



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PEDIATRÍA "DR. SILVESTRE FRENK FREUND"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

***"Asociación entre el estilo de afrontamiento y el nivel de ansiedad
en adolescentes con cáncer"***

Registro: R-2016-3603-88

Tesis para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil y de la
Adolescencia

Presenta:

DRA. SANDRA CAROLINA HERRERA ORTIZ

Residente de Psiquiatría Infantil Y de la Adolescencia

UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Matricula: 99105968

Correo electrónico: carolinaherreraortiz17@gmail.com

Asesores:

DR. LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA

Profesor titular del curso de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Matricula: 9639519

DR. JUAN ANTONIO GIMÉNEZ SCHERER

Médico y Maestro en Ciencias en Inmunología UNAM

Investigador Asociado C en la unidad de Investigación Médica en Inmunología

UMAE Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Matricula: 10231781





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

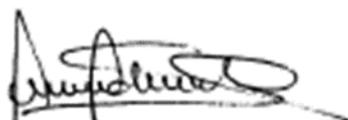
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

COMITÉ: 3603

NUMERO DE REGISTRO: R-2016-3603-88



Dra. Amanda Idaric Olivares Sosa

Jefe de la División de Educación en Salud

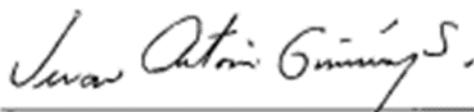
Hospital de Pediatría UMAE "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN Siglo XXI



Dr. Leonel Jaramillo Villanueva

Profesor titular del curso de especialización de Psiquiatría Infantil y del Adolescente

Hospital de Pediatría UMAE "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN Siglo XXI



Dr. Juan Antonio Giménez Scherer

Investigador Asociado C en la Unidad de Investigación Médica en Inmunología

Hospital de Pediatría UMAE "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN Siglo XXI



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3603 con número de registro 13 CI 09 015 192 ante COFEPRIS

HOSPITAL DE NEONATOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, D.F. SUR

FFC-HA 19/13/2013

MTR. LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Asociación entre el estilo de afrontamiento y el nivel de ansiedad en adolescentes con cáncer"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3603-88

ATENTAMENTE

DR. (A) HERMILO DE LA CRUZ YÁÑEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3603

IMSS

ÍNDICE

Resumen.....	5
Glosario.....	6
Antecedentes.....	8
Planteamiento del problema.....	21
Justificación.....	22
Pregunta de investigación.....	23
Hipótesis.....	23
Objetivos.....	23
Metodología.....	24
Consideraciones éticas.....	29
Resultados.....	30
Discusión.....	37
Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	47

RESUMEN

Herrera-Ortiz SC, Jaramillo-Villanueva L., Giménez-Scherer JA

TÍTULO:

Asociación entre el estilo de afrontamiento y el nivel de ansiedad en adolescentes con cáncer

ANTECEDENTES:

La patología oncológica ocupa el segundo lugar de mortalidad en el grupo de edad entre los 5 y 14 años en México, siendo una de las causas principales de morbi-mortalidad en el mundo. Este diagnóstico representa un desafío familiar. La estructura personal, los aspectos culturales, las experiencias previas influyen directamente en el afrontamiento. El diagnóstico en la adolescencia genera gran impacto emocional, debido a que ya son capaces de evaluar y comprender el impacto de la enfermedad y las posibles consecuencias.

La prevalencia de psicopatología en pacientes hemato-oncológicos es discrepante, oscila entre 4.5 y 50%. Se ha encontrado la presencia de ansiedad entre el 30 y el 35% de los pacientes diagnosticados con cáncer. Estudios refieren disminución de la ansiedad al paso del tiempo del diagnóstico.

Objetivo: Identificar el estilo de afrontamiento utilizado por los adolescentes con enfermedad hemato-oncológica que desarrollan un mayor nivel de ansiedad.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico, mediante la aplicación del cuestionario para evaluar el afrontamiento en adolescentes de Frydenberg y Lewis y la escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS). El presente se llevó