



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Estudio comparativo sobre el tipo de ansiedad en dos grupos de adolescentes: Uno con Leucemia Linfoblástica Aguda y el otro clínicamente sano.

Tesis

Que para obtener el Título de la
Licenciatura en Psicología

Presenta:

Tania Mendoza Tellez

Asesora: Lic. Alejandra Luna García



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

*A mis Padres por darme la vida.
Especialmente a mi padre por su
ejemplo y fortaleza; por su
sufrimiento, el cual me permitió
revalorar la vida e inspirarme en la
realización de esta tesis.
GRACIAS.*

*A René Roberto Isidro por su
incondicional apoyo y compañía.
Por todos los momentos de
felicidad y aprendizaje vividos.*

Agradecimientos

A la *Universidad Nacional Autónoma de México* por ser parte de su historia y de ella.

A la *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza* por la oportunidad de aprendizaje derivada de cada uno de sus profesores, clínicas multidisciplinarias, talleres, conferencias, pláticas, etc., por todo ese conocimiento; pero ante todo por darme las herramientas para conocerme.

A mi directora de tesis *Lic. Alejandra Luna García* por su asesoría, motivación y guía en los momentos difíciles.

A mis *sinodales*, por sus puntos de vista y correcciones, con lo cual enriquecieron este trabajo.

A los *pacientes del Hospital 20 de Noviembre de ISSSTE*, al jefe del área de *Hematología* y a las *enfermeras* de esta misma área, por su valiosa colaboración, sin la cual no hubiera sido posible concretar la investigación.

A *Dios* por darme un espacio y un tiempo en esta vida.

A mi familia por su amparo y soporte en los momentos dolorosos.

A la familia *Frías Juárez* por su confianza y cariño. Siempre estarán en mí.

A todos mis *amigos* por los momentos de felicidad y ventura que pase con ustedes. No los olvidaré.

Índice

	Pág.
Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1	
Cáncer	
1.1 Características del cáncer	4
1.2 Epidemiología	6
1.3 Etiología	9
1.3.1 Factores de riesgo	9
1.3.2 Factores biológicos	11
1.4 Diagnóstico	12
1.5 Tratamiento	14
1.6 Leucemia	19
1.6.1 Leucemia Aguda	21
1.6.2 Leucemia Linfoblástica Aguda	23
1.7 Aspectos Psicológicos relacionados con los tratamientos farmacológicos	24
1.7.1 Supervivencia	26
Capítulo 2	
Ansiedad y cáncer	
2.1 Aspectos generales de la ansiedad	29
2.2 Ansiedad y enfermedad	33
2.2.1 Ansiedad en los pacientes oncológicos	35
2.3 Instrumentos Psicológicos para medir la ansiedad	38
2.4 Ansiedad y aspecto psicológico del paciente y la familia ante la enfermedad	42
2.4.1 Respuesta Psicológica del paciente ante la enfermedad	45
2.4.2 El impacto de la enfermedad en la familia	47

Capítulo 3	Pág.
Muerte y enfermedad	
3.1 Conceptualización y percepción de muerte	50
3.1.1 Infancia	52
3.1.2 Adolescencia	53
3.1.3 Adulthood	62
3.1.4 Madurez	62
3.1.5 Vejez	63
3.2 Actitudes ante la propia muerte	65
Método	70
Resultados	78
Discusión	86
Conclusiones	90
Referencias	92
Anexos	96

Introducción

Pocas investigaciones han estudiado la relación existente en los adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) en tratamiento de quimioterapia y la ansiedad rasgo-estado.

Cabe señalar que las exigencias de este tipo de paciente son muchas, y su tratamiento es muy prolongado, porque inician desde el momento del diagnóstico, continuando con las consultas médicas, en sus análisis clínicos, en la quimioterapia y radioterapia, e inclusive en la propia familia del paciente. Precisamente en el contexto psicológico, es de esperarse que posiblemente exista ansiedad desde el comienzo de la enfermedad, hasta la proximidad de la muerte.

Partiendo del contexto citado en la presente investigación se comparó la ansiedad rasgo-estado en dos grupos de adolescentes: Uno con diagnóstico de LLA bajo tratamiento de quimioterapia (G1) y el otro con adolescentes clínicamente sanos (G2).

El resultado de este estudio arrojó una propuesta de intervención psicológica que preparará y ayudará al paciente a afrontar el proceso canceroso que vive. Esta intervención se podrá poner en práctica desde antes de que se inicie el tratamiento de quimioterapia, en la consulta externa o en la plena hospitalización.

Para adentrarse en la investigación en un primer capítulo se explican conceptos básicos de leucemia, retomando para ello lo que es el cáncer, su origen, incidencia, diagnóstico, tratamiento y manifestación.

Más adelante, en el segundo capítulo se desglosan algunos conceptos del tema de ansiedad, enfocándola primordialmente a la ansiedad que es originada por la enfermedad.

En el tercer capítulo se exponen generalidades del tema de la muerte, enfatizando aquí los factores que están inmersos en su conceptualización y percepción.

Posteriormente se encuentra: Método, resultados, discusión y conclusiones.

En el método se detalla el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, variables y metodología. En los resultados se presentan por medio de tablas y gráficas los datos surgidos a partir del análisis estadístico. En la discusión se exponen las argumentaciones del posible por qué de los resultados. Para finalizar se muestra la conclusión formulada a partir de las variables y factores analizados.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue comparar el puntaje de ansiedad rasgo-estado, en dos grupos de adolescentes: Uno con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) y otro con adolescentes clínicamente sanos.

Se estudió a 60 adolescentes entre 12 y 20 años divididos en dos grupos. El G1 conformado por 30 pacientes con LLA bajo tratamiento de Quimioterapia (66.7% hombres, 33.3% mujeres), del Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE (edad promedio 14.50). El G2 lo integraron 30 adolescentes clínicamente sanos (50% hombres, 50% mujeres), de la SEP y CCH-Oriente de la UNAM (edad promedio 15.93).

Empleando un diseño transeccional descriptivo, se aplicó el IDARE (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), se analizaron los datos mediante T de Student y X^2 ; no encontrándose diferencias significativas en el puntaje de ansiedad rasgo-estado: Puntaje ansiedad rasgo 34.97 (G1) y 37.07 (G2), ansiedad estado 35.77 (G1) y 37.73 (G2).

Capítulo 1

Estoy embriagado, lloro, me aflijo,
pienso, digo,
en mi interior lo encuentro:
si yo nunca muriera,
si nunca desapareciera.
Allá donde no hay muerte,
allá donde ella es conquistada,
que allá vaya yo.
Si yo nunca muriera,
si yo nunca desapareciera.

(Nezahualcóyotl, s.f. citado en Choren, Goicoechea & Rull, 1990, p. 17).

Cáncer

1.1 Características del cáncer

La enfermedad cualquiera que sea su tipo, se considera generalmente un elemento negativo que llega a alterar de manera más o menos importante la normalidad de la vida tanto individual como social de cada uno de nosotros.

En especial la enfermedad neoplásica, se acompaña instintivamente de la idea de muerte inevitable como resultado final de toda una serie de imágenes relacionadas con el dolor físico (Elkin, 2000).

Para entender lo que es el cáncer, se parte de su conceptualización, esta palabra procede del latín *cancrem*, que significa cangrejo; el término se debe a Hipócrates (s.f. citado en Rodríguez, 1999), que fue el primero en comparar la propagación de los tumores malignos de la cara y la mama, a las patas de un cangrejo.

Con el correr del tiempo el cáncer se ha definido como la reproducción anormal de células transformadas, que no responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento. También puede considerarse como un grupo muy heterogéneo de padecimientos de causa multifactorial, relacionados por la manera como se desarrollan, como se diseminan y por su conducta biológica, que frecuentemente conducen a la muerte de la persona que lo padece (Sosa, 2002).

Se distinguen tres tipos de cáncer: Los cánceres llamados sólidos, las leucemias y los hematosarcomas. Khoury y García (1991) dan una descripción muy exacta de lo que caracteriza a cada tipo:

- En los cánceres sólidos, las células cancerosas se desarrollan en un órgano (riñón, hígado, cerebro, etc.), constituyendo un tumor que comprime, invade y destruye los tejidos, incluso los que le rodean. Desgraciadamente en algunos casos las células cancerosas pueden pasar a la sangre o a los vasos linfáticos para formar colonias de células cancerosas en otros órganos lejos del tumor de origen. Se habla entonces de metástasis. Estas últimas son a su vez capaces de comprimir, invadir y destruir los tejidos en donde se desarrollan.

- En las leucemias, las células cancerosas no forman al principio un tumor localizado, pero invaden uniformemente la sangre y todos los órganos hematopoyéticos (los órganos que producen las células de la sangre, como la médula ósea, los ganglios linfáticos, etc).
- Los hematomas, representan una categoría intermedia. En el momento del diagnóstico se puede encontrar como un tumor sólido, algunas veces localizados en un grupo particular de ganglios (por ejemplo, ganglio de la ingle, del cuello, en la axila. etc.). Pero pueden también complicarse a leucemias si infiltran la médula ósea.

El tipo de tumor, la facilidad en localizarlo, el lugar en que está situado o la dificultad para localizarlo son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y familia, e incluso a veces en la actitud de los médicos.

De manera específica, la reacción inicial si el cáncer se halla en lugar visible, lejos de los órganos internos, tiende a causar “menor temor” y “mayor esperanza”, ya que supone que en tal caso es más fácil su control y curación. Esto se aplica a las reacciones de cáncer que afectan las extremidades y la piel.

Ocurre lo contrario con los tumores asociados a los órganos vitales, porque éstos producen más temor y éste es más difícil de superar. Los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la integridad de la masculinidad o feminidad del individuo.

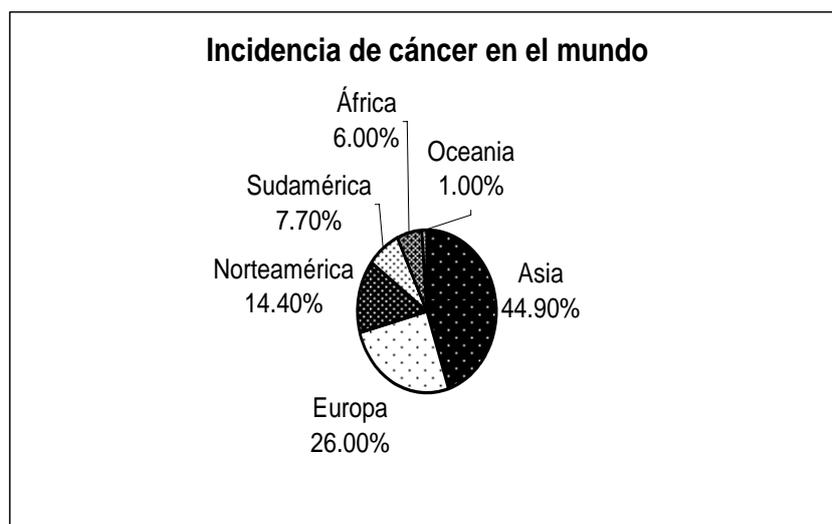
Los cánceres más difíciles de superar desde el punto de vista psicológico son aquellos que requieren aceptación de la realidad de la enfermedad basándose en los propios sentimientos de desasosiego, en los diagnósticos de los médicos y en los resultados de las pruebas de laboratorio. Estos cánceres particulares (como las leucemias) son los que causan más temor, porque se localizan en todas partes y en ninguna. Según los resultados, el médico le dice al paciente que el malestar que siente se debe a una enfermedad maligna que no puede localizarse en un solo punto que permita su control y extirpación.

1.2 Epidemiología

Sea cual sea la definición, el tipo de cáncer y la reacción de la persona ante este, lo que sí es alarmante es el número de muertes producidas por la enfermedad, ya que estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (1995 citado en Harrison, 1998) sugieren que cada año se registran 10 millones de casos de cáncer en todo el mundo y se producen 6 millones de defunciones anuales como consecuencia de la misma. De aquí que ésta sea la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo occidental (después de las enfermedades cardiovasculares) y la principal causa de muerte por enfermedad (por detrás de los accidentes de cualquier tipo) en niños de 1 a 14 años.

Para tener noción de la incidencia de esta enfermedad, basta señalar que en el 2002, los casos reportados por cáncer en el mundo fueron de 10, 900, 000 de los cuales el porcentaje correspondiente a hombres fue de 53% y para mujeres 47%. A continuación, en la gráfica 1, se detallan los lugares en donde se concentraron las mayores incidencias:

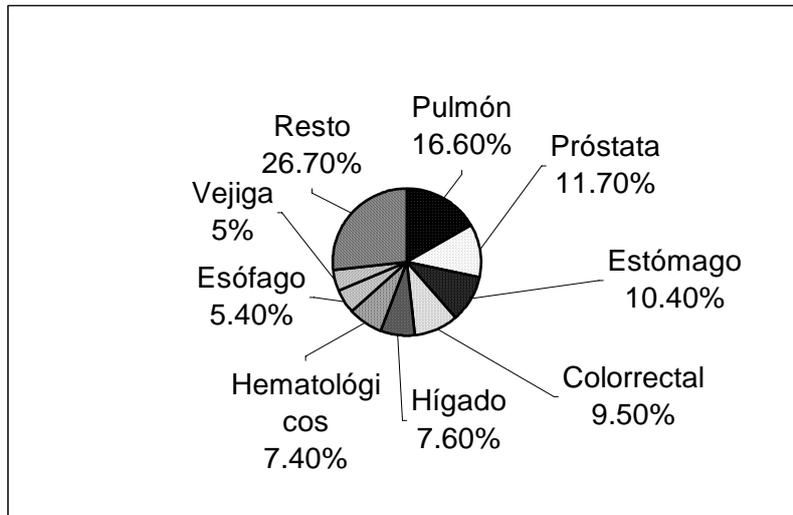
Gráfica 1. Cáncer en el mundo.



(Fundación Científica de la Asociación Española de la lucha contra el Cáncer, 2002).

Otra información que sobresale es la incidencia mundial del cáncer en hombres, de acuerdo al órgano del cuerpo afectado. La gráfica 2, contiene información al respecto.

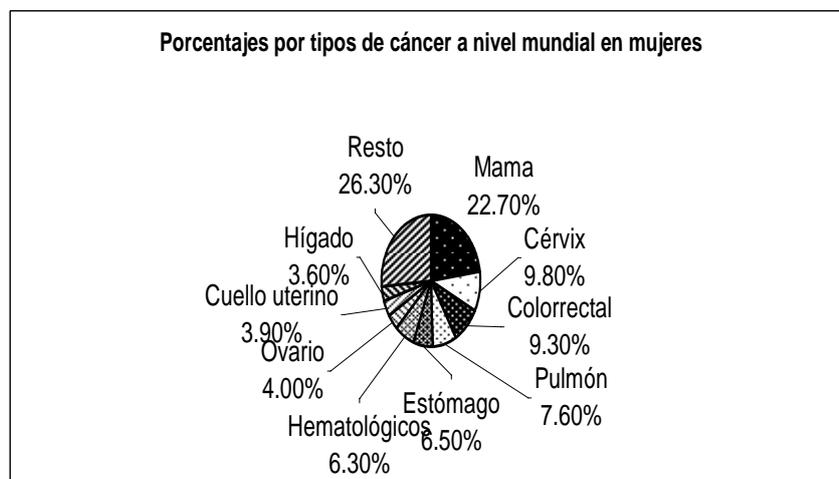
Gráfica 2. Incidencia del cáncer en hombres



(Fundación Científica de la Asociación Española de la lucha contra el Cáncer, 2002).

Por otro lado, el porcentaje correspondiente a mujeres con algún tipo de cáncer en el mundo, es el presentado enseguida.

Gráfica 3. Incidencia del cáncer en mujeres



(Fundación Científica de la Asociación Española de la lucha contra el Cáncer, 2002).

Las cifras de cáncer halladas mundialmente, no difieren mucho de los datos encontrados en México. El Instituto de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reveló en el reciente censo del 2006, la dimensión de la enfermedad en el país, así describe lo siguiente:

De acuerdo con el volumen de su población, cuatro entidades concentran 36 de cada 100 fallecimientos por tumores de tipo maligno: El D.F (10.7%), Estado de México (10.6%), Veracruz (7.8%) y Jalisco (7.3%).

En hombres prevalece el cáncer de pulmón, tráquea y bronquios con un 15.6% de los casos, mientras que en el cáncer de próstata la incidencia es de un 15.5%, la leucemia ocupa uno de los principales lugares con un 6.3% de casos. De estas cifras se desprende que en los varones, los tumores malignos son considerados la segunda causa de muerte con 30,899 de defunciones (INEGI, 2007)

En mujeres el cáncer ocupa el tercer lugar en incidencias con 32,224 decesos, es decir, el 14.5%. En ellas el porcentaje por número de muertes, es el siguiente: Cáncer cérvico-uterino primer lugar con 13.3% de los casos, le sigue cáncer de mama con 13.1%, el de hígado y vías biliares con una incidencia de 7.9%, finalmente la leucemia con 5.5%.

Por edades se halló que en la población de 1 a 4 años de edad, los tumores malignos son la cuarta causa de muerte; sobresale que la leucemia representó 52 de cada 100 defunciones.

En el grupo de 5 a 14 años, los tumores son la segunda causa de mortalidad con 15.8%, aquí la leucemia provoca más de la mitad de decesos con 55.8%.

En la etapa de 15 a 24 años, los tumores generan el tercer lugar como causa de muerte (8.4 % de los fallecimientos), la leucemia ocasiona 37.3% de ellos; en los varones origina la cuarta causa de los fallecimientos con 6.8%, y en las mujeres la segunda con 12.1%.

Entre los 25 y 34 años es la tercera causa de decesos con un 8.8%, la leucemia ocupó el 21.4%.

Entre las personas de 35 a 44 años, los tumores malignos son la segunda causa de muerte.

En el grupo de edad de 45 a 64 años, el cáncer es la segunda causa de defunciones, por sexo, en los hombres representa la cuarta causa, en el caso de las mujeres, una de cada cuatro fallece por algún tipo de cáncer.

De la población de 65 años y más, 13% muere por tumores malignos, y representa la tercera causa de muerte entre el grupo (INEGI, 2007).

Independientemente de las estadísticas respecto a la incidencia de esta enfermedad, lo alarmante del problema es que son muchas las causas que pueden provocarlo. Por esa razón es que los investigadores se han dado a la tarea de estudiar como estos diferentes factores pueden interaccionar de una manera multifactorial y secuencial para desembocar en un tipo de cáncer. A continuación se señala el posible origen de éste.

1.3 Etiología

1.3.1 Factores de riesgo

Se incluye en esta categoría a los agentes o circunstancias que hacen vulnerable a las personas a contraer un tipo particular de cáncer. Así se contemplan los siguientes factores:

- **Área Geográfica**

Existe una gran variabilidad en la incidencia de los distintos tipos de cáncer según el área geográfica. Estudios sobre poblaciones que han emigrado de un área geográfica a otra diferente sugieren que tales variaciones se deben más a diferencias en el estilo de vida que al origen étnico. Esto es comprensible, si se considera que la mayor parte de los cánceres se relacionan con factores ambientales más que con la herencia, pese a que ambos influyen (Devita, 1988). Las cifras señalan que los factores ambientales son la causa del 80% de ellos (Farreras, 2000).

- **Dieta**

Por lo que respecta a la dieta, los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40% de los casos, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud que constituyentes de la dieta son responsables. Castro (1993) señala que varias sustancias alimenticias pueden tener actividad mutagénica, entre éstos productos se incluyen café (asociado con el cáncer de vejiga), té, zumo de uva y

varias bebidas alcohólicas, incluidos los whiskies japoneses, escoceses y americanos.

Respecto al alcohol se ha podido corroborar que su consumo excesivo incrementa la incidencia de las neoplasias en la cavidad oral, faringe, hígado, colon y mama (Farreras, 2000).

Por igual se ha descubierto la relación entre la ingesta de alimentos con alto contenido graso y la aparición del cáncer de mama y el de colon; por lo tanto la obesidad parece aumentar el riesgo de cáncer de endometrio.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006 citado en Instituto Nacional de Salud Pública, 2006) realizada en México, arrojó datos preocupantes, señalando que el sobrepeso y obesidad afectan a uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes de 12 a 19 años. Respecto a la población mayor de 20 años se encontró que el 34.5% de mujeres y 24.2% de hombres se encuentran en la misma situación. El porcentaje más alarmante se encuentran en el rango de edad de 30 y 60 años, donde el 70% de la población mexicana sufre de sobrepeso y obesidad, mujeres 71.9% y hombres 66.7%

Por otro lado también se ha establecido una relación entre la presencia de hábitos y el desarrollo de cáncer, dentro de ellos, el tabaquismo permanece como el principal factor ambiental asociado al cáncer de pulmón; además el tabaquismo puede acelerar la aparición de otros cánceres, incluyendo el de vejiga, cavidad oral, esófago y cerviz uterino (Sosa, 2002).

Desafortunadamente también existe mayor evidencia de que el riesgo de cáncer asociado con el tabaquismo no se limita al fumador, sino quizás se extienda a los miembros de la familia, compañeros de trabajo y otras personas que no sean fumadoras, que se encuentren en proximidad física estrecha al humo durante períodos prolongados (Devita, 1988).

- **Factores ocupacionales**

No pueden dejarse de lado la incidencia de los factores ocupacionales, estos incluyen la exposición a asbestos en los mineros o fabricantes de aislantes, a hidrocarburos policíclicos, a naftilaminas en producción de hules y plásticos o cloruro de vinilo.

