más pequeña es la masa tumoral, mayor es la fracción y por lo tanto, menor el tiempo de doblamiento. A medida que el tumor aumenta de tamaño, esta fracción va reduciéndose y se alarga el tiempo de doblamiento. (Ruiz, 1984).

Es importante conocer e identificar el ciclo celular porque los agentes antineoplásicos actúan impidiendo la reproducción celular, generalmente dañan sólo las células que se reproducen, por lo que serán más eficaces cuanto más pequeño sea el tumor, ya que el número de células en crecimiento es elevado. Desgraciadamente en nuestro país, un gran número de pacientes acuden a atención médica cuando el tumor ha evolucionado demasiado y el efecto quimioterápico es escaso.

Los fármacos utilizados en quimioterapia, se clasifican en tres grupos, dependiendo del momento en el que actúan: los fase específicos, ejercen su efecto sobre alguna fase determinada del ciclo celular; los ciclo específicos, actúan sobre el ciclo de reproducción, indistintamente de la fase en la que se encuentre; y los inespecíficos que actúan sobre las células aún en reposo. Otra clasificación se hace en base a la fuente de obtención de estos fármacos, distinguiéndose cinco grupos principales: antimetabolitos, alquilantes, antibióticos antineoplásicos, alcaloides y misceláneos, en donde se incluyen algunas hormonas que actúan también contra las neoplasias. (Ruiz, 1984; Rivera y Martínez, 1987a).

Con los medicamentos utilizados en quimioterapia, se pueden tratar a los pacientes desde diversas formas de acción, dependiendo de las necesidades del mismo. Al comienzo de la enfermedad o ante una recidiva, la terapéutica es de ataque, tratando de destruir al mayor número posible de células, hasta lograr la remisión del proceso y continuando con terapéutica de sostenimiento, cuando se lleva a cabo ésta última, pueden observarse células clandestinas en forma de micro metástasis, en estos casos se emplean tratamientos breves, a veces con los mismos medicamentos utilizados en la fase de ataque; también pueden combinarse con radioterapia, o de manera coadyuvante a la extirpación quirúrgica de un tumor, para prevenir posibles metástasis o combatir las que ya existen al momento quirúrgico. Otras formas de acción son la potenciación, que significa que algunos agentes antineoplásicos potencian la acción de otros, obteniendo resultados más favorables al paciente; la

quimioterapia de sincronización tiene como meta colocar todas las células en la misma fase de reproducción para luego actuar con otro citostático quimioindependiente que ataque a todas las células previamente situadas en la misma fase. (Ruiz, 1984),

Finalmente, todos estos medicamentos tienen mayor o menor grado de toxicidad, esto impone una revisión detallada de las posibilidades terapéuticas de cada enfermo, para evitar efectos indeseables y peligrosos, vigilando constantemente el estado físico del paciente. Es importante una hidratación abundante, para facilitar la eliminación renal de los antineoplásicos que se excretan predominantemente por esta vía.

1.2.2 Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.

La idea de una posible relación entre factores psicológicos y cáncer tiene un origen antiguo, Galeno (en Greer, 1983), observó que el cáncer ocurría más comúnmente en mujeres "melancólicas" que en aquellas con temperamento "sanguíneo". En la literatura médica posterior, se pueden encontrar referencias acerca de los trastornos emocionales precedentes al diagnóstico de cáncer, así como sobre la influencia que la estructura psíquica del individuo puede tener sobre sus posibilidades de contraer cáncer, de influir sobre su localización o sobre su evolución. (Schavelzon, 1965).

Existen investigaciones en población infantil, que apoyan la teoría en la que los factores psicológicos tienen influencia en el desarrollo de cáncer (Jacobs y Charles, 1980; Greene y Miller, 1958, en Jacobs y Charles, 1980) encontrando que al inicio de la enfermedad se habían presentado con mayor frecuencia eventos importantes en la vida de los niños, así como experiencias de separación y pérdida (incluyen cambio de domicilio o de escuela y pérdida por muerte o separación de algún familiar importante). También se han encontrado severos estados de stress antes del diagnóstico de leucemia (Miller y Jones, 1948, en Greer, 1983); los autores especulan que la frecuencia de ocurrencia de dificultades emocionales en pacientes con leucemia, pueden ser más que hallazgos coincidentes.

El valor pragmático de la investigación referente a las relaciones entre psicología y cáncer está muy lejos de estar aclarada, aún cuando se suponga que tal relación existe, no se puede asumir que la corrección del trastorno psicológico pueda influir en la terapéutica del cáncer, principalmente por el carácter multifactorial de la etiología de ésta enfermedad. Lo que sí se puede concluir es que parece existir una cierta correlación entre enfermedades neoplásicas y ciertos tipos de situaciones psicológicas, especialmente la pérdida de un nexo emocional importante. También parece haber ciertas relaciones entre la organización de la personalidad y el tipo y localización del tumor. (Schavelzon, 1965).

La influencia de factores psicológicos y emocionales en la etiología del cáncer es un tema sumamente amplio que daría lugar a una revisión teórica por separado. Sin embargo, aquí se tratará el punto relativo a las reacciones psicológicas y emocionales desencadenadas por el padecimiento de ésta enfermedad.

En las dos últimas décadas, se han realizado muchos avances en el tratamiento del cáncer, lo cual tiene como resultado el aumento de la sobrevida y la posible cura de estos pacientes. Esto ha hecho que se dé mayor atención a las reacciones emocionales que se observan en los pacientes oncológicos ante su diagnóstico, tratamiento y sobrevivencia; así como a la calidad de vida durante el tiempo que dure el tratamiento, sea "curativo" o paliativo (Lesko y Holland, 1988).

Aunque cada paciente como ser individual reacciona de diferentes maneras ante diferentes estímulos, parece ser que existen ciertos principios que gobiernan el comportamiento de las personas con cáncer, el cual debe considerarse bajo una forma especial y muy grave de stress, el cual puede romper importantes mecanismos de adaptación previamente desarrollados. (Schavelzon, 1965).

Se ha observado que ante el diagnóstico de cáncer, el saber que el tratamiento ha fallado, que ha ocurrido una recaída, o cuando se cumplen varios años desde el diagnóstico, los pacientes muestran respuestas emocionales características: un período de shock e incertidumbre seguido por un período de inquietud emocional con ansiedad o depresión, irritabilidad y desórdenes en el apetito y el sueño. Las habilidades para concentrarse y llevar a cabo actividades diarias pueden deteriorarse, también se detectan pensamientos intrusivos sobre la enfermedad y temor acerca del futuro. Todas estas respuestas transicionales en el curso del cáncer, son semejantes a las respuestas al stress, las cuales han sido descritas en relación a otras pérdidas traumáticas o catastróficas. (Lesko y Holland, 1988).

La habilidad del paciente para manejar éstas reacciones, está determinada por factores médicos, psicológicos y sociales, los cuales incluyen: la enfermedad misma (síntomas, evolución clínica, tipo de tratamiento, número de recaídas, etc.); nivel anterior de ajuste, especialmente a enfermedades físicas; actividades y metas

amenazadas por la enfermedad de acuerdo con la edad del paciente (adolescencia, carrera, familia, etc.); actitudes culturales y religiosas; presencia de personas que brinden apoyo emocional al paciente; potencial del paciente para la rehabilitación física y psicológica y finalmente, la personalidad del paciente y su estilo de adaptación a situaciones conflictivas. (Lesko y Holland, 1988).

Parace ser que las reacciones psicológicas del paciente oncológico, dependen en alguna medida del tipo de cáncer que se padece, de la capacidad o incapacidad para localizarlo, del lugar en el que se localiza y del pronóstico tentativo. Cuando un tumor es visible genera la fantasía de menor dificultad para curarlo, ya que al estar circunscrito y visible puede extirparse, hay mayor optimismo en el paciente y su familia que en los médicos, estos últimos mantienen una actitud más realista ante la situación. Este tipo de tumores provocan, en general, menos ansiedad que aquellos asociados a órganos vitales y sexuales. Desde el punto de vista psicológico, las neoplasias más impactantes son las que requieren del paciente la aceptación de una enfermedad basada en sus sentimientos de "malestar general", en las apreciaciones del médico y en las pruebas de laboratorio, tal es el caso de las leucemias, que están a la vez en todas y en ninguna parte, ya que no se puede precisar un punto determinado de localización. Otros factores que influyen en estas reacciones son: la visibilidad de la enfermedad, el desfiguramiento y la disminución en las funciones que origina el tratamiento, como es la pérdida del cabello, las ulceraciones en la boca, la debilidad física, humor inestable, etc. (Asato, 1990). Es por esto que la enfermedad tiene impacto considerable en la imagen que el paciente tiene de sí mismo.

Bleger L. (1965) sostiene (en base a su experiencia clínica psicoterapéutica) que la situación psicológica básica de todo paciente con cáncer, es una depresión (equivalente a un duelo por la pérdida o muerte de partes del mismo). Desde ésta situación básica se configurarán las distintas manifestaciones psicológicas como formas de elaborar o enfrentar esa depresión. Sin embargo, en un estudio longitudinal realizado por Kaplan, Busner, Weinhold y Lenon (1987), se encontró que el índice de depresión (medido con el Inventario de Depresión de Beck) en adolescentes con cáncer, no difirió del índice obtenido por la muestra control (adolescentes de la población general); y en niños, el registro fue significativamente menor que en los niños de la muestra control (en estos grupos se usó el Inventario de Depresión Infantil). En otros estudios (Moffic y Paykel, 1975; Schwab,

Bialow, Brown y Helzer, 1967; en Kaplan y cols., 1987) se encontraron niveles altamente significativos de depresión en adultos. Con estos resultados Kaplan y cols., (1987) sugieren que existe una prevalencia menor de depresión en adolescentes hospitalizados, que en adultos en la misma situación.

Las reacciones de cada persona estarán determinadas por la forma en que ha enfrentado otras situaciones críticas de la vida. Los mecanismos de defensa que se ponen en juego con mayor frecuencia son la negación, la racionalización y la intelectualización. La negación, que es la primer defensa activada al recibir el diagnóstico, es uno de los mecanismos más primitivos, y se utiliza para negar frustraciones, el enfermo con cáncer vuelve a una situación de dependencia (regresión) y la negación se incrementa más cuanto más desesperanza hay frente a la evolución (Bleger L., 1965; Asato, 1990).

Los mecanismos de reacción de las personas ante el diagnóstico de una enfermedad crónica o mortal, y durante la evolución de la misma, -el cáncer puede incluirse en ambos adjetivos- han sido estudiados por Kübler-Ross (1975), identificando cinco fases: 1. negación y aislamiento, 2. ira, 3. pacto, 4. depresión y 5. aceptación.

En la primera, la negación y el aislamiento, funcionan como amortiguador de una noticia inesperada e impresionante, es una defensa provisional que es sustituida por una aceptación parcial. En la fase de ira, se comienza a comprender el diagnóstico y el pronóstico, ya no se puede mantener la negación, y en su lugar aparecen sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento, surge la pregunta "¿por qué yo?", ésta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal hospitalario, debido a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que rodea al paciente, encontrando constantemente motivos de queja. La tercer fase, la de pacto, es igualmente útil para el paciente, aunque sólo dura breves períodos de tiempo, basándose en experiencias anteriores, la persona sabe que hay una ligera posibilidad de que se le recompense por su buena conducta y se le conceda un deseo teniendo en cuenta sus especiales servicios, su deseo suele consistir en la prolongación de la vida, o por lo menos, pasar unos días sin dolor o molestias físicas, el pacto es un intento de posponer los hechos. La siguiente fase es la depresión, y se presenta cuando el paciente se ve obligado a pasar

por operaciones y hospitalizaciones, cuando comienza a presentar más síntomas o se debilita, el dolor preparatorio por el que atraviesa el paciente desahuciado antes de morir también contribuye al estado depresivo; de esta manera, se puede hablar de dos tipos de depresión, la reactiva ante la pérdida de algo que está pasando, y la preparatoria, que tiene como causa pérdidas inminentes. Cuando el paciente tiene bastante tiempo antes de morir, y se le ha ayudado a pasar por las fases anteriores, llegará a una fase en la que su "destino" no le deprimirá ni le enojará, esta fase, la última, es la de aceptación, en la que el paciente ha encontrado cierta paz, su interés disminuye y desea que le dejen sólo o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior; a menudo no desea visitas, no tiene ganas de hablar. Cuanto más lucha un paciente por esquivar la muerte inevitable, cuanto más trata de negarla, más difícil le será llegar hasta ésta fase final de aceptación con paz y dignidad.

También es frecuente observar fantasmas de suicidio en estos pacientes, pero son relativamente pocas las que llegan a consumarse. Las fantasías que operan son una acción retaliativa de destrucción contra una parte del cuerpo que está enferma y que ha traicionado al individuo como una profunda herida narcisística y una amenaza a la integridad del yo. (Bleger L., 1965). Aunque son pocas las ideaciones suicidas que se llevan a cabo, Fox, Stanek, Boyd y Flanery (1982), en Greer y Silberfarb (1982) refieren haber encontrado un índice mayor de suicidios en hombres con diagnóstico de cáncer, en relación a otros grupos de la misma edad, así como un riesgo mayor de suicidio en el período consecutivo al diagnóstico.

Ante el diagnóstico y la enfermedad misma, el paciente experimenta una regresión, la cual, debería ser facilitada por la gente a su alrededor (sin embargo no siempre es posible). Esta regresión le permite tener la oportunidad de recuperar viejas pautas de comportamiento que se dieron durante el desarrollo y que le sirvieron para calmar sus frustraciones y elaborar situaciones de pérdida. (Bleger L., 1965).

Por otra parte, Moos y Schaefer (1984) señalan que cuando una persona se enfrenta con un evento que trastorna su patrón característico de conducta y estilo de vida, emplea algunos mecanismos para resolver problemas habituales, hasta que se restaura el balance. Sin embargo, una situación puede ser tan novedosa o

singular, que los mecanismos utilizados habitualmente resultan inadecuados para lograr una adaptación; estas situaciones adquieren el carácter de crisis e incitan un estado de turbulencia que con frecuencia se acompaña de aumento de temor, de culpa u otros sentimientos desagradables. Ya que una persona no puede estar en estado de desequilibrio, una crisis es por definición auto-limitada; aunque puede ser temporal, algunas resoluciones pueden encontrarse, y reestablecerse algún equilibrio dentro de unos pocos días o semanas. El nuevo balance puede representar una adaptación saludable que promueve crecimiento y maduración, o puede ser un estado mal adaptativo que presagia deterioro psicológico y decline. Así, una crisis puede ser vista como una transición, con implicaciones duraderas para la adaptación de un individuo y la habilidad para enfrentar crisis futuras.

De acuerdo con estos autores, la enfermedad física crónica es casi siempre un serio "trastorno en un estado constante" que puede extenderse en un largo período de tiempo y que puede conducir a cambios permanentes para el paciente y su familia. La potencia de la crisis proviene de su carácter de repentina e inesperada, y en el caso de la enfermedad crónica (y del cáncer por supuesto), de la amenaza latente a la vida y bienestar de un individuo. Es entonces cuando la persona tiene que poner en juego tareas diversas que le ayuden a lograr una adaptación a la enfermedad y a la nueva situación en general; estas tareas fueron divididas por Moos y Schaefer (1984) en siete categorías, las tres primeras, directamente relacionadas con la enfermedad, y las cuatro siguientes se aplican a todos los tipos de crisis en la vida. Dichas categorías son:

1. Tratar con el disconfort, dolor, incapacitación y otros síntomas de la enfermedad o lesión.
2. Manejo del stress de procedimientos terapéuticos específicos y del ambiente hospitalario.
3. Tratar y mantener relaciones adecuadas con los médicos y otros miembros del equipo paramédico.
4. Preservar un balance emocional razonable, manejando sentimientos volcados, en este caso por la enfermedad (emociones "negativas" como son ansiedad, culpa, sensación de soledad, enojo, etc.).
5. Preservar una auto-imagen satisfactoria y mantener un sentido de competencia y dominio (aprender a no darle toda la importancia a la apariencia y atracción física); definir los límites de independencia, objetivos de reajuste (balance entre aceptar ayuda y tomar parte activa y responsablemente en el control de la dirección y actividades de la propia vida).

6. Sostener relaciones con la familia y amigos.
7. Preparación para un futuro incierto, con amenaza de pérdidas significativas.

Estas categorías generalmente se encuentran en cualquier enfermedad, pero su relativa importancia varía dependiendo de la naturaleza de la misma, de la personalidad del paciente y del conjunto único de circunstancias.

Además de las tareas adaptativas categorizadas, Moos y Schaefer (1984), hablan de los estilos o habilidades de adaptación comúnmente empleadas para realizar las tareas mencionadas. Estas habilidades pueden usarse de forma individual o consecutiva, o más probablemente, en varias combinaciones, y pueden ser útiles en algunas situaciones pero no en otras; son habilidades que pueden ser enseñadas y usadas de manera flexible según lo demande la situación. Estos estilos pueden ser organizados en tres dominios de acuerdo con su foco primario:

1. Adaptación enfocada a la valoración: involucra intentos de entender y encontrar un patrón de significado en una crisis.
1. Análisis lógico y preparación mental. Se atiende un aspecto de la crisis en un momento, rompiendo aparentemente con el problema, y segmentándolo en porciones potencialmente manejables, en base a experiencias pasadas y ensayos de acciones mentalmente alternativas y sus probables consecuencias. Dichas habilidades se usan comúnmente para controlar la ansiedad.
2. Redefinición cognitiva. Incluye estrategias cognitivas a través de las que un individuo acepta la realidad básica de una situación, pero la reestructura para encontrar algo favorable. Mediante estas estrategias, la persona trata de autoconvencerse de que las cosas podrían ser peor, alterando valores y prioridades de acuerdo con el cambio de la realidad personal y concentrando la atención en algo bueno que pudiera desarrollarse de la crisis de salud.
3. Evitación cognitiva o negación. Las habilidades en esta categoría están dirigidas a negar o minimizar la seriedad de la crisis; cuando el diagnóstico se ha aceptado, estas habilidades pueden dirigirse a la significancia de la enfermedad, por ejemplo cuando se va de doctor en doctor buscando un diagnóstico

alternativo. Estas habilidades se describen con el término de mecanismos defensivos, ya que son respuestas auto-protectivas ante el stress, y pueden rescatar al individuo temporalmente al proveer el tiempo necesario para poner en juego otros recursos de adaptación.