Asimismo la exposición de arsénico, que puede producirse en los trabajadores agrícolas expuestos a los pesticidas que lo contienen, se relaciona con una elevada incidencia de cáncer cutáneo y un riesgo menor de cáncer pulmonar.

Otros ejemplos son: El cáncer de escroto en los deshollinadores de chimeneas, y el cáncer de vejiga en quienes trabajan en la industria de colorantes.

- **Agentes físicos**

La radiación externa se ha visto implicada en el nacimiento del cáncer en individuos con ocupaciones de alto riesgo. Desafortunadamente el origen de la radiación es muy variable; puede proceder de las armas nucleares, la radiactividad natural en ciertas regiones, el tratamiento con radioterapia, la manipulación de materiales radiactivos o la exposición exagerada a la radiación ultravioleta (Devita, 1988).

Otro tipo de radiación es la solar que incrementa el riesgo de desarrollar cáncer de piel, sobre todo para quien se expone frecuentemente al sol o trabaja a la intemperie (Harrison, 1998).

- **Agentes virales**

Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cuello uterino y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA).

Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar el padecimiento. Por igual se ha mostrado asociación del virus del herpes simple tipo 2 con el carcinoma de cervix y existen datos de asociación entre el virus de hepatitis B y el desarrollo de hepatocarcinoma (tumor en el hígado) (Mascaró, 2000).

1.3.2 Factores Biológicos

Dentro del organismo se desencadenan algunos estímulos que pueden alterar el crecimiento celular mediante sustancias como las hormonas, las cuales pueden

aumentar la reproducción y desarrollo de algunas células potencialmente neoplásicas porque interrumpen los mecanismos homeostáticos de la célula.

Otro factor es el inmunológico; ya que cuando el “sistema de vigilancia falla”, no se eliminan las células potencialmente neoplásicas, proliferando éstas sin control, lo que produce cáncer. Esto sucede en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmunodepresores.

- **Factores genéticos**

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. De aquí que existen familias con un riesgo relativo aumentado de 2 a 3 veces para presentar alguno de los cánceres siguientes: De mama, colon, estómago, endometrio, próstata, pulmón y ovario. Por ejemplo, en el cáncer de mama, del 5 al 10%, pueden considerarse familiares (Farreras, 2000). Por igual Sosa (2002) añade que algunas de las alteraciones cromosómicas influyen en el desarrollo de la enfermedad, específicamente existe una fuerte predisposición a la leucemia en las personas que padecen síndrome de Down y síndrome de Klinefelter.

Sea cual sea el origen del cáncer actualmente esta enfermedad es responsable del 25% de los decesos en el mundo occidental. En México se registra un promedio de 130,000 casos anuales, y se estima que aproximadamente 45,000 personas fallecen por cáncer en un año (Ruiz, 1998).

1.4 Diagnóstico

El diagnóstico precoz de las formas de cáncer para las que no existe una prueba práctica de detección depende de la identificación por parte del paciente de los signos tempranos de la enfermedad. Quizás el hallazgo más importante en la historia de un paciente con sospecha de cáncer, es un antecedente de diagnóstico o tratamiento de cáncer previo.

Las estadísticas apoyan esta afirmación ya que los pacientes que lo han padecido, tienen una frecuencia mucho más elevada de un segundo cáncer, en particular en el mismo tejido. Por ejemplo, el cáncer de mama aumenta las probabilidades de cáncer

en la mama opuesta y una ocurrencia de cáncer de colon requiere exámenes regulares repetidos para detectar el desarrollo de otro cáncer de colon. También se producen segundos cánceres de un tipo diferente, en particular leucemia y sarcomas, como una complicación de la quimioterapia y radiación (Parakrama & Taylor, 1999).

Para los pacientes que no tienen una historia previa de este padecimiento, el foco rojo que podría indicarles la necesidad de un chequeo médico, estaría dado por la presencia de los siguientes síntomas:

- Cambios en el ritmo intestinal o urinario.
- Heridas que no cicatrizan.
- Hemorragias inhabituales.
- Bultos en las mamas o en otras regiones del organismo.
- Dificultad para tragar alimentos.
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas.
- Tos persistente o ronquera.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de apetito.

No obstante de que alguna persona presente algunos o varios de éstos síntomas, para establecer un diagnóstico correcto se debe en primer lugar comenzar por la obtención de una historia clínica y una exploración física completa, que incluya la inspección y palpación de todas las localizaciones corporales accesibles, en especial piel, cuello, mamas, abdomen, testículos y ganglios linfáticos accesibles.

Además debe realizarse una exploración de los orificios corporales, en particular un examen rectal para los cánceres de recto y próstata, y un examen pélvico para los cánceres del cuello y del cuerpo del útero. En la mayoría de los casos se realiza la biopsia, que consiste en la obtención de una muestra del tejido tumoral o de una metástasis para analizarla, este procedimiento sigue siendo el único método definitivo para el diagnóstico (Sosa, 2002).

Una vez establecido el diagnóstico definitivo, debe evaluarse la extensión o estadio de la enfermedad puesto que el pronóstico y el tratamiento adecuado dependen de éste.

Farreras (2000) reconoce los siguientes grados del estado general del paciente en el momento del diagnóstico:

Grado 0: Paciente con actividad normal.

Grado 1: Paciente con actividad normal con alguna limitación.

Grado 2: Pacientes que requieren permanecer menos del 50% del tiempo diurno descansando.

Grado 3: Pacientes que requieren permanecer más del 50% del descanso diurno pero no del 100%.

Grado 4: Pacientes que no pueden valerse por sí mismos.

Como puede esperarse la expectativa de vida se correlaciona con el grado de avance de la enfermedad; por esa razón los pacientes con grado 1 y 2 tienen una supervivencia significativamente superior a aquellos con grado 3 y 4.

1.5 Tratamiento

Por lo que respecta a los objetivos del tratamiento del cáncer en principio se pretende: 1) Curación de la enfermedad, 2) Aumentar la supervivencia, 3) Mejorar la calidad de vida y 4) Aliviar los síntomas. Para lograr estos objetivos suele ser necesario ofrecer un tratamiento multidisciplinario en el que participan médicos de distintas especialidades con el fin de obtener el máximo beneficio terapéutico.

1.5.1 Tratamiento Quirúrgico

La principal estrategia para el tratamiento curativo es la escisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la extirpación de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido dañado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos.

Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible, por lo que este tratamiento puede ser beneficioso para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o cuando se tiene el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo (Ruiz, 1998).

En otros casos, al conseguir la remisión total de la enfermedad, para asegurar su erradicación se administra una quimioterapia final que intenta limpiar totalmente la médula y posteriormente se realiza un trasplante de médula. Este trasplante puede ser realizado de un donante sano (trasplante exógeno) o bien del mismo enfermo (trasplante endógeno).

El trasplante endógeno tiene la ventaja de que no existe prácticamente riesgo de rechazo, ya que la médula implantada es la del propio enfermo.

Una vez conseguida la remisión total, aún deberán hacerse revisiones regulares durante los siguientes años para controlar y asegurarse de que la enfermedad no reaparezca.

1.5.2 Tratamiento Farmacológico

Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal, como la mama, la próstata, el endometrio y el tiroides, responden al tratamiento hormonal. Este tratamiento consiste en la administración de diferentes hormonas o antihormonas o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente.

Clínicamente la terapia hormonal puede ser:

- **Terapia hormonal ablativa:** Se refiere a la extirpación quirúrgica de los ovarios, los testículos, las suprarrenales y/o la hipófisis. Se ha empleado con algún éxito en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama y de próstata diseminados.
- **Terapia hormonal aditiva:** Se refiere a la administración de hormonas y se ha utilizado en el tratamiento de diversas neoplasias malignas, tanto en etapas diseminadas de la enfermedad como en etapas tempranas. Los agentes con mayor frecuencia utilizados son los corticoides, estrógenos, progestágenos, y andrógenos (Ruiz, 1998).
- **Quimioterapia:** Consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento, y ya que estos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la

quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia (Ruiz, 1998).

Aunque cabe señalar que se puede utilizar la quimioterapia junto a la cirugía o a las radiaciones en la denominada terapia combinada. En estos casos se utiliza como tratamiento coadyuvante para reducir la masa del tumor y facilitar su operabilidad.

Otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo (Hoffbrand, 1991).

1.5.3 Tratamiento Químico

La radioterapia puede ser muy útil porque puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o en otros casos transformar un tumor inoperable en otro operable. Sin embargo, en ocasiones no es posible utilizarla por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas (Sosa, 2002).

Por lo que respecta a los efectos de la radioterapia en Farreras (2000) se dice que los efectos de ésta se clasifican en precoces y tardíos. Los precoces se caracterizan por reacciones inflamatorias agudas propias de los órganos irradiados; los tardíos son más graves por su irreversibilidad y los más conocidos son: Xerostomía (boca seca), proctitis (inflamación del recto) y cistitis (inflamación de una vejiga principalmente la urinaria), entre otros (Mascaró, 2000).

1.5.4 Tratamiento Psicológico

El tratamiento psicológico del enfermo con cáncer incluye, de manera individual o combinada, los siguientes procedimientos:

- Psicoterapia individual: Aquí se debe incorporar un programa de relajación, entrenamiento, y desensibilización. Por ejemplo, el yoga y la música constituyen técnicas que promueven la relajación, aunque también puede llegar

a utilizarse la hipnosis. Un plan de ejercicio diario, además de relajar contribuirá al acondicionamiento físico y a la independencia (González, 2001).

Otra herramienta es la enseñanza por medio de modelos visuales o videos, que informen acerca de los tratamientos, sus resultados y consecuencias; con esto se reduce la ansiedad del enfermo y se promueve la adaptación al ambiente hospitalario y médico.

- Psicoterapia de grupo: Incluye la reunión de varios enfermos con el mismo problema, en donde se proporciona tratamiento conjunto, al motivar la autoayuda y al compartir experiencias entre los pacientes (González, 2001).

Independientemente de la modalidad de terapia psicológica, los procedimientos de intervención que se han aplicado mayormente han sido fundamentalmente programas cognitivo-conductuales; dado que se ha adaptado esta corriente psicológica al tema de dolor por cáncer. Se parte de la idea de que al modificar pensamientos y/o conductas de una manera positiva, las emociones y el estado de dolor son similarmente afectados.

A continuación se exponen algunas de técnicas utilizadas: Ver tabla 1.

Tabla 1. Descripción de las técnicas cognitivo-conductuales.

Nombre de la Técnica	Descripción
Relajación muscular progresiva	Tensión activa y relajación de varios grupos de músculos, uno a la vez, para diferenciar entre el músculo y su estado de tensión o estado cotidiano, y el músculo en su estado objetivo de relajación.
Relajación	Relajación en la cual la atención e imaginación están enfocadas en la disipación de tensión en grupos sucesivos de músculos.
Hipnosis	Lograr un intenso estado de relajación o trance y recibir sugerencias para alterar las sensaciones, conductas, emociones y pensamientos.
Imaginería guiada	Utilizar imágenes mentales, usualmente de naturaleza neutral o positiva en la cual la persona es llevada a través de una escena particular. La imaginería debe ser visual, auditiva, kinestésica o una combinación de éstas.
Entrenamiento autógeno	Enfocarse en estados corporales internos y transformar las sensaciones a través de la imaginería (por ejemplo, una sensación de dolor es imaginada en vez de una sensación desagradable como una sensación tibia).
Distracción	Alejar la atención de la sensación de dolor hacia un estímulo neutral o placentero.
Reestructuración cognitiva	Monitorear y evaluar los patrones de pensamientos negativos en un esfuerzo para crear cogniciones más realistas y adaptativas.

Autodiscurso de afrontamiento	Declarar afirmaciones positivas específicas tales como “Yo puedo hacer esto”, “Soy lo suficientemente fuerte para manejar esto”.
Solución de problemas	Reconocimiento de un problema y generación de posibles soluciones utilizando un análisis de costo-beneficio.

(González, 2001).

Ahora bien, los objetivos de cualquier tratamiento psicológico deben servir para:

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo.
- Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento.
- Desarrollar estrategias de resolución de problema para ocuparse de las dificultades relacionadas con el cáncer.
- Facilitar la comunicación del paciente con su pareja y con otros miembros de la familia.
- Estimular la participación en actividades y mejorar las relaciones sociales (Buceta, Bueno & Mas, 2000).

Expuesto este panorama sobre el cáncer y como se ha visto con anterioridad dentro de las variaciones del cáncer se encuentra la leucemia y ya que el contenido de la investigación es sobre tal padecimiento es preciso conocer acerca de este tema. Cabe señalar que se ahondara exclusivamente en la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) porque es la que cubre los requisitos para esta investigación.

1.6 Leucemia

Es un cáncer de la médula ósea, que se caracteriza por la producción desordenada y descontrolada de glóbulos blancos (Leucocitos), estos constituyen una defensa del organismo frente a las infecciones, por lo que su función es destruir a los agentes patógenos que producen las enfermedades. En la leucemia, al estar enferma la médula ósea produce demasiados leucocitos pero defectuosos y/o inmaduros,

entonces, aunque existen muchos no pueden proteger de las infecciones y el problema es que estos leucocitos como “hierba mala “crecen” tanto que desplazan a los glóbulos blancos normales (Pizzo, 1993).

También las células anormales pueden causar insuficiencia de médula ósea (por ejemplo, anemia, deficiencia de neutrófilos y disminución del número de plaquetas en la sangre) una cuenta elevada de leucocitos circulantes e infiltrar otros órganos: Hígado, bazo ganglios linfáticos, piel, testículos y cerebro (Hoffbrand, 1991).

La manera más sencilla de clasificar la leucemia de acuerdo a Mejía y Ramelli (2006) es en aguda y crónica. Si el proceso de crecimiento se realiza de forma muy rápida, de tal forma que se desarrollen extraordinariamente el número de células inmaduras, se denominará leucemia aguda. Si el proceso es más lento, dando lugar a la maduración de estas células, aunque no son células normales sino cancerosas, se denominará leucemia crónica. Otra clasificación la proporciona el sistema franco – americano – británico (FAB) en donde la categorizan por su morfología e inmunofenotípicamente en leucemia linfocítica y leucemia mieloide (ver tabla 2):

Tabla 2. Clasificación de la leucemia

Leucemia Linfocítica	Leucemia Mieloide
L1	M1
L2	M2
L3	M3
	M4
	M5
	M6
	M7

(Mejía & Ramelli, 2006).

En la leucemia linfocítica las células, que normalmente se transforman en linfocitos, se hacen cancerosas y rápidamente reemplazan a las células normales que se encuentran en la médula ósea. Por lo que respecta a la mieloide, los granulocitos no

se desarrollan si no que, al igual que en la linfoide se convierten en células cancerosas que invaden la médula ósea (Mejía & Ramelli, 2006).

Independientemente de cual sea el tipo de leucemia, los síntomas que suelen aparecer a los meses del inicio de la enfermedad son los siguientes:

- Cansancio.
- Palidez.
- Fiebre suave e intermitente sin causa aparente.
- Hematomas sin recibir golpes.
- Dolor de huesos y articulaciones.
- Hemorragias nasales, cutáneas, de boca o recto (Parakrama & Taylor, 1999).

Para dar detalle de los tipos de leucemia aguda que existen en las siguientes líneas se hablará a profundidad de esta.

1.6.1 Leucemia aguda

Un término más adecuado que el de leucemia “aguda” quizás sería el de leucemia de “blastos”, dado que en estos trastornos el tipo predominante de célula maligna es una célula inmadura poco diferenciada conocida como “blasto”.

Se desconoce la razón de la tendencia de estas células particulares; sin embargo también es incierto por qué se dan a diferentes edades, ya que por ejemplo, la LLA es más común en niños de aproximadamente 4 años de edad, mientras que la leucemia mieloblástica aguda (LMA) se manifiesta a cualquier edad, aunque casi existe una igualdad en incidencia (Argüelles, 1998).

Ahora bien el término “aguda” se conserva en la actualidad por razones históricas.

Antaño los pacientes con leucemias agudas vivían menos que aquellos con leucemias crónicas, situación que ha cambiado por completo gracias al empleo de tratamientos cada vez más eficaces. Estos avances han permitido que se curen casi todos los niños, adolescentes y aproximadamente un tercio de los adultos con LLA.

Desgraciadamente en el caso de LMA, los avances terapéuticos han sido menos notables y las cifras de curación para niños y adultos oscilan en torno a 25 y 15%.

Desde el punto de vista pronóstico, puede decirse que, con los tratamientos antileucémicos modernos, alrededor del 90% de los pacientes con LLA, sobre todo los niños, logran la remisión completa de la enfermedad y que más del 60% de ellos lograrán sobrevivir más de 5 años después del diagnóstico libres de enfermedad.

En cambio, en el caso de los pacientes con LMA, la probabilidad de lograr la remisión completa es de 60 a 70% y la de supervivencia a 5 años es de aproximadamente 20%.

En consecuencia, es claro que los pacientes con LMA tiene un pronóstico de vida mucho más sombrío que el de los pacientes con LLA (Argüelles, 2001).

- **Etiología**

La causa precisa de la leucemia aguda se desconoce, sin embargo su origen se ha relacionado con la exposición a derivados del benceno, así como la exposición a radiaciones ionizantes, también se debe decir, que se conocen casos de leucemia aguda secundaria al uso de sustancias quimioterapéuticas.

Algunos virus pueden generar leucemias, entre ellos es posible mencionar a los retrovirus como HTLV-I y HTLV-II, que tienen semejanzas con el virus del VIH agente causal del SIDA.

- **Cuadro clínico**

Los pacientes que sufren leucemia aguda se presentan con síndromes hemorrágicos, anémicos o infiltrativos, aisladamente o en combinación. La hemorragia puede deberse a trombocitopenia por invasión leucémica de médula ósea. Por lo que respecta a la anemia es más grave en la leucemia linfoblástica. De aquí que un cuadro de anemia grave es un dato de buen pronóstico en leucemia linfoblástica infantil (Argüelles, 2001).

- **Diagnóstico**

EL diagnóstico de leucemia aguda se efectúa con el extendido de sangre periférica o aspirados de médula ósea, aunque idealmente debe hacerse siempre, junto con el

aspirado de la médula, la biopsia de hueso, para lo que se emplean agujas especiales que permiten hacer ambos procedimientos en una sola punción (Ruiz, 1998).

1.6.2 Leucemia linfoblástica aguda

Las características iniciales del enfermo con LLA permiten predecir con cierta seguridad la respuesta a la terapéutica y las posibilidades de supervivencia prolongada o curación. Por ejemplo, se llega a clasificar como pacientes de riesgo “habitual” o “normal” aquellos con edades entre 18 meses y 10 años, estado nutricional normal y menos de 30000 leucocitos al diagnóstico. En contraste los niños desnutridos responden menos favorablemente al tratamiento antileucémico (Argüelles, 1998).

- **Tratamiento**

El tratamiento de la LLA se hace en varias fases:

1. Inducción a la remisión: En esta fase se pretende destruir la mayoría de las células leucémicas y recuperar la hematopoyesis normal y el bienestar del paciente. Para ello se utilizan fármacos que no producen daño a la médula ósea normal y actúan rápidamente, pero no son útiles para tratamiento a largo plazo.
2. Tratamiento Posremisión: El objetivo es destruir las células residuales que han sobrevivido en la etapa previa.
3. Tratamiento Preventivo de la leucemia Meníngea: A esta etapa también se le llama “Profilaxis del sistema nervioso central” porque se administran fármacos por vía intratecal para destruir células que se han alojado en este sitio.
4. Tratamiento de continuación: En esta fase, también llamada de mantenimiento de la remisión, el objetivo es destruir los últimos vestigios de leucemia residual, aquí los fármacos son tolerados adecuadamente y se administran durante 2 o 3 años consecutivos (Argüelles, 1998).

1.7 Aspectos Psicológicos relacionados con los tratamientos farmacológicos

A pesar de los beneficios de los tratamientos citados anteriormente es importante conocer también las desventajas de ellos. Por ejemplo, que las reacciones a los tratamientos como la quimioterapia, radioterapia o cirugía, implican cambios conductuales, de humor y perceptivos. De especial importancia son los efectos de la quimioterapia en el sistema nervioso central, porque los medicamentos originan cambios que expresan modificaciones en este sistema. Estos síntomas pueden ser, desde las clásicas encefalopatías tóxicas, hasta las depresiones, manía, humor inestable o conducta esquizofrénica (Sosa, 2002).

Pero además, si bien el tratamiento con Quimioterapia es enormemente eficaz, lleva consigo efectos colaterales, los más comunes son ansiedad, náuseas y vómitos. Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25 y el 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del tratamiento; por ejemplo, hay pacientes que comienzan a vomitar nada más al entrar al centro de oncología, o cuando la enfermera les prepara para la infusión, incluso en algunos casos sólo el pensar en el tratamiento les hace sentir náuseas.

En total, aproximadamente un 23-33% de los pacientes experimentan náuseas moderadas o intensas, el 11-20% presentan vómitos anticipatorios y el 60% reacciones de ansiedad anticipatorias, desgraciadamente si esto no es adecuadamente controlado, pueden conducir a mayores complicaciones, tales como anorexia y desequilibrios metabólicos, además de contribuir a un deterioro general de la condición física y psicológica del paciente (Buceta et al., 2000).

La peor situación se da cuando el paciente empieza a relacionar cualquier estímulo con el tratamiento de quimioterapia y por supuesto con las reacciones que le provocan. Por citar algunos casos se tiene:

- El olor del alcohol usado para limpiar la piel después de 4 o 5 infusiones.
- El perfume o la voz del personal sanitario relacionado con esta tarea.
- Estímulos visuales y auditivos, como la música de la sala de espera, la vista del hospital.