II. Adaptación enfocada al problema: buscan confrontar la realidad de una crisis negociando con las consecuencias tangibles y tratando de construir una situación más satisfactoria.

1. Búsqueda de información y apoyo. Consiste en la obtención de información acerca de la enfermedad, del tratamiento y del posible resultado; en este momento el paciente requiere de apoyo emocional por parte de su familia, amigos y del equipo médico.

2. Toma de un papel activo en la solución de problemas. Esta categoría implica el negociar directamente con una situación, por ejemplo, aprendiendo procesos específicos de cuidado de la salud y de control de síntomas; estos logros pueden proveer la confirmación de la habilidad personal y de la competencia, en un momento en que las oportunidades de independencia y acción significativa son escasas.

3. Identificación de recompensas alternativas. Incluye intentos de reemplazar las pérdidas permanentes involucradas en una crisis de salud cambiando la actividad propia y creando nuevas fuentes de satisfacción; es frecuente la fijación de metas a corto plazo ante la incertidumbre del pronóstico.

III. Adaptación enfocada a las emociones: buscan manejar las emociones provocadas por una crisis y mantener un equilibrio afectivo.

1. Regulación afectiva. Estas habilidades cubren los esfuerzos por mantener la esperanza y control de las emociones cuando se está negociando con una situación stressante.

2. Descarga emocional. Incluyen los actos en los que la persona expresa sus sentimientos de enojo o desesperación, llorando o gritando en protesta a las noticias de un mal pronóstico, y haciendo bromas o chistes para ayudarse a calmar la tensión constante.

3. Aceptación resignada. Esta categoría se da en términos de aceptar la situación tal como es, aceptando que ésta no puede ser alterada y sometándose a una "condena certera". Este tipo de respuestas adaptativas se alternan con respuestas de evitación cognitiva y negación.

Por otra parte, además de afectar a una persona, el cáncer tiene repercusiones en la familia del paciente, el stress que se genera es particularmente complejo, sin importar la edad que tenga el miembro enfermo. (Lesko y Holland, 1988). Dentro del grupo familiar se movilizan ansiedades y defensas, y se da una reestructuración de roles en sus diversos integrantes, pudiéndose movilizar desde los niveles más regresivos de comportamiento hasta los más integrados. Las reacciones de la familia son diferentes de una a otra, dependiendo de su estructura; en una familia desunida y dispersa, por ejemplo, uno de los integrantes puede canalizar una necesidad de reparación y meta y hacer cualquier clase de esfuerzos para sacar adelante al paciente, a veces sin tomar en cuenta los auténticos deseos de seguir viviendo del mismo. Otras veces el paciente debe ser alejado, porque su presencia despierta culpa, sobre todo si en el grupo existe mucha ambivalencia afectiva hacia aquel, entonces la culpa del grupo puede llevar a sentir que el paciente se convierte en un foco de contaminación y mala suerte. En fin, son muy variadas las reacciones que se pueden observar en el grupo familiar, pero es innegable que el diagnóstico de cáncer a uno de los miembros, alterará el equilibrio logrado y los roles previamente establecidos. (Bleger, 1965).

A pesar de todas las reacciones psicológicas que se han mencionado, Golden, Gersh y Robbins (1992) han encontrado que los pacientes con cáncer generalmente son cooperativos, están altamente motivados y responden al tratamiento; la mayoría de ellos están en éste por su propia voluntad, y usualmente se obtienen resultados rápidos; la resistencia debida a ganancias secundarias tiende a ser la excepción más que la regla.

Con respecto a investigaciones en este ámbito, se han realizado algunas que pretenden observar y determinar en la medida de lo posible, los efectos psicológicos del cáncer en diferentes grupos de pacientes.

Cooper y Blitz (1985) señalan que la hospitalización de niños con una enfermedad física aguda como el cáncer, puede generar stress severo debido al limitado conocimiento que tienen del mundo fuera de su hogar y su familia, sus limitaciones cognitivas y la irrupción de las actividades normales con su familia y con su grupo de pares. Además, esto puede ocasionar restricciones sensorio-motoras, dolor físico y que se sientan asustados e incómodos por los tratamientos y procedimientos médicos, el stress de la enfermedad puede conducir a estados

de ansiedad y depresión que se expresan conductualmente en forma de retirada, regresión, disminución en la cooperación, agresión, conducta disruptiva y disturbios del sueño.

Greer y Silberfarb (1992) exploran las concomitantes psicológicas de las enfermedades oncológicas e investigan cinco áreas generales: morbilidad psicológica por cáncer o sus tratamientos, precursores psicológicos del cáncer, respuesta psicológica al cáncer en relación a su evolución, estudios psicobiológicos e intervención psicológica. Sostienen que para poder proporcionar atención psicológica adecuada, es necesario conocer la naturaleza y extensión de las reacciones emocionales (adaptativas y patológicas), que provoca el cáncer, tanto en el individuo como en su familia. La morbilidad psicológica y social en estos pacientes puede presentarse de muchas maneras durante el curso de la enfermedad, esto es, al momento de dar el diagnóstico o durante el tratamiento, también puede influir en la evolución del cáncer.

Se sabe que el diagnóstico de cáncer propicia disturbios emocionales en la mayoría, aunque no en toda la gente, ya que implica graves consecuencias para el individuo; las respuestas más comunes han sido reportadas como shock e incredulidad (negación), ansiedad, ira y/o culpa y tristeza. Estas son reacciones que se presentan ante un stress severo, y constituyen un proceso de adaptación. (Falek y Britton, 1974, en Greer y Silberfarb, 1982). Igualmente, el tratamiento puede estar seguido de cambios a nivel psicológico, la quimioterapia puede provocar náusea y fatiga no permanentes, también puede producir algunos efectos colaterales dependiendo del medicamento administrado, en cuanto a los efectos de la cirugía, es muy poco lo que se ha estudiado, pero se ha reportado depresión y dificultad para reintegrarse al trabajo.

Silberfarb, Philibert y Levine (1980) realizaron un estudio sistemático para determinar las secuelas psicológicas de la quimioterapia con 50 pacientes oncológicos admitidos consecutivamente, a los que se les aplicaron tests de funciones cognitivas y afectivas; los resultados mostraron un significativo deterioro cognitivo, por lo cual, los autores enfatizan la importancia de la quimioterapia como una posible fuente de cambio conductual y trastorno emocional en estos pacientes.

En un estudio clínico aleatorio, Maguire, Tait, Brooke, Thomas, Howat, Sellwood y Bush (1980), reportaron una alta incidencia de morbilidad psiquiátrica (ansiedad, depresión, problemas sexuales) en pacientes con cáncer de mama tratadas con mastectomía mas quimioterapia; el 81% de las pacientes de este grupo fueron estimadas como candidatas a recibir tratamiento psiquiátrico, comparadas con el 50% de las pacientes que sólo fueron sometidas a mastectomía. En un estudio similar, Cooper, McArdle, Russell y Smith (1979) señalan que aunque la quimioterapia mejora el pronóstico después de mastectomía, se puede detectar cierta prevalencia de desorden psiquiátrico. Las pacientes de la muestra fueron distribuidas aleatoriamente a un grupo con quimioterapia, a un grupo con quimioterapia y radioterapia o a un grupo con radioterapia, posterior a la mastectomía. En los grupos que recibieron quimioterapia (sola o combinada) se observó que un mayor porcentaje (39%) caía en el rango de enfermedad psiquiátrica, en comparación con el grupo que recibió solo radioterapia (13%). También presentaron mayor porcentaje de depresión y ansiedad, tanto al año como a los 18 meses posteriores.

Kaplan, Busner, Weinhold y Lenon (1987) encontraron que los síntomas depresivos en niños y adolescentes estaban altamente relacionados a la pérdida de eventos psicosociales, como son actividades con su familia o con sus contemporáneos. Esto apoya el concepto de que los eventos psicosociales son una importante fuente de variación en los síntomas depresivos en niños y adolescentes oncológicos. También encontraron que estos síntomas no están directamente relacionados con eventos tales como la hospitalización, recaídas, remisiones, administración de medicamentos, etc.

Otro punto importante en las reacciones del paciente, se refiere a los efectos colaterales de la quimioterapia, la mayoría de estos con duración temporal, como son náusea, vómito y algunas veces pérdida de apetito, causadas por la acción del medicamento en células normales del estómago y del resto del tracto digestivo, también puede existir pérdida de peso. Otro efecto colateral es la pérdida del cabello, el cual vuelve a crecer cuando se suspende el tratamiento. También puede haber cansancio y palidez, la cual se debe a insuficiencia de glóbulos rojos en la sangre, esto sucede cuando el medicamento afecta la médula ósea, inhibiendo la producción celular, la falta de glóbulos blancos provoca una disminución en las defensas inmunológicas, lo que favorece la

adquisición de infecciones. Estos efectos generalmente dependen del tipo de medicamento empleado, pudiendo aparecer muchos o ninguno de ellos, o pueden aparecer otros, incluso a mediano o largo plazo como son neumonía, diarrea, daño hepático, hiperpigmentación, fibrosis pulmonar, osteoporosis, amenorrea, esterilidad, neoplasias secundarias, etc. (Rivera y Martínez, 1987a). Además del malestar físico, estos efectos producen malestar psicológico que repercute en la adaptación del paciente al tratamiento, y a su situación en general.

Los síntomas colaterales como son la náusea y vómito, pueden presentarse de manera pre o post tratamiento: aproximadamente el 25% de los pacientes oncológicos desarrollan estos síntomas antes de la quimioterapia (Redd y Andrykowski, 1982). Cuando se presentan después del mismo, se explican a partir de la toxicidad de los medicamentos empleados, sin embargo, los resultados de la investigación de Jacobsen, Andrykowski, Redd, Dietrich, Hakes, Kaufman, Currie y Holland (1988) ofrecen un fuerte apoyo en lo relativo a los factores no farmacológicos que contribuyen a las diferencias individuales en las respuestas gastrointestinales a la quimioterapia; estos factores incluyen un aumento de la ansiedad durante las infusiones, susceptibilidad previa a náusea y vómito después de comer ciertos alimentos y expectativas de desarrollo de estos síntomas relacionados a la quimioterapia.

Estos efectos secundarios anticipatorios a la quimioterapia tienen un importante componente psicológico y pueden representar un fenómeno aprendido o condicionado, en donde varios estímulos temporales, espaciales, sensoriales y cognitivos asociados con la quimioterapia producen síntomas similares a los producidos por la misma. Para la mayoría de los pacientes, la primer infusión es más fácil de tolerar de lo que esperaban; con las infusiones subsecuentes, los efectos colaterales generalmente se hacen más severos, para algunos pacientes la situación resulta tan mala, que cualquier evento o estímulo que se asocia repetidamente con las reacciones secundarias anticipatorias, se convierte en generador de dichas reacciones. (Redd, 1989).

También se ha asociado la ansiedad producida por el tratamiento, como una causa común de náusea y vómito anticipatorio (NVA). (Dolgin, Katz, McGinty y Siegel, 1985). Morrow y Morell (1982) dicen que altos niveles de ansiedad pueden predisponer el desarrollo de trastornos gastrointestinales y náusea. Lerman, Rimer,

Blumberg, Cristinzio, Engstrom, MacElwee, O'Connor y Seay (1990) señalan que la ansiedad es un factor clave en los modelos clásicos de condicionamiento de estos síntomas. Por su parte, Burish y Tope (1992) señalan que el nivel de ansiedad de los pacientes antes de la quimioterapia ha sido correlacionada positivamente con el desarrollo de náusea y vómito, de hecho, la incidencia de NVA puede ser mucho mayor en pacientes con altos niveles de ansiedad, en oposición con aquellos que tienen niveles moderados y leves. Se han propuesto algunos mecanismos posibles para explicar el rol de la ansiedad; primero, debido a su asociación con la náusea y vómito post quimioterapia, la ansiedad puede convertirse en un potente estímulo condicionante de estos síntomas; segundo, los individuos ansiosos pueden ser más vigilantes de su medio, así, atienden más cercanamente a los estímulos que pueden convertirse en condicionantes de estos síntomas.

Aunque las explicaciones anteriores a la ocurrencia de NVA han sido generalmente aceptadas, hay explicaciones alternativas. Una perspectiva operacional a este fenómeno se enfoca a las potenciales ganancias secundarias (simpatía y atención por ejemplo) que el paciente obtiene como resultado del desarrollo de estos síntomas. (Redd y Andrykowski, 1982).

Existen dos tipos diferentes de NVA, el primero se da en respuesta a estímulos físicos directamente asociados con el lugar del tratamiento (hospital, consultorio, clínica), el segundo se experimenta durante un periodo mas o menos largo antes del tratamiento (ej. un día entero antes del mismo). En un mismo paciente pueden presentarse ambos tipos. Dichas reacciones son resultado de un proceso de aprendizaje normal y no representan psicopatología; de hecho la gran mayoría de estos pacientes están psicológicamente sanos y bien adaptados. (Redd, 1989; Love, Nerenz y Leventhal (in press), en Redd y Andrykowski, 1982).

Morrow, Linkle y Black (1991) investigan las características predictivas de los pacientes que pueden desarrollar náusea anticipatoria y encuentran las siguientes: edad menor a 50 años; náusea y vómito después de la última quimioterapia, descritos como "moderados, severos o intolerables"; sensación de calor, sudor o debilidad después de la última quimioterapia. Los pacientes con cuatro o más características después del primer

tratamiento tienen mayor posibilidad de desarrollar NVA en sus ciclos posteriores (independientemente del tipo de cáncer y del tratamiento que reciban).

Por otra parte, Weddington, Miller y Sweet (1984) examinaron a 50 pacientes adultos con diferentes diagnósticos oncológicos que recibían quimioterapia por consulta externa para estimar sus experiencias sobre NVA. Se entrevistaron sólo a pacientes que habían recibido quimioterapia por menos de un año y que continuaban en su régimen original. 41 pacientes experimentaron náusea post quimioterapia con o sin vómito, y 19 de estos 41 (46%) experimentaron estos síntomas de manera anticipatoria; estos pacientes habían estado en tratamiento durante un período significativamente más largo que los pacientes que sólo presentan los síntomas después del tratamiento. 9 pacientes nunca tuvieron náusea o vómito asociado al medicamento. Concluyen que estos síntomas antes de la quimioterapia son un fenómeno común, particularmente en pacientes que tienen un período prolongado de tiempo en tratamiento.

En otro estudio, Dolgin, Katz, McGinty y Siegel (1985) investigaron la prevalencia de estos síntomas en una muestra de 80 niños de 2 a 14 años, con diversos diagnósticos oncológicos, recibiendo quimioterapia por consulta externa, y encontraron que aproximadamente una cuarta parte de la muestra reportó haber padecido estos síntomas, lo que sugiere que este problema puede afectar y contribuir a las alteraciones relacionadas con el tratamiento de un gran número de niños oncológicos. El 28.8% reportó náusea anticipatoria, el 20% vómito anticipatorio, y un 9% adicional reportó ambos síntomas en el pasado, pero no en el momento del estudio. Estos síntomas estaban relacionados directamente con el régimen quimioterapéutico y con la severidad de los mismos después de éste, y se desarrollaron dentro de los cuatro primeros meses del tratamiento.

1.2.3 Aspectos psicológicos de adolescentes con cáncer.

El padecer una enfermedad crónica durante la adolescencia supone un gran impacto en la vida cotidiana. El desarrollo individual se ve alterado y se encuentran más obstáculos para atravesar este período. La enfermedad atenta contra la identidad y la autoestima, quizá por presentarse en un momento de cambios biopsicológicos. También puede producirse retardo en la maduración sexual y en la expresión de la sexualidad, alteración de la imagen corporal y perturbación en el desarrollo de las relaciones objetales. Existe básicamente la necesidad de ajuste a los procesos diagnósticos y al tratamiento. Esta situación generalmente conlleva a una sobreprotección del paciente, lo cual bloquea sus tentativas de autonomía y dependencia con respecto a los padres. (Asato, 1990).

Holland y Rowland (1989) señalan que la enfermedad durante la adolescencia irrumpe en diferentes esferas de la vida:

- a) Relaciones interpersonales: existe alteración en la relación con el grupo de pares, experimentándose una sensación de aislamiento; existe cierta incapacidad de establecer una relación íntima con un objeto sexual.
- b) Dependencia-independencia: hay incremento en la dependencia hacia los padres, lo cual puede producir sobreprotección hacia el hijo enfermo; sentimientos de impotencia; enojo; no cooperación; pérdida de la privacidad; sentimientos de desintegración corporal e insalubridad.
- c) Alteración de las realizaciones: percepción devaluada del self, temor a la incapacidad para realizar ambiciones, vergüenza, status deportivo y académico en peligro o perdido.
- d) Imagen e integridad corporal y sexual: alteración de la imagen corporal a partir de la enfermedad y del tratamiento; temor y desconcierto acerca de la exposición del cuerpo durante la exploración física; sensación de desviación de las normas corporales admitidas por los pares; retraso en el crecimiento físico y en la maduración sexual; temor de ser algo así como "sucio"; amenaza a las actividades sexuales (masturbación asociada con debilidad, culpa y vergüenza); pérdida de la sensación adolescente de invulnerabilidad física.

- e) Aspectos existenciales: temor a recurrencia de la enfermedad, lo cual es visto como castigo a algunas acciones (culpa ante la masturbación), castigo proveniente de otras personas (por no sumisión) o como castigo de Dios; búsqueda del significado de la vida; la sobrevivencia es asociada con culpa o con un propósito especial en la vida; no existe sentimiento de inmortalidad; angustia por no poder vivir "para crecer"; ansiedad.

El diagnóstico de una enfermedad crónica como lo es el cáncer tiene un efecto psicológico en el paciente, independientemente de su edad, sin embargo, repercutirá de manera diferente en un paciente de acuerdo a la misma, así, durante la adolescencia se observa el mayor impacto, ya que en este período se viven cambios principalmente a nivel sexual, las relaciones extrafamiliares adquieren especial importancia, y el adolescente quiere parecerse a sus contemporáneos tanto como sea posible; la enfermedad provoca en él sentimientos de dependencia hacia la familia, lo cual causa conflictos en la habilidad para desarrollar autonomía. También hay alteraciones en la imagen corporal por la pérdida de cabello y otros efectos del tratamiento, además de la incapacidad para realizar las actividades deportivas usuales. Para el adolescente la enfermedad a menudo puede percibirse como una clase de castigo por pensamientos, sentimientos o actividades consideradas como fuera de la aprobación de los padres. (Lesko y Holland, 1988).

El adolescente puede mostrar agresión y hostilidad por la dependencia que implica la hospitalización, al inicio son comunes las actitudes de rebeldía y rechazo a los tratamientos médicos, quirúrgicos, así como a los procedimientos diagnósticos. Los efectos secundarios de la quimioterapia como son la caída del cabello y la palidez, y algunas consecuencias del tratamiento como podrían ser las amputaciones, despiertan preocupación por la autoimagen y pueden constituir obstáculos en su desarrollo psicosocial ulterior (Orr, 1984).

Zeltzer, Kellerman, Ellenberg, Dash, Rigler (1980) exploraron el impacto que provoca la enfermedad en 345 adolescentes sanos y en 168 adolescentes con diferentes enfermedades crónicas como son diabetes mellitus, fibrosis cística, cáncer y trastornos cardíacos, renales y reumáticos. El impacto total de la enfermedad fue semejante entre los sujetos sanos y los enfermos, aunque, los pacientes de oncología y reumatología expresaron

mayor impacto que los pacientes cardiacos y diabéticos. La naturaleza de las inquietudes de los adolescentes fue similar para ambos grupos. Los adolescentes con enfermedades crónicas no tienen necesariamente que presentar psicopatología, no obstante, la normalidad psicológica no excluye disrupciones relacionadas con la enfermedad, el diagnóstico de la misma implica cambios en la vida diaria. La restricción de la libertad fue percibida como la mayor disrupción a partir de la enfermedad, además de alteración en las relaciones familiares y con los contemporáneos.

Con respecto a los grupos con diferentes enfermedades, se encontró que los pacientes con cáncer perciben alteraciones en la imagen corporal debido al tratamiento. Los pacientes de reumatología también perciben alteraciones en la imagen debidas al tratamiento y a la enfermedad misma; las alteraciones en la escuela se reportaron en los pacientes oncológicos y cardiacos, en los primeros también se detectaron además, problemas en las relaciones familiares, y los segundos se mostraron interesados en aspectos sobre sexualidad. En los pacientes diabéticos se encontró el menor impacto de la enfermedad y menos alteraciones con los contemporáneos.

En cuanto a sexo, hubo una pequeña pero significativa tendencia por parte de las adolescentes femeninas a reportar mayor impacto de la enfermedad al inicio de la misma. Esta diferencia se encontró tanto en las adolescentes enfermas como en las sanas, pero fue más pronunciada en los grupos con cáncer, fibrosis cística y trastornos reumáticos. También en las mujeres se encontró mayor impacto del tratamiento en la apariencia física, principalmente en los grupos con cáncer y trastornos reumáticos.

En todos los pacientes enfermos se encontró una correlación significativa entre el impacto de la enfermedad y ansiedad, autoestima y control excesivo sobre la salud, esto es, en los adolescentes sanos y enfermos que reportaron un alto impacto de la enfermedad, era más probable encontrar niveles altos de ansiedad y disminución en la autoestima.

Otras enfermedades agudas (resfriados, alergia, sinusitis, dolor de cabeza, etc.) tienen un impacto importante en el grupo de adolescentes sanos, principalmente en popularidad y actividades con los contemporáneos, mayor que las enfermedades crónicas en los otros adolescentes. Los autores hipotetizan que esto se debe a que los primeros no tienen la necesidad de desarrollar mecanismos de adaptación estables frente a la enfermedad, lo que los hace estar pobremente equipados para afrontar las ocasionales interrupciones de sus actividades, en cambio, los adolescentes enfermos han tenido la necesidad de desarrollar alternativas de adaptación, como formar un grupo de amigos en el hospital, o recibir visitas de sus amigos cuando se ausentan de la escuela, estos adolescentes están frecuentemente bajo tratamiento o vigilancia médica, mientras que en los adolescentes sanos, al estar usualmente bien, una pequeña enfermedad puede producir mayor disrupción en las rutinas acostumbradas y percibirse como un evento significativo.

En otra investigación, cuyo propósito fue estimar de manera prospectiva los efectos conductuales pre y post quimioterapia (durante las 24 horas precedentes y las 72 horas siguientes a la quimioterapia), en 65 niños de 3 a 11 años y 29 adolescentes de 12 a 19 años, Dolgin, Katz, Zeltzer y Landsverk (1989) encontraron niveles más altos de síntomas conductuales y de náusea y vómito en los adolescentes que en los niños, en ellos las alteraciones conductuales tendían a disminuir y a estabilizarse a través del tiempo. En cambio en los adolescentes tendían a incrementarse. En otras investigaciones citadas por estos autores (Dolgin, Katz, Doctors y Siegel, 1986; Smith, Rosen, Trueworthy y Lowman, 1979; Tebbi, Cummings, Zevon y cols., 1986) se han encontrado índices mayores de complicación con los medicamentos administrados en casa, y de abandono de tratamiento, entre los adolescentes que entre los niños menores.

Las categorías conductuales exploradas a través de entrevista fueron: síntomas de ansiedad, cambios de humor, cambios en el nivel de actividad, alteraciones en el sueño, problemas alimenticios, enfermedades somáticas, resistencia al tratamiento, así como náusea y vómito. Los autores encontraron que durante las 24 horas precedentes al tratamiento, los síntomas conductuales más comunes fueron ansiedad y cambios en el humor, encontrándose también problemas alimenticios, somáticos, cambios en el nivel de actividad y resistencia al tratamiento. Las alteraciones post quimioterapia incluían trastornos de humor (ira, irritabilidad), disminución

en el nivel de actividad y trastornos somáticos. Los adolescentes mostraron niveles mayores de alteraciones, tanto antes como después de la quimioterapia, lo cual puede atribuirse a factores biológicos, así como a factores psicológicos, puesto que la experiencia clínica y la investigación han mostrado que los regímenes prolongados de tratamiento aversivo, constituyen la más aguda e inmediata dificultad en la adaptación psicológica de los pacientes adolescentes, más que el diagnóstico mismo de una enfermedad que amenaza la vida. (Dolgin y cols., 1989).

1.2.4 Leucemia. Aspectos psicológicos.

Dentro de la oncología existe una enorme variedad de trastornos neoplásicos; uno de ellos es la leucemia, la cual es una enfermedad de etiología desconocida aún. Consiste básicamente en la proliferación de tejido hematopoyético, particularmente de tejido leucopoyético, sin que exista una causa aparente que genere este crecimiento (Keidan, 1968). Clínica y hematológicamente se divide en dos grandes grupos: aguda y crónica, siendo la diferencia esencial el nivel de maduración de las células predominantes en la médula ósea y en la sangre periférica; en las formas agudas, las células son más inmaduras que en las crónicas, en estas últimas, el tiempo de sobrevida sin tratamiento es mayor que en las primeras.

Dentro de las formas agudas, se encuentra la Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL), la cual se presenta principalmente en la infancia, y es la neoplasia más frecuente en pediatría. Las experiencias institucionales en México (Rivera, Cruz, Borrego y cols., 1980) apoyan las observaciones de los países sajones en los que la frecuencia es de aproximadamente 4.2 casos nuevos por 100 000 habitantes por año (Young y Miller, 1975, en Rivera y Martínez, 1987b).

El tiempo de sobrevida de los pacientes con leucemia ha aumentado considerablemente a partir del uso de diversos agentes antineoplásicos. La LAL en el Instituto Nacional de Pediatría se atiende con dos protocolos diferentes de quimioterapia, lo que depende de que sea de alto o bajo riesgo; cuando es de alto riesgo, el pronóstico es más reservado que cuando es de bajo riesgo. Los adolescentes con leucemia son considerados como de alto riesgo debido a la edad (uno de los criterios es la edad, de los 10 años en adelante, los pacientes son considerados como de alto riesgo). Los medicamentos que se les administran tienen efectos colaterales como pueden ser náusea y vómito, mucositis, mielosupresión, necrosis tisular, diarrea, etc., de manera inmediata, esto es, algunas horas o días posteriores a la quimioterapia; daño hepático, cardíaco, neoplasias secundarias, ictericia, alopecia, etc., como efectos tempranos (semanas), retardados (meses) o tardíos (años).

La leucemia es una enfermedad que ha sido asociada con desesperanza, dolor, miedo y eventualmente con la muerte. La mayoría de los pacientes sufren alteraciones psicológicas y emocionales relacionadas con: la dependencia en la familia, cambios en la apariencia física y autoimagen, algunas veces con cambios y disminución del funcionamiento sexual, incapacidad para desarrollar tareas en la escuela, el trabajo o los roles de acuerdo a su edad, alteración en las relaciones interpersonales, incomodidad y dolor en los últimos estadios de la enfermedad, finalmente ante el tratamiento, el paciente debe lograr una adaptación a la situación. Las alteraciones psicológicas mencionadas en los apartados anteriores son aplicables a los pacientes con leucemia, incluyendo los adolescentes.

Fochtman (1984) hace una revisión de lo que sucede con los adolescentes que viven con leucemia, señalando las características que se mencionaron en el apartado 1.2.3, y enfatiza el hecho de que algunos adolescentes con una enfermedad potencialmente fatal pueden completar muchas tareas de desarrollo de esta etapa, obteniendo un sentido de control y dominio sobre sus propias vidas, así como el establecimiento de su identidad y autoestima. Esto puede lograrse cuando el adolescente recibe de su medio la ayuda necesaria para encontrar métodos de adaptación apropiados desde el inicio de la enfermedad y el momento del diagnóstico, dicha ayuda debe estar matizada por un carácter de honestidad e información exacta.

Un punto importante es el hecho de que la enfermedad interfiere en la necesidad de independencia del adolescente con respecto a sus padres; además, el equipo médico acostumbrado a tratar con niños pequeños, puede olvidar que el adolescente necesita autonomía y que tiene la habilidad para tomar decisiones sobre sí mismo y sobre su cuidado. (Fochtman, 1984).

1.3 Ansiedad y relación.

1.3.1 Ansiedad.

Los términos de angustia y ansiedad han sido definidos y estudiados a partir de diferentes escuelas o corrientes, centrando su atención en aspectos determinados. El psicoanálisis por ejemplo, fija su atención en los dinamismos inconscientes, en las experiencias traumáticas tempranas, en los conflictos y en las frustraciones, así como en los mecanismos de defensa. Por su parte, los teóricos socioculturalistas han puesto énfasis en los determinantes culturales sobre la conducta y en las funciones racionales del yo al resolver problemas vitales. El conductismo señala que la angustia se debe al condicionamiento clásico, es decir, al asociar un estímulo de miedo a uno neutro. Por último, el existencialismo centra su atención en la comprensión del hombre como ser existente con un singular modo de ser en el mundo. (Padilla, 1977; Greenwell, 1976). Podría pensarse que dichas concepciones son contrarias o hasta opuestas, sin embargo, resultan ser complementarias al presentar puntos de vista parciales del origen de una experiencia compleja como lo es la angustia. (Padilla, 1977).

Al parecer, para algunos autores no existe una diferencia clara entre los conceptos de angustia y ansiedad, los cuales, en ocasiones son utilizados para definir una misma condición anímica. (Chagoya y Maza, 1980). Para Greenwell (1976) la diferencia estriba sólo a nivel lingüístico de traducción, no habiendo una diferenciación precisa. En el presente estudio, estos términos se considerarán sinónimos.

A partir del trabajo de Freud "Inhibición, síntoma y angustia" (1976), ésta dejó de ser considerada una consecuencia de la represión del instinto libidinal, siendo entonces, una señal de alarma que alerta al yo acerca de la inminencia de un peligro, movilizandoo las defensas que podría considerar necesarias (en Padilla, 1977).

Freud (1976, en Greenwell, 1977), distingue tres clases de angustia: la real u objetiva, la neurótica y la moral. La angustia real se refiere a una experiencia emocional o penosa que se produce al percibirse un peligro en el mundo externo. Un peligro es cualquier condición ambiental que amenaza con perjudicar al yo; lo que

hace que la angustia se convierta en neurótica es su gran intensidad y la manera como la persona se enfrenta a ella, se produce como consecuencia de la percepción de un peligro proveniente de los instintos, es el miedo al ello, esto es, a la descarga de los impulsos. La angustia moral es el miedo al superyó, cuando el yo percibe un peligro procedente de la conciencia moral, que es la ejecutora internalizada de la autoridad de los padres, que amenaza castigar a la persona por pensar o realizar hechos que violan los propósitos perfeccionistas que éstos han forjado en la personalidad; se experimenta como sentimientos de culpa o de vergüenza.

En el presente estudio, el concepto de angustia que nos interesa es la real u objetiva, ya que el diagnóstico de cáncer, el tratamiento y los diversos procesos médicos aversivos, son percibidos por el paciente como situaciones externas peligrosas que atentan contra la integridad de su yo. Bleger (1977) dice que la ansiedad desempeña un papel de señal de alarma propiciando nuevas manifestaciones de comportamiento tendientes a reestablecer un equilibrio (citado por Chagoya y Maza, 1980). Los sentimientos de ansiedad tienden a la seguridad. (Horney, 1963, en Greenwell, 1976).

Para Asato (1990), la ansiedad surge ante la tensión, la cual es una reacción normal del organismo que implica tanto procesos físicos como psicológicos, puede darse ante cualquier suceso, estímulo, necesidad e incluso conducta interna como externa que afecten directamente a una persona. El stress excesivo y los estados de tensión graves, prolongados y constantes pueden provocar un estado de ansiedad tal, que genere serios problemas físicos y emocionales. Dentro de los problemas físicos está el aumento de la tensión arterial, úlcera, ataques cardíacos, etc. Los problemas emocionales son más impredecibles que los anteriores, pudiendo enmascararse detrás de ellos, como es el caso de las llamadas enfermedades psicósomáticas.

Se puede señalar que la angustia frente al peligro real está bajo la dependencia de las pulsiones de autoconservación, y es la consecuencia de la interpretación de los signos de peligro que amenazan la integridad física del individuo. Frente al peligro se observa un estado de alerta, en el que existe advertencia sensorial y tensión motriz que moviliza las capacidades de respuesta a ese peligro para el combate o la fuga. (Greenwell, 1976).

Sullivan (1953, en Cueli y Reidl, 1972), considera que la ansiedad es uno de los principales motivadores de la vida, puede ser productiva -cuando es poco ligera y hace que el hombre no permanezca inmóvil en un punto muerto-, o destructiva -cuando produce una confusión total e imposibilita una conducción favorable. Para este autor, la individualidad de una persona está dada por la manera en que maneja su ansiedad, ya que ésta existe en todo ser humano, pudiendo variar en intensidad y en situaciones extremas, llegar a la neurosis o a la psicosis incluso.

Grinberg (1970) dice que es relativamente común que los sentimientos de depresión y ansiedad se confundan entre sí; ambos son experiencias de conflicto de la personalidad, altamente significativos y constituyen reacciones básicas del yo del individuo, pero con contenidos diametralmente opuestos. La ansiedad consiste esencialmente en una reacción frente al peligro en la que el yo evidencia su deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o para la fuga si es necesario; aparece ante la inminencia de un ataque dirigido contra el yo. En la depresión el yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro, en ocasiones el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que le amenaza. La ansiedad se exterioriza como un estado afectivo displacentero, acompañado de síntomas físicos característicos, que corresponden a los sistemas respiratorio y circulatorio (disnea, palidez, aceleración del pulso, etc.). La depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza.

Klein (1970, en Grinberg, 1970), señala que la angustia está determinada por la vivencia del peligro que amenaza al organismo, proveniente del instinto de muerte, y sugiere que ésta es la causa primera de ansiedad. Para Bibring (1970 en Grinberg, 1970), la angustia implica una reacción ante un peligro e indica el deseo del yo de sobrevivir.

En las concepciones expuestas anteriormente, se encuentran puntos en común, al considerar a la ansiedad real u objetiva como una señal de alarma ante la percepción de un peligro que amenaza al yo, en donde es

evidente un deseo por sobrevivir; tal estado prepara al individuo para la lucha o para la fuga, y se manifiesta fisiológicamente a través de síntomas específicos.

Por otro lado, se puede señalar que la ansiedad se manifiesta fisiológicamente por perturbación de la actividad cardíaca: palpitaciones breves, taquicardia, perturbaciones de la respiración, ataques de sudor, temblores, convulsiones, transpiración excesiva, hipertensión, etc.

Spielberger y cols., (1975) distinguen dos tipos de ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera se refiere a una condición o un estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos de tensión conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

1.3.2 Relajación.

Una alternativa para intentar una adaptación a determinadas situaciones que rompen el equilibrio psicológico y emocional, es el uso de métodos de relajación. El estado de reposo físico y mental se ha asociado al relajamiento de la tensión muscular, como ejemplo, se puede mencionar en la tradición indo-tibetana, la práctica del yoga que concede gran importancia a las posturas y sus repercusiones sobre las posibilidades físicas y psíquicas del hombre. Dentro de esta línea, se puede mencionar también la gimnasia y la danza, en donde los ejercicios tienen como fin reestablecer el equilibrio de la tensión a través de la distensión muscular.

La relajación tiene un origen muy antiguo, pero su estudio y aplicación científicos son relativamente recientes. Los métodos de relajación son esencialmente técnicas de entrenamiento que tienden a obtener un dominio de algunas funciones corporales y, por lo mismo, el control de algunos procesos mentales. Las técnicas de relajación son un tipo de terapia de apoyo, que de acuerdo con Schraml (1975) tienen como objetivos el fortalecimiento y reestablecimiento de defensas, el logro de un equilibrio adaptativo, la elaboración de nuevos y mejores mecanismos de control y el alivio de los síntomas.

Los métodos de relajación se apoyan esencialmente en las nociones ligadas al tono muscular. Tanto en la biología como en la filosofía y otras ciencias, se ha descrito una alternancia y un balance constante entre los estados de tensión y reposo. Dentro del área psicológica, Freud, citado por Durand de Bousingen (1992), retomando las ideas de Fechner describe el principio de constancia que, de acuerdo con él, es uno de los principios fundamentales que gobiernan la conducta y la experiencia del hombre, y puede definirse como la tendencia del organismo a reducir las tensiones y llevarlas a un nivel tan bajo, o al menos tan constante como sea posible; este principio que se manifiesta tanto en los procesos de descarga como en los de defensa, conduce siempre al organismo a llevar las tensiones a un nivel tan moderado como sea posible.

El concepto de "tono" ha sido descrito desde diversos enfoques, pero aquí solamente se considerará el fisiológico. Este término deriva del griego tonos que significa tensión, y caracteriza el estado de un músculo.

Existen dos tipos de músculos: el estriado, o del esqueleto, que es voluntario y se inserta en los huesos provocando los movimientos de los segmentos esqueléticos; en condiciones normales, su contracción se provoca sólo por estímulos que provienen del sistema nervioso central; el otro tipo es el liso, formado por fibras cortas que constituyen hojas musculares y paredes de cavidades y vasos (vejiga, uréter, útero, etc.), estos músculos pueden entrar en actividad bajo la influencia de la excitación nerviosa exógena que viene de los ganglios y centros nerviosos, pero con frecuencia poseen, como el músculo cardíaco, una actividad automática relativamente independiente del sistema nervioso central.

Ambos tipos de músculos poseen características fundamentales como son la excitabilidad o capacidad para responder a una excitación mediante una modificación de su estado; la conductibilidad, esto es, transmitir el estado de excitación; la contractibilidad o capacidad para disminuir una de sus dimensiones aumentando las otras; y la elasticidad, que es el poder de recuperar su forma después de deformarse. Además reciben de manera constante, estímulos nerviosos repetidos que los mantienen en un cierto grado de contracción llamado tono, el tono muscular es pues, la ligera tensión que afecta los músculos en reposo fisiológico. Esta contracción no es generadora de movimiento, mantiene las posiciones relativas de las diferentes partes del cuerpo. Para los músculos esqueléticos, fija las articulaciones en posiciones determinadas, unidas unas con otras, y compone la posición en conjunto del sujeto, esto es, la postura.

Para los músculos lisos, las modalidades de excitación que vienen del sistema nervioso central son diferentes; la excitación está menos diferenciada y se suma a una actividad tónica autónoma independiente de excitaciones externas, es así como segmentos de intestino o de útero aislados, sin células nerviosas, presentan una contracción tónica, mientras que un músculo estriado aislado de sus mandos nerviosos por interrupción de los nervios aferentes, por ejemplo, está flácido o hipotónico. Los músculos lisos reciben los estímulos del sistema nervioso simpático y parasimpático.

Cuando existe un aumento de estímulos nerviosos, se generan contracciones repetidas que se traducen en el plano muscular por un aumento de la tensión llamado hipertonia muscular. Si estos estímulos se reducen,

disminuirá esa contracción produciendo una hipotonía muscular. Es aquí donde la relajación actúa, favoreciendo esta disminución de estímulos nerviosos que llevan a un estado de distensión muscular, y consecuentemente, a una disminución de la tensión psíquica.

La regulación de los influjos nerviosos es extremadamente compleja, las estructuras involucradas se dispersan a lo largo del neuroeje en diferentes niveles incluyendo el cortical superior, siendo en éste nivel, en donde los factores psicoemocionales y los procesos de esfuerzo provocan estímulos en el punto de la corteza cerebral que influyen en el estado de un músculo (contracción-relajación). (Durand de Bousingen, 1992).

Este y los demás enfoques sobre el tono, suponen una relación entre mente y cuerpo, en el sentido de que lo ocurrido a nivel fisiológico afecta el estado psíquico de un sujeto, y viceversa. De esta manera, cuando una persona se siente amenazada ante una situación específica, experimenta cambios a nivel fisiológico (muscular), que a su vez, generan cierta tensión mental, todo lo cual redundará en una incapacidad para adaptarse y hacer frente a dicha situación. Por esto es importante proporcionar técnicas que permitan lograr un estado libre de tensión tanto física como mental. Una alternativa sumamente útil, es el entrenamiento en alguna técnica de relajación.

Los pioneros en el campo de la relajación, vislumbraron la enorme importancia que la tensión y los estados emocionales en general tienen en la aparición y desarrollo de numerosos problemas médicos. Jacobson (1938) en sus primeros trabajos, defiende su aplicación terapéutica a problemas como el insomnio, el dolor crónico, la hipertensión, la ansiedad y las fobias. Todos los métodos de relajación funcionan bajo el principio básico que supone que al estar angustiado o nervioso, ciertos músculos del cuerpo están tensos. Al identificarlos y poder relajarlos, se experimenta una sensación opuesta a la tensión.

Cautela y Groden (1985) señalan que en la literatura científica, existe cada vez más evidencia de que la gente puede aprender a reducir sus niveles de tensión a través de la relajación, aún cuando los factores o acontecimientos que producen stress persistan.

Los métodos utilizados en este campo son resultado de la convergencia de dos grandes corrientes científicas. (ver cuadro 2, anexo 1).

Por un lado están los métodos analíticos de tipo fisiológico, apoyados en los trabajos de fisiología muscular y caracterizados por una concientización de la contracción y relajación musculares, con entrenamiento progresivo de esta secuencia. Estos métodos están representados por la relajación muscular progresiva de Jacobson (1938), que se basa en la relajación de la musculatura orientada hacia la disminución del funcionamiento cerebro-neuro-muscular excesivo.

Por otro lado están los métodos globales de tipo psicoterapéutico, caracterizados fundamentalmente por una concepción global de la personalidad humana. Están basados en la tradición de la hipnosis médica de los psicoterapeutas franceses y alemanes de finales del siglo XIX. El punto de partida de estos, es esencialmente "mental", es decir, usando una representación imaginaria de la relajación misma, siendo esta técnica una tentativa de reeducación o educación de economía de fuerzas nerviosas y físicas que intervienen en la actividad. En estos métodos se analiza la relajación muscular y visceral como un medio, un punto de apoyo, tendiendo a obtener un relajamiento psicológico; concentran su acción en el significado psicológico del relajamiento fisiológico; en general se caracterizan principalmente por la utilización de medios y procedimientos psicológicos. Estos métodos se basan en la técnica de Schultz (1959, en Durand de Bousingen, 1992), y se diferencian por modificaciones técnicas o maneras diferentes de considerar la relación interindividual y a su utilización en el transcurso del aprendizaje de la relajación.

Además de los dos grupos anteriores, existe un tercero constituido por el entrenamiento autógeno, este método es el que ha dado lugar al más grande número de trabajos fisiológicos y psicológicos que permiten precisar las modificaciones generales del organismo que ocasiona este método, responsables de su acción sobre la personalidad global del sujeto. El estado llamado "autógeno", obtenido mediante esta técnica, se caracteriza por un determinado número de modificaciones de los diferentes mecanismos orgánicos que intervienen de manera activa en la modificación psicológica del individuo. Como todos los métodos de relajación, busca al

principio del entrenamiento, una resolución del tono muscular. Junto con éste, existen modificaciones orgánicas como son: elevación de la temperatura cutánea como resultado de una serie de modificaciones circulatorias centrales, metabólicas y periféricas, variaciones de la tensión arterial, en la frecuencia cardíaca y en el ritmo respiratorio.

1.3.2.1 Aplicaciones de la relajación.

La relajación tiene múltiples aplicaciones, como puede ser en la mayoría de los síndromes de la patología en los que intervienen modificaciones del tono muscular y desequilibrio de los sistemas de regulación de la tensión nerviosa; puede utilizarse de manera preventiva en sujetos que no presentan síndrome patológico; su utilidad es enorme en la vida cotidiana. Algunos casos específicos de utilización son los siguientes: (Durand de Bousingen, 1992).

1. Amortiguamiento de la resonancia emocional de los afectos. La emoción es un episodio sobresaliente en la vida afectiva del hombre, que se presenta en algunas situaciones subjetivamente importantes, y que se caracteriza por perturbaciones psicológicas y fisiológicas generales. La fisiología del choque emocional interviene en todos los sistemas: circulatorio, respiratorio, digestivo, glandular. Estas reacciones globales y extremadamente complejas son transitorias y están bajo el control del sistema vago-simpático coordinado a su vez por los centros nerviosos subcorticales. Se sabe que algunas emociones intensas y prolongadas pueden producir problemas profundos del organismo y lesiones orgánicas irreparables. Estas oscilaciones violentas de los sistemas vascular y muscular pueden evitarse mediante técnicas de relajación, que dan al sujeto la posibilidad de ponerse en estado de reposo, a través de un acto de concentración momentáneo. La supresión de las consecuencias biológicas de la emoción, permite expresarse de manera más intelectual y no abandonarse a reacciones motrices de descarga y de angustia.
2. La puesta en reposo. La calidad del reposo depende principalmente de la profundidad del relajamiento psicofisiológico y de la posibilidad de lograr una supresión de la tensión en condiciones tan satisfactorias como sea posible. Cuando la actividad es relativamente ininterrumpida, se observa un aumento constante de la tensión, si ésta puede disminuirse con la ayuda de una técnica de relajación, la actividad puede situarse en un nivel siempre normal y el rendimiento puede ser acrecentado. Esta alternativa es una posibilidad de reposo profiláctico para evitar estados de fatiga pronunciados.

3. Posibilidades anestésicas. Los trabajos sobre el dolor siempre han insistido en el importante componente psicológico de la percepción y de la vivencia dolorosa. El dolor es vivido de manera diferente por cada sujeto. El mecanismo más frecuente es la contracción muscular y el crispamiento que sigue a la esfera ansiosa del dolor, a partir de varias experiencias, principalmente el parto, se ha visto que una actitud psicológica adecuada, y la ausencia de ansiedad suprimen los dolores, en gran parte derivados de los hábitos y prejuicios de la sociedad. La experiencia de la relajación permite al sujeto, ante los procesos dolorosos, evitar los crispamientos musculares y la espera ansiosa.

La relajación también tiene un amplio campo de aplicación en medicina psicosomática, en afecciones tales como algunos síndromes cardiovasculares, respiratorios, endócrinos y metabólicos, problemas de la función sexual, obstetricia, oftalmología y dermatología.

Otra área de aplicación es la neuro-psiquiatría, en afecciones del sistema nervioso como son cefalea, traumatismos craneanos, problemas neuro-motores e insomnio.

Como toda terapia, los métodos de relajación algunas veces son ineficaces, incluso susceptibles de provocar agravamientos, sobre todo si se aplican equivocadamente.

En algunas alteraciones en donde su uso resulta inútil son las enfermedades con lesiones orgánicas estructurales; donde las reacciones se fijan mediante el proceso patológico, la relajación sólo podrá actuar a menudo en calidad de complemento; las grandes neurosis de angustia, también están frecuentemente fuera de las posibilidades de la relajación; en las neurosis estructuradas como la histeria, la neurosis fóbica y la neurosis obsesiva, la relajación obtiene a menudo notables mejorías sintomáticas, pero desde el punto de vista curativo, son únicamente del dominio del psicoanálisis; su utilización en el campo de las psicosis puede producir complicaciones serias, pero en algunos casos son posibles algunas mejorías.

Es conveniente mencionar las ventajas de utilizar técnicas de relajación en relación con otros métodos terapéuticos.

Con respecto a medicamentos, estos siempre implican una acción tóxica contra el organismo, a pesar de su acción curativa, lo cual necesita de un trabajo de desintoxicación suplementario. La acción del medicamento en efecto está limitada por la rapidez de su eliminación, lo que exige tomas regulares y constantes.

En relación a las psicoterapias de corte analítico, la principal limitación se refiere al tiempo, ya que requieren sesiones de cincuenta minutos, mínimo una vez por semana, durante un lapso bastante largo, en cambio, el entrenamiento en relajación puede ser mucho más corto y se pueden obtener transformaciones rápidas y sensibles del estado nervioso y psíquico mediante una acción directa sobre las funciones neurovegetativas y viscerales.

Los métodos fisiológicos para la reducción de la actividad refleja no son rígidos, pueden adaptarse a las necesidades del momento y ser útiles bajo diversas condiciones médicas y quirúrgicas, tanto en tratamiento como en profilaxis. Estos métodos también pueden ser usados en combinación con otros métodos terapéuticos. (Jacobson, 1938).

Algunas veces pueden encontrarse problemas durante el entrenamiento en relajación, como es turbación o timidez, especialmente cuando el terapeuta y el paciente son de sexo contrario, esto se puede solucionar un poco sentándose ambos mirando hacia la misma dirección, así se evitan miradas que el paciente puede percibir como sexualmente amenazantes; durante el entrenamiento algunos pacientes tienen problemas con ciertas partes del cuerpo, para esto es útil que utilicen tiempo extra en esas partes o que usen el espejo al tensar partes de la cabeza y el rostro; otro problema frecuente con pacientes que tienen un pobre concepto de sí mismos es el miedo al fracaso; es importante no criticarlos en ningún caso, sino más bien asegurarles que no lo están haciendo mal y elogiar cualquier aproximación a la conducta deseada; algunas personas creen que al relajarse se hace a una persona más vulnerable; en este caso es necesario explicarles la función de la relajación, esto es, que ayuda a

enfrentar con éxito algunas situaciones de la vida cotidiana; y finalmente, si alguno de los dos se siente enfermo y cree que esto puede interferir con la eficacia del entrenamiento, la sesión puede ser aplazada o reducida.

1.3.2.2 Aplicaciones de la relajación en pacientes con cáncer.

En respuesta a la falla de los fármacos sedantes y antieméticos en el control de la náusea y vómito anticipatorios (NVA) a la administración de quimioterapia, se ha investigado la aplicación de métodos conductuales, los cuales representan el más reciente enfoque en el manejo de las alteraciones. (Redd, 1989; Mastrovito, 1989). Este tipo de intervención es adecuada para manejar dichos síntomas. Son cinco los métodos más comunes: relajación pasiva (hipnosis) con imaginación, relajación activa (relajación muscular progresiva) con imaginación, desensibilización sistemática, bio-retroalimentación y distracción cognitivo-atencional. Aunque la investigación se ha llevado a cabo de manera separada con cada método, se ha encontrado que en general producen una reducción de la náusea y ansiedad. (Redd, 1989). Golden, Gersh y Robbins (1992) señalan que las técnicas de relajación pueden aplicarse para ayudar al paciente a enfrentarse con ansiedades específicas relacionadas o no con el cáncer, y para adaptarse a los procesos médicos invasivos. Junto con técnicas de relajación se utiliza la imaginación guiada, en donde el imaginar escenas agradables, realza la eficacia de la relajación.

De los métodos mencionados anteriormente, la relajación es la técnica más ampliamente usada en pacientes con cáncer, la cual promueve una alteración en el estado de conciencia a través de la reducción de emociones angustiantes y produce un estado fisiológico en el que existe conciencia selectiva de estímulos sensoriales específicos y la exclusión de otros (Hilgard, 1969, en Mastrovito, 1989).

La náusea y vómito se caracterizan, a nivel fisiológico, por una actividad muscular específica en la parte superior del intestino delgado, en el estómago y en el esófago; la inducción de un estado de profunda relajación muscular puede inhibir directamente la actividad que antecede a la presencia de estos síntomas, y de esta manera, pueden reducirse o eliminarse.

En cuanto a investigación en ésta área, se han realizado algunos estudios, principalmente en países industrializados, siendo prácticamente nula en los del tercer mundo. Dichas investigaciones involucran pacientes de varios grupos de edad, con diferentes diagnósticos oncológicos y procesos terapéuticos.

Ya que la relajación muscular es el método más utilizado en el tratamiento de pacientes con cáncer, la mayor parte de la investigación en este campo, se refiere a este tipo de técnicas. A continuación se mencionan estudios realizados con diferentes grupos de pacientes, en relación a la edad y al diagnóstico.

Burish, Shartner y Lyles (1981) utilizaron una combinación de relajación muscular y biorretroalimentación electromiográfica (EMG) en el tratamiento de una mujer de 44 años, con adenocarcinoma metastásico pobremente diferenciado, que presentaba náusea y ansiedad elevadas y tomaba un antiemético que había sido poco efectivo. Después de la cuarta sesión de relajación, la paciente informó ser capaz de relajarse por sí misma durante las sesiones de quimioterapia, reportando disminución en la ansiedad y en la náusea; además mostró reducción en los registros EMG.

Bridge, Benson, Pietroni y Priest (1988) trabajaron con pacientes con cáncer de mama temprano (etapas I y II), que recibían radioterapia. Dichas pacientes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo con relajación, a un grupo con relajación e imaginación, y a un grupo control. El estudio duró seis semanas y se utilizaron las escalas Leed de depresión y ansiedad. Los puntajes iniciales fueron los mismos para todos los grupos; a la sexta semana los trastornos de humor eran significativamente menores en el grupo de intervención combinada y estaban más relajadas que aquellas que recibieron sólo relajación. Los autores concluyen que las pacientes con cáncer de mama temprano se beneficiaron con el entrenamiento en relajación e imaginación.