- El simple recuerdo de estas situaciones, pueden convertirse en estímulos generadores de estas reacciones (Ortigosa, Quiles & Méndez, 2003).

Por otro lado, el daño orgánico producido por la quimioterapia y radioterapia, generan discapacidades que necesitan tratamiento médico y a veces cambios en el estilo de vida con repercusión en la calidad de vida.

El sistema endocrino es muy sensible al daño de la radioterapia y de la quimioterapia, de tal forma que los trastornos endocrinológicos son muy frecuentes en los supervivientes. A largo plazo el efecto de estos tratamientos puede provocar alteración de la función reproductiva con repercusión en la actividad social de los supervivientes y potencialmente en generaciones futuras (Buceta et al., 2000).

Además de los problemas médicos, el cáncer y su tratamiento de quimioterapia, originan secuelas psicológicas en los adolescentes en forma de dificultades; este deterioro se puede agrupar en 3 partes:

1. Escolares (es común que exista menor rendimiento académico, lo cual lleva comúnmente al fracaso escolar, a una pobre autoestima, a los conflictos con los compañeros, al abandono escolar, y finalmente al aislamiento social), dificultad para encontrar empleo por la menor preparación académica (también existe discriminación por haber padecido cáncer), problemas con los hermanos (por la mayor atención que se le presta al enfermo tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento, lo cual generó dependencia del paciente hacia la familia hasta considerarse distinto e inferior al resto de los miembros).
2. Sociales (por las reacciones de compasión hacia personas discapacitadas, que aumenta el grado de dependencia).
3. Estéticos y funcionales (por ejemplo, las amputaciones crean necesidades adicionales de financiación y de cuidados médicos, que pueden ser fuente de más conflictos psicosociales).

Basándose en estas dificultades es entendible porque el adolescente ante la enfermedad del cáncer reacciona de la siguiente manera:

- Presenta mecanismos de defensa como la negación.
- Preocupación real por la propia mortalidad.
- Vitalidad y deseos de vida más intensos.
- La búsqueda del significado de su existencia se ve alterada.
- Afecta su proyecto personal de vida.
- Los cambios físicos producen cambios emocionales.
- Negación y represión de emociones.
- Indignación y rabia.
- Pérdida de autoestima.
- Misticismo y creciente interés religioso práctico, adecuado a su época.
- Necesidad de fe y seguridad.
- Heroísmo.
- Frente a la lucha por la autonomía la enfermedad lo retorna a la dependencia parental, creándole crisis.
- No logra desarrollo de la sexualidad.
- Profundo dolor y tristeza por lo que no será.
- Presenta preocupación por el cómo va a vivir, más que por el cuánto va a vivir, por eso, la toma de riesgos innecesarios y el alto índice de suicidios (Isacs, 1995).

En cuanto al propio tratamiento el adolescente puede presentar cualquiera de las siguientes conductas:

- Se concibe a sí mismo como persona enferma.
- Mantiene una esperanza de curación.
- Reconoce que estará siempre enfermo.
- Reconoce que se está muriendo (Isacs, 1995).

1.7.1 Supervivencia

La adaptación del postratamiento de la quimioterapia y la remisión a la supervivencia a largo plazo es gradual y se extiende durante muchos años. No obstante, la mayoría de los pacientes, a pesar de varios diagnósticos de cáncer y tratamientos, se adaptan bien, y algunos informan incluso beneficios con respecto al diagnóstico de cáncer, por

ejemplo: Mayor valorización de la vida, repriorización de los valores de la vida y fortalecimiento de las convicciones espirituales o religiosas (Ortigosa et al., 2003).

Los pacientes que tienen una adaptación más deficiente tienden a presentar mayores problemas médicos, menores apoyos sociales, adaptación psicosocial premórbida y finalmente menos recursos económicos.

No obstante, existen algunas áreas comunes que experimentan estos sobrevivientes:

- Ansiedad sobre la recidiva.
- Sentido aumento de vulnerabilidad.
- Sensación de control disminuido.
- Recordatorios condicionados de la quimioterapia (olores, visiones) que producen ansiedad y náuseas.
- Imágenes recurrentes relacionadas con los tratamientos del cáncer.
- Sensaciones de distanciamiento de otros, y
- Preocupaciones sobre la imagen corporal y la sexualidad (Buceta et al., 2000).

Por la información descrita a lo largo de este capítulo, el cáncer es una de las enfermedades de mayor incidencia y causa de muerte en la población mundial como nacional. Las repercusiones físicas y psicológicas en la persona que lo padece pueden ser resultado de diferentes grados de ansiedad. Entonces la ansiedad se presenta como un factor que afecta y limita la mejoría en la calidad de su vida. Por lo tanto, es importante conocer en qué momentos y ante qué eventos se origina; información que será descrita en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

Nos atormentamos:
no es aquí nuestra casa de hombres...
Allá donde están los sin cuerpo,
allá es su casa...
¡Sólo un breve tiempo
y se ha de poner tierra de por medio de aquí a allá!
Vivimos en tierra prestada
aquí nosotros los hombres...
Allá donde están los sin cuerpo,
allá es su casa...
¡Sólo un breve tiempo
y se ha de poner tierra de por medio de aquí a allá!
(Nezahualcóyotl, s.f. citado en Choren, Goicoechea & Rull, 1990, p. 15).

Ansiedad y Cáncer

2.1 Aspectos generales de la ansiedad

La ansiedad es una emoción humana normal. Sin embargo a una de cada diez personas le impide llevar a cabo sus actividades cotidianas (Page, 1993).

Para hablar del origen de esta emoción, necesariamente se tiene que hacer un alto en el tiempo y trasladarse a la época de los Griegos, ya que es en esta cultura en donde se encuentra la raíz de la palabra ansiedad, la cual denotaba la “impresión de estrechez”.

Posteriormente “Anxious es el término latín en donde se tiene la noción de pobreza (carencia), estrechez o constricción usualmente asociadas con discomfort (incomodidad)” (López-Ibor, 1969 citado en Fuentenegro, 1990, p. 710).

Hasta esos momentos todavía no se incluía la idea de miedo que ha sido una característica importante en el uso moderno de la palabra, pero si se denota la sensación de estar “apretado, ahogado o atrapado”.

Si se parte de lo que es el miedo, se puede decir que la ansiedad “es una respuesta emocional, fisiológica y conductual frente a una amenaza exterior conocida” (Lader, 1975 citado en Sarason, 1990).

Para Rojas (1978 citado en Hernández, 1997) entonces la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompañan de alteraciones fisiológicas y de comportamiento similares a los causados por el miedo.

Podría decirse que la ansiedad se vivencia más en el sector psíquico; lo somático domina fundamentalmente en el aparato respiratorio, es como un faltarle el aire, un no poder respirar. Al mismo tiempo el sujeto está sobresaltado, con una tendencia a actuar, a participar, tratando de buscar una salida.

Sencillamente la ansiedad puede ser definida como “el temor a algo no bien definido, a una amenaza flotante, a algo que es desconocido” (Elkin, 2000, p. 177).

La ansiedad también podría conceptualizarse como una sensación difusa, una señal que nos anticipa el peligro o el dolor o que surge cuando no somos capaces de comprender la realidad que vivimos. En ella se entremezclan muchas emociones como el miedo, la vergüenza y la culpa (Balmori & Alonso, 2004).

Cabe destacar que no toda ansiedad causa problemas, de hecho es una emoción normal que sirve para protegernos del peligro; por esta razón es importante conocer las reacciones que ocurren en nuestro organismo cuando se experimenta ansiedad.

Fuentenegro (1990) describe claramente que la ansiedad puede manifestarse en varios planos: Motor, Cognitivo y Fisiológico:

- El componente de respuesta motor: Implica las conductas externas, las conductas motoras que ocurren como consecuencia de un incremento de la activación (temblar, tartamudear, los músculos se tensan. Aumenta la sudoración, etc), o como un medio de escape o evitación de determinado estímulo.
- El componente de respuesta cognitivo: Se refiere a lo que el individuo piensa o siente en relación con esa situación (temor, malestar, aprehensión, etc). Balmori y Alonso (2004) señalan que en este nivel cognitivo existen presentimientos de la situación temida que generan distorsiones cognitivas e ideas irracionales.

Una lista de autodescripciones que indican un alto grado de ansiedad en este plano cognitivo es el proporcionado por Sarason (1990) estos malestares señalan que:

1. A menudo me molesta el latido de mi corazón.
2. Pequeñas molestias me ponen nervioso y me irritan.
3. Con frecuencia me asusto repentinamente sin que haya motivo.
4. Me preocupo continuamente, y eso me deprime.
5. Constantemente me siento cansado y fatigado.
6. Es muy difícil para mí tomar una decisión.
7. Parezco estar siempre aterrorizado ante algo.
8. A menudo soy muy nervioso e hipersensible.
9. Frecuentemente siento que no soy capaz de superar mis dificultades.

10. Constantemente me siento bajo tensión.

11. La mente se me confunde.

- El componente de respuesta fisiológico: Implica cambios fisiológicos como:
 1. Aumento de la conductancia de la piel.
 2. La respiración se acelera.
 3. Aumenta la presión y el ritmo cardíaco.
 4. La sangre es desviada a los músculos.
 5. La digestión se detiene.
 6. El sistema inmunitario se debilita.
 7. Pueden presentarse mareos, desmayos, insomnio, diarrea, y mayor frecuencia urinaria (Bonadonna, 1983).

Ya descritos estos signos y síntomas de ansiedad y como bien señala Sarason (1990) es normal que la gente experimente ansiedad cuando se enfrenta con situaciones amenazantes y llenas de estrés, pero es anormal sentir crónicamente ansiedad sin tener una fuente de origen. Por ejemplo, en la adolescencia si existen muchos factores que pueden originar algún cuadro de ella; para ilustrar esta aseveración se recurrió a Papalia (1972 citado en Barrios, 2003) quien comenta que existen algunos elementos que colocan a los adolescentes en alto riesgo ante estos desórdenes (por esa razón puede verse la ansiedad como algo normal). Entre los factores nombra los siguientes:

- Imagen corporal negativa.

Lo cual es reafirmado por Kimmel y Weiner (1994) ya que según ellos el aspecto y el modo en que se sienten físicamente los adolescentes ejercen una gran influencia en cómo se ven a sí mismos y cómo los ven los demás. Los que son fuertes, saludables, elegantes, atléticos y guapos tienden a pensar bien de sí mismos y a disfrutar de la admiración de su familia y amigos. En cambio, los débiles, enfermizos, desgarbados, torpes y poco atractivos deben convivir a menudo con la aversión hacia sí mismos, el desengaño de sus padres y el desinterés de sus compañeros. Para ellos, los objetivos de sentirse cómodos con sus cuerpos y gratificados por sus amistades puede que aparezcan difíciles de lograr o incluso que estén más allá de su alcance.

- Mayor capacidad para reflexionar en su futuro.
- Disfunción familiar o problemas de salud mental de los padres.
- Disputas matrimoniales o divorcio y problemas económicos.
- Poca popularidad entre los compañeros.
- Bajo rendimiento escolar.

Otros factores de ansiedad señalados por Rice (1995 citado en Barrios, 2003) son:

- Divorcio, separación y emocionalidad de los padres, su nerviosismo, las relaciones con los padres, la independencia, las obligaciones, la salud de los padres y el futuro de los hermanos y hermanas.
- Dentro de las relaciones sociales ser aceptados, gustados, lo que otros piensan, sentir timidez e inferioridad, el noviazgo, relaciones sociales o generales, temor a lastimar a otros y preocupación porque otros no lleguen.
- El futuro en general, un futuro estable, feliz y seguro.
- Casarse, encontrar una pareja amorosa y la felicidad de la futura familia.
- Abstenerse de sexo premarital, que la madre les encuentre anticonceptivos, y las obligaciones sexuales en el futuro.
- Sobrepeso.
- Dinero para pagar las cuentas y tener dinero en los futuros años.
- Obtener un buen trabajo, encontrar un empleo que puedan disfrutar.

Otro autor llamado Jersild (1975 citado en Horrocks, 1994) menciona inclusive una serie de características que permiten distinguir la ansiedad en los adolescentes. Así señala que si el adolescente parece sombrío y huraño; si sus reacciones son exageradas, al punto de trastornarse por cosas insignificantes o estallar por algo que para los demás es trivial; si reduce sus reacciones hasta ser apático e impasible en situaciones en las que normalmente una persona experimentaría alguna emoción; si las compulsiones lo llevan al punto de sufrir una constante “fiebre de actividad”; si está claramente “fuera de carácter” al comportarse de modo opuesto a sus pautas habituales; o si se impone normas imposibles de cumplir; entonces se puede inferir que el adolescente experimenta alguna forma de ansiedad.

Aunque en general las expresiones comunes de ansiedad en la adolescencia entran en 3 categorías principales:

1. Pautas del comportamiento: Para incubar la propia insatisfacción, el adolescente ansioso puede retirarse al mundo de la fantasía, utilizar mecanismos de defensa, proyectar la culpa de su insatisfacción sobre otros, valerse de los medios masivos como formas de escape o dedicarse a actividades antisociales.
2. Efectos sobre el rendimiento: La ansiedad puede dar lugar a que las cosas se hagan con mayor velocidad, pero no necesariamente a que se logren mejores resultados. Es especialmente perjudicial en situaciones en las que la preparación es imposible, en las que implican la facultad de razonar o en las que hubo fracasos anteriores.
3. Susceptibilidad a las influencias grupales: Cualquier ansiedad, pero en especial la que tiene una orientación social, hace tan sugestionable al adolescente que éste reacciona de conformidad con lo que el grupo espera de él y con la esperanza de mejorar su aceptación social (Horrocks, 1994).

2.2 Ansiedad y enfermedad

Una forma clara de ansiedad y que no puede dejarse de mencionar es la aparición de los síntomas de ansiedad relacionados con afecciones médicas, aunque la incidencia del trastorno varía para cada enfermedad médica concreta; por esa razón cuando los trastornos de ansiedad no son reconocidos o son mal diagnosticados, llevan a un tratamiento inexistente, inadecuado o incorrecto y a un elevado uso de los servicios médicos.

Afortunadamente en el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se especifica que existe un "Trastorno de ansiedad debido a enfermedad Médica", ahí se señala que la característica esencial de este trastorno es la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (Pichot, 2001). Entre los síntomas cabe incluir:

- Ansiedad prominente y generalizada.
- Crisis de angustia.
- Obsesiones y compulsiones (Criterio A).

Pero también para efectuar el diagnóstico de tal trastorno debe existir:

- Una historia clínica.
- Una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (Criterio B).

Es conveniente destacar que para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Asimismo se debe señalar el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad.

Para ello es fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores (por ejemplo, edad de inicio o ausencia de historia familiar), a veces es también útil la búsqueda de pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica y la aparición de síntomas de ansiedad.

El clínico debe establecer que esta relación no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias u otros trastornos mentales primarios (Pichot, 2001).

En la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10, solamente se señala que existe un “Trastorno de Ansiedad Generalizada” caracterizada por ansiedad persistente, pero no se limita o incluso ni siquiera predomina en ningunas circunstancias ambientales particulares. Los síntomas predominantes son variables, pero las quejas más frecuentes incluyen:

- Nerviosismo.
- Temblores
- Tensión muscular.
- Sudoración.

- Aturdimiento.
- Palpitaciones.
- Mareos y malestar epigástrico.

A menudo el paciente manifiesta temor a que él u otro allegado vaya, en breve, a padecer una enfermedad o a tener un accidente (Cabayero, 2000).

Elkin (2000) añade que dentro de los trastornos de ansiedad que ocurren con frecuencia en pacientes con enfermedades médicas se debe incluir la tensión postraumática, que en algunos casos persiste inclusive después de que pasa la amenaza aguda de muerte o desfiguración. Estudios recientes revelan una elevada tasa de síntomas congruentes con trastorno de estrés postraumático, tras el diagnóstico y el tratamiento. Los síntomas incluyen ansiedad, mayor vigilancia ante los peligros y pensamientos o imágenes obsesivas en el estado de alerta (recuerdos retrospectivos) o durante el sueño (pesadillas). También se ha reportado cambios de imagen corporal.

2.2.1 Ansiedad en los pacientes oncológicos

Por otra parte es muy importante señalar que en los pacientes oncológicos los trastornos de ansiedad pueden ser variantes, es por ello que hasta estos momentos en las investigaciones realizadas en la psicología clínica lo único comprobado es que los pacientes con cáncer experimentan diferentes formas de ansiedad siendo las que se señalan enseguida:

- Ansiedad reactiva: Éste es el tipo de ansiedad más frecuente, la sintomatología puede aparecer en diversos momentos que inician desde los primeros síntomas y que terminan con la muerte misma. A continuación se señalan todos estos momentos.

1. Síntoma: Es la primera señal clínica que avisa acerca de la presencia de una enfermedad. Puede aparecer de manera lenta o insidiosa, o quizás irrumpa de forma súbita. Sea como sea estas señales desequilibran el ambiente psicológico del sujeto, ya que le hacen ver que en su cuerpo hay algo anormal, por lo que es necesario acudir con un médico (González, 2001).

2. Consulta con el médico: El sujeto era completamente sano hasta antes del inicio de su padecimiento, por lo cual la experiencia de la enfermedad la vive con gran ansiedad; no sabe exactamente que esperar. Pero aquí cabe cuestionarse ¿Qué es lo que hace que el individuo tome conciencia de la anormalidad de su funcionamiento y acuda oportunamente al médico, o bien, deje avanzar el síntoma con lentitud hasta que ya es innegable y hay daño irreversible? El médico se enoja cuando encuentra un padecimiento avanzado “¿Por qué acude hasta ahora?” “¿Cuánto tiempo ha dejado pasar!” (Massie & Holland, 1987).

3. Procedimientos diagnósticos: Los procedimientos diagnósticos, bien sea el médico que atiende inicialmente al paciente, o bien el especialista, son necesarios para confirmar la impresión diagnóstica. Las biopsias, los estudios de rayos X, las pruebas de laboratorio, el acudir a su realización, las horas de espera, los comentarios de otros enfermos, van acentuando la atmósfera amenazadora que vive el individuo.

4. Esperando el diagnóstico de cáncer: En el momento en el que se da la noticia el paciente puede estar tan ansioso que, aun siendo muy inteligente, puede no entender la explicación sobre su enfermedad.

5. Diagnóstico: Esto es determinante para el paciente. Muchas veces el sujeto recibe la información acerca de una realidad cruda: “Usted tiene cáncer de mama”, “Usted tiene cáncer de próstata”, “Usted tiene leucemia”. Una sentencia fría y correcta que muchas veces se vive como una sentencia de muerte. Así el enfermo se duele de la superficialidad con la cual cambia la vida entera y, aun, el futuro (Massie & Holland, 1987).

6. Antes de un tratamiento invasivo: Radioterapia, quimioterapia o cirugía.

7. Tratamiento: Una vez planteado el diagnóstico, se requiere iniciar el tratamiento. El enfermo enfrenta una serie de términos complicados y amenazantes todos ellos, cuando el tratamiento es quirúrgico: “mastectomía, hemicolecotomía”, etc. La gravedad del tratamiento nubla su comprensión. En la mayoría de los casos, el individuo entiende que quedará mutilado con pocas o ninguna alternativa, o bien que enfrentará los tratamientos en los cuales se aplica “la quimioterapia”, “la roja”, “la amarilla”, con sus consecuentes efectos colaterales, como caída del pelo, náusea y vómito, o bien

los efectos de la radioterapia, las “citas al simulador”, las lesiones en la piel, las cuales son situaciones que aumentan el padecimiento del paciente, su dolor subjetivo; y es en todos estos casos en donde la presencia de un médico experto, con paciencia y bien intencionado ayudará al paciente a salir delante de esta difícil etapa donde dominan la ansiedad y depresión (Massie & Holland, 1987).

8. Antes de las revisiones. Esperando los resultados de las pruebas diagnósticas y por supuesto en los cambios de tratamiento y al final de los mismos.

9. También como es de esperarse en las recaídas, después de un lapso variable de algunos años, el paciente vuelve a manifestar síntomas semejantes a los del inicio de su padecimiento. Vuelve a vivir los pasos ya mencionados anteriormente, en ocasiones con mayor ansiedad debido a que ya conoce el camino que ha de recorrer.

10. Pero de igual manera en el aniversario de hechos claves de la enfermedad. A diferencia de otras enfermedades, como las infecciosas o las traumáticas, en las cuales una vez resueltas, el enfermo recupera la estabilidad emocional. En la enfermedad oncológica, la ansiedad y la depresión permanecen; unas veces disminuyen notablemente, pero en otras retornan con mayor fuerza, y lo acompañan durante el resto de su existencia.

11. Ocurre una situación semejante en los estadios avanzados o terminales; aquí es cuando el paciente empieza a percibir que hay modificaciones del entorno, como un cambio súbito en el número de familiares que van a visitarle, cambios de actitud en las visitas del médico o de la enfermera. Esta fase es dolorosa desde el punto de vista moral, tanto para el paciente como para el médico comprometido con su paciente. El fin ya es inevitable, y sólo queda acompañar al paciente con serenidad y dulzura.

- Ansiedad crónica preexistente exacerbada con el cáncer: Un paciente puede tener historia previa de cuadros de ansiedad generalizada y fobias simples que pueden cristalizar en el ámbito oncológico como: Claustrofobia a recintos de neuroimagen, miedo a las agujas, entre otros tipos de estímulos fóbicos que pueden requerir intervención farmacológica o psicoterapéutica.

- Para finalizar la ansiedad orgánica que es la segunda causa más frecuente de ansiedad en el paciente oncológico, en éste tipo de ansiedad las causas y factores que pueden generarla son las que se señalan a continuación:

Una causa frecuente de ansiedad en el cáncer es el dolor mal tratado. Por ejemplo si un dolor agudo no se soluciona, el grado de ansiedad llegará a la agitación psicomotriz y entonces será difícil diagnosticarlo y tratarlo; de ahí que no se puede valorar si hay ansiedad patológica mientras no esté controlado el dolor (González, 2001).

Podría creerse que están detectados la mayoría de los factores causantes de ansiedad, más sin embargo Lader (1975 citado en Sarason, 1990) además encontró que una tercera parte de todos los adultos sufren de molestias nerviosas, especialmente de ansiedad. Esta proporción es más baja entre los hombres, las clases acomodadas, y los jóvenes; y más alta entre las mujeres, las personas de edad, y las de escasos recursos económicos.

2.3 Instrumentos psicológicos para medir la ansiedad

Es muy importante destacar que instrumentos pueden utilizarse para medir la ansiedad en los pacientes oncológicos, ya que es pieza clave en esta investigación. De aquí que los instrumentos de evaluación de ansiedad más empleados pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1. Técnicas o instrumentos de medición fisiológica, y/o
2. Instrumentos Psicológicos (incluye tests, cuestionarios, entrevistas, autorreportes, etc).

Dentro de las técnicas de medición fisiológica que se han usado para la medición de la ansiedad, se encuentra la frecuencia cardíaca, las respuestas vasculares, la presión sanguínea, y las respuestas de la piel como la sudoración de las palmas. El inconveniente de estas técnicas es de requerir de personal y equipo costoso, así como de procedimientos analíticos y especializados (Archundia, 1991).

Muchos son los instrumentos psicológicos empleados para medir aspectos del funcionamiento psicológico incluyendo los niveles de ansiedad. Por lo que se pueden agrupar dentro de las siguientes dos categorías:

1. Pruebas Proyectivas y Cuestionarios que miden la ansiedad como análogo de otros factores de personalidad.
2. Escalas o cuestionarios dirigidos a medir la ansiedad específicamente.

Las pruebas proyectivas como el Rorschach, T. A. T., Frases Incompletas de Holzmann y otras mas, son muy utilizadas en el área clínica. Tienen la ventaja de que el sujeto desconoce lo que el psicólogo busca, estando libre de presiones facilita la expresión y manifestación abierta de sus acciones respecto de la prueba. Sin embargo éstas ofrecen dificultades y limitaciones, dado que el diagnóstico se hace de acuerdo al entrenamiento e interpretación del psicólogo y algunas pruebas no se pueden aplicar en grupo, en otras se dificulta establecer niveles y correlaciones de significancia estadística.

Las escalas o cuestionarios de medición y evaluación específica de la ansiedad aparecen en los años 50 y desde entonces a la fecha se han elaborado una serie de instrumentos de esta índole. Serie muy difícil describir los inventarios que han surgido por lo cual únicamente se hablará de los más conocidos:

- Minnesota (MMPI)

Esta prueba surgió de muestras de pacientes diagnosticados como depresivos, histéricos y paranoicos; así el MMPI tiene un índice de ansiedad considerando los perfiles que reportan los pacientes ansiosos.

Bonadonna (1983) señala el MMPI, demuestra que los pacientes afectados por el cáncer presentan alteraciones de la personalidad, tales como histeria, depresión e hipocondría. Estos trastornos aumentan claramente en los pacientes oncológicos por los efectos del dolor crónico y se acompañan a menudo de una tríada psicótica constituida por esquizofrenia, paranoia y tendencia al aislamiento.

- MMPI-A

El MMPI-A es una versión del MMPI, que fue adaptado específicamente para la población adolescente. Esta versión en español, fue producto de una investigación llevada a cabo en la Facultad de Psicología gracias al programa de apoyo a Proyectos de Innovación Tecnológica de la dirección de Asuntos del personal Académico de la UNAM. En este inventario existen 3 escalas que se relacionan directamente con la ansiedad en adolescentes y con la salud de este. A continuación se señalan estas escalas:

1. **Ansiedad-Adolescentes:** Los adolescentes que obtuvieron puntuaciones elevadas en esta escala, indicaron muchos síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, preocupaciones frecuentes, trastornos del sueño. Indican también confusión, problemas para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupados en una tarea. La vida es difícil para ellos y creen que sus dificultades son insuperables, también se preocupan porque pueden volverse locos y sienten que un suceso terrible está a punto de ocurrir. Parecen darse cuenta de sus problemas y de que son diferentes a otros adolescentes.
2. **Preocupación por la salud-adolescentes:** Los adolescentes con calificaciones elevadas en esta escala manifiestan muchos problemas físicos que interfieren en el disfrute de actividades extraescolares, y contribuyen a ausencias escolares significativas. Pueden expresar que su salud física es peor que la de sus amigos, por ellos es que ellos creen que sus problemas desaparecerían si su salud mejorara.
3. **Rechazo al tratamiento-adolescentes:** Las puntuaciones altas refieren actitudes negativas hacia los médicos y profesionales de la salud mental. No creen que otras personas puedan entenderlos o estén interesados sobre lo que le está pasando. Son renuentes a hacerse cargo y enfrentar sus problemas o dificultades. Expresan tener muchas fallas y malos hábitos que consideran que son insuperables. Refieren sentirse nerviosos cuando se les hacen preguntas sobre cuestiones personales y consideran que tienen muchos secretos que es mejor guardarse para sí mismos (Gómez-Maqueo, Ampuda & Duran, 1998).

- Escala de ansiedad Manifiesta de Taylor

La cual describe aspectos fisiológicos y psicológicos de ansiedad.

- Lista Múltiple de Adjetivos Afectivos

Que cubre tres dimensiones afectivas: Ansiedad, Hostilidad y Depresión.

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Que según señala Robles (2001) es una de las escalas de auto aplicación para evaluar los síntomas de ansiedad más utilizados en la última década. Evalúa 4 factores: Subjetivo, Neurofisiológico, Autonómico, y Pánico, que están englobados en dos dimensiones generales: síntomas subjetivos y somáticos.

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Un instrumento psicológico muy utilizado en la toda el área clínica para medir el tipo de ansiedad en los pacientes neuropsiquiátricos, médicos (como los pacientes oncológicos) y quirúrgicos es el llamado “Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado” (IDARE). Este inventario fue iniciado por Charles D. Spielberg y R. L. Gorsuch en 1964.

Su construcción se inicio con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-estado como de la ansiedad-rasgo. Actualmente el IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición de estos dos tipos de ansiedades, ya que su contenido, su validez de construcción se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad como las anteriormente señaladas (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

El término ansiedad-rasgo (“A rasgo”) suele utilizarse para describir las diferencias individuales de la propensión de la ansiedad, es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso. Así es que las personas que padecen una alta “A rasgo” tienden a ver más peligroso el mundo comparado con los que tienen ansiedad baja; como las personas con “A rasgo” tienden a ver una amenaza en muchas situaciones, también son particularmente vulnerables a la tensión. El Dr. Otto Fenichel (1971 citado en

Asato, 1990), afirma que la capacidad de control depende de factores constitucionales así como de toda la experiencia previa del individuo.

La “A rasgo”, también contribuye a la evaluación de la amenaza, ya que mientras que la mayoría de las personas considere amenazadora una situación que implique peligro físico, es mucho más probable que las circunstancias en las que se evalúa la capacidad personal sea percibida como algo más amenazador por las personas con un tipo de “A rasgo alto” comparadas con las de tipo “A rasgo bajo” (Asato, 1990).

Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala ansiedad-estado (“A-Estado”) involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión. El surgimiento de un estado de “A-estado”, incluye una secuencia completa de acontecimientos internos. Este proceso puede ser activado por un estímulo externo o interno. El estímulo interno que lleva a un individuo a anticipar una situación dañina también le puede provocar un alto nivel de ansiedad. Cualquier estímulo interno o externo, evaluado cognoscitivamente como algo amenazador, provoca reacciones del tipo “A-estado”.

La intensidad y duración de dicha reacción emocional será proporcional a la cantidad de amenaza que la situación representa para el individuo y a la persistencia del estímulo provocador. Las características objetivas de la situación, los pensamientos y los recuerdos que se insinúan, la capacidad que el individuo tiene para enfrentárseles, así como las experiencias anteriores con circunstancias similares contribuyen a la evaluación de una situación como amenazante en menor o mayor grado (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

2.4 Ansiedad y aspecto Psicológico del paciente y la familia ante la enfermedad

Por lo que se ha visto anteriormente el cáncer, el diagnóstico y los tratamientos iniciales, son para el paciente y para su familia experiencias que desequilibran en alguna medida la continuidad de su vida; ya que indudablemente hay cambios por estas circunstancias. Pero si es este el caso ¿Cuáles son estas variantes, cómo se manifiestan, y por supuesto cómo afectan al paciente y a la familia?

En los siguientes apartados se pone énfasis en estos cuestionamientos. En el caso de los pacientes con cáncer Weisman (1984) ha descrito claramente una serie de fases psicosociales que describen claramente su situación. De esta manera propone cuatro fases que se mencionan enseguida:

- Fase 1. Crisis Existencial

El impacto de ser un paciente con cáncer empieza incluso antes de ser diagnosticado definitivamente. Esta crisis existencial empieza en el momento de la primera consulta del médico, cuando se establece el diagnóstico de presunción. Algunos pacientes tienen incluso una premonición “preclínica” antes de conocer el dictamen del médico.

Esta fase se suele dividir en:

1. Una primera angustia precoz de impacto. Este impacto ha sido comparado a una fiebre aguda que pasa rápidamente y que no deja consecuencias. Pero mientras dura el paciente está sometido a una gran vulnerabilidad psíquica.

2. Una segunda de una auténtica crisis ya más prolongada. Esta última abarca el período de temprana convalecencia, en el que el paciente intenta asumir sus tareas habituales.

Preocupaciones sobre conseguir el correcto tratamiento o si se volverá a trabajar de nuevo pasan a segundo plano cuando se dan cuenta de qué está en juego su vida. La auténtica crisis posterior se prolonga hasta cuatro meses después del diagnóstico y del inicio del tratamiento. En este sentido los pacientes que por viudez o divorcio viven solos presentan mayores niveles de vulnerabilidad porque no esperan ningún tipo de soporte. Clínicamente la crisis existencial no siempre se manifiesta de forma dramática, sino que lo más frecuente es una leve ansiedad seguida de tristeza y ausencia de los habituales intereses.

- Fase 2. Acomodación y mitigación

La anterior fase tiene un efecto expansivo, por ejemplo, un paciente se puede sentir inútil cuando no puede volver a su trabajo con la misma energía y vigor con el que lo hacía antes. Esto, unido a menor rendimiento doméstico, sexual, social y ocupacional, lo que lleva indudablemente a una importante pérdida de autoestima. Esta segunda

fase empieza cuando una vez recibido el primer abordaje terapéutico, el paciente tiene que volver a su rutina, algunos ya están curados, pero otros muchos tienen que seguir el tratamiento y entran en una situación de constante amenaza, en la que tienen que desplegar todas sus tácticas y estrategias adaptativas para llegar a una situación de equilibrio.

- Fase 3. Recurrencia y recaída

El cáncer puede reaparecer durante el tratamiento (recaída) o puede volver mucho después de haber terminado el tratamiento (recurrencia). El cáncer ha estado dormido, pero no ha muerto. El tratamiento que se reinicia se hace con una perspectiva más sombría. El primer tratamiento ha fallado y mecanismos de defensa como negación u optimismo ya no valen. Se trata de una segunda crisis existencial, que probablemente sea la fase más difícil.

- Fase 4. Deterioro y debilitamiento

En la incertidumbre de la fase anterior los pacientes se vuelven más pasivos y más colaboradores con el tratamiento, como si ya hubiera pocas opciones y poco tiempo. El debilitamiento puede ser abrupto o progresivo y, paralelamente, ya los médicos han decidido tomar una actitud paliativa. De esta manera cuando la enfermedad empeora el paciente se encuentra exhausto, somnoliento, confuso, deprimido. Es en este período cuando el paciente reacciona de forma muy variable, con angustia, con serenidad, con apatía o con cierta negación.

Una propuesta más, parecida a la señalada previamente es la que se encuentra en Vallejo (1990) ya que ahí se dice que los enfermos pasan por cuatro fases psicosociales:

1. En la primera fase siguen ocupándose del mundo que les rodea, leen la prensa, ven la televisión, siguen las noticias y, por supuesto, se interesan por su familia.
2. En una segunda fase se circunscriben a lo que pasa en su casa, en su familia.
3. En la tercera se reducen a lo que ocurre en su habitación, a los aparatos médicos que le mantienen con vida.

4. En la cuarta y última fase sólo están atentos a lo que ocurre en el interior de su cuerpo.

El paciente inmerso en esta fase tiene un marcado repliegue en sí mismo, y aunque es una reacción poco frecuente, este repliegue consiste en el rechazo no sólo del tratamiento sino de cualquier ayuda psicológica; así aparece con mayor frecuencia en la fase más evolucionada de la enfermedad después de numerosas e infructuosas tentativas terapéuticas o después de una larga hospitalización (Bonadonna, 1983).

2.4.1 Respuesta Psicológica del paciente ante la enfermedad

Por su parte la Dra. Kübler-Ross (1974 citada en Kuthy, 1993) tanatóloga suiza, menciona que durante el proceso de la enfermedad terminal tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son: Negación, ira, negociación o pacto, depresión y aceptación, sin que necesariamente éste sea el orden de aparición de cada uno de los estados mencionados, y sin que cada uno de éstos sean resueltos con la muerte, ya que hay familias que quedan atrapadas en alguna de estas etapas, aun cuando el paciente se ha marchado.

1. Negación: Es un síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico. Tanto la familia como el enfermo dudan que eso le haya podido pasar a él, mediante este mecanismo el individuo niega lo que es amenazante para su personalidad; por consiguiente un síntoma se minimiza; se ve como algo pasajero y sin importancia; no se le toma en cuenta y cuando dicho síntoma ya es innegable, el padecimiento se encuentra muy avanzado.

Elkin (2000) menciona que los pacientes que están en la etapa de negación con frecuencia observan que temporalmente “olvidan” que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida, en particular cuando no hay recordatorios físicos evidentes del trastorno. Quizás lo más grave sea que la negación plantea problemas en ciertas circunstancias, incluyendo situaciones en que el paciente evita cualquier cosa que le recuerde su padecimiento, lo que afecta su capacidad para cumplir con sus citas médicas o tomar medicamentos.

La segunda etapa descrita por Kübler-Ross (1974 citada en Kuthy, 1993) es:

2. Ira: Se ve representada en diferentes formas, tanto por parte del paciente hacia la familia como a la inversa. Es aquí cuando surgen sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento, que suelen ser multidireccionales: Hacia el médico, hacia las enfermeras, hacia familiares y hacia sí mismo. Frecuentemente el enfermo se pregunta “¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?”

3. Pacto: Es la fase menos conocida, ya que casi nunca los enfermos suelen verbalizar estos pactos. La mayoría de las veces los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas. Lo que más suelen desear es la curación o por lo menos, la prolongación de la vida. Con frecuencia establecen metas a corto o mediano plazo, para después pedir invariablemente una nueva prórroga.

Esta etapa correspondería a la dimensión espiritual marcada en González (2001) aquí se señala que en la enfermedad el hombre experimenta su impotencia, sus límites y finitud. Por esa razón con mucha frecuencia la enfermedad empuja a una búsqueda de Dios, a una búsqueda del sentido de la propia vida; lo cual suele reflejarse en comportamientos o actitudes que se expresan en muchos enfermos, como:

- Completar proyectos inconclusos, en relación con la familia, los amigos, la profesión, la sociedad.
- Trasmitir valores, consejos, experiencias a los más allegados: Muchos enfermos escriben cartas a la esposa, a los hijos, graba un video, etc.
- Poner orden en los “papeles”: Negocios, testamentos, saldar deudas contraídas, etc.
- Cumplir algún deseo latente que en una época de buena salud paradójicamente no ha podido realizarse: Viajes a lugares favoritos, peregrinaciones, etc.
- Perdonar a familiares, amigos, competidores o rivales, etc.

Las características de la penúltima etapa de la respuesta psicológica de Kübler-Ross (1974 citada en Kuthy, 1993) se señalan a continuación:

4. Depresión: Se inicia cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas, el enfermo se debilita o adelgaza, no puede seguir haciendo “al mal tiempo buena cara”; y es precisamente en esta etapa cuando

el enfermo empieza a sentir una gran sensación de pérdida que puede traducirse como depresión.

5. Aceptación: El agonizante entra en una zona de paz, se despide de los suyos, sigue las instrucciones de los médicos, como si ya no se tratara de él, de su propia enfermedad y de su propio cuerpo sino de un ser extraño cuyo cuerpo habitara pasajeramente. Por desgracia, en muchas ocasiones el enfermo no llega a este grado de aceptación tan elevado.

2.4.2 El impacto de la enfermedad en la familia

Como se había citado no solamente el paciente atraviesa por fases y respuestas ante su enfermedad; por el contrario, la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, afecta en general a toda la familia, ya que la enfermedad puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para este grupo en específico, la historia familiar, etc (Fernández, 2004).

Los principales rasgos que con frecuencia pueden encontrarse en una familia que vive una enfermedad grave o terminal en alguno de sus miembros son:

- Aislamiento y abandono.
- Conflicto de roles y límites.
- Conflictos de pareja (De la Serna, 2001).

Die Trill (1989) señala que existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, como son:

1. Etapa del ciclo vital: Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles.

2. Flexibilidad o rigidez de roles familiares: La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos.

Se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

3. Nivel socioeconómico: Se sabe que la familia requerirá durante la enfermedad de uno de sus miembros, mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (si estos fueran los casos). Con todo esto lo que se muestra es que quizás el paciente esté más preocupado por los problemas en casa que por su salud (Muñoz, Espinoza & Portillo, 2002).

A lo largo de este capítulo se conocieron algunas de las manifestaciones de la ansiedad en la adolescencia y en el paciente oncológico, ya que es común su incidencia desde el momento del síntoma, en la consulta, en el diagnóstico, en el tratamiento, y en las recaídas. Por ello la importancia de establecer la relación entre la ansiedad y la percepción de muerte, en cada etapa del ciclo de vida humano.

Capítulo 3

Quiero morir cuando decline el día,
en alta mar y con la cara al cielo,
donde parezca sueño la agonía
y el alma, un ave que remonta el vuelo.
No escuchar en los últimos instantes,
ya con el cielo y con el mar a solas,
más voces ni plegarias sollozantes
que el majestuoso tumbo de las olas.

Morir cuando la luz triste retira
sus áureas redes de la onda verde,
y ser como ese sol que lento expira:
algo muy luminoso que se pierde.
Morir, y joven, antes que destruya
el tiempo aleve la gentil corona;
cuando la vida dice aún: soy tuya,
aunque sepamos bien que nos traiciona.

(Gutiérrez, s.f. citado en Choren, Goicoechea & Rull, 1990, p. 184).

Muerte y enfermedad

3.1 Conceptualización y percepción de muerte

Entrar a analizar el concepto de muerte es intentar abarcar un mundo casi infinito de posibilidades, que se han intentado abordar adoptando muy distintas perspectivas. Por un lado se puede citar la postura basada en la ciencia y en los conocimientos que de ella se derivan, y por el otro lado la percepción que cada persona tiene de este suceso.

Así y partiendo de que no hay una definición comúnmente aceptada de muerte, e independientemente de la postura que cada uno de nosotros pueda tomar, la definición que más se suele utilizar, es la hallada en el Diccionario de la Academia de la Lengua Española (1992 citado en Salvarezza, 1998) en el que se señala que la muerte es la cesación o el término de la vida. Entendida esta definición como el principio de una nueva existencia, o como el final de una etapa detrás de la cual no hay nada, o al menos nada conocido.

Comprender y definir a la muerte se ha vuelto complicado porque en nuestra cultura, la muerte es frecuentemente un acontecimiento médico; ya que la mayor parte de las personas, en los últimos momentos de su vida, están en hospitales o residencias. De ahí que los métodos institucionales de cuidar a personas enfermas o moribundas hacen que sea más difícil entender a la muerte como un fin natural de la vida (Brown & Laskin, 1993).

Como bien señala Levine (1982) se mira la vida como si fuera una línea recta, y cuanto más larga la línea más se cree haber vivido, más íntegros nos figuramos, menos horrendo se imagina el final.

A pesar de las complicaciones para su conceptualización existen algunas características de ella, que son percibidas de forma global por los seres humanos, estas son:

- La muerte en general, en abstracto, ajena, se acepta como algo cotidiano pero, sin embargo, cuando atañe a lo personal, siempre parece lejana, sobre todo en la adolescencia y juventud (son los otros los que mueren). El hecho de saber de la muerte de otros nos convence más de nuestra calidad de sobrevivientes,

de nuestra inmortalidad. La desgracia de los demás crea la ilusión de nuestra buena suerte. Rara vez usamos la noticia de la muerte de otro como forma de reconocer que todas las cosas son transitorias, que todo cambia. Imaginamos que vamos a morir sólo porque creemos haber nacido. No confiamos en esa sensación de no tener fin que llevamos adentro (Levine, 1982).

- La muerte se acepta a nivel consciente y racional como un hecho natural, pero se vivencia en lo personal como un accidente, arbitrario e injusto, para el que nunca estamos preparados (Salvarezza, 1998).

Bien es la observación de Vicent Thomas (1968 citado en Vences, 2001) cuando señala que esa forma de festejar que tienen los mexicanos a la muerte, de relacionarse con ella, no es otra cosa más que la negación de aceptar la muerte sobre toda física. Dice por ejemplo, que el hecho de que en Día de muertos se coman calaveras de azúcar o chocolate es un intento por trascender la muerte, por superarla, es el mecanismo de defensa que niega, que sublima, que transforma el sentimiento hacia la muerte es un hecho distinto, suavizándola, apaciguando a los vivos de sus angustias y sentimientos de culpa, resulta entonces que tras aquella festividad hay en realidad una insoportable intolerancia a reconocer que la muerte es verdaderamente definitiva.

- La muerte es concebida como algo aleatorio, indeterminable ya que no se sabe el cuándo, ni el cómo, ni sobre todo, el por qué.
- La muerte es universal; todo lo que se vive está destinado a perecer o a desaparecer. Pero también es única ya que la muerte constituye para cada uno de nosotros un acontecimiento sin precedentes que no se ha de volver a repetir (Salvarezza, 1998).

Independientemente de la visión que se tome ante la muerte, y del significado ante ella, es una realidad que a cualquier edad, la muerte representa una pérdida, sin embargo como es de imaginarse cada individuo le dará un significado acorde a su edad y sus vivencias. Algunas de las características halladas para cada etapa del desarrollo humano son las siguientes:

3.1.1 Infancia

Ortigosa et al. (2003) describen la forma de percepción de niños y adolescentes para el proceso de comprensión de la muerte. Que queda agrupada en 3 etapas:

- **Primera etapa (2-5 años)**

El niño menor de 6 años aún no entiende tres componentes fundamentales de la muerte:

1. Que es irreversible, definitiva y permanente.
2. Que cuando alguien muere ya no presenta funciones vitales.
3. Que la muerte es universal (todos somos mortales).

En esta primera etapa se asocia la muerte con la ausencia y la vida con la presencia.

- **Segunda etapa (6-9 años).**

A los 6 años la preocupación del niño suele girar entorno a que mamá muera y lo deje solo, teme más a la forma de morir que a la muerte misma, por lo que le afectan dibujos o lecturas de animales ó personas muertas. Es en esta etapa cuando el niño suele crear al "hombre invisible" para explicar el proceso de cómo y por qué una persona o mascota favorita deja de vivir (Ehrlich, 1994).

A los 7 años existe un interés marcado en muerte, velorios y cementerios, el niño piensa que los viejos mueren primero y considera que él mismo puede morir. Es a los 8 años cuando existe un interés por saber que pasa después de la muerte, se relaciona la muerte con todos los seres vivos y se acepta que las personas mueren. Cuando se llega a los 9 años se relaciona la muerte con procesos biológicos ó lógicos y se contempla la muerte de lleno, con interés científico.

Bien señala Ehrlich (1994) que es hasta después de 9 años, cuando el niño entiende lo definitivo de la muerte y puede reconocer que esta es un proceso natural e inevitable; así, el niño de esta edad se interesa en las causas de la muerte y en lo que sucede cuando el cuerpo deja de funcionar.

La tercera etapa es descrita en el siguiente ciclo de vida: Adolescencia.

3.1.2 Adolescencia

La palabra adolescencia, proviene del verbo latín *adoleceré* que significa crecer o crecer hacia la madurez (Hurlock, 1980). La adolescencia es una etapa del desarrollo muy importante en la vida de los seres humanos, cubre en lo que respecta a la sociedad occidental, la época que va desde los doce o los trece años hasta comienzos de los veinte (Papalia, 1985).

La adolescencia está principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta. Aunque cabe señalarse que no solo son los cambios físicos, si no también, en una forma más sutil y en un nivel inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de intereses, de la conducta social y la cualidad de la vida afectiva (Blos, 1987).

Remplein (1971) trata de conceptualizar la etapa adolescente diciendo que ésta se compara muchas veces con un puente. Sin embargo este no es un puente firme, sino que se asemejaría más a un puente colgante, un tanto oscilante e inestable, donde a veces parece que se avanza y otras que se retrocede.

Visto desde un punto de vista social la adolescencia puede definirse como el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y social. Psicológicamente, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto.

Es importante recalcar que su duración está determinada de modo cultural, variando también su inicio, y ritmo, los cuáles están determinados por las características propias del sujeto. Hurlock (1980) al respecto asegura que en todas las culturas, la adolescencia significa un momento de cambio, con ello se ofrece la oportunidad de comenzar a compartir las decisiones de los adultos, y en otro sentido, supone el inicio de una larga etapa de incertidumbre individual y social.

Debido a la complejidad de procesos que ocurren en la etapa adolescente, se han formulado teorías que tratan de explicar la importancia de la adolescencia y sus efectos en el individuo.

Por ejemplo, G. Stanley Hall (1916 citado en Berryman, 1994) sostiene que ciertos factores fisiológicos genéticamente determinados producen reacciones psicológicas, considerando que la adolescencia representa una etapa de turbulenta transición para la especie humana. La adolescencia fue descrita por Hall como un período de “tempestad y tensión”.

En contraste con el punto de vista de Hall, Margared Mead (1961 citada en Berryman, 1994) sin negar la importancia de los factores biológicos, enfatizó la trascendencia de los factores culturales en el desarrollo. Después de investigar culturas distintas a la occidental, halló que la adolescencia no es un fenómeno universal y que con mucha frecuencia está libre de la “tempestad y tensión” descritos por hall. Por ello concluyó que la adolescencia puede ser tormentosa o tranquila, según reaccione determinada sociedad

Sigmund Freud (1895 citado en Berryman, 1994) ubica a los adolescentes en la etapa genital, la etapa de la sexualidad adulta madura. Esta etapa se determina biológicamente y se presenta cuando los impulsos sexuales, ya no se represan; de ahí que ahora la gratificación sexual tiene por objeto desarrollar relaciones heterosexuales satisfactorias con gente fuera de la familia y encontrar una pareja para reproducirse convenientemente.

Por su parte Erik Erikson (1950 citado en Berryman, 1994) menciona que la adolescencia es la quinta de las ocho edades del hombre. Para Erikson la crisis de la adolescencia implica el aspecto de identidad contra la confusión de funciones. De acuerdo con este autor el aspecto más importante de la búsqueda de identidad es descubrir “¿Quién soy yo?”. En cuanto a la confusión de identidad señala que los adolescentes pueden expresar su confusión obrando impulsivamente o regresando a la infancia para evitar resolver los conflictos

La visión de Papalia (1985) se asemeja a lo expresado por Erikson (1950 citado en Berryman, 1994) porque Papalia argumenta que la tarea principal de la adolescencia es descubrir “quién soy realmente”. De aquí que los adolescentes necesitan desarrollar sus propios valores y asegurarse de que no están repitiendo, sin pensar, las ideas de sus padres.

Deben descubrir lo que pueden hacer y sentirse orgullosos de sus propios logros. Así desean establecer relaciones estrechas con jóvenes de su misma edad y ser aceptados, queridos y respetados por lo que son y lo que representan.

Por los constantes cambios en el estado emocional de los adolescentes, en ocasiones se expresa la búsqueda de identidad con comportamientos como:

- No están seguros de nada, no saben si crecerán todavía, si serán atractivos, si dominarán sus impulsos, etc.
- Con los grupos de pares, el adolescente transfiere al grupo parte de la dependencia y seguridad que se tenía en su familia.
- Siguiendo los lineamientos del grupo adolescente, cambia el modo de hablar, valores morales, indumentaria, modo de comer, preferencias sociales etc.
- Realiza un continuo esfuerzo por conocer su misión en la vida.
- Se da un desarrollo gradual en la capacidad de introspección y autoevaluación.
- Puede presentar etapas de regresión y conductas de inconformidad (Remplein, 1971).

Parte de los cambios psicológicos que se dan en la etapa adolescente, pueden explicarse por la madurez cognoscitiva. Como señala Papalia (1985) la madurez cognoscitiva se alcanza cuando la persona es capaz de dominar el pensamiento abstracto o lo que Piaget denomina “operaciones formales”.

Así es en este momento cuando el adolescente es capaz de producir razonamiento hipotético-deductivo, formular hipótesis y diseñar un experimento para probarlo (Papalia & Wendkos, 2001).

Esta capacidad de producir pensamiento abstracto tiene algunas de las implicaciones emocionales descritas previamente. Por ejemplo, desde muy temprano, un niño puede amar al padre u odiar a un compañero de clase. Ahora “el adolescente puede amar la libertad u odiar la explotación. Por lo que lo posible y lo ideal cautivan la mente y los sentimientos.

Conforme el desarrollo cognoscitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los

roles que realizan ellos y los demás, incluyendo los padres. La solución de estos conflictos ayuda a los individuos a labrarse una nueva identidad que ostentarán el resto de la vida (Berryman, 1994).

Basado en trabajos clínicos realizados con adolescentes, el psicólogo David Elkind (1984 citado en Papalia & Wendkos, 2001) identificó comportamientos y actitudes inmaduros que pueden ser el resultado de las primeras aventuras de los jóvenes en el pensamiento abstracto:

- Tendencia a discutir: Los adolescentes buscan constantemente la oportunidad de encontrar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento. Por esa razón con frecuencia discuten a medida que explotan las posibilidades de un problema.
- Indecisión: Debido a que no están seguros de cuántas posibilidades ofrece la vida, muchos adolescentes tienen dificultad para decidir sobre situaciones tan sencillas como ir al centro comercial con un amigo o al centro de computación para trabajar en una tarea escolar.
- Búsqueda de fallas en las figuras de autoridad: Los adolescentes ahora descubren que los adultos a quienes una vez veneraron y su mundo, se apartan de sus ideales; y se sienten obligados a expresarlo.
- Hipocresía evidente: Con frecuencia los adolescentes no reconocen la diferencia entre expresar un ideal y hacer los sacrificios necesarios para conseguirlo.
- Autoconciencia: Debido a la preocupación por su propio estado mental, con frecuencia los adolescentes suponen que los demás también están pensando en lo que ellos piensan. Elkind (1984 citado en Papalia & Wendkos, 2001) llama audiencia imaginaria a esta autoconciencia.

En la terminología de este autor la audiencia imaginaria se trata de un observador, que sólo existe en la mente del adolescente y está tan preocupado por los pensamientos y las acciones del adolescente como él mismo. El

auditorio imaginario ayuda a explicar la constante preocupación que el adolescente experimenta por su persona: Por qué cada barrito, cada rizo de cabello, porque cada prenda de vestir adquiere tanta importancia (Papalia, 1985).

- Suposición de invulnerabilidad: Elkind (1984 citado en Papalia & Wendkos, 2001) emplea el término de fábula o mito personal para referirse a la creencia de los adolescentes según la cual ellos son especiales, por ello, su experiencia es única y no están sujetos a las reglas que gobiernan el resto del mundo. Su creencia los lleva a pensar que por arte de magia, están protegidos de las cosas que pueden ocurrirle a otras personas. Es ésta fábula personal la que hace que una muchacha piense que ella no puede quedar embarazada aún si tiene relaciones sexuales sin hacer uso de anticonceptivos, o puede hacer creer a un muchacho que él no se puede matar aún si participa en carreras con automóvil. “Estas cosas sólo le pasan a otras personas, no a mí” es la suposición inconsciente que sirve para explicar gran parte de la osadía de los adolescentes (Papalia, 1985).

Parte de la solución de la crisis de identidad es la adopción de un código ético personal (como el formulado por Kohlberg), y es preciso haber llegado al pensamiento operacional formal para elegir un conjunto de valores morales, pues sin él los adolescentes son incapaces de considerar alternativas, servirse de la lógica condicional o meditar sobre el pasado y el futuro (Papalia, 1985).

El desarrollo moral en la teoría de Kohlberg (1969 citado en Papalia & Wendkos, 2001) tiene alguna semejanza con el de Piaget, pero su modelo es más complejo. Basado en los procesos de pensamiento Kohlberg describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno de los cuales puede dividirse en dos etapas:

- Nivel 1: Moral preconvencional. Las personas actúan bajo controles externos, obedecen reglas para evitar castigo o alcanzar recompensas, o por egoísmo.

Este nivel es típico en niños en edad de cuatro a diez años.

- Nivel 2: Moral convencional (o de conformidad con el papel convencional). Las personas han interiorizado las normas de la figura de autoridad. Están preocupadas por ser “buenas”, agradar a los demás y mantener el orden social, este nivel se alcanza generalmente después de los diez años; aunque muchas personas nunca lo alcanzan, ni siquiera en la edad adulta.
- Nivel 3: Moral posconvencional (o principios de moral autónoma). Se caracteriza porque las personas reconocen conflictos entre las normas morales y emiten sus propios juicios basados en los principios del bien, la imparcialidad y la justicia. Los adolescentes llevan a cabo lo que creen correcto como individuos, sin tener en cuenta las restricciones legales ni las opiniones de los demás.

Por otro lado, como un periodo importante de transición y cambio, sería sorprendente que no hubiera problemas más graves que los ya mencionados durante la adolescencia. De aquí que cerca de uno de cada cinco adolescentes experimenta problemas psicológicos significativos. Entre estos problemas se encuentran:

- Depresión e intentos de suicidio.
- Ansiedades, en particular temores acerca de la escuela y situaciones sociales.
- Problemas de conducta y delincuencia.
- Trastornos de la alimentación como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Lo que es diferente es que dado que los adolescentes experimentan y ensayan roles adultos, las implicaciones de los errores de juicio o inexperiencia pueden ser más graves (Berryman, 1994).

Como previamente se mencionó parte importante de los problemas psicológicos en la adolescencia se relacionan con depresión e intentos de suicidio. De aquí que sea muy recurrente la idea de muerte, no solamente la suya propia, sino también la de los padres y la de las personas a quienes el chico quiere. Estas ideas están ligadas a la intensidad y la complejidad de sus sentimientos en ese momento, pero obedecen además a que la muerte ejerce una suerte de fascinación en el adolescente, que hace que incluso algunos jóvenes se permitan acercarse peligrosamente a ella.

Esta condición está muy ligada a la falta de valor que se le da a la vida en la cultura occidental (por ejemplo, cuando se caricaturiza a la muerte en la televisión, en el cine, en los dibujos animados, presentándola de forma tal que parece posible revivir cuantas veces uno quiera) no es raro que los adolescentes tengan fantasías de poder disponer de la propia vida o de la vida de otros, como si esto no tuviera consecuencias definitivas (Crispo & Guelar, 2002).

Ocurre lo contrario cuando en ocasiones, a raíz de la muerte de un padre, abuelo, o de un amigo, el adolescente percibe tal vez por primera vez que la vida es finita, y eso es parte de lo que le genera la urgencia de vivir a fondo, sensación que se entrecruza con el pesimismo y las ganas de morirse que por momentos siente (Crispo & Guelar, 2002).

Cuando por ejemplo llega a ocurrir la muerte de un padre el adolescente puede abrigar fantasías de que el padre fallecido no ha muerto en realidad ni se ha ido para siempre: Suelen pensar que todo es un mal sueño, y oír hablar de esta muerte, ir al funeral y ver a toda la familia de luto quedará atrás en cuanto amanezca un nuevo día y el padre regrese (Kimmel & Weiner, 1994).

Este tipo de bloqueo puede generar que en lugar de sufrir conscientemente la pérdida, se implican en un sinnúmero de actividades cotidianas dando unas muestras de alegría y entusiasmo que lleva a los demás a pensar si de verdad les importa la pérdida del padre muerto o si están guardando el suficiente respeto a su memoria. Estos esfuerzos por seguir actuando como de costumbre han de entenderse como un medio adaptativo de mitigar el dolor causado por la pérdida.

De cualquier manera sea cual sea la forma en que los adolescentes reaccionan ante la muerte de un padre, por lo general necesitan más tiempo que los adultos para superar dicha pérdida. Esto puede significar que un padre superviviente puede estar dispuesto a formar nuevas relaciones amorosas y a reconsiderar la posibilidad de volverse a casar antes de que su hijo adolescente pueda entender o aceptar esta conducta como leal o fiel al padre fallecido (Kimmel & Weiner, 1994).

Es interesante también señalar que cuando muere algún pariente de edad avanzada, el adolescente suele tomarlo con serenidad; pero en cambio la muerte de un amigo o de un joven de su edad puede aturdirlo y conmoverlo profundamente.

Parte de la visión que tendrá un adolescente sobre estos temas estará vinculado directamente con la edad en la que se encuentre. Muchos autores han detallado perfectamente algunas de estas características. Por ejemplo, Ortigosa et al. (2003) detallan perfectamente la tercera etapa de comprensión de la muerte en los adolescentes (9-12 años):

Aquí el concepto de muerte se aproxima al del adulto, entendiéndola como punto final e irreversible de la vida; así los adolescentes se dan cuenta de que ellos también morirán, que la muerte no es un castigo, si no un hecho universal que forma parte del ciclo normal de la vida.

Es exactamente a la edad de 12 años cuando cierto número de adolescentes comienzan a interrogarse respecto a la muerte. Algunos la temen y tiemblan a su solo pensamiento, pero muchos declaran que ya no le tienen más miedo. Aquellos que todavía le temen pueden desear que la muerte les sobrevenga durante el sueño o que los mate un frío intenso, dejándolos helados (Gesell & Bates, 1987).

Gesell (1992) especifica puntualmente que a los 13 años de edad, muchos de los adolescentes declaran con toda franqueza que no han pensado gran cosa en el tema de la muerte. El pensamiento de su propia muerte les parece “tan remoto”, “tan alejado” del futuro inmediato, que no les llama la atención. Algunos conciben a la muerte como un punto final, un lugar donde todo se detiene. Los varones la conciben en forma más científica como un “inconveniente que sobreviene del organismo, por ejemplo, el corazón que deja de latir”.

Aquellos que la conciben como “el fin” de todo no se preocupan demasiado por el cielo o el infierno. Pueden declarar francamente que no creen en el infierno y que la mayoría de la gente va al cielo aunque sea mala, pues “no hay nadie realmente malo”, y si es que hubiera un castigo, lo más probable para ellos, es que se castigue uno mismo durante esta vida. Así, declaran simplemente que no saben lo que sucede después, necesitan pruebas pero tienen plena conciencia de que no las hay. La muerte es entonces “el fin” y “la mayoría de la gente es olvidada”.

A los adolescentes de 14 años, les importa más la vida que la muerte, quieren vivir al máximo posible, quieren vivir toda una vida. Sienten que a todos aquellos que les

espera una vida sana no deben de morir antes de llegar a viejos. Consideran incluso que la muerte es “algo bueno”; y así puede ser reconfortante morir, cuando se ha sufrido algún accidente terrible o cuando se es viejo.

A los adolescentes que se encuentran en la edad de 15 años, les resulta fácil admitir la existencia de fuerzas superiores a las suyas, como las de la vida y la muerte. Algunos adolescentes se expresan de manera muy concreta con respecto a la muerte: Por ejemplo suelen decir “Si hay que morirse, se muere y se acabó”. Pero quizás en el fondo de esta indiferencia que se aparenta, se oculta una preocupación íntima (Gesell & Bates, 1987).

En los adolescentes suele existir la idea de que la muerte es “algo que siempre nos acompaña y que contra ella no hay nada que hacer”. Es entonces cuando se acepta el hecho de que la muerte es como un “punto final” y pueden asociarlo con el color negro, algunos tratan de ver el lado más consolador del problema: “Siempre se está muriendo alguien, de modo que tendré compañía”.

Para muchos adolescentes de 15 años lo que pasa después de la muerte es un profundo misterio. Reconocen francamente que “no tienen ninguna idea” y que está más allá de nuestra posibilidad de conocimiento”. La idea de un “sueño eterno” parece satisfacer a algunos. Aun aquellos que en épocas anteriores han creído en el cielo, encuentran ahora que este concepto es algo difícil de aceptar, aunque naturalmente les gustaría poder creer en alguna forma de vida extraterrena, después de la muerte.

Su propia conciencia espacial torna difícil la posibilidad de incluir a todo el mundo en el cielo o en el infierno. Hay algunos adolescentes que se aferran a cierta forma de vida extraterrena, aunque más no sea la permanencia de los muertos en la mente o en el recuerdo de la gente que sigue viviendo.

A los 16 años son más que a los 15 los que creen en la vida extraterrena. Esta creencia puede reducirse simplemente a la idea de que los buenos van al cielo y los malos al infierno. O bien que se salvan aquellos individuos que se arrepienten de sus pecados, condenándose los otros. Algunos creen que ésta vida extraterrena debe ser “mejor, más simple y más hermosa”. Otros la conciben como una “reiniciación total, algo tranquilo y silencioso, como antes de nacer” (Gesell & Bates, 1987).

Justamente es en esta edad cuando los adolescentes conciben a Dios como una “persona o imagen”, la mayoría afirma que no cree que sea realmente un hombre o una forma humana. Algunos se lo imaginan como un espíritu, pero otros consideran que no se trata “ni de un hombre ni de un espíritu”. Actualmente Dios es considerado un ente que gobierna y orienta, un ser supremo, una fuerza, un poder o, simplemente un sentimiento.

Sus pensamientos de lo que sigue a la muerte pueden abarcar tan sólo la realidad concreta del ataúd y el entierro (Gesell, 1992).

Es conveniente mencionar que a partir de los 17 años, la percepción de muerte de los adolescentes se asemeja en mucho, a la visión de los adultos (Gesell & Bates, 1987).

3.1.3 Adulthood

La joven adulthood abarca desde que finaliza la adolescencia hasta principios de la mediana edad, aproximadamente a los 40 años, durante este periodo se consolidan esfuerzos y relaciones por lo que los cambios que marcan la etapa son de carácter biológico como sucede en la niñez y en la adolescencia (Ríos, 1993).

Para quienes se ubican en esta etapa de la vida, la sociedad misma le atribuye una serie de responsabilidades que disminuyen conforme se acerca a edades más avanzadas. Lo que explica que un individuo con menos de 40 años enfrentará la muerte con mayor decepción, enojo y frustración que a cualquier edad; y es que a esta edad, comienzan a obtenerse logros de carácter profesional y/o de trabajo, asimismo se consolida la familia propia, por lo que las metas que se habían establecido ante la enfermedad y su tratamiento deben reducirse o ajustarse. Aunque no se considera que la muerte señale un límite ya que se percibe como algo lejano que no pondrá fin a los proyectos.

3.1.3 Maturity

Generalmente es en la madurez cuando la gente recibe el primer recordatorio de que su cuerpo empieza a envejecer. Así la enfermedad puede ser un problema más grave en la edad madura que en otras etapas de la vida, de ahí que las personas que están

en esta etapa de su vida se percatan de que están envejeciendo y de su mortalidad cuando ellas o sus amigos se enferman (Ríos, 1993).

Durante esta etapa (40-65 años), se gozan los beneficios del trabajo, pero también sucede el deceso de los padres, lo que convierte a estas personas en la generación de más edad. Aún cuando se han realizado diversas tareas en la vida, el deseo de continuar activo prevalece.

El adulto de mediana edad está pasando por la transición que le conducirá a la finitud de la vida, por lo que se replanteará el pasado y reflexionará, buscando una significación personal. Se cuenta con una serie de variables que modulan la experiencia del individuo en sentido positivo o negativo, a continuación se enlistan tales elementos:

- El nivel intelectual y educativo, los cuales permiten que el individuo adquiera una serie de herramientas que favorezcan el afrontamiento a su proceso de morir.
- La situación familiar y laboral, cuya estabilidad dará tranquilidad al paciente ya que sus dependientes tendrán después de su fallecimiento solvencia económica.
- Los acontecimientos vitales cumplidos como son: el matrimonio, la paternidad y la crianza de los hijos.
- La historia personal, a través de la cual ha formulado estrategias de afrontamiento ante las transiciones evolutivas.

3.1.5 Vejez

Uno de los aspectos más referenciados en los distintos estudios realizados en relación con las actitudes de los ancianos ante su propia muerte, es su orientación activa hacia la misma, y aparentemente su escasa ansiedad y temor que esto les ocasiona, así lo señalan Kubler-Ross y Marshall (1974 citados en Salvarezza, 1998) quienes afirman

que los ancianos aceptan más y mejor que los sujetos de otras edades la muerte en general, y su propia muerte en particular.

Así lo reafirma Rubio Herrera (1981 citado en Salvarezza, 1998) que señala que en los intervalos de edad comprendidos entre 65 y 95 años la respuesta predominante es la aceptación de la muerte como algo inevitable. Por lo que conforme aumenta la edad cronológica decrecen las respuestas de muerte como algo que deprime.

Una postura diferente es la mencionada por Del Moral (1992) para él, el temor a la muerte en los ancianos aumenta debido a que se hace evidente mediante el fallecimiento de amigos y la presencia más frecuente de sus enfermedades, haciéndole sentir que está más cerca que nunca de la muerte.

Tanto si se trata de un accidente agudo aislado como de una dolencia grave consecuencia de una enfermedad crónica, se puede esquematizar los comportamientos emocionales en tres tipos:

1. El anciano quiere curarse. Aceptará fácilmente las molestias de un tratamiento medicamentoso, los exámenes complementarios y realizará esfuerzos en su reeducación. Su objetivo consiste en curarse rápidamente para volver lo antes posible a su domicilio.
2. La aparición de la enfermedad hace reaccionar al entorno familiar y a los vecinos. Éstos se inquietan por el estado del enfermo visitándole y atendiéndole a veces excesivamente. El anciano pasa del aislamiento a la valorización.
3. Por último, existen casos en que es evidente el deseo de no curarse. “No pido más que morir”. Hay un abandono total y voluntad de morir. Este deseo puede ser expresado de diferentes formas: rechazo a comer, beber, levantarse (Berthaux, 1981).

De forma análoga Devita (1988) menciona que el desarrollo de la demencia que aparece en la ancianidad puede no ser una función de la enfermedad o de la edad, sino una auténtica expresión de depresión o ansiedad rayando con el pánico.

3.2 Actitudes ante la propia muerte

Algo que no es vivenciado por igual, es la actitud que podemos tomar ante nuestra propia muerte. Muchas son las posibles actitudes que se pueden encontrar; por su utilidad sigue vigente la sistematización que realizó Del Moral (1976 citado en Salvarezza, 1998) en la cual clasificó estas actitudes en cuatro grandes categorías:

1. Actitud de indiferencia: “Era normal que un día sucediera”, “a todos nos toca”, “yo ya soy demasiado viejo”.
2. Actitud de temor: Quizás aquí no está tan ligada a la muerte en sí, si no más bien a todo aquello que la precede, por ejemplo, temor al dolor, al sufrimiento, etc. El temor a la muerte no es un temor a morir, sino a estar muerto (Vences, 2001).
3. Actitud de descanso: Experimentado sobre todo por personas que han sufrido mucho en su vida o que padecen una enfermedad crónica.
4. Actitud de serenidad: Comúnmente en los ancianos ya que tienen una conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útiles a los demás.

Las actitudes relacionadas con la muerte de alguien más varían dependiendo de la relación que se tiene con esa persona, y con frecuencia la preocupación acerca de la muerte de otro tiene como foco la preocupación en uno mismo: Qué implicaciones tendrá para mí la muerte de dicha persona; la preocupación podría ser si es que será lo suficientemente fuerte y tendré los recursos necesarios para soportar el ver a una persona querida sufriendo la enfermedad y la muerte y las pérdidas que esto conlleva, o podría temer el “cómo voy a poder continuar con mi vida después de que esta persona se haya ido” (López, 2004).

Se puede decir que la muerte del otro nos afecta en dos niveles. Por un lado, la tristeza por la pérdida de un ser querido (cuando sea el caso) ante lo cual vivimos un proceso de duelo y por el otro lado se encuentra el enfrentamiento con el fenómeno de la muerte, y la certeza de la finitud de todos los seres, sobre todo la propia.

Resultaría equívoco tratar de establecer una generalización del significado y de la actitud que se tiene ante la muerte (en general y en particular), si no se mencionan los factores que también están inmersos en esta concepción. Ya que factores como la edad, el nivel socioeconómico o cultural, su personalidad, su estado emocional, nivel de apoyo social (religión), son variables que de alguna manera u otra influirán en la actitud que cada sujeto manifieste. A continuación se señalan algunas de éstas variables:

- **Edad:** Parece representar uno de los factores más importantes de la actitud hacia la propia muerte. Datos de Rubio Herrera (1981 citado en Salvarezza, 1998) sugieren que las personas ancianas tienen las mismas actitudes ante la muerte que los sujetos de otras edades, aunque poseen por lo general, un sentido más real y concreto de que el tiempo de vida es para ellos más limitado que para los más jóvenes.
- **Estado civil:** Se ha constatado que las personas casadas muestran una mayor ansiedad ante la muerte que las personas viudas o solteras. Quizás esto pueda explicarse, por la mayor preocupación de la situación tanto económica como emocional en que pueda quedar el cónyuge una vez que el sujeto haya fallecido.
- **Religión:** Autores como Jeffers, Nichols y Eisdoffer (1961 citados en Salvarezza, 1998) encontraron que a mayor nivel de religiosidad existe una menor ansiedad ante la muerte. Ellos señalan que esto es debido al apoyo emocional y a que las creencias religiosas ayudan a afrontar el miedo. En apoyo a estas aseveraciones y después de una amplia investigación Hinton (1967 citado en Salvarezza, 1998) halló que eran aquellas personas con un grado de confianza religiosa "media" (es decir, cuando ya existen dudas sobre la religión), los que mostraban mayores niveles de ansiedad ante la muerte.

De acuerdo con Silva y Kamino (1993 citados en López, 2004) una persona religiosa no tiene tanta angustia ante la muerte debido a que no la considera un fin, sino un tránsito a una vida superior, lo que la impulsa al arrepentimiento, al agradecimiento y a la esperanza. De hecho, hay quienes sienten una gran

tranquilidad ante la muerte porque están seguros de que estarán con Dios después de morir.

- Sexo: En un estudio realizado por Vences (2001) encontró que los hombres no tienen una percepción o respuesta lógica sobre lo que es la muerte porque simplemente para ellos no tiene explicación, consideran que la muerte es inexplicable, “no se que decirle”, “no me la imagino”, “no me la explico”. En cuanto a las creencias religiosas consideran que la muerte es algo determinado por un ser supremo que nos quita la existencia cuando él decide: “es algo que no se puede precisar hasta que llega el momento, la muerte es una vida que se vive en el más allá. Ellos comparten la idea de otra vida después de la muerte que es eterna y que los va a recompensar de los sufrimientos o padecimientos que han tenido en vida: “hay otra vida”, “más suave que aquí”, “puede haber paz y tranquilidad, no como aquí”, “imagino que después de la muerte hay otra vida que muchos dicen que es el paraíso”.

Físicamente para los hombres la muerte es “fea”, “flaca”, “huesuda”, “como la dibujan todos”, con un hacha, huesuda, flaca, terrorífica, evocando la representación típica que se tiene de la muerte.

Finalmente, algunos hombres consideran que después de la muerte no existe nada, la muerte para ellos es un término de la existencia humana refiriéndose a la muerte corporal “donde termina la vida de nuestro propio organismo”, “el desaparecer del cuerpo”, en donde este estado es parecido a estar dormido “tal vez sea como un sueño”, “dormirse y ya no despertarse nunca”.

En el grupo de mujeres se concibe a la muerte como algo natural, se habla de la tristeza, la nostalgia, el sufrimiento que se tiene cuando alguien cercano fallece, pero a diferencia de los hombres, las mujeres señalan la soledad en que se quedan y de la certeza que les da la muerte de que físicamente no van a volver a ver a esa persona y una forma de aminorar ese sufrimiento es a través de las creencias religiosas.

Un dato importante es que las mujeres expresan que los accidentes y las enfermedades son las principales causas de muerte, que en algunas ocasiones

puede ser por descuido, “por enfermedades”, “se enferma uno o un accidente o algo”, “porque se enferma y no se cura”, “los niños por descuidos de la madre”.

El sentimiento más fuerte que genera la muerte es el temor, aunque este en las mujeres se manifiesta en menor medida que en los hombres.

Ellas se imaginan que la muerte es “fea, todo huesitos”, “como persona, de negro y como calavera”.

- Adaptación: Muchos adolescentes con enfermedades graves (agudas, crónicas o discapacitantes) muestran una notable fuerza moral, resaltando entonces una enorme capacidad para mirar el lado más brillante de sus vidas. Las perspectivas de este afrontamiento satisfactorio mejoran cuando estos adolescentes disfrutan de un respaldo fuerte de sus familias y de sus amigos, cuando tienen una red de relaciones de compañeros que incluye a adolescentes no discapacitados, y sobre todo cuando mantienen de sí mismos la percepción de que no padecen ninguna inferioridad (Kimmel & Weiner, 1994).
- Relación Médico-Paciente: Desde otra perspectiva es muy importante que todo médico que trate con pacientes oncológicos mire a sus pacientes como un todo y no sólo atendiendo su integridad física, sino también su integridad psicológica y social, esto es fundamental en la actitud creada por el paciente ante su enfermedad y por supuesto ante la muerte. De acuerdo a Devita (1988) esta misión tan complicada puede resumirse así:

El médico como curador: A través de la historia, la creencia del curador en su remedio ha sido siempre esencial en la relación con quienes buscan ayuda. La convicción de que los remedios son efectivos, combinada con la confianza en la habilidad del terapeuta para utilizar estos remedios, proporciona el marco adecuado para que el médico suscite confianza y esperanza; por el contrario cuando los pacientes advierten la falta de convicción y confianza que un médico pueda tener en sus propios métodos, es natural que puedan reaccionar con disgusto, desilusión y alejamiento.

Para ilustrar la importancia de la relación médico-paciente, se cita el siguiente caso:

En un estudio realizado por Hollan (1977 citado en Bayés, 1995) sobre la respuesta psicológica de pacientes leucémicos sometidos a un tratamiento médico (en el cual confiaban plenamente) ante la perspectiva de un aislamiento prolongado en habitaciones completamente estériles, se encontró con la sorpresa de que de los 27 pacientes que completaron el cuestionario dentro de los tres días siguientes a su internamiento en los ambientes libres de gérmenes indicaban una actitud positiva hacia el tratamiento, 25 de los 27 se consideraban afortunados de haber sido seleccionados para el tratamiento y 24 de los mismos estaban convencidos de que las ventajas que obtendrían superarían ampliamente los inconvenientes y con ello la muerte.

A partir de la información detallada en este capítulo se puede concluir que la percepción de muerte y con ello la ansiedad, en cada etapa del ciclo de vida es variable, encontrándose mayormente diferenciada en la adolescencia, por los cambios psicológicos, sociales y emocionales que se experimentan en esta etapa de vida.

En los siguientes apartados se expone el método empleado, los resultados, la discusión y las conclusiones de esta investigación.

Método

A) Planteamiento del Problema

Desde mucho tiempo atrás se sabe que las enfermedades como la leucemia causan un gran deterioro no únicamente en el aspecto físico, sino también en el aspecto psicológico, social y emocional.

Desafortunadamente y a pesar de que el tema ha sido estudiado en diferentes contextos y problemáticas, aún en nuestros días, existe poca información vinculada con la ansiedad rasgo-estado que se genera en los adolescentes con LLA que están recibiendo alguna dosis de quimioterapia.

Cuando los pacientes saben que se les somete o someterá a un tratamiento como la quimioterapia, inevitablemente alguna respuesta adaptativa deberá surgir; por lo cual es conveniente saber qué sucede con el enfermo en estos momentos, para combinar el tratamiento médico con la terapia psicológica.

Es justamente en este momento y ante esta problemática cuando surgen las siguientes preguntas:

¿Cómo demostrar que la enfermedad es en si misma generadora de alguna respuesta y reacción de ansiedad? Y si fuera éste el caso ¿Qué tipo de ansiedad se genera? Por lo tanto es importante comparar si existe diferencia entre el puntaje de ansiedad rasgo-estado en dos grupos de adolescentes: Uno con diagnóstico de LLA bajo tratamiento de quimioterapia (G1) y otro con adolescentes clínicamente sanos (G2).

B) Objetivos

Objetivo General

- Comparar las diferencias entre el puntaje de ansiedad rasgo-estado entre G1 y G2.

Objetivos Particulares

- Comparar las diferencias en la ansiedad rasgo-estado en el G1.
- Reconocer algunos factores que estuviesen influyendo en la ansiedad rasgo-estado hallada en los adolescentes con LLA, como la influencia del tiempo de diagnóstico, número de tratamientos de quimioterapia y el servicio del médico tratante.

C) Variables

Variable Independiente:

- **Adolescentes con LLA bajo tratamiento de Quimioterapia**

Definición Conceptual: Son aquellos adolescentes que después de realizarles estudios médicos han sido diagnosticados con LLA y que luego de esto, han recibido algún tipo de medicamento químico para atacar y destruir a las células malas de la sangre.

Definición Operacional: Se tomó en cuenta el reporte medico del doctor responsable, ya que ahí se encontraron datos como: Fecha de ingreso del paciente, tipo de leucemia y etapa o número de tratamiento de quimioterapia a recibir.

- **Adolescentes clínicamente sanos**

Definición Conceptual: Son aquellos adolescentes que no tienen LLA y que por lo tanto, nunca han recibido algún tipo de medicamento químico para atacar y destruir a las células malas de la sangre.

Definición Operacional: Se preguntará directamente a los adolescentes sobre su estado de salud. Si existen antecedentes de LLA se anulará su participación.

Variable Dependiente:

- **Puntaje obtenido del IDARE**

Definición Conceptual: Este indicador se refiere a la calificación en bruto que se obtenga después de haber calificado el IDARE.

Definición Operacional: Se hará la sumatoria del valor de las 20 opciones de respuesta, a las que se asignará valor de 1 a 4. La dispersión de posibles puntuaciones irá desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80.

- **Tipo de Ansiedad Rasgo o Ansiedad Estado**

Definición Conceptual Ansiedad Rasgo: Son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Definición Operacional Ansiedad Rasgo: Para considerar que un adolescente presenta ansiedad rasgo, el puntaje obtenido después de calificar el IDARE, deberá ser igual o mayor a 53 en mujeres y 49 en hombres (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Definición Conceptual Ansiedad Estado: Se considera como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Definición Operacional Ansiedad Estado: Para considerar que un adolescente presenta ansiedad estado, el puntaje obtenido después de calificar el IDARE, deberá ser igual o mayor a 49 en mujeres y 46 en hombres (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975).

D) Participantes

Se seleccionaron y participaron en ésta investigación 60 adolescentes agrupados en dos grupos: El G1 se conformó por 30 adolescentes (hombres 66.7%, mujeres 33.3%) de 12 a 20 años de edad (edad promedio 14.50) con diagnóstico de LLA bajo tratamiento de Quimioterapia del Hospital "Centro Medico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE". El G2 se integró por 30 adolescentes (hombres 50%, mujeres 50%) de 12 a 20 años de edad (edad promedio 15.93) clínicamente sanos; éste último grupo elegido tanto de población del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente de la UNAM (CCH-Oriente) como de la secundaria diurna nº 291 de la Secretaria de Educación Pública (SEP).

Criterios de Inclusión adolescentes con LLA

- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes entre 12 y 20 años de edad.
- Pacientes con LLA en Tratamiento de Quimioterapia.
- Pacientes del Hospital "Centro Medico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE".
- Pacientes hospitalizados en el Hospital "Centro Medico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE".

Criterios de Inclusión adolescentes sin LLA

- Adolescentes que sepan leer y escribir.
- Adolescentes clínicamente sanos.
- Adolescentes de la secundaria diurna nº 291 de la SEP y adolescentes del CCH- Oriente de la UNAM.

Criterios de Exclusión adolescentes con LLA

- Pacientes con LLA que hayan recibido algún tratamiento farmacológico para reducir la ansiedad.

Criterios de Exclusión adolescentes clínicamente sanos

- Adolescentes con antecedentes de cáncer o tratamiento de quimioterapia.

E) Muestreo

El muestreo fue no probabilístico intencional y por cuota, debido a que los sujetos se seleccionaron de acuerdo a las características citadas con anterioridad (Hewtone & Col, 1993).

F) Investigación y Diseño

Se trata de una investigación no experimental y un diseño transeccional descriptivo de dos grupos: G1 adolescentes con LLA bajo tratamiento de quimioterapia, G2 adolescentes clínicamente sanos. La investigación no experimental es la que se realiza cuando la variable independiente ya se encuentra dada, de modo que el investigador no la manipula. El diseño transeccional descriptivo presenta un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en determinado momento (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

G) Tipo de estudio

Descriptivo, porque este tipo de investigación tiene como fin proporcionar al investigador una descripción del fenómeno en cuestión (Hewtone & Col, 1993).

H) Instrumento de Medición Psicológica

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spilberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Este inventario está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

1. La ansiedad Rasgo: Cuyo término suele utilizarse para describir las diferencias individuales a la propensión de la ansiedad, es decir, la tendencia a ver el mundo como algo peligroso.
2. La ansiedad Estado: Conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos.

La escala A-Rasgo del inventario de la ansiedad consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. En el IDARE los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos; las cuatro categorías para la escala ansiedad estado son:

1. No en lo absoluto.
2. Un poco.
3. Bastante.
4. Mucho.

Las categorías para la escala ansiedad rasgo son:

1. Casi nunca.
2. Algunas veces.
3. Frecuentemente.
4. Casi siempre.

La dispersión de posibles puntuaciones varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, en ambas escalas.

Algunos de los reactivos del IDARE se formularon de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formularon de tal forma, que una valoración alta indica muy poca ansiedad. Así pues, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3 ó 4, en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2 y 1.

Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala ansiedad estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Escala ansiedad rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19.

Para la dimensión Estado se establece que existe ansiedad cuando el puntaje en bruto es igual o mayor a 49 (mujeres) y 46 (hombres) Para la Rasgo igual o mayor a 53 (mujeres) y 49 (hombres) (Spilberger & Díaz-Guerrero, 1975).

Es importante mencionar que la consistencia interna de las dos escalas del IDARE es bastante buena; los coeficientes alfa de las dos escalas fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach (1951 citado en Spilberger & Díaz-Guerrero, 1975) estos coeficientes variaron de .83 a .92.

Además del IDARE, el G1 contestó las preguntas halladas en el anexo C.

I) Procedimiento

- **Adolescentes con LLA**

1. Para recoger la información del G1, se asistió al “Centro Medico Nacional 20 de Noviembre del ISSTE” con el médico responsable del área de Hematología a solicitar la autorización para la aplicación del IDARE.
2. Una vez identificados los pacientes se procedió a concertar una entrevista, la cual tuvo como objetivo establecer “rapport y aplicar si era posible, el inventario de ansiedad rasgo-estado”. Ver anexo A.
3. Ya logrado el “rapport”, en el cuarto del hospital asignado al paciente, y antes de dar a contestar el IDARE (Ver anexo B) se comentó al adolescente si requería ayuda para llenar el inventario (si la necesitaba se procedería a contestar el inventario de acuerdo a las respuestas que indicará el enfermo; cabe señalarse que ninguno pidió asesoramiento). Al terminar el IDARE, el adolescente procedió a llenar una ficha con datos generales y una entrevista de cierre. Ver anexo C

- **Adolescentes clínicamente sanos**

1. Para recoger la información del G2 se asistió a la secundaria diurna n° 291 de la SEP y al CCH-Oriente de la UNAM.
2. Ahí se invitó a algunos adolescentes a participar en esta investigación sobre ansiedad. El único requisito planteado fue no haber padecido cáncer o haber recibido quimioterapia.
3. Los adolescentes que cubrieron los criterios citados previamente contestaron el IDARE (ver anexo B).

Resultados

A continuación se presentan las características sociodemográficas de todos los adolescentes que participaron en este estudio. Por lo tanto, la tabla 3 muestra el género, la edad, estado civil, religión, ocupación y escolaridad del G1 y G2.

Tabla 3. Características Sociodemográficas de G1 y G2

	G1 (Con LLA) n = 30	G2 (Clínicamente sanos) n = 30
Género	Hombres: 66.7% Mujeres:33.3%	Hombres: 50% Mujeres:50%
Edad	\bar{x} : 14.50	\bar{x} : 15.93
Estado Civil	Soltero: 100% Casado: 0%	Soltero: 96.7% Casado: 3.3%
Religión	Católicos:83.3% Cristianos:3.3% No tiene religión:3.3% Testigos de Jehová:6.7% Otra religión:3.3%	Católicos:46.7% Cristianos:6.7% No tiene religión:46.7%
Ocupación	Estudiante:73.3% Empleado:10% Comerciante:3.3% Trabaja y estudia:3.3% Desempleado:3.3% No trabaja, ni estudia:6.7%	Estudiante:96.7% Trabaja y estudia:3.3%
Escolaridad	Ninguna:3.3% Primaria:16.7% Secundaria:36.7% Bachillerato:33.3% Carrera técnica:10%	Secundaria:66.7% Bachillerato:33.3%

Por otro lado, la siguiente diferencia de medias se utilizó para dar cumplimiento al objetivo general y a los objetivos particulares planteados previamente. El objetivo general formulado en la metodología fue:

- Comparar las diferencias entre el puntaje de ansiedad rasgo-estado entre G1 y G2.

Prueba t de Student para muestras independientes entre las variables “estado de salud del adolescente (con LLA y clínicamente sanos)” y “puntuación de ansiedad- estado”.

Con una confianza del 95% y un $\alpha = 0.05$ en una t de Student para datos independientes de dos colas, se obtuvo un nivel de significancia de 0.364 que es ≥ 0.05 por lo que se acepta H_0 y se dice que no existe diferencia significativa entre la puntuación de ansiedad estado y el hecho de que el adolescente presente o no leucemia. Ver tabla 4.

Tabla 4. Diferencia de medias entre estado de salud del adolescente y puntuación de ansiedad estado

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
puntuación c ansiedad estado	.735	.395	.915	58	.364	1.97	2.150	-2.338	6.271
Equal variates assumed									
Equal variates not assumed			.915	53.665	.365	1.97	2.150	-2.345	6.279

El análisis descriptivo sobre este mismo objetivo, confirman lo hallado previamente, ya que como puede observarse en la tabla 5 no existe diferencia significativa entre la media de la puntuación de ansiedad estado del G1 (35.77) y la media de la puntuación de ansiedad estado de G2 (37.73).

Tabla 5. Puntuación de ansiedad estado y estado de salud del adolescente.

Group Statistics

estado de salud del adolescente	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
puntuación de ansiedad estado G1	30	35.77	9.438	1.723
puntuación de ansiedad estado G2	30	37.73	7.046	1.286

Prueba t de Student para muestras independientes entre las variables “estado de salud del adolescente (con LLA y clínicamente sanos)” y “puntuación de ansiedad rasgo”.

Con una confianza del 95% y un $\alpha = 0.05$ en una t de Student para datos independientes de dos colas, se obtuvo un nivel de significancia de 0.364 que es ≥ 0.05 por lo que se acepta H_0 y se dice que no existe diferencia significativa entre la puntuación de ansiedad rasgo y el hecho de que el adolescente presente o no leucemia. Ver tabla 6.

Tabla 6. Diferencia de medias entre estado de salud del adolescente y puntuación de ansiedad rasgo.

Independent Samples Test									
	Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
puntuación de ansiedad rasgo: Equal variance assumed	.075	.785	.915	58	.364	2.10	2.295	-2.493	6.693
Equal variance not assumed			.915	57.991	.364	2.10	2.295	-2.493	6.693

El análisis descriptivo sobre este mismo objetivo, confirman lo hallado previamente, ya que como puede observarse en la tabla 7 no existe diferencia significativa entre la media de la puntuación de ansiedad rasgo del G1 (34.97) y la media de la puntuación de ansiedad rasgo del G2 (37.07).

Tabla 7. Puntuación de ansiedad rasgo y estado de salud del adolescente.

Group Statistics				
estado de salud del adolescente	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
puntuación de ansiedad rasgo: G1	30	34.97	8.942	1.633
G2	30	37.07	8.832	1.612

La tabla 8 resume la información obtenida tras la comparación del puntaje de ansiedad rasgo-estado del G1 y G2.

Tabla 8. Puntaje promedio de ansiedad estado y rasgo en G1 y G2

	G1	G2
Ansiedad estado	$\bar{x} = 35.77$	$\bar{x} = 37.73$
Ansiedad rasgo	$\bar{x} = 34.97$	$\bar{x} = 37.07$

Objetivos Particulares

Para determinar si existía diferencia significativa en la ansiedad rasgo-estado en el G1, se utilizó la X^2 . Enseguida se muestran los datos hallados con el anterior análisis.

Prueba X^2 entre las variables “estado de salud del adolescente (con LLA)” y “ansiedad rasgo”.

Se puede aseverar con una confianza del 95% y un $\alpha = 0.05$ que el valor de X^2 para independencia entre variables es de 0.529 que es ≥ 0.05 . Por lo que se acepta H_0 , lo que significa que no existe asociación entre la ansiedad rasgo y estado en el G1. La tabla 9 ilustra tal información.

Tabla 9. Estado de salud del adolescente y ansiedad rasgo

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	320.500 ^a	323	.529
Likelihood Ratio	130.066	323	1.000
Linear-by-Linear Association	8.964	1	.003
N of Valid Cases	30		

a. 360 cells (100.0%) have expected count less than 5.
The minimum expected count is .03.

Prueba X^2 entre las variables “estado de salud del adolescente y ansiedad estado”

Se puede aseverar con una confianza del 95% y un $\alpha = 0.05$ que el valor de X^2 para independencia entre variables es de 0.287 que es ≥ 0.05 . Por lo que se acepta H_0 , lo que significa que no existe asociación entre la ansiedad rasgo y estado en el G1. Ver tabla 10.

Tabla 10. Estado de salud del adolescente y ansiedad estado.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	356.250 ^a	342	.287
Likelihood Ratio	140.982	342	1.000
Linear-by-Linear Association	11.502	1	.001
N of Valid Cases	30		

a. 380 cells (100.0%) have expected count less than 5.
The minimum expected count is .03.

La tabla 11 resume la información obtenida con X^2 tras la comparación de la ansiedad rasgo-estado en el G1.

Tabla 11. Valores de ansiedad rasgo-estado en G1

	G1
Ansiedad rasgo	$X_1 = 0.529$
Ansiedad estado	$X_2 = 0.287$

El segundo objetivo particular es el siguiente:

- Reconocer algunos factores que estuviesen influyendo en la ansiedad rasgo-estado hallada en los adolescentes con LLA, como la influencia del tiempo de diagnóstico, número de tratamientos de quimioterapia y el servicio del médico tratante.

Prueba χ^2 entre las variables “ansiedad rasgo-estado” y “hace cuanto tiempo te diagnosticaron LLA”.

Se puede aseverar con una confianza del 95% y un $\alpha = 0.05$ que el valor de X^2 para independencia entre variables es de 0.0001 que es ≤ 0.05 . Por lo que se acepta H_a , lo que significa que existe asociación entre el tiempo de diagnóstico de la LLA y la ansiedad rasgo-estado observada. Ver Tabla 12.

Tabla 12. Ansiedad rasgo-estado e influencia del tiempo de diagnóstico

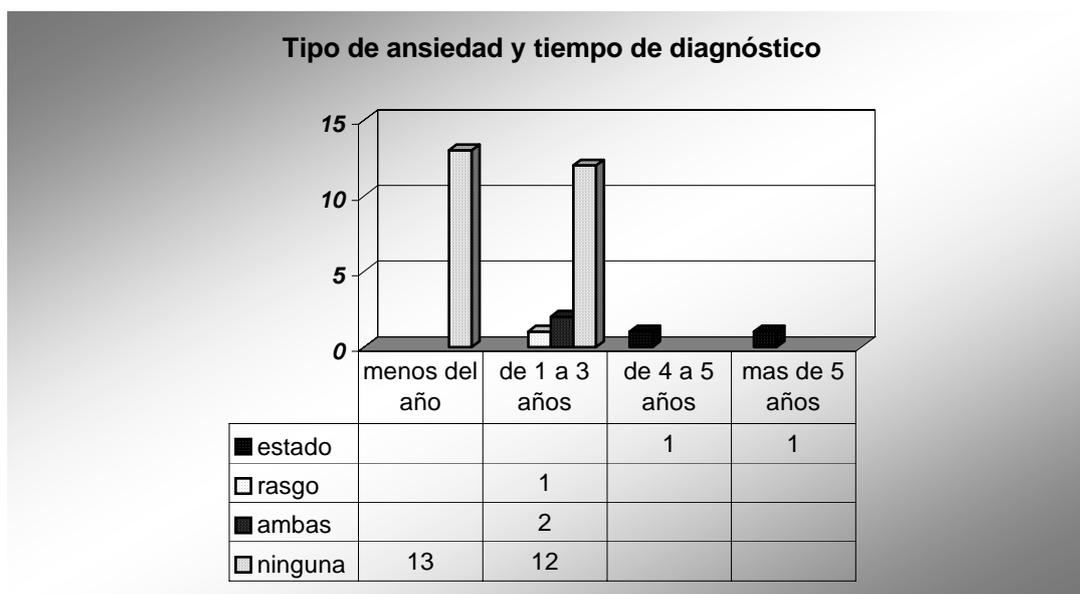
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.120 ^a	9	.000
Likelihood Ratio	18.752	9	.027
Linear-by-Linear Association	14.553	1	.000
N of Valid Cases	30		

a. 14 cells (87.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

En la gráfica 4 se ve que antes de un año 13 adolescentes con LLA no presentan ansiedad rasgo-estado, al pasar de un año a tres se manifiesta ansiedad rasgo en 1 adolescente y 2 adolescentes presentan las dos ansiedades (rasgo-estado). Al paso de 4, 5 o más años prevaleció la ansiedad estado con un solo caso respectivamente.

Gráfica 4. Ansiedad rasgo-estado y tiempo de diagnóstico de la LLA.



No se encontraron datos significativos entre el número de tratamientos de quimioterapia y el servicio del médico tratante con relación a la ansiedad rasgo-estado.

Respecto a la pregunta abierta sobre ¿Qué es lo que te preocupa más de tu enfermedad? Se hallaron las siguientes respuestas (ver tabla 13).

Tabla 13. Clasificación de respuestas

Preocupaciones	Número de casos en que se encontró el indicador
Por la enfermedad	4
Por el tratamiento y sus efectos colaterales	5
Por la poca o nula mejoría	5
Por las limitaciones en actividades cotidianas	7
Por las repercusiones familiares	5
Por recaídas	7
Por morir	3

En esta tabla se aprecia que las situaciones que generan mayor preocupación son las limitaciones del adolescente en actividades cotidianas y las posibles recaídas. En contraparte no les preocupa la posibilidad de morir.

Discusión

A partir de los resultados presentados y profundizando en ellos, se detallan los siguientes aspectos.

En un primer plano, el descriptivo se observó que ambas muestras son muy similares, en edad, con una media de 14.50 en el G1 y 15.93 en el G2. Asimismo se observan similitudes en el estado civil de las dos muestras, en su casi totalidad solteros, ocupados en su mayoría en actividades estudiantiles y con grado de escolaridad a nivel secundaria y bachillerato, la religión es preponderantemente católica.

La diferencia más significativa en la comparación de ambos grupos, se encontró en el género; ya que es representativo que el grupo con LLA se haya conformado por una muestra de 10 mujeres (33.3%) y 20 hombres (66.7%), mientras que el grupo de adolescentes clínicamente sanos tuvo una integración equitativa de 15 mujeres (50%) y 15 hombres (50%). La diferencia en el primer grupo se debe a que la LLA es más común en hombres que en mujeres.

Por lo que respecta al estado civil se encontró que únicamente un adolescente es casado.

Respecto a los análisis que se realizaron para cubrir los objetivos generales y particulares de esta investigación, se encontró que no existe diferencia significativa ni en el puntaje de ansiedad rasgo-estado entre G1 y G2, ni en la ansiedad rasgo-estado del G1.

Con el análisis de la media en los dos grupos se observó la diferencia en el puntaje. Al comparar el puntaje de ansiedad rasgo del G1 se encontró una media de 34.97, a su vez, la media en la puntuación de ansiedad rasgo del G2 fue de 37.07. Con estos datos es posible concluir que no existieron diferencias significativas al comparar el puntaje de ambos grupos. El resultado en la media del puntaje de ansiedad estado en el G1 fue 35.77, mientras que la media de la puntuación de ansiedad estado del G2 fue de 37.73, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas en el puntaje de ansiedad estado de los dos grupos.

El valor del puntaje obtenido de la media del G1 y G2 del presente estudio, puede compararse con las siguientes investigaciones: Por ejemplo, el puntaje promedio del IDARE en una muestra de 109 mujeres con un embarazo de curso normal del Instituto Nacional de Perinatología fue de 34.72 en la dimensión estado, y 37.75 para la dimensión rasgo (Morales & González, 1990). En otro estudio realizado con pacientes de medicina general y cirugía, en ansiedad estado se obtuvo una media de 42.38 y en ansiedad rasgo 41.91 (Spilberger & Díaz-Guerrero, 1975). Con estos datos se aprecia que existe similitud con los datos encontrados en el G1 y G2.

Respecto a la ansiedad rasgo-estado en el G1 tampoco se halló diferencia entre ambas. El valor encontrado para confirmarlo fue de 0.529 en ansiedad rasgo y 0.287 en ansiedad estado.

Los resultados no pueden explicarse desde un solo punto de vista debido a que no se sabe con exactitud qué variable tuvo mayor peso para no haber encontrado diferencias.

Como previamente se señalaba en la etapa de adolescencia existen crisis originadas entre otras cosas por la revaloración de lo que el adolescente tenía estipulado (crisis ideológicas, familiares, sociales, etc.). Remplein (1971) esquematizaba perfectamente a la adolescencia como “un puente oscilante e inestable”, donde a veces parece que se avanza y otras que se retrocede. Si se parte de esta perspectiva, no es que no exista ansiedad en el adolescente, únicamente puede haber un equilibrio con otros eventos que también la generan.

Si se toma como referente un proceso psicológico muy importante la denominada “Suposición de Invulnerabilidad” de la que hablaba Elkind (1984 citado en Papalia & Wendkos, 2001) es más fácil entender los hallazgos. Este proceso se relaciona con que el adolescente cree estar protegido por obra de magia, de lo que le ocurre a los demás, por ejemplo, el recibir un tratamiento de quimioterapia o la enfermedad misma no es sinónimo de peligro, ni tiene por que llevarlos a la muerte, ya que a esa edad “la muerte parece tan alejada del futuro inmediato”, por lo tanto “los otros son los que mueren”. Cuestión que se reafirmó cuando se les hizo la pregunta abierta ¿Qué es lo que te preocupa más de tu enfermedad? Como se observó solo 3 adolescentes contestaron directamente que la muerte. Lo que permite aseverar que el adolescente

presenta más preocupación por el cómo va a vivir, mas que por el cuánto va a vivir (Isacs, 1995).

Se partió de la idea de que se generaría un tipo particular de ansiedad porque en mayor o menor grado existía constatación de la vinculación del cáncer con las ideas de dolor, sufrimiento y muerte en las personas que lo padecen.

El sentido de los resultados puede explicarse en función de la adaptación del paciente a la LLA y al tratamiento de quimioterapia, entendida esta adaptación cuando se enfrenta la enfermedad con una actitud positiva, con deseos de vida más intensos, fortaleciendo las creencias espirituales o religiosas. Ello permite explicar el mayor acercamiento a la religión de los pacientes con LLA, 29 de 30 (96.6%); a diferencia de los adolescentes clínicamente sanos, 16 de 30 (53.4%). También puede suponerse que se han adaptado a la enfermedad y a su tratamiento por las experiencias previas al administrarles el medicamento, y por el apoyo que probablemente tengan de sus familiares, amigos, compañeros de escuela, trabajo.

No puede descartarse el lado opuesto de esta adaptación, cuando se oculta la insatisfacción mediante la negación y represión de emociones (Horrocks, 1994), necesariamente debería existir alguna reacción ante estos dos eventos porque se afecta con ello, tanto el propio proyecto de vida como el de la familia. Como mencionaba Isacs (1995) es común que el adolescente ante la enfermedad presente indignación y rabia.

Por otro lado, lo hallado en algunos datos permite establecer cierta asociación en aspectos como la ansiedad rasgo-estado y el tiempo de diagnóstico de la LLA. Por lo observado al paso de un año ya se presenta ansiedad rasgo o ambas ansiedades (rasgo-estado). También se puede ver que en casos aislados a partir de cuatro años prevalece la ansiedad estado; lo cual podría sugerir que con el paso del tiempo existirán mayores casos de este tipo de ansiedad (ver gráfica 10).

Quizás la prevalencia de ansiedad estado se vincularía con la sensibilización de los enfermos a la quimioterapia. Lo que explica que los adolescentes con leucemia se adaptan en los inicios del tratamiento, más gradualmente con el paso del tiempo y con la reiteración de los mismos, se generan algunas reacciones anticipatorias a estímulos

como el cuarto de la infusión, los olores, la enfermera, etc, con los malestares de la quimioterapia (Ortigosa et al., 2003). Esta situación se relaciona con lo que puede implicar una recaída, lo cual es reiterado por el número de veces en que se encontró este indicador (7).

Respecto a la pregunta abierta sobre ¿Qué es lo que te preocupa más de tu enfermedad? Se evidenció que su preocupación no es en torno a un mismo tema, enfocándose tanto a eventos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, como a las repercusiones sociales e individuales. Lo importante de estas respuestas es que proporcionan información sobre lo que si les preocupa.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados observados se llega a las conclusiones siguientes:

- No existe diferencia significativa entre el puntaje de ansiedad rasgo-estado entre el G1 y G2.
- No se halló diferencia entre la ansiedad rasgo-estado en el G1.
- Existe cierta asociación entre el tipo de ansiedad rasgo-estado y el tiempo de diagnóstico de la LLA. prevaleciendo a mayor tiempo la ansiedad estado.
- Existen variables que pudieron incidir en los resultados como la misma etapa y duración de la adolescencia.
- No hay elementos suficientes para concluir que no exista ansiedad en el G1, solamente puede haber un equilibrio entre la ansiedad generada por la LLA con otros eventos que también la generan.
- Después de haber trabajado con pacientes con leucemia y de los contratiempos surgidos a raíz de los cambios en el adolescente, se concluye que lo más conveniente cuando se trabaja con ellos, es aplicar instrumentos cualitativos, en donde exista la posibilidad de que el adolescente conteste abiertamente lo que en realidad siente y piensa; de lo contrario nos enfrentaremos con información trunca. Sin dudar se tiene que considerar qué temáticas son relevantes para ellos e investigar (antes que nada), todos los cambios psicológicos que se presentan, de no ser así, la información obtenida puede contradecirse, debatirse y explicarse desde muy distintos puntos de vista. Como lo fue en esta investigación.

Limitaciones

- Debido a los cambios físicos y psicológicos propios de la adolescencia, es difícil tener control total de variables.
- Por las condiciones y características mismas de la enfermedad existen pocos casos de mujeres con LLA.
- Existen problemas para la aplicación del IDARE en los pacientes con LLA, por factores como: Malestares físicos o emocionales, por los estudios médicos o por asistir únicamente a revisiones.
- No se podría asegurar la comprensión de los adolescentes sobre la terminología usada en las preguntas que integran el IDARE, como tenso, contrariado, ansioso, nervioso, agitado, melancólico.

Sugerencias

- Ampliar el número de adolescentes con LLA.
- Aplicar el IDARE en otros momentos del curso de la enfermedad.
- Considerar la utilización de otro instrumento psicológico que mida ansiedad, depresión o afrontamiento en adolescentes con LLA.
- Realizar investigación cualitativa, para ubicar los factores que expliquen la no diferencia.
- Prever la cantidad de tiempo que puede llevarse realizar una investigación de estas características.
- Considerar la propuesta de intervención explicada en el anexo D como una forma más de terapia psicológica que puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con LLA.

Anexos

Anexo A

Establecimiento del “rapport”: “Adolescentes con LLA, en tratamiento de quimioterapia”.

Buenos Días soy la Psicóloga Tania, egresada de la UNAM.

El día de hoy estoy aquí contigo porque se que a causa de tu enfermedad es posible que anímicamente te sientas mal.

¿Quieres preguntar o hablar sobre algo en especial?

En el mismo cuarto del paciente y ya logrado el “rapport” se procedió a pedir su colaboración para contestar 40 preguntas divididas en dos partes: La primera parte titulada “ansiedad estado” contenía de la pregunta 1 a la 20, y la segunda “ansiedad rasgo” partiendo de la pregunta 21 a la 40.

Antes de contestar el IDARE se recalcó a los pacientes que las instrucciones son diferentes para las dos partes del cuestionario, por lo tanto debían leerse con mucha atención y cuidado.

Anexo B

IDARE Ansiedad Estado

Instrucciones:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea (o si lo prefiere que le sea leída) cada frase y marque (o que le marquen) el número que indique **cómo 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 caso de que necesite ayuda dígalos por favor.

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento cansado.....	1	2	3	4
2. Me siento seguro.....	1	2	3	4
3. Estoy tenso.....	1	2	3	4
4. Estoy contrariado.....	1	2	3	4
5. Estoy a gusto.....	1	2	3	4
6. Me siento alterado.....	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4
8. Me siento descansado.....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso.....	1	2	3	4
10. Me siento cómodo.....	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso.....	1	2	3	4
13. Me siento agitado.....	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar".....	1	2	3	4
15. Me siento reposado.....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho.....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado.....	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido.....	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4

IDARE Ansiedad Rasgo

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea (o si lo prefiere que le sea leída) cada frase y marque (o que le marquen) el 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. En caso de que necesite ayuda dígalos por favor.

	Casi nunc a	Alguna s veces	Frecuenteme nte	Casi siempr e
21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado.....	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
33. Me siento seguro.....	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico.....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho.....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4

38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.....	1	2	3	4

Anexo C

Ficha

Diagnóstico_____

Estado Civil_____

Género_____

Religión_____

Edad_____

Ocupación_____

Escolaridad_____

Entrevista de cierre

¿Ahora quieres comentar algo?

1.- Si

2.- No

¿Cómo te sientes después de haber contestado el IDARE?

1.- Igual

2.- Bien

3.- Regular

4.- Mal

¿Hace cuanto tiempo te diagnosticaron la LLA?

1.- Menos de 1 año

2.-De 1 a 3 años

3.-De 4 a 5 años

4.-Más de 5 años

¿Hace cuánto tiempo que te administraron el primer tratamiento de quimioterapia?

1.- Menos de 6 meses

2.-De 6 meses a 1 año

3.-De 1 a 2 años

4.-Más de 2 años.

¿Cuántos tratamientos de Quimioterapia haz recibido?

1.-De 1 a 2

2.-De 3 a 4

3.-Más de 5

¿Cómo calificarías el servicio que te ofrece tu médico tratante?

1.-Excelente

2.-Buena

3.-Regular

4.-Mal

Finalmente, ¿Qué es lo que te preocupa más de tu enfermedad?

Anexo D

Propuesta Terapéutica

Y bien, debido a que el principal motivo de realizar esta investigación era conocer si efectivamente la enfermedad y el tratamiento de quimioterapia eran factores causantes de un tipo particular de ansiedad (rasgo-estado) y de ser así, proponer un modelo de intervención, enseguida se describe las características de este. Cabe aclararse que en éste estudio no se encontró diferencia entre el puntaje de ansiedad rasgo-estado entre los adolescentes con LLA en tratamiento de quimioterapia y la ansiedad de los adolescentes clínicamente sanos; por lo tanto la presente propuesta de intervención se enfoca exclusivamente a tratar la posible repercusión de la ansiedad, sea cual sea el tipo. Es importante aclarar que la propuesta se retomó y se adaptó del modelo de intervención para mujeres mastectomizadas de Buceta et al. (2000), además se recurrió a otros autores para complementarlo.

Las características quedan descritas por tres momentos básicos:

- Antes del tratamiento: La intervención abarca 1 semana antes de la administración de quimioterapia, en este punto, se discutirán y entrenarán las estrategias a utilizar ante los posibles malestares físicos y emocionales del tratamiento.
- Durante el tratamiento: Situación descrita por la ansiedad estado; es decir, cómo se siente la persona “en el momento, o sea, en el momento mismo de la quimioterapia,”. En este momento el modelo de intervención se aplicará (o autoaplicará) para aminorar los efectos de la quimioterapia, principalmente las náuseas y vómitos.
- Después del tratamiento de quimioterapia: Se incluirán los momentos que están descritos por las reacciones de la ansiedad rasgo; es decir, como se siente el individuo “generalmente” (después de que ya salió del tratamiento, cuando esta en su casa, con sus familiares, amigos, en el trabajo, etc.) por lo tanto, la intervención se abocará a la plena educación y concientización de los problemas físicos y emocionales que pueden surgir por la sola presencia de la enfermedad del cáncer.

Independientemente del momento en el que se necesite intervenir para los 3 tiempos se presentará, explicará y entrenará al paciente con un sistema de Autoregistro, en el que se medirán los parámetros de intensidad de ansiedad, intensidad y duración de náuseas y frecuencias de vómitos, antes, durante y después de cada tratamiento de quimioterapia. Para lograr este objetivo se utilizarán hojas de registro proporcionadas Buceta et al. (2000) los cuestionarios son los siguientes:

Antes del tratamiento de Quimioterapia

Ansiedad

Por la tarde

Por la noche

Náusea

Por la tarde

Por la noche

Vómitos

Durante el tratamiento de quimioterapia

Ansiedad

Náuseas

Vómitos

Al levantarse

Por la mañana

Al ir al hospital

En sala de espera

Durante la administración
De quimioterapia

Después del tratamiento de quimioterapia

Ansiedad

Náusea

Vómito

Mañana

Mañana

Tarde

Tarde

Noche

Noche

Al proporcionar el paciente los formatos de autoregistros, ya debidamente contestados, se podrá observar específicamente en que etapa del tratamiento de quimioterapia(o de la vida cotidiana) se puede intervenir. Las características de la intervención para cada etapa son las que se mencionan enseguida.

Antes del tratamiento de quimioterapia

Sesión 1.

- Se aportará información al paciente sobre las posibles reacciones psicológicas, sociales y físicas. Se dará la información auxiliándose de diapositivas, fotografías, filmaciones, testimonios de pacientes, etc. También se realizará una exposición razonada del programa que va a llevarse a cabo.

Se explicará que esta intervención consiste en el entrenamiento de distintas habilidades y de su puesta en práctica. Con esto se perseguirá la colaboración y adhesión al tratamiento.

Sesión 2.

- En esta sesión se procederá a dar información sobre el proceso de aprendizaje de náuseas y vómitos anticipatorios (este proceso fue descrito en el apartado de aspectos psicológicos de la quimioterapia, capítulo 1).

Sesión 3.

- Se comenzará un entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad. Lo primero a enseñar son ejercicios de respiración. Para una comprensión total, el psicólogo deberá ejemplificar los ejercicios; para lograr este aprendizaje se recurrirá a la propuesta formulada por Page (1993), su técnica consiste en las siguientes actividades:

1. Sostener la respiración por 10 segundos.
2. Después de 10 segundos, exhalar y decirse así mismo “tranquilo”.
3. Después de exhalar el aire, se tiene que “aspirar y exhalar por la nariz lentamente en un ciclo de 6 segundos”, se aspira por 3 segundos y se exhala por otros 3.

4. Al final de cada minuto (o después de 10 respiraciones) se sostiene la respiración otra vez por 10 segundos y luego exhala en un ciclo de 6 segundos.
5. Se continúa sosteniendo la respiración y respirando lentamente.

Sesión 4.

- Se pondrá en práctica un procedimiento de exposición prolongada del escenario generador de ansiedad (quimioterapia), el cual se acompañará de la técnica de respiración vista anteriormente. El fin es simular el ambiente que le genera ansiedad al paciente, para saber como enfrentarlo.

Un ejemplo de esta exposición es:

“Estás en la sala de espera /.../, la enfermera sale de la habitación de quimioterapia /.../, se dirige a la sala de espera /.../, te llama /.../, ahora estas en el consultorio solo (a) /.../, observas los aparatos y mangueras por donde pasará la quimioterapia /.../, la enfermera prepara el material de la infusión /.../, te indica que te descubras el cuello /.../, humedece la zona donde introducirá el catéter /.../, empiezas a sentir malestar /.../.

Sesión 5.

- Se enseñará al paciente la técnica de detención del pensamiento que consiste en terminar con ideas indeseables, pensamientos autodestructivos, y pensamientos evocadores de angustia (Wolpe, 1958 citado en Slaikou, 1988).

Se le pedirá al paciente que piense intencionalmente sobre lo que le causa malestar, cuando el paciente indica que está inmerso profundamente en la cognición, el terapeuta grita “alto”. A menudo esto producirá una respuesta de susto que puede interrumpir el pensamiento indeseable. De esta manera se instruirá al paciente para practicar la detención del pensamiento como exposición razonada, y también para que la ponga en practica por si mismo.

Inicialmente se le dirá al enfermo que exclame la orden de “alto”, pero por último el signo presentado en sí mismo se da en forma disimulada.

Sesión 6.

- El objetivo de esta reunión será afianzar los ejercicios enseñados y practicados fuera de la sesión.

Durante el tratamiento de quimioterapia

En esta etapa el objetivo será que el Psicólogo tenga conocimiento de cómo intervenir en el manejo y control de náuseas y vómitos condicionados. Para lograrlo se proponen a continuación algunos ejercicios.

Sesión 1.

Hipnosis

Basándose en la información que proporcionan Zelzer, Kellerman, Ellenberger y Dash (1983 citados en Buceta et al., 2000) sobre que la hipnosis se utiliza entre otras cosas para reducir ansiedad, vómitos y náuseas, producto de la quimioterapia, será conveniente utilizar esta técnica. Sin embargo y aunque cada psicólogo puede proponer la forma de hacer hipnosis, Simonton, Matthews-Simonton y Creighton (1981 citados en Bayés, 1995) puntualizan que las imágenes utilizadas para ser eficaces en la modificación del curso del cáncer, deben poseer las características siguientes:

- Las células cancerosas deben aparecer débiles, poco cohesionadas, blandas y fácilmente vulnerables, como la carne de una hamburguesa o huevos de pez.
- El tratamiento médico debe ser visto como fuerte y poderoso, claramente capaz de combatir y destruir al cáncer.
- Las células sanas, que también reciben los embates del tratamiento médico, no deben tener dificultad en reparar con rapidez cualquier posible daño producido mientras que las células cancerosas, más débiles, tienen que ser incapaces de ello.
- Los glóbulos blancos aparecen vigorosos y sobrepasan en número a las células cancerosas. La victoria de los glóbulos blancos debe aparecer inevitable.
- Los glóbulos blancos tienen que mostrarse en todos momentos fuertes y agresivos, imponiéndose de forma clara a las células cancerosas, a las que vencen y destruyen.

- Es importante que el paciente visualice cómo las células cancerosas muertas son expulsadas del organismo de forma normal y natural, sin que este proceso biológico requiera ningún esfuerzo especial o mágico.
- Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mismo lleno de salud y libre del cáncer.

La técnica es conveniente utilizarla no solamente cuando se reciba el tratamiento de quimioterapia, si no por el contrario y como sugieren Simonton et al. (1995) realizarla 3 veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos, esto con el fin de que el paciente fortalezca su confianza en que se posee control real sobre la evolución de su enfermedad.

Sesión 2.

Técnicas de control atencional

En cada sesión de quimioterapia es conveniente utilizar técnicas de distracción, por ello, desde antes se puede pedir al paciente que elija que es lo que le gustaría hacer o ver, al estar en su tratamiento; algunas sugerencias pueden ser:

- Videojuegos.
- Programa de televisión.
- Películas.
- Filmes realizados por el propio paciente o por algún familiar.

Sesión 3.

Terapia musical

La música de relajación también puede emplearse para que el paciente aminore la sensación de ansiedad, náuseas o vómitos (si llega a detectarse en el autoregistro que el tratamiento de quimioterapia causa estos malestares). El tipo de música conveniente es:

- Sonidos ambientales: Agua, aire, frío, calor, etc.
- Sonidos de animales: Pájaros, gaviotas.
- Música instrumental: Piano, violín, etc.
- Música clásica.
- Cantos gregorianos.

Después del tratamiento de quimioterapia

Se trabajará en la prevención de recaídas. También y según progrese el tratamiento de quimioterapia, se abordarán metas a más largo plazo (3, 6 ó 12 meses) se harán planes prácticos para alcanzarlos.

Sesión 1.

Secuenciación de actividades

Se intentará ayudar al paciente a planificar y usar el tiempo disponible tan activa y normalmente como se pueda. Para lograr este objetivo cada paciente deberá realizar un horario (tipo escuela) que incluirá actividades que sean del agrado para éste, un ejemplo es el siguiente:

Actividad/ Mes para realizar la actividad

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Salir de vacaciones.		*	*			
Visitar familiares lejanos.	*					
Ir a eventos deportivos.				*		
Asistir a la escuela.	*	*	*	*	*	*

Sesión 2.

Solución de Problemas

El objetivo se centrará en reducir la posible ansiedad causada por temas menos urgentes, pero igualmente importantes, por ejemplo: Aislamiento social, problemas de comunicación, afrontamiento de posibles consecuencias del cáncer, etc., para este fin, se enseñará a los pacientes la llamada técnica de solución de problemas. Nezu (2001) señala esta técnica se compone de:

- Definición y formulación del problema.
- Generación de alternativas (por medio de lluvia de ideas).
- Toma de decisiones (análisis costo-beneficio).
- Verificación de soluciones (ya que se tomó una decisión se evalúa su efectividad y se reparan las fallas si el resultado es insatisfactorio).

Sesión 3.

Entrenamiento en Autoinstrucciones Positivas

Es importante esta técnica, porque las autoverbalizaciones que los pacientes tienen con respecto a la quimioterapia son muy desadaptativas:

“Ya no puedo seguir”, “esto me está matando”, “esto es peor que la propia enfermedad”.

Si se entrena al enfermo con autoinstrucciones positivas se generan verbalizaciones alternativas, que indudablemente generarán de nueva cuenta un mejor control sobre la enfermedad. Estas nuevas autoverbalizaciones pueden ser:

- “Sé que la quimioterapia me hace sentir mal durante unos días, pero gracias a ella voy a conseguir curarme”.

En esta sesión concluye la propuesta de intervención psicológica dirigido a pacientes oncológicos, especialmente a aquellos adolescentes con LLA.

Referencias

- Archundia**, S. B. (1991). Evaluando la ansiedad. México: Nuevas Ediciones.
- Argüelles**, R. G. J. (1998). Fundamentos de Hematología. Argentina: Panamer.
- Argüelles**, R. G. J. (2001). Fundamentos de Hematología (2ªed). México: Panamericana.
- Asato**, B. M. L. (1990). La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor. Tesis para optar al Título Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Balmori**, A. & Alonso, J. I. (2004). Psicología. Colombia: Mc Graw Hill.
- Barrios del C**, S. M. (2003). Factores causantes de ansiedad en adolescentes de 15-18 años con respecto a sus relaciones interpersonales. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Bayés**, R. (1995). Psicooncología. Barcelona: Masson.
- Berthaux**, J. P. A. (1981). Gerontología Geriatria. Barcelona: Masson.
- Berryman**, J. C. (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno.
- Blos**, P. (1987). Psicoanálisis de la adolescencia (7ªed). México: Joaquín Mortiz.
- Bonachona**, G. (1983). Manual de Oncología Médica. España-Madrid: Masson.
- Brown**, D. P. & Laskin, S. D. (1993). Envejecer Juntas. Barcelona: Paidós.
- Buceta**, J. M., Bueno, A. M. & Mas, B. (2000). Intervención psicológica en trastornos de la Salud. Madrid: 2000.
- Cabayero**, M. L. (2000). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10. Madrid-España: Medica Panamericana.
- Castro**, P. S. (1993). Manual de Patología General (5ªed). México: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Choren**, J., Goicoechea, G. & Rull, M. (1990). Literatura Mexicana e Hispanoamericana. México: Publicaciones Cultural.
- Crispo**, R. & Guelar, Z. D. (2002). Manual de Supervivencia: Guía para padres e hijos. México: Gedisa.
- De la Serna**, P. (2001). Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Valencia*, 28, 229-253.
- Del Moral**, M. (1992). Psicología Práctica: Dolor y Muerte. Madrid: Espacio y tiempo ediciones.

- Devita, T. V.** (1988). *Cáncer Principios y Práctica de Oncología* (2ªed). España: Salvat Editores.
- Die Trill, M.** (1989). Efectos Psicosociales del Cáncer en el Enfermo Pediátrico y su Familia. *Libro de Ponencias y Comunicaciones de las Primeras Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al niño con cáncer*, 4 (7), 97-112.
- Ehrlich, M. I. E.** (1994). *Los esposos, las esposas y sus hijos*. México: Trillas.
- Elkin, G. D.** (2000). *Psiquiatría Clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Farreras, V. P.** (2000). *Medicina Interna* (14ªed). España: Elsevier.
- Fernández, O. M. A.** (2004). El Impacto de la Enfermedad en la Familia. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 6(47), 39-45.
- Fuentenegro, D. F.** (1990). *Psiquiatría y Psicología Clínica*. España: Mc Graw-Hill / Interamericana.
- Gesell, A. & Bates, A. L.** (1987). *El adolescente de 10 a 16 años*. Barcelona: Paidós.
- Gesell, A. L.** (1992). *El niño de 11 y 12 años*. Barcelona: Paidós.
- Gómez-Maqueo, E. L., Ampuda, A. & Duran, C.** (1998). *MMPI-A. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes* (Trad). México: Manual Moderno.
- González, A.** (2001). *Trastornos médicos frecuentes en Oncología*. México: Mc Graw Hill.
- Harrison, T. R.** (1998). *Principios de Medicina Interna* (4ª ed). México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R. B.** (1997). *Diseño de una prueba motora para evaluar ansiedad y angustia-estado*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Hernández, S. R., Fernández, O. C. & Baptista, L. P.** (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hewtone, M & Col.** (1993). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona: Ariel.
- Hoffbrand, A. V.** (1991). *Hematología Básica*. México: Limusa.
- Horrocks, J. E.** (1994). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Hurlock, E.** (1980). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Paidós.
- Isacs, R.** (1995). *La educación de las virtudes humanas*. España: Minós.
- Kimmel, C. D. & Weiner, B. I.** (1994). *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Khoury, S. C. J. & García, C. B. J.** (1991). *Cáncer: Los grandes especialistas responden*. España: Publicaciones Médicas Aguilar.
- Kuthy, M. I.** (1993). El paciente terminal y su familia. *Revista del Residente de Psiquiatría*, 4 (2), 22-25.

- Levine, S.** (1982). ¿Quién muere? Buenos Aires: Era Naciente.
- López, F. M.** (2004). Muerte una reflexión acerca de la vida. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Mascaró, Y. J. M.** (2000). Diccionario Médico (4ªed). Barcelona: Masson.
- Massie, M. & Holland, J.** (1987). The cancer patient with pain: Psychiatric complications and their management. New York: Med Clin North Am.
- Mejía, G. A & Ramelli, M. M. A.** (2006). Interpretación clínica del laboratorio (7ªed). Colombia-Bogotá: Panamericana.
- Morales, C. F & González, C. G.** (1990). Normalización del Instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(7), 75-77.
- Muñoz, C. O., Espinoza, A. J. M. & Portillo, S. J.** (2002). La familia en la enfermedad terminal. *Revista Medicina de familia*, 3(1), 190-199.
- Nezu, A.** (2001). Helping cancer patients cope. Washington: American Psychological Association.
- Ortigosa, Q. J. M., Quiles, S. M. J. & Méndez, C. F. X.** (2003). Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia. Madrid: Pirámide.
- Page, A.** (1993). ¡No se asuste! Venza la Ansiedad, Fobias y Tensión. México: Medix.
- Papalia, D. E. & Wheel os, O. S.** (2001). Desarrollo Humano (8ªed). Colombia: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E.** (1985). Psicología del desarrollo (3ªed). México: Mc Graw Hill.
- Parakrama, C. & Taylor, C. R.** (1999). Patología General (3ªed). México: Manual Moderno.
- Pichot, P.** (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona-España: Masson.
- Pizzo, P. P. D.** (1993). Pediatric Oncology: *Library of congress cataloging in publication data*, 1(2), 120-135.
- Remplein, H.** (1971). Tratado de Psicología Evolutiva. Barcelona: Labor.
- Ríos, N.** (1993). Crisis familiares. España: Ed. Narcea S. A.
- Robles, R.** (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez, H. V.** (1999). Depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama, en el Instituto Nacional de Cancerología. Tesis para optar al Título Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.

- Ruiz, A. G. J.** (1998). Fundamentos de Hematología (2ª ed). Argentina: Panamericana.
- Salvarezza, L.** (1998). La vejez: Una mirada gerontológico actual. Buenos Aires: Paidós.
- Sarason, G. I.** (1990). Psicología Anormal: Los problemas de la conducta desadaptada (3ªed). México: Trillas.
- Slaikeu, K. A.** (1988). Intervención en Crisis. México: Manual Moderno.
- Sosa, R. M^a. P.** (2002). Manual de actualización para enfermería Onco-Hematológica. México: Glaxo.
- Spielberger, C. & Díaz-Guerrero, R.** (1975). Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado IDARE. México: Manual Moderno.
- Vallejo, J. A.** (1990). La puerta de la esperanza. Madrid: Planeta.
- Vences, E. L.** (2001). Representación Social de la Muerte. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Weisman, A. D.** (1984). Un modelo Psicosocial en el cáncer. New York: Corporación Publicitaria Plenum.

Documentos electrónicos

- Fundación Científica de la Asociación Española de la lucha contra el Cáncer.** (2002). El cáncer en el mundo. Recuperado el 29 de abril de 2007, de <http://www.Cancer.org/downloads/AA/cancerAtlasTableB.pdf>.
- Instituto de Estadística, Geografía e Informática.** (2007, 4 de febrero). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Recuperado el 29 de abril de 2007, de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/cancer07.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública.** (2006, Octubre). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Recuperado el 29 de abril de 2007, de http://www.insp.mx/en_sanut.