En otra investigación, Lerman, Rimer, Blumberg, Cristinzio, Engstrom, MacElwee, O'Connor y Scay (1990), asignaron aleatoriamente a 48 pacientes oncológicos adultos para recibir relajación muscular progresiva antes de quimioterapia, o para recibir cuidado standard. Los resultados sugieren que la relajación era efectiva entre los pacientes que utilizan un estilo de adaptación "distráido", en el sentido de que se observaba menos

ansiedad anticipatoria, y menos depresión y náusea durante y después de la quimioterapia; en cambio, los pacientes que utilizan un estilo de adaptación de "recogida de información" presentaban mayor ansiedad y náusea antes y durante la quimioterapia. Los autores se explican estos resultados desde la perspectiva de que la relajación es una estrategia distractiva y por lo tanto consistente con un estilo de adaptación "distráldo".

Bindemann, Soukop y Kaye (1991) evaluaron el entrenamiento en relajación como un recurso adaptativo en pacientes con cáncer. 80 pacientes adultos de ambos sexos, fueron asignados aleatoriamente a un grupo con entrenamiento en relajación y a un grupo control. En las semanas 0, 6 y 12 se evaluó ansiedad, depresión y patología psiquiátrica. Los registros en la primer semana fueron semejantes para todos los pacientes, en la sexta semana se reportó aumento en los registros de todos los pacientes, y en la doceava semana estos disminuyeron. Las diferencias significativas se encontraron en lo referente a sexo, los registros femeninos fueron más altos en la sexta y doceava semanas en todos los índices, mientras que en los hombres, los registros más altos en éstas semanas fueron sólo en la escala de ansiedad.

Por otra parte, Burish y Tope (1992) hacen una revisión de la investigación realizada durante 10 años en la Universidad de Vanderbilt, Tennessee, sobre el tratamiento de estos síntomas por medio de técnicas de relajación. Su supuesto básico postula que los tratamientos conductuales, principalmente aquellos que involucren un componente de relajación, pueden ser efectivos en la reducción de los efectos colaterales condicionados, por lo menos por cuatro razones: 1o. este tipo de intervención puede reducir alteraciones afectivas y fisiológicas, así, actúa previniendo que dichas alteraciones alcancen un nivel en el que se desarrollen náusea y vómito, disminuyendo en general los sentimientos de alteración; 2o. puede servir como distractor cognitivo, redirigiendo la atención de los pacientes lejos de los estímulos, o posibles estímulos condicionantes en el ambiente clínico, y reenfocándolos en imágenes neutras o relajantes; 3o. puede promover sentimientos de control y reducir los sentimientos de impotencia al demostrar a los pacientes que pueden ayudarse ellos mismos de manera exitosa a reducir los efectos colaterales del tratamiento; y, 4o. puede ser administrada fácilmente y aprendida dentro del ambiente de la quimioterapia y tiene pocos, sino es que ningún efecto colateral. La experiencia de este grupo de investigadores a lo largo de 10 años, indica que este tipo de intervención es efectiva en la reducción de

alteraciones asociadas a la quimioterapia, incluyendo náusea y vómito condicionado, afectos negativos y trastornos fisiológicos (presión sanguínea, ritmo respiratorio). En este grupo de investigaciones se incluyen las de Burish y Lyles (1981), Lyles, Burish, Krozely y Oldham (1982) y Carey y Burish (1987).

También se ha investigado la utilización de entrenamiento en relajación e imaginación en pacientes en radioterapia, Decker y Cline-Eisen (1992) asignaron aleatoriamente a 82 pacientes a un grupo con este tratamiento y a un grupo control, y observaron que el grupo experimental obtuvo reducciones notables en tensión, depresión, fatiga e ira, entre el pre y post test del Perfil de Estados de Humor. Estos autores señalan que la relajación es un componente importante de la intervención psicológica, junto con la preparación educativa del paciente y los grupos de apoyo.

En todas estas investigaciones se ha llegado a una conclusión común: la relajación (con o sin imaginación guiada) resulta en la reducción de náusea y ansiedad (generalmente reportada por el paciente). Sin embargo, también se han obtenido resultados contrarios como se observa en las dos siguientes investigaciones. Burish, Snyder y Jenkins (1991) encontraron que al asignar aleatoriamente a 60 pacientes con cáncer a un grupo con relajación e imaginación, a uno con un paquete general de preparación para la adaptación, a uno con ambos tratamientos y a un grupo control con solamente tratamiento rutinario; el paquete de preparación resultaba ser el más efectivo en la disminución de las alteraciones asociadas con la quimioterapia, ya que tenían un mayor conocimiento acerca de la enfermedad y del tratamiento, y tenían niveles más bajos de hostilidad. También se encontró que los pacientes que recibieron los dos tratamientos no tenían mejores resultados que los pacientes sometidos sólo a la preparación para la adaptación (la cual consistía básicamente en el conocimiento y explicación acerca de la clínica, la enfermedad y el tratamiento, con respuesta a las preguntas formuladas por los pacientes).

Aunque se sabe que la hipnosis es particularmente efectiva en el control del dolor (Golden y cols., 1992), se ha realizado alguna investigación sobre el uso de esta técnica en la disminución de ansiedad y síntomas anticipatorios. Zeltzer, Dolgin, LeBaron S y LeBaron C (1991) estudiaron a 54 pacientes pediátricos con cáncer,

asignados aleatoriamente a un grupo con hipnosis, a un grupo con relajación o a un grupo control. Los resultados indican que el grupo de hipnosis experimentó un considerable descenso de náusea, vómito y ansiedad; en el grupo de relajación estos síntomas se mantenían estables, mientras que en el grupo control éstos empeoraban.

Por otra parte, a pesar del éxito general de la relajación en el tratamiento de los pacientes con cáncer, Carey y Burish (1985) han señalado que no todos los pacientes se benefician con estas intervenciones. Una variable que puede predecir el resultado de la intervención, es el nivel de ansiedad antes de la misma, esto puede ocurrir de dos maneras: primero, altos niveles de ansiedad pueden facilitar el condicionamiento de los síntomas asociados a la quimioterapia, los pacientes con niveles altos de ansiedad tienen más posibilidad de desarrollar esos síntomas. Segundo, los niveles altos de ansiedad pueden interferir con la eficacia del aprendizaje, los pacientes con bajos niveles de ansiedad tienen más capacidad para aprender y utilizar la relajación que los pacientes con niveles altos, lo cual, en estos casos, inhibe la adquisición de nuevas habilidades adaptativas bajo las condiciones stressantes de la quimioterapia.

CAPITULO DOS

METODOLOGIA

METODOLOGIA.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existe disminución en el nivel de ansiedad en un grupo de adolescentes leucémicos, que reciben quimioterapia, después de entrenamiento en una técnica de relajación?

2.2 HIPOTESIS.

$H_{1,1}$: En un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica predomina la ansiedad tipo estado, antes del entrenamiento en una técnica de relajación.

$H_{0,1}$: En un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica no predomina la ansiedad tipo estado, antes del entrenamiento en una técnica de relajación.

$H_{1,2}$: En un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica predomina la ansiedad tipo rasgo, antes del entrenamiento en una técnica de relajación.

$H_{0,2}$: En un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica no predomina la ansiedad tipo rasgo, antes del entrenamiento en una técnica de relajación.

$H_{1,3}$: Existe disminución significativa en el nivel de ansiedad estado, después del entrenamiento en una técnica de relajación, en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica.

$H_{0,3}$: No existe disminución significativa en el nivel de ansiedad estado, después del entrenamiento en una técnica de relajación, en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica.

H_{1.4}: Existe disminución significativa en el nivel de ansiedad rasgo, después del entrenamiento en una técnica de relajación, en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica.

H_{0.4}: No existe disminución significativa en el nivel de ansiedad rasgo, después del entrenamiento en una técnica de relajación, en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica.

H_{1.5}: Existe una permanencia de la disminución del nivel de ansiedad estado, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación.

H_{0.5}: No existe una permanencia de la disminución del nivel de ansiedad estado, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación.

H_{1.6}: Existe una permanencia de la disminución del nivel de ansiedad rasgo, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación.

H_{0.6}: No existe permanencia de la disminución del nivel de ansiedad rasgo, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación.

2.3 OBJETIVOS.

2.3.1. Objetivo General.

Comparar el nivel de ansiedad de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica, antes y después de entrenamiento en una técnica de relajación.

2.3.2 Objetivos Específicos.

Determinar el tipo de ansiedad (rasgo o estado) que experimenta un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica.

Determinar la eficacia del entrenamiento en una técnica de relajación para disminuir el nivel de ansiedad experimentado por un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica.

Valorar la eficacia del entrenamiento en relajación tres semanas después de concluirlo.

Proponer un plan de intervención para reducir el nivel de ansiedad experimentado por estos pacientes.

2.4 DEFINICION DE VARIABLES.

Definición conceptual.

Variable dependiente.

Ansiedad: sentimiento de temor difuso acompañado de sensaciones corporales recurrentes como vómito, náusea, etc., causada por estímulos que no pueden manejarse y que se perciben como amenaza al yo. (Freedman, Kaplan y Sadock 1982). Se distinguen dos dimensiones de la misma (Spielberger y cols., 1975):

Ansiedad estado: condición o estado transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos. (Spielberger y cols., 1975).

Ansiedad rasgo: se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad. (Spielberger y cols., 1975).

Variables independientes.

Técnicas de relajación: técnicas de entrenamiento en las que la persona aprende a relajar grupos musculares, a través de lo cual se logra una disminución de la tensión mental, de la tendencia a la ansiedad, al miedo, a la ira, etc. (English, 1977).

Adolescencia: período de transición entre la niñez y la madurez que comprende entre los 12 y 21 años aproximadamente, se caracteriza por el desarrollo y cambios a nivel sexual y psicológico. (Dorsch, 1979).

Leucemia: enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la proliferación del sistema leucocitario, el cual forma leucocitos inmaduros y anormales en la médula ósea y los vierte a la sangre circulante, pudiendo provocar leucocitosis. (Ruiz, 1984).

Quimioterapia: empleo de sustancias de composición química definida, que introducidas en el organismo son capaces de destruir los agentes patógenos vivos. (Ruiz, 1984).

Quimioterapia antineoplásica: es el uso de productos farmacológicos como quimioterápicos en el tratamiento de los procesos tumorales malignos y en las hemopatías graves. (Ruiz, 1984).

Definición operacional.

Variable dependiente.

Ansiedad: estará dada por la aplicación de las dos escalas del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), en sus aplicaciones pre y post entrenamiento en una técnica de relajación.

Variables independientes.

Técnicas de relajación: se utiliza una adaptación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, hecha por Cautela y Groden (1975), mas un componente de imaginiería.

Adolescencia: los pacientes están comprendidos en un rango de edad de 12 a 18 años.

Leucemia: los pacientes que integran la muestra tienen diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica tipos L1, L2 y L3, en fase de mantenimiento.

Quimioterapia: es el tratamiento farmacológico administrado a los pacientes del servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, con el diagnóstico arriba mencionado, en fase de mantenimiento.

2.5 POBLACION Y MUESTRA.

La población está constituida por pacientes adolescentes de 12 a 18 años, del Servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, con diagnóstico de Leucemia Aguda Linfoblástica tipos L1, L2 y L3 en fase de mantenimiento (con respecto al tratamiento), que reciben quimioterapia a través de los servicios de Hospitalización y/o Consulta Externa.

En cuanto a la muestra, se realizó un muestreo no probabilístico propositivo (Pick y López, 1990), y se integró por los pacientes que aceptaron participar en la investigación, en las fechas y horas en que asistían al Instituto a consulta médica o a algún otro servicio. También los padres debieron expresar su consentimiento, dado que la investigación se realiza en una institución pediátrica; sin embargo, la decisión principal y más importante fue la tomada por los pacientes.

El número de la muestra fue de solamente seis pacientes; debido a las características de los mismos, fue muy difícil captarlos, ya que aunque en el servicio de oncología existen muchos pacientes con leucemia, la gran mayoría son niños menores de 11 años, habiendo muy pocos adolescentes. La mayor parte son del interior de la República, por lo que no acuden al Instituto cuando no están citados por los médicos; además, sus citas son cada tres semanas, por lo que se pierde mucho tiempo entre las visitas de estos pacientes al Instituto. Sólomente cuando son hospitalizados se puede trabajar con ellos en días consecutivos. En esta ocasión transcurrieron siete meses para poder captar y trabajar con seis pacientes.

Todos los pacientes debían estar en el tratamiento de la primera remisión, esto es, no haber tenido recaídas; esto (la presencia de recaídas) durante el tiempo que duró el entrenamiento en relajación fue el principal criterio de exclusión, también lo fue el ser hospitalizados durante el mismo período, por una causa diferente a la administración de quimioterapia.

2.6 INSTRUMENTOS.

2.6.1 Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE).

El instrumento de medición utilizado es el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) diseñado por Charles Spielberger (1975) y traducido al español por Rogelio Díaz Guerrero; es una prueba autoadministrable y puede ser aplicada individualmente o en grupo. No tiene límite de tiempo y se contesta en un máximo de 20 minutos. Se puede aplicar a adolescentes y adultos y es accesible a personas de escasa cultura. Consta de dos escalas: Ansiedad Estado (SXE) y Ansiedad Rasgo (SXR), la primera se refiere a cómo se siente el examinado en este momento, es decir, el momento en que está contestando el inventario; y la segunda a cómo se siente generalmente. Cada una de las escalas tiene 20 afirmaciones que se contestan marcando un número del 1 al 4, que en la escala SXE corresponden a: 1. "no en lo absoluto", 2. "un poco", 3. "bastante" y 4. "mucho"; y en la

escala SXR: 1. "casi nunca", 2. "algunas veces", 3. "frecuentemente" y 4. "casi siempre". Primero se aplica la forma SXE que es sensible a las condiciones emocionales del paciente al momento de aplicar el inventario y posteriormente se aplica la forma SXR.

El desarrollo del IDARE fue iniciado por Spielberger y Gorsuch en 1964, con la finalidad de crear un instrumento de investigación objetivo que pudiera ser utilizado para medir la ansiedad rasgo y la ansiedad estado en adultos normales; posteriormente las metas fueron ampliadas tanto para propósitos clínicos, como para incluir a individuos emocionalmente perturbados.

Para elaborarlo se tomaron como base tres escalas de ansiedad, el IPAT Anxiety Scale, el Taylor Manifest Anxiety Scale y el Welsh Anxiety Scale, con lo que se formó un amplio cuestionario que se fue depurando hasta quedar 20 reactivos para cada escala.

En lo que se refiere a la confiabilidad alfa, calculada a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach en 1951, en la escala SXR es alta, variando de .73 a .86, pero los coeficientes de estabilidad para la escala SXE tienden a ser bajos, como es de esperarse en una medida diseñada para ser influenciada por factores situacionales.

Con respecto a la validez del IDARE, se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos para ambas escalas, en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario, de tal forma que se pudiera conservar la evaluación y validación; por lo que se obtuvo una validez concurrente a través de las correlaciones de la escala de ansiedad IPAT, la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la lista de adjetivos de Zuckerman.

La traducción al español se hizo sometiendo el inventario a una adecuación semántica, sin modificar su validez.

El IDARE ha sido utilizado en un gran número de estudios, mismos que han realizado hallazgos que proveen evidencia adicional acerca de la validez de locuciones del IDARE, indicando que son varias las áreas de investigación en donde se ha probado que éste resulta ser un instrumento efectivo con adultos y adolescentes normales y con varias poblaciones de pacientes. A través de este inventario se puede detectar toda reacción ansiosa, antes y después de una consulta médica, antes y después de someter a un paciente a una operación quirúrgica y al personal administrativo en situaciones difíciles. En Estados Unidos la prueba se ha aplicado a estudiantes universitarios, a prisioneros del fuero común, a pacientes antes y después de la cirugía y a enfermos neuropsiquiátricos.

En cuanto a la calificación ésta se obtiene sumando los números marcados, excepto en los reactivos 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20 de la escala SXE y los números 21, 26, 27, 30, 33, 36, y 39 de la escala SXR, que se califican en forma invertida.

En caso de que un sujeto omita algún reactivo se prorratea el resultado de la escala de la siguiente forma:

- a) se obtiene una media del puntaje crudo de los reactivos a los que el sujeto ha contestado,
- b) este valor se multiplica por 20.
- c) se redondea si es necesario, al entero más próximo.

Si se omiten más de tres reactivos se invalida la prueba.

2.6.2 Método de relajación utilizado.

El método utilizado en esta investigación, es una adaptación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson (1938), la cual es una técnica clásica y tradicional; dicha adaptación fue hecha por Cautela y Groden (1985).

Esta adaptación fue realizada en el Centro Regional de Servicios Especiales de Lincoln, Rhode Island, un centro de atención para niños profundamente retrasados. Aunque el propósito principal fue adaptar la técnica de Jacobson a estos niños y a otras personas con necesidades especiales, también se puede utilizar con niños, adolescentes y adultos sin problemas de este tipo. En este proceso de adaptación se mantienen las características y supuestos básicos de Jacobson: 1. Es una técnica fisiológica centrada en la relajación de la musculatura esquelético motora. 2. El entrenamiento debe basarse en la discriminación de las señales de tensión en los distintos músculos del cuerpo a través de ejercicios sistemáticos de tensión-relajación. 3. La relajación de la musculatura conlleva automáticamente la relajación del sistema autonómico-vegetativo y del sistema nervioso central. 4. La relajación fisiológica produce efectos paralelos de relajación cognitiva y emocional. Además se introducen una serie de elementos nuevos derivados de la psicología del aprendizaje y de las aplicaciones que la técnica ha tenido dentro de la terapia y modificación de conducta.

El manual de Cautela y Groden (1985) está escrito en tres secciones: la primera permite que los adultos (padres, profesores, terapeutas) aprendan a relajarse a sí mismos; en la segunda, se describe la enseñanza de la relajación a otros adultos o niños mayores; y en la tercera, se describen los procedimientos con niños pequeños o con necesidades especiales.

Como se mencionó anteriormente, cuando se está nervioso o angustiado ciertos músculos del cuerpo se tensan. La relajación se enseña haciendo que el paciente ponga tensos ciertos músculos y después los relaje. Estos músculos son los mismos que se ponen tensos cuando se está angustiado o nervioso. Si se aprende a identificarlos, es posible relajarlos posteriormente.

El propósito final es poder relajarse antes de enfrentar una situación que se prevé desencadenante de ansiedad, por ejemplo, la quimioterapia que reciben los pacientes oncológicos; o al encontrarse en una situación que provoca ansiedad, minimizando el efecto de dicha ansiedad. La relajación es, entonces, una técnica de autocontrol que se puede utilizar en la vida cotidiana, antes, durante y después de una situación ansiógena.

El entrenamiento de la adaptación de Cautela y Groden (1985) consiste en los siguientes pasos:

1. Sentarse cómodamente, manteniendo la cabeza recta sobre los hombros sin inclinarla, la espalda también debe estar recta, las piernas sin cruzar y los pies totalmente apoyados en el suelo.
2. Tensar y relajar grupos de músculos bajo la siguiente secuencia:
 - a. Tensar los músculos en su grado máximo.
 - b. Notar en todos los músculos la sensación de tensión.
 - c. Relajarse.
 - d. Sentir la agradable sensación de la relajación.

Al tensar una parte del cuerpo debe mantenerse relajado el resto del mismo. La tensión debe mantenerse aproximadamente cinco segundos, y la sensación de la relajación debe percibirse durante unos 10 segundos. Los músculos se trabajan en el siguiente orden: frente, ojos, nariz, boca, lengua, mandíbula, labios, cuello, brazos, piernas, espalda, tórax, estómago y finalmente el área debajo de la cintura, incluyendo las nalgas, los genitales y los muslos.

3. Ejercicios de respiración. A partir de ellos se intenta reforzar el estado de relajación que se logró con los ejercicios anteriores; el paciente debe hacer una profunda inspiración, mantenerla y después expulsar el aire lentamente, mientras relaja todo el cuerpo, poniendo especial atención a la sensación del cuerpo relajado. Este ejercicio se repite cinco veces.
4. Cuando se domina el proceso de relajación, se intenta sin tensar ninguna zona del cuerpo, a menos que se encuentre dificultad para relajar alguna parte.

Una parte muy importante en el entrenamiento es la práctica, ya que la relajación es como cualquier otra habilidad, a mayor práctica mejor resultado; es conveniente realizarla dos veces por día.

Ya que se ha logrado la relajación sin tensión, es posible utilizarla en otras posiciones, como puede ser sentado o estando de pie, al caminar o estando tumbado en un sillón reclinable, en el suelo o en una cama. Sin embargo, cabe mencionar que en algunas ocasiones en que se comenzó a trabajar con los pacientes estando ellos

hospitalizados, se les enseñaba el método en relajación estando acostados; adaptando el entrenamiento a las condiciones y recursos con los que se disponía en un momento determinado.

Dos elementos muy útiles en el entrenamiento en relajación de acuerdo con Cautela y Groden (1985), son la imaginiería y el reforzamiento. El uso de la imaginiería es especialmente útil para enseñar a niños; con adultos resulta conveniente imaginar escenas relajantes, tales como estar tumbado en la playa o bajo un sol radiante, estar sentado sobre una roca contemplando un bello paisaje, etc. En cuanto al reforzamiento, deberá utilizarse ampliamente el elogio verbal y las expresiones de ánimo como el asentimiento y la sonrisa. También pueden utilizarse reforzadores concretos, a consideración del terapeuta.

En esta ocasión, se utilizó la imaginiería al finalizar la relajación; con los pacientes oncológicos se puede trabajar con la evocación de partes sanas del cuerpo combatiendo a las células neoplásicas, o imaginar el cuerpo libre de cáncer.

2.7 TIPO DE INVESTIGACION.

De acuerdo con Pick y López (1990) se trata de un estudio de campo, ya que se realiza en el medio natural que rodea a cada individuo dentro de una situación de enfermedad, tratamiento y hospitalización; en el cual el control de variables es muy limitado.

A la vez, es longitudinal, porque los resultados hablan de fenómenos ocurridos a lo largo de un período de tiempo determinado; y es comparativo porque se contrastan los resultados de dos muestras relacionadas (antes y después).

2.8 NIVEL DE INVESTIGACION.

Debido a que se cuenta con información sobre el fenómeno estudiado (aunque no en el país), a que se posee una aproximación basada en el marco teórico y en resultados obtenidos por otros investigadores, y a que se pretende confirmar (o rechazar) una hipótesis y llegar a conclusiones que pretendan explicar un fenómeno (respuesta de los adolescentes leucémicos al entrenamiento en relajación con respecto a niveles de ansiedad), se trata de un estudio confirmatorio (Pick y López, 1990).

2.9 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Se trata de un diseño pre-experimental de dos muestras relacionadas, en el que se hace un estudio de los sujetos en una ocasión determinada (pretest) en la que se mide la variable dependiente (ansiedad); después se somete a los mismos sujetos a la variable independiente (entrenamiento en relajación), y se vuelve a medir la variable dependiente, y se comparan los resultados de ambas mediciones. En este diseño los sujetos funcionan como su propio control. (Pick y López, 1990; Campbell y Stanley, 1973).

2.10 PROCEDIMIENTO.

Primeramente se analizaron las características de la población total que acude a recibir quimioterapia a través del Servicio de Consulta Externa y al Servicio de Hospitalización de Oncología, para esto se acudió a estos servicios y se revisaron expedientes, se consultaron médicos, enfermeras y trabajadora social. También se acudió al archivo clínico para hacer una revisión retrospectiva de los pacientes que acudieron a consulta de Oncología en el último año, con diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica tipos L1, L2 y L3. Después de esto se seleccionó a los pacientes que cubrían los criterios de inclusión, para formar parte de la muestra.

Posteriormente se informó y explicó a los pacientes seleccionados y a sus padres sobre la investigación y el procedimiento, con el fin de que aceptaran participar. Al explicarles sobre el entrenamiento en relajación, se les hizo notar el beneficio que podrían recibir al participar en él, la posibilidad de controlar la ansiedad y las consecuentes manifestaciones de la misma (disminución de náusea y vómito principalmente de manera anticipatoria a la quimioterapia).

Una vez integrada la muestra, se comenzó a trabajar en la aplicación del IDARE, lo cual se hizo de manera individual, inmediatamente antes de una sesión de quimioterapia.

Durante una consulta, los pacientes reciben su dosis de quimioterapia correspondiente, y además se les pueden tomar estudios diagnósticos de seguimiento, como es muestra de líquido cefalorraquídeo o biopsia de médula ósea, lo cual exacerba el estado ansioso del paciente. Por lo anterior, y para controlar el mayor número de variables extrañas posibles, la evaluación se hizo solamente cuando acudían a recibir quimioterapia y que no se les practicara algún estudio de los mencionados anteriormente.

Como se mencionó en la sección de instrumento, el IDARE puede aplicarse individualmente, comenzando con la forma SXE que es sensible a las condiciones emocionales del paciente al momento de contestarlo, siguiendo con la forma SXR. Solamente es necesario el protocolo y un lápiz. Las instrucciones en la escala SXE son: "Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente ahora mismo, o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora". En la escala SXR, las instrucciones son: "Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente". Las instrucciones en cada una de las escalas se leen en voz alta, mientras el (los) examinado(s), lo hacen visualmente, una vez que hayan comprendido lo que se debe hacer, contestan el cuestionario.

Después de realizar la primer evaluación de los pacientes, se inició el entrenamiento en relajación (adaptación de Cautela y Groden, 1975, a la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, 1938), el cual se llevó a cabo durante cinco sesiones y de manera individual con cada paciente. Dicho entrenamiento se realizó cuando los adolescentes acudían al Instituto a recibir quimioterapia, ya sea en hospitalización o por consulta externa.

La segunda evaluación se llevó a cabo al concluir el entrenamiento, de la misma manera y bajo las mismas condiciones que la primer evaluación.

Tres semanas después de haber concluido el entrenamiento y aplicado la segunda evaluación del IDARE, se realizó una tercera con el fin de conocer si los resultados obtenidos en la segunda evaluación son permanentes en el tiempo; suponiendo que si existe disminución en el nivel de ansiedad entre la primera y la segunda evaluación, entre ésta y la tercera no existirá diferencia significativa. Esta última condición se tomó como criterio para pensar que la técnica en relajación había sido aprendida por los pacientes y podían utilizarla por sí mismos.

2.11 ANALISIS ESTADISTICO.

Se utiliza la prueba paramétrica t de student para dos muestras relacionadas, en donde se realizan dos mediciones a la misma muestra en dos períodos de tiempo diferentes. Esta prueba es adecuada para hacer comparaciones entre muestras pequeñas (menos de 30 sujetos), utilizando un nivel de medición intervalar. (Levin, 1979).

Su fórmula es:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma_{dif}}$$

en donde,

\bar{x}_1 = media de la primer muestra

\bar{x}_2 = media de la segunda muestra

σ_{dif} = error estandard de la diferencia

Dicha prueba se utiliza en primer lugar para analizar la diferencia entre la primera y la segunda evaluación; de acuerdo con H1.3 y H0.3, se esperaba que existiera disminución en este punto. Posteriormente se realiza el mismo procedimiento con la segunda y tercer evaluación, esperando no obtener diferencias significativas, según lo explicado en el apartado anterior.

CAPITULO TRES

RESULTADOS

RESULTADOS.

3.1 Presentación de resultados.

A partir de las medias obtenidas de la primer aplicación de las dos escalas del IDARE: SXE $\bar{x} = 38.5$, y SXR $\bar{x} = 38.67$, la hipótesis $H_{1.1}$: "En un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica predomina la ansiedad tipo estado, antes del entrenamiento en una técnica de relajación"; y la hipótesis $H_{1.2}$: "En un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica predomina la ansiedad tipo rasgo, antes del entrenamiento en una técnica de relajación"; se rechazan, ya que la diferencia en las medias es muy pequeña para hablar de predominio de alguno de los tipos de ansiedad.

Para la hipótesis $H_{1.3}$: "Existe disminución significativa en el nivel de ansiedad estado, después del entrenamiento en una técnica de relajación, en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica", se obtiene en el pretest una media de $\bar{x} = 38.5$ y una desviación standard de $S = 8.620$, y en el postest una media de $\bar{x} = 30.0$ y una desviación standard de $S = 5.404$ (ver tabla 1, anexo 2). Utilizando la prueba estadística t de student, se tiene un valor de $t = 2.15$ con una probabilidad asociada de $p(t) = 0.84$ entre la primer y segunda evaluación de SXE (ver tabla 2); con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, esta hipótesis se rechaza, ya que: $p(t) = 0.84 > 0.05$, aceptándose la $H_{0.3}$: "No existe disminución significativa en el nivel de ansiedad estado, después del entrenamiento en una técnica de relajación, en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica".

Para la hipótesis $H_{1.4}$: "Existe disminución significativa en el nivel de ansiedad rasgo, después del entrenamiento en relajación en un grupo de adolescentes leucémicos que reciben quimioterapia antineoplásica", se obtiene en el pretest una media de $\bar{x} = 38.67$ y una desviación standard de $S = 6.919$, y en el postest una media de $\bar{x} = 32.5$ y una desviación standard de $S = 5.958$ (ver tabla 1), para estos datos se obtiene un valor de $t = 2.55$ con una probabilidad asociada de $p(t) = 0.051$ entre la primera y la segunda evaluación de SXR (ver tabla 2). Utilizando también $\alpha = 0.05$, esta hipótesis se acepta, ya que: $p(t) = 0.051 = 0.05$, y se rechaza $H_{0.4}$.

Con respecto a la hipótesis $H_{1,3}$: "Existe permanencia de la disminución del nivel de ansiedad estado, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación", se obtiene en la segunda aplicación una media de $\bar{x} = 30.0$ y una desviación standard de $S = 5.404$, y en la tercer aplicación una media de $\bar{x} = 33.50$ y una desviación standard de $S = 7.036$ (ver tabla 3), con un valor de $t = -2.44$ y una probabilidad asociada de $p(t) = 0.058$ (ver tabla 4), por lo que, a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, se rechaza esta hipótesis, ya que $p(t) = 0.058 > 0.05$ y se acepta la hipótesis $H_{0,3}$: "No existe permanencia de la disminución del nivel de ansiedad estado, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación".

Finalmente, para la hipótesis $H_{1,6}$: "Existe permanencia en la disminución del nivel de ansiedad rasgo, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación", se obtiene una media de $\bar{x} = 32.50$ y una desviación standard de $S = 5.958$ en la segunda aplicación, y en la tercera una media de $\bar{x} = 30.17$ y una desviación standard de $S = 6.145$ (ver tabla 3), con un valor de $t = 2.21$ y una probabilidad asociada de $p(t) = 0.078$ (ver tabla 4), utilizando un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, se rechaza esta hipótesis, ya que: $p(t) = 0.078 > 0.05$, y se acepta la hipótesis $H_{0,6}$: "No existe permanencia de la disminución del nivel de ansiedad rasgo, tres semanas después de concluir el entrenamiento en una técnica de relajación".

3.2 Interpretación y discusión de resultados.

El cáncer y en este caso la leucemia, es una situación de crisis que exige del individuo la utilización de estrategias y recursos de adaptación; la relajación, es una habilidad que una persona puede aprender y que le ayuda a enfrentar algunos puntos adversos en el transcurso de la enfermedad y del tratamiento como son náusea y vómito anticipatorio y algunos estados afectivos como la ansiedad. En la literatura científica, sobre todo en la estadounidense, existen referencias que apoyan la eficacia de varios métodos de intervención conductual, especialmente de la relajación muscular progresiva con imaginación, en pacientes oncológicos (Bridge y cols., 1988; Bindemann y cols., 1991; Burish y Tope, 1992; Redd, 1989). De estas investigaciones, la mayoría se han realizado con adultos, encontrándose solamente una con pacientes pediátricos (Zeltzer, Dolgin, LeBaron S y LeBaron C, 1991) en la que se observa la no eficacia de la técnica de relajación, y se obtienen mejores resultados con la utilización de la hipnosis. En cuanto al diagnóstico, se han incluido pacientes con una gran variedad de diagnósticos oncológicos, encontrando que la relajación es efectiva independientemente del mismo y del tratamiento administrado (Decker y Cline-Elsen, 1992; Burish y Tope, 1992; Redd y Andrykowski, 1982).

Sin embargo, Decker y Cline-Elsen (1992) señalan la necesidad de separar los efectos de diferentes formas de cáncer y de la edad, en la respuesta de los pacientes a la relajación, es por esto, que al comenzar esta investigación, se esperaba corroborar dicha eficacia en una población diferente, adolescentes con leucemia en un contexto distinto, un ambiente hospitalario en un país subdesarrollado.

A partir del análisis estadístico se encuentra que el entrenamiento en relajación proporcionado a estos pacientes no fue eficaz, ya que no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a disminución entre el test y el retest de ansiedad estado; sin embargo, en el 50% de la muestra se observó una disminución de este tipo de ansiedad (ver tabla 5, anexo 2). Contrariamente a lo ocurrido en la escala de ansiedad rasgo, en donde si existe disminución estadísticamente significativa, esto se retomará posteriormente al buscar una posible razón para su ocurrencia.

Atendiendo a los resultados obtenidos, podría pensarse que la técnica utilizada no es eficaz en esta población, sin embargo, por tratarse de una primer aproximación, es necesario seguir investigando en esta línea, tratando de controlar un mayor número de variables.

Además, se sabe que la relajación es más efectiva cuando se introduce al inicio de la enfermedad, de preferencia antes del primer ciclo de quimioterapia (Burish y Tope, 1992), cuando los síntomas secundarios no se han consolidado a través de un proceso de condicionamiento (Burish, Snyder y Jenkins, 1991; Decker y Cline-Elsen, 1992). Los pacientes en la presente investigación tenían mínimo dos meses en tratamiento, habiendo recibido varios ciclos de quimioterapia, lo cual favorece un fuerte establecimiento de los síntomas condicionados, siendo necesario, quizá, un entrenamiento más largo, a diferencia de lo reportado en las investigaciones que es de dos a cinco sesiones de entrenamiento.

Por otra parte, Mastrovito (1989) señala que los pacientes que responden pobremente a la relajación, entre otras causas, presentan poca motivación para practicar la técnica en casa; si se considera que el éxito de una intervención psicológica, cualquiera que sea, depende de alguna manera de que el paciente demande atención, en una situación contraria, cuando la solicitud de participación en el entrenamiento en relajación proviene del terapeuta, los logros de la misma dependerán o se verán afectados en alguna medida por esta situación, sobre todo en un grupo de pacientes como el que se estudió (adolescentes). Sólo un paciente de los seis que se incluyeron, hizo la demanda de este tipo de intervención, ante la intensidad y frecuencia de vómito durante un ciclo de quimioterapia, mostrándose sumamente cooperador y apreciándose bastante éxito, ya que su nivel de ansiedad estado disminuyó y en el siguiente ciclo de quimioterapia no presentó vómito y manifestó tener menos náusea.

La aparente ineficacia del entrenamiento en relajación, desde el punto de vista estadístico, en el grupo investigado, podría deberse a la naturaleza misma del período que están atravesando los adolescentes, la ansiedad puede estar relacionada a factores externos y/o ajenos a la enfermedad, y propios de la etapa (aunque metodológicamente se trató de controlar esta variable, es posible que sucediera lo anterior). Carey y Burish

(1985) señalan que niveles elevados de ansiedad pueden inhibir la adquisición de nuevas habilidades adaptativas (relajación), bajo las condiciones stressantes de la quimioterapia; de esta manera, los pacientes que más requieren de un recurso adaptativo como la relajación, son los que menos se benefician por la interferencia del síntoma que se quiere disminuir. Esto podría haber sucedido, al ser la adolescencia un periodo de cambios a nivel biológico, sexual, psicológico, social, etc., que generan y mantienen un nivel de ansiedad relativamente constante, por un lado; y por otro la ansiedad generada por el padecimiento de una enfermedad que en cualquier momento podría conducirlos a la muerte (estos dos puntos podrían explicar también, el que los pacientes obtuvieran niveles de ansiedad semejantes tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo en la primer evaluación a través del IDARE). Aunque las puntuaciones obtenidas no son muy elevadas, hablan de un nivel de ansiedad considerable; los pacientes no están sumamente ansiosos, pero lo están, y esto requiere atención.

Otro aspecto importante que no hay que dejar de considerar es el contexto en el que se realiza la intervención. En las investigaciones realizadas en Estados Unidos, se reporta que al llegar el paciente al hospital o clínica a recibir su quimioterapia, es instalado cómodamente en una habitación individual con una enfermera que está con él la mayor parte del tiempo, la relajación comienza a administrarse antes del medicamento, y cuando éste se inicia el paciente continúa relajándose; la relajación en estas condiciones puede ser administrada por un psicólogo, o por una enfermera o un familiar del paciente, previa capacitación, o pueden utilizarse audiocassettes que el paciente escucha en este mismo periodo. Muy diferente a esto, son las condiciones que se presentan en un hospital de tercer nivel en un país subdesarrollado; al ser de tercer nivel, la atención médica que reciben los pacientes es de la mejor calidad, no siendo la excepción el equipo médico y paramédico del Servicio de Oncología del Instituto Nacional de Pediatría, sin embargo, las características económicas e infraestructurales de un país como México, propician y favorecen una sobresaturación de estos servicios de salud, generando una falta importante de recursos humanos y materiales; es en este contexto en el que los pacientes reciben su quimioterapia, en condiciones que algunas veces distan mucho de aquellas idóneas para la realización de un trabajo específico; en este caso, es muy difícil contar con un ambiente tranquilo en el que el paciente esté libre de ruidos excesivos y está expuesto a interrupciones inevitables.

Mastrovito (1989) considera que en una sociedad en la que se tienen expectativas no realistas de la Psicología, es fácil cometer errores en el intento de introducir nuevas intervenciones conductuales; esto es frecuente en nuestro medio, en donde se observa una actitud un tanto escéptica en algunos profesionales de la salud, hacia el tipo de intervención que se propone en esta investigación. Si a esto se agrega el problema de infraestructura arriba mencionado, se observa que existe muy poco apoyo a la introducción de técnicas innovadoras, por lo menos en este contexto. Además es bastante probable que esta actitud escéptica se encuentre en los pacientes, produciendo un relativo fracaso (desde el punto de vista estadístico) de la técnica de relajación.

Por otro lado, el tamaño de la muestra estudiada es sumamente pequeño, por lo cual los resultados obtenidos podrían haber sido determinados en alguna medida, por esta situación; si la muestra hubiese sido mayor, estos resultados muy probablemente habrían variado.

A pesar de todo lo que se ha dicho tratando de encontrar una posible razón para los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se piensa que ésta fue de cierta utilidad ya que al comienzo del estudio se esperaba que la relajación produjera disminución en el nivel de ansiedad-estado, ya que esta dimensión se refiere a condiciones transitorias caracterizadas por sentimientos de tensión conscientemente percibidos (Spielberger, 1975), en este caso, provocadas por la administración del medicamento. Aunque estadísticamente no hay diferencias significativas, puede observarse que la media de este tipo de ansiedad es menor en la segunda evaluación que en la primera, lo cual indica cierta disminución. La mayoría de las investigaciones citadas al respecto señalan disminución de náusea y ansiedad en los pacientes sometidos a entrenamiento de relajación e imaginación, pero no se han cuantificado esos datos, solamente se basan en reportes verbales de los pacientes (Burish y Tope, 1992; Carey y Burish, 1985), esto podría ser equivalente a la disminución observada aquí, quizá si en esas investigaciones se hubiera medido el cambio de ansiedad manifestado por los pacientes, se encontraría que no existían diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla 5 (anexo 2) se observa una disminución en la ansiedad estado en el 50% de los pacientes y una reducción de la ansiedad rasgo en el 100%, aunque la significancia estadística no sea relevante, es evidente que

todos los pacientes obtuvieron un beneficio; su ansiedad fue menos abrumadora y de alguna manera, el trabajo realizado con ellos contribuyó a atenuar su malestar y por lo tanto fue productivo y útil. Por lo tanto, se concluye que todo paciente en circunstancias similares a los de la muestra, debe recibir entrenamiento en relajación, si bien este entrenamiento puede requerir de modificaciones, a fin de mejorar su efectividad, y adaptarlo en beneficio de dichos pacientes.

Además, en este estudio únicamente se evaluó ansiedad, sin embargo un ciclo de quimioterapia después de haber concluido el entrenamiento en relajación, algunos miembros del equipo médico y paramédico reportaban ausencia o disminución de los síntomas durante la administración del medicamento a algunos de los pacientes que habían recibido el entrenamiento en relajación, algunas veces fue el mismo paciente quien informó al respecto, esto hace pensar que de alguna manera la relajación ayudó a los pacientes.

En cuanto a la única hipótesis que se aceptó, la disminución del nivel de ansiedad rasgo después del entrenamiento, como ya se mencionó, se esperaba que la disminución se presentara en la ansiedad estado y no en rasgo, por ser ésta una condición un poco más permanente a lo largo del tiempo; por una parte podría pensarse que, al contrario de lo que se esperaba, la relajación haya actuado sobre la ansiedad rasgo; por otra parte cabría pensar que este cambio se debió a causas relacionadas con la aplicación del instrumento en un periodo de tiempo relativamente corto, Campbell y Stanley (1973) señalan que cuando se aplica una prueba de personalidad se observa en general, un mejor ajuste en la segunda aplicación, ya que durante la primera, la administración forma parte de una solución de problemas en que el sujeto trata de descubrir el propósito oculto de la prueba; en la segunda, ya sabe o cree saber como debe comportarse, y ésto obviamente influye en la realización y resultados de la prueba en cuestión.

Finalmente, las dos hipótesis sobre la permanencia de la disminución en el nivel de ansiedad tres semanas después de concluir el entrenamiento, se rechazaron a partir de que dicho entrenamiento no produjo disminución significativa en el nivel de ansiedad en el retest con respecto al pretest de la escala de ansiedad estado; y en la escala de rasgo, ya que no se puede afirmar definitivamente que la disminución en estas dos

evaluaciones se deba a la relajación, tampoco se puede hablar de permanencia a lo largo de un periodo de tiempo.

3.3 Alcances y limitaciones.

En cuanto a los alcances de la investigación, el principal está en relación a ser ésta, la primera aproximación al estudio de la técnica de relajación muscular progresiva en pacientes adolescentes con un tipo específico de cáncer: leucemia aguda linfoblástica, sobre todo en México. Por lo tanto, brinda conocimiento al respecto, que puede ser utilizado en posteriores investigaciones en esta misma línea.

Además, a partir de la revisión teórica, se pretendía brindar una visión un tanto general de la situación en que se encuentra un paciente que ha sido diagnosticado de cáncer, las reacciones más comunes, los mecanismos de defensa que entran en juego en diferentes momentos de la enfermedad y las estrategias que utiliza para tratar, y para alcanzar, la adaptación a dicha situación. Comúnmente se cree que un paciente con cáncer, ha recibido una sentencia de muerte, está desahuciado y por lo tanto no le queda otra alternativa más que sumirse en un estado de desequilibrio e inadaptación total, en el cual prevalece la depresión. Sin embargo, desde una perspectiva más realista y objetiva, se observa que efectivamente, el diagnóstico de cáncer y todo lo que éste implica emocionalmente, constituyen una crisis, pero generalmente el paciente no permanece estático, es capaz de reestablecer el equilibrio perdido, de adaptarse a la situación y de enfrentarla de manera positiva. Esto se trata en el Marco Teórico.

En cuanto a limitaciones metodológicas, en primer lugar se encuentra el hecho de haber tenido una muestra muy pequeña, por lo cual no es posible generalizar resultados a una población mayor. Además, la aparente no eficacia, desde la perspectiva estadística, de la técnica de relajación para reducir ansiedad estado puede estar relacionada a este punto.

Otra limitación es la falta de un grupo control, el cual no fue posible debido a las características mismas de la muestra; el haberlo tenido, habría ayudado a determinar en la medida de lo posible, si la disminución en el nivel de ansiedad rasgo entre la primera y la segunda administración, se debe al entrenamiento en relajación, o a un factor externo.

Otra limitación con respecto a la captación de los pacientes, está relacionada al lugar de procedencia de los mismos, la mayor parte de la población que acude a recibir atención al Instituto Nacional de Pediatría es del interior de la República, y en el caso de los adolescentes con leucemia, la situación es la misma. Esto impidió el que las cinco sesiones del entrenamiento en relajación se llevaran a cabo en días sucesivos cuando acudían por Consulta Externa; sólo cuando eran hospitalizados para recibir quimioterapia se podía trabajar con ellos en días consecutivos.

Tal vez, una última limitación, es la inclusión de pacientes con sólo un diagnóstico oncológico, si se hubiera trabajado con pacientes con otros tipos de cáncer, la muestra hubiera sido mayor, y tal vez los resultados habrían sido diferentes. Sin embargo, esto se hizo con la finalidad de controlar variables extrañas relacionadas con el diagnóstico específico, ya que cada tipo de cáncer posee características particulares que determinan algunas diferencias en la manera en que el paciente reacciona a la enfermedad y la manera en que se adapta a la misma y al tratamiento.

Finalmente, es necesario continuar la investigación en esta línea, con mayor número de pacientes, con el uso de un grupo experimental y un grupo control (cuando sea factible) y tratando de controlar más variables extrañas, principalmente el tiempo de tratamiento, ya que como se señaló anteriormente, este tipo de intervención parece ser más efectivo cuando se introduce al inicio de la enfermedad, de preferencia antes de la administración del primer ciclo de quimioterapia.

CONCLUSIONES.

1. El diagnóstico de una enfermedad como es el cáncer constituye, por sí mismo, una situación de crisis.
2. Durante el transcurso de la enfermedad, se observan reacciones psicológicas determinadas, y se ponen en juego mecanismos de defensa y estrategias de adaptación específicas.
3. Además del padecimiento del cáncer, el tratamiento, en este caso la quimioterapia, exacerba dichas reacciones psicológicas debido al carácter agresivo del mismo.
4. La administración de quimioterapia genera efectos tóxicos secundarios como son náusea y vómito, los cuales pueden presentarse antes o después del tratamiento, y generan un condicionamiento desagradable para el paciente.
5. En varias investigaciones se ha sugerido la naturaleza psicológica de dichos efectos secundarios, sobre todo cuando se presentan antes de la administración del medicamento; esto puede estar relacionado a una respuesta condicionada en donde se asocia un estímulo neutro a uno aversivo; o a la ansiedad generada por la administración de quimioterapia y de la situación general.
6. Los efectos secundarios anticipatorios generalmente son resistentes a la acción de los fármacos antieméticos.
7. Una alternativa en el tratamiento de la náusea y vómito anticipatorios, son las técnicas de intervención conductual como la relajación pasiva (hipnosis), la relajación activa (relajación muscular progresiva), la biorretroalimentación muscular y la desensibilización sistemática.

8. La relajación muscular progresiva es un método eficaz en la disminución de náusea y vómito, así como de la ansiedad experimentada por pacientes oncológicos adultos que están bajo quimioterapia antineoplásica.
9. La relajación muscular progresiva es una habilidad y un recurso adaptativo que puede ser aprendido por el paciente, y que le permite enfrentar y adaptarse a algunas situaciones stressantes, como es la administración de la quimioterapia en los pacientes oncológicos.
10. Los niveles de ansiedad rasgo y estado en la población estudiada son similares en la primera evaluación, por lo cual no se puede hablar de predominio de alguna de estas dimensiones de ansiedad.
11. Partiendo del análisis estadístico de la presente investigación, parece ser que la relajación muscular progresiva no es significativamente eficaz en la disminución de la ansiedad estado de la población estudiada.
12. Partiendo del análisis estadístico, la relajación muscular progresiva es significativamente eficaz en la disminución de la ansiedad rasgo de la población estudiada.
13. Partiendo de datos observados, como la disminución en las puntuaciones obtenidas individualmente por los pacientes en las escalas de ansiedad estado, y el reporte de los mismos y de algunos miembros del equipo de oncología sobre disminución de náusea en el siguiente ciclo de quimioterapia, se deduce que el entrenamiento en relajación fue útil para los pacientes.
14. Las condiciones económicas e infraestructurales del sitio en el que se pretende introducir un nuevo método de intervención, influyen de alguna manera en los resultados obtenidos.
15. Todos los pacientes con características similares a las de la muestra, deben recibir este tipo de intervención, a reserva de realizar algunas modificaciones a la misma.

16. Es necesario precisar en la medida de lo posible, si la naturaleza misma del período adolescentes es un obstáculo en el funcionamiento adecuado de la técnica de relajación.
17. En necesario continuar investigando dentro de esta línea, qué pacientes se benefician con qué intervención conductual específica; con un mayor control metodológico y experimental.

BIBLIOGRAFIA.

- ABERASTURY, A., KNOBEL, M., ROLLA, E.H., KALLINA, E., LUSTIG DE FERRER, E.S., JARAST, S.G., RIVELIS DE PAC, L. & ZAK DE GOLDSTEIN, R.; Adolescencia; Ed. Kargieman; Buenos Aires; 1978.
- AMIEL, J.L., ROUESSE, J & MACHOVER, O.; Manual de Oncología; Ed. Toray -Masson; Barcelona; 1978.
- ASATO, M.L.; (1990); La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor; Tesis Licenciatura Psicología. UNAM.
- BERKOW, R. & TALBOTT, J.H.; El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica; Merck and Co. Inc. Rahway. N.J; 1978.
- BINDEMANN, S., SOUKOP, M. & KAYE, S.B.; (1991); Randomised controlled study of relaxation training. Eur J Cancer 27(2):170-174. abstract.
- BLEGER, L.; El paciente y el cáncer. En: SCHAVELZON, J. (ed.); Psicología y cáncer; Ed. Horm; Buenos Aires; 1965.
- BLOS, P.; Psicoanálisis de la adolescencia; Ed. Joaquín Mortiz; México; 1971.
- BRIDGE, L.R., BENSON, P., PIETRONI, P.C. & PRIEST, R.G.; (1988); Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. BMJ 297 (6657):1169-1172.
- BURISH, T.G., SHARTNER, C.D. & LYLES, J.N.; (1981); Effectiveness of multiple muscle-site EMG biofeedback and relaxation training in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. Biofeedback and self regulation. 6(4):523-535.

___ & LYLES, J.N., (1989); Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. J Behavioral Med 4(1):65-78.

___, SNYDER, S.L. & JENKINS, R.A.; (1991); Preparing patients for cancer chemotherapy: effects of coping preparation and relaxation interventions. J Consul Clin Psychol 59(4):518-525.

___ & TOPE, D.M.; (1992); Psychological techniques for controlling the adverse side effects of cancer chemotherapy: findings from a decade of research. J Pain Symp Manag 7(5):287-301.

CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C.; Diseños experimentales y cuasexperimentales en la investigación social; Amorrortu editores, Buenos Aires; 1973.

CAREY, M.P. & BURISH, T.G.; (1985); Anxiety as a predictor of behavioral therapy outcome for cancer chemotherapy patients. J Consul Clin Psychol 53(6):860-865.

___ & BURISH, T.G.; (1987); Providing relaxation training to cancer chemotherapy patients: a comparison of three delivery techniques. J Consul Clin Psychol 55(5):732-737.

CAUTELA, J.R. & GRODEN, J.; Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial; Ed. Martínez Roca, Barcelona; 1985.

COOPER, A.F., McARDLE, C.S., RUSSELL, A.R. & SMITH, D.C.; (1979); Psychiatric morbidity associated with adjuvant chemotherapy following mastectomy for breast cancer. Br J Surg 66:362.

___ & BLITZ, J.T.; (1985); A therapeutic play group for hospitalized children with cancer. J Psychosocial Oncology. 3(2):23-37.

CUELI, J. & REIDL, L.; Teorías de la personalidad; Trillas; México; 1972.

CHAGOYA, L. & MAZA, A.; (1980); Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE, antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de pacientes en salas de terapia intensiva; Tesis Licenciatura Psicología. UNAM.

DECKER, T.W. & CLINE-ELSEN, J.; (1992); Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. J Clin Psychol 48(3):388-392.

DOLGIN, M.J., KATZ, E.R., MCGINTY, K. & SIEGEL, S.E.; (1985); Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients. Pediatrics. 75(3):547-552.

___, KATZ, E.R., ZELTER, L.K. & LANDSVERK, J.; (1989); Behavioral distress in pediatric patients with cancer receiving chemotherapy. Pediatrics. 84:103-110.

DORSCH, F.; Diccionario de Psicología; Ed. Herder; Barcelona; 1979.

DURAND DE BOUSINGEN, R.; La relación; Publicaciones Cruz O; México; 1992.

ENGLISH, H.B.; Diccionario de Psicología y Psicoanálisis; Ed. Paidós; Buenos Aires; 1977.

ERIKSON, E.H.; El ciclo vital completado. Estadios psicosociales; Ed. Paidós; Buenos Aires; 1985.

___; Sociedad y adolescencia; Ed. Siglo XXI; México; 1986.

FOTCHMAN, D.; How adolescents live with leukemia; En: MOOS, R.H. (ed.); Coping with physical illness; Plenum Medical Co. New York; 1984.

FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J.; Compendio de Psiquiatría; Ediciones Salvat; Barcelona; 1980.

FREUD, A.; La adolescencia en cuanto a perturbación del desarrollo. En: FREUD, A., OSTERRIETH, P.A., PIAGET, J. & otros; El desarrollo adolescente; (compilado por CAPLAN, G. & LEOVICI, S.); Ed. Hormé; Buenos Aires; 1984.

___; El yo y los mecanismos de defensa; Ed. Paidós; México; 1990.

GARROD, L.P., LAMBERT, H.P. & O'GRADY, F.; Antibiótico y quimioterapia; Salvat; Barcelona; 1985.

GOLDEN, W.L., GERSH, W.D. & ROBBINS, P.M.; Psychological treatment of cancer patients: a cognitive-behavioral approach; Macmillan; New York; 1992.

GREENWELL, J.L.; (1976); Revisión teórica conceptual de la angustia-ansiedad; Tesina Licenciatura Psicología. UNAM.

GREER, S.; (1983); Cancer and the mind; British Journal of Psychiatry. 143:535-543.

___ & SILBERFARB, P.M.; (1982); Psychological concomitants of cancer: current state of research. Psychol Med 12:563-573.

GRINBERG, L.; Culpa y depresión; Ed. Paidós; Buenos Aires; 1970.

HOLLAND, J.C. & ROWLAND, J.H. (eds.); Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer; Oxford University; New York; 1989.

JACOBS, T.J. & CHARLES, E.; (1980); Life events and the occurrence of cancer in children. Psychosom Med 42(1):11-24.

JACOBSEN, P.B., ANDRYKOWSKI, M.A., REDD, W.H., DIE-TRILL, M., HAKES, T.B., KAUFMAN, R.J., CURRIE, D.E. & HOLLAND, J.C.; (1988); Nonpharmacologic factor in the development of post treatment nausea with adjuvant chemotherapy for breast cancer. Cancer 61:379-385.

JACOBSON, E.; Progressive relaxation. A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice; The University of Chicago Press; Chicago; 1938.

KAPLAN, S.L., BUSNER, J., WEINHOLD, Ch. & LENON, P.; (1987); Depressive symptoms in children and adolescent with cancer: a longitudinal study. J Amer Acad Child Adol Psychiat 26(5):782-787.

KEIDAN, S.E.; The leukaemias. En: MARSDEN, H.B. & STEWARD, J.K. (eds.); Tumours in children; Springer-Verlag; New York; 1968.

KÜBLER-ROSS, E.; Sobre la muerte y los moribundos; Ed. Grijalbo; Barcelona; 1975.

LERMAN, C., RIMER, B., BLUMBERG, B., CRISTINZIO, S., ENGSTROM, P.F., MACELWEE, N., O'CONNOR, K. & SEAY, J.; (1990); Effects of coping style and relaxation on cancer chemotherapy side effects and emotional responses. Cancer Nurs. 13(5):308-315. abstract.

LEVIN, J.; Fundamentos de estadística en la investigación social; Ed. Harla; México; 1979.

LESKO, L.M., HOLLAND, J.C.; (1988); Psychological issues in patients with hematological malignancies. Recent Results in Cancer Research 108:243-270.

LYLES, J.N., BURISH, T.G., KROZELY, M.G. & OLDHAM, R.K.; (1982); Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. J Consul Clin Psychol 50(4):509-524.

MAGUIRE, G.P., TAIT, A., BROOKE, M., THOMAS, C., HOWAT, J.M., SELLWOOD, R.A. & BUSH, H.; (1980); Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy. B Med J 281:1179-1180.

MASTROVITO, R.; Behavioral techniques: progressive relaxation and self-regulatory therapies. En: HOLLAND, J.C. & ROWLAND, J.H. (eds.); Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer; Oxford University; New York; 1989.

MORROW, G.R., LINKLE, J.L. & BLACK, P.M.; (1991); Predicting development of anticipatory nausea in cancer patients: prospective examination of eight clinical characteristics. J Pain Symp Manag 6(4):215-223.

___ & MORRELL, Ch.; (1982); Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. N Eng J Med 307(24):1476-1480.

MOOS, R.H. (ed.); Coping with physical illness; Plenum Medical Books Co; New York; 1984.

___ & SCHAEFER, J.A.; The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En: MOOS, R.H. (ed.); Coping with physical illness; Plenum Medical Books Co.; New York; 1984.

ORR, W.; (1984); Psychosocial implications of chronic illness in adolescence. J Pediatr 104(1):152-157.

PADILLA, R.; (1977); El origen de la angustia en tres diferentes enfoques psicológicos. Tesis Licenciatura Psicología. UNAM.

PIAGET, J.; El desarrollo intelectual del adolescente. En: FREUD, A., OSTERRIETH, D.A., PIAGET, J., y otros; El desarrollo adolescente; (Compilado por CAPLAN, G. y LEOVICI, S.); Ed. Hormé; Buenos Aires; 1984.

PICK, S. & LOPEZ, A.L.; Cómo investigar en ciencias sociales; Trillas; México; 1990.

REDD, W.H. & ANDRYKOWSKI, M.A.; (1982); Behavioral interventions in cancer treatment: controlling aversion reactions to chemotherapy. J Consult Clin Psychol 50(6):1018-1029.

___; Management of anticipatory nausea and vomiting. En: HOLLAND, J.C. & ROWLAND, J.H. (eds); Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer; Oxford University; New York; 1989.

RIVERA, R., CRUZ, J. & BORREGO, R.; (1980); Panorama actual de la oncología pediátrica. Anales Médicos. 25:102.

___ & MARTINEZ, G.; Protocolos de quimioterapia en hemato-oncología pediátrica; INP; México; 1987a.

___ & MARTINEZ, G.; (1987b); Leucemia Aguda Linfoblástica: conceptos importantes para el pediatra. Rev Mex Pediatría. 54(2):63-72.

RUIZ, R.; Nuevo diccionario médico; Ed. Teide; Barcelona; 1984.

SCHAVALZON, J.; Psicología y cáncer; Hormé; Buenos Aires; 1965.

SCHRAML, W.J.; Psicología Clínica; Ed. Herder; Barcelona; 1975.

- SILBERFARB, P.M., PHILIBERT, D. & LEVINE, P.M.; (1980); Psychosocial aspects of neoplastic disease. II. Affective and cognitive effects of chemotherapy in cancer patients. Am J Psychiatry 137(5):597-601.
- SPIELBERGER, Ch.D., GORSUCH, R.L. & LUSHENE, R.E.; Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE); Ed. El Manual Moderno; México; 1975.
- WEDDINGTON, W.W., MILLER, N.J. & SWEET, D.L.; (1984); Anticipatory nausea and vomiting associated with cancer chemotherapy. J Psychosom Res 28(1):73-77.
- ZELTZER, L.K., KELLERMAN, J., ELLENBERG, L., DASH, J. & RIGLER, D.; (1980); Psychological effects of illness in adolescence. II. Impact of illness in adolescents-critical issues and coping styles. J Pediatr 97(1):132-138.
- ___, DOLGIN, M.J., LEBARON, S. & LEBARON, C.; (1991); A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer. Pediatrics 88(1):34-42.

ANEXO 1

CUADRO 1. Estadios psicosociales. (Logros vs. peligros que generan una nueva virtud en cada estadio).

I. Infancia.	Confianza básica vs. desconfianza básica. Esperanza.	II. Niñez temprana.	Autonomía vs. vergüenza. Voluntad.
III. Edad de juego.	Iniciativa vs. culpa. Finalidad.	IV. Edad escolar.	Industria vs. inferioridad. Competencia.
V. Adolescencia.	Identidad vs. confusión de identidad. Fidelidad.	VI. Juventud.	Intimidad vs. aislamiento. Amor.
VII. Adulthood.	Generatividad vs. estancamiento. Competencia.	VIII. Vejez.	Integridad vs. desesperanza. Sabiduría.

Fuente: Erikson, E.H. El ciclo vital completado. Estadios psicosociales. Paidós, Buenos Aires. 1985.

CUADRO 2. Métodos de relajación.

I. Métodos analíticos desde el punto de vista fisiológico.	1. Relajación muscular progresiva de Jacobson. 2. Técnica de Jarreau y Klotz.
II. Métodos globales desde el punto de vista psicoterapéutico.	1. Autorelajamiento de Schultz. 2. Reeducción psicotónica. 3. Relajación con sentido psicoanalítico.
III. Entrenamiento autógeno.	

Fuente: Durand de Bousingen, R. La relajación. Publicaciones Cruz O. México 1992.

ANEXO 2

TABLA I. Medidas de tendencia central y de desviación de la primera y segunda evaluación de SXE y SXR.

	SXE1	SXE2	SXR1	SXR2
\bar{x}	38.5	30.0	38.67	32.58
S	8.62	5.404	6.919	5.958
σ	3.519	2.206	2.824	2.432

en donde:

SXE1 = Primer evaluación de ansiedad estado.

SXE2 = Segunda evaluación de ansiedad estado.

SXR1 = Primer evaluación de ansiedad rasgo.

SXR2 = Segunda evaluación de ansiedad rasgo.

\bar{x} = Media.

S = Desviación standard.

σ = Error standard.

TABLA 2. Valor de t y probabilidad asociada de t entre la primera y la segunda evaluación de SXE y SXR.

	SXE1 → SXE2	SXR1 → SXR2
Dif. \bar{x}	8.5	6.167
S	9.670	5.913
σ	3.948	2.414
t	2.15	2.55
p(t)	0.84	0.051

en donde:

SXE1 → SXE2 = Valores entre la primera y la segunda evaluación de ansiedad estado.

SXR1 → SXR2 = Valores entre la primera y la segunda evaluación de ansiedad rasgo.

Dif. \bar{x} = Diferencia entre las medias.

S = Desviación standard.

σ = Error standard.

t = Valor de t.

p (t) = Probabilidad asociada de t.

TABLA 3. Medidas de tendencia central y de desviación de la segunda y tercera evaluación de SXE y SXR.

	SXE2	SXE3	SXR2	SXR3
\bar{x}	30.33	33.5	32.5	30.17
S	5.404	7.036	5.958	6.145
σ	2.206	2.872	2.432	2.509

en donde:

SXE2 = Segunda evaluación de ansiedad estado.

SXE3 = Tercer evaluación de ansiedad estado.

SXR2 = Segunda evaluación de ansiedad rasgo.

SXR3 = Tercer evaluación de ansiedad rasgo.

\bar{x} = Media.

S = Desviación standard.

σ = Error standard.

TABLA 4. Valor de t y probabilidad asociada de t entre la segunda y la tercera evaluación de SXE y SXR.

	SXE2 → SXE3	SXR2 → SXR3
Dif. \bar{x}	-3.5	2.333
S	3.507	2.582
σ	1.432	1.054
t	-2.44	2.21
p(t)	0.058	0.078

en donde:

SXE2 → SXE3 = Valores entre la segunda y tercera evaluación de ansiedad estado.

SXR2 → SXR3 = Valores entre la segunda y tercera evaluación de ansiedad rasgo.

Dif. \bar{x} = Diferencia entre las medias.

S = Desviación standard.

σ = Error standard.

t = Valor de t.

p(t) = Probabilidad asociada de t.

TABLA 5. Puntuaciones en bruto obtenidas por los pacientes en las tres aplicaciones de SXE y SXR.

Sujetos	SXE1	SXE2	SXE3	SXR1	SXR2	SXR3
1	49	26	25	30	28	23
2	43	32	36	40	35	35
3	39	35	43	49	35	35
4	39	24	31	32	29	25
5	23	26	27	42	42	37
6	38	37	39	39	26	26

en donde:

SXE1 = Primer evaluación de ansiedad estado.

SXE2 = Segunda evaluación de ansiedad estado.

SXE3 = Tercera evaluación de ansiedad estado.

SXR1 = Primer evaluación de ansiedad rasgo.

SXR2 = Segunda evaluación de ansiedad rasgo.

SXR3 = Tercera evaluación de ansiedad rasgo.

ANEXO 3

GLOSARIO.

ADN: Acido desoxirribonucleico, constituye la base de la transmisión genética y la herencia biológica.

Alcaloides: sustancias orgánicas de origen vegetal que poseen propiedades básicas y que forman con los ácidos sales cristalizables; se utilizan en el tratamiento de las neoplasias.

Alopecia: calvicie; deficiencia natural o anormal de cabello.

Alquilantes: sus acciones farmacológicas más importantes son perturbar los mecanismos fundamentales de crecimiento celular, son agentes quimioterápicos no específicos del ciclo celular, pudiendo actuar en cualquier momento del mismo.

Amenorrea: falta de menstruación, puede ser primitiva o secundaria, según que aquella no haya aparecido en tiempo oportuno o haya cesado después de haber aparecido.

Anorexia: falta de apetito, sensación de inapetencia.

Antibióticos antineoplásicos: los antibióticos son sustancias antimicrobianas derivadas de bacterias, hongos y molhos, de sustancias naturales o de productos químicos sintéticos. Los antibióticos antineoplásicos son usados en la terapéutica del cáncer.

Antimetabolitos: compuestos inactivos que tienden a reemplazar o interferir la acción de un metabolito esencial, también se utilizan en el tratamiento del cáncer.

Antineoplásica: que inhibe o previene el desarrollo de neoplasias, frenando la maduración y proliferación de las células malignas.

Arritmia: alteración de un ritmo, especialmente de los latidos del corazón.

Caquexia: pérdida de grasa de depósito (principalmente la del tejido subcutáneo), con una atrofia muscular progresiva, en donde parece que los huesos están recubiertos de una piel seca y áspera. Existe una desnutrición progresiva.

Carlotipo: imagen cromosómica completa de un individuo.

Citostáticos: sustancias que bloquean el metabolismo de las células cancerosas, inhibiendo su crecimiento; se utilizan en la quimioterapia de las neoplasias.

Clona: población originada por replicación asexual de una unidad, sea un organismo o una célula.

Compresión: acción ejercida sobre un cuerpo por una fuerza exterior que tiende a disminuir el volumen y a aumentar su densidad. Puede ser a diferentes niveles: neurológico, vascular, bronquial, etc.

Daño cardíaco: alteración o trastorno a nivel del órgano cardíaco.

Daño hepático: alteración o trastorno a nivel del hígado.

Fibrosis pulmonar: formación de tejido fibroso en el tejido pulmonar.

Ganglio: engrosamiento normal de forma, tamaño y estructura variables, en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

Hematopoyesis: formación o producción de sangre, especialmente de sus elementos celulares. Tejido hematopoyético.

Hemopatía: enfermedad de la sangre en general.

Hiperglucemia: aumento anormal de la cantidad de glucosa en la sangre.

Hiperpigmentación: coloración excesiva de un tejido.

Hipertensión: aumento del tono o tensión en general, especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea.

Ictericia: coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

Insuficiencia hematopoyética: disminución de la capacidad del proceso hematopoyético.

Leucopoyesis: producción de leucocitos.

Leucocitos: glóbulos blancos de la sangre.

Linfá: líquido claro, transparente alcalino, amarillo pálido, que llena los vasos linfáticos. La linfa se coagula como la sangre, y se halla constituida por agua, albúmina, fibrina y sales, pero en porciones muy diferentes a la sangre. Contiene leucocitos y en particular linfocitos, corpúsculos de grasa y accidentalmente hematies.

Linfático: relativo a la linfa o que la contiene.

Mastectomía: ablación o extirpación de la mama o de una porción de la glándula mamaria.

Médula ósea: sustancia blanca que llena las cavidades y canaliculos de los huesos. La médula roja propia de los huesos en vías de desarrollo, cortos, esternón y costillas, tiene función hematopoyética. La médula amarilla es propia de los huesos largos de los adultos.

Metástasis: se habla de metástasis siempre que algunas células malignas se desprenden de un tumor, y que por vía sanguínea o linfática son llevadas a distancia para formar allí tumores hijos o colonias.

Mielosupresión: detención súbita de la producción normal de mielocitos (otro tipo de células de la sangre).

Mitosis: proceso de duplicación celular, con la formación de dos células hijas semejantes entre sí, a partir de una célula madre. Las células hijas son totalmente idénticas entre sí y contienen cada una el mismo número de cromosomas que la célula madre.

Mucositis: inflamación de una mucosa.

Necrosis: muerte celular.

Necrosis tisular: muerte de tejidos.

Neoplasia: neoformación o nuevo crecimiento de tejido, en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter a veces progresivo. Puede ser benigno o maligno.

Neumonía: inflamación del tejido pulmonar a consecuencia de un proceso infeccioso.

Osteoporosis: formación de espacios anormales en el hueso o rarefacción del mismo sin descalcificación, por la ampliación de sus conductos.

Paliativo: se aplica al medicamento o agente que alivia, pero no cura.

Pleomorfismo: presentación de varias formas por un individuo o especie, bacterias especialmente, bajo condiciones determinadas.

Plurifásico: más de un tejido.

Predulsona: uno de los varios medicamentos utilizados en el tratamiento farmacológico de la leucemia y de otros tipos de cáncer.

Quimioterapia: tratamiento por sustancias químicas, especialmente el fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados sin dañar los tejidos orgánicos. Utilizada en el tratamiento de muchas enfermedades, en este caso del cáncer.

Radioterapia: tratamiento de las enfermedades por toda clase de rayos, especialmente por los roentgenológicos.

Recada: reaparición de una enfermedad especialmente infecciosa, durante la convalecencia de la misma, es decir, sin haber llegado al estado de salud completa.

Recidiva: reaparición de una enfermedad más o menos tiempo después de transcurrido un período de salud completa.

Recidiva de los tumores: reproducción de un tumor en el mismo punto del que había sido extirpado.

Taquicardia: aceleración de los latidos del corazón.

Tejido leucopoyético: tejido en el que se realiza la producción de leucocitos.

Vasos linfáticos: vías que entran y salen de un ganglio linfático y transportan la linfa (vía linfática).

Vincristina: otro de los medicamentos utilizados en el tratamiento de la leucemia y otras neoplasias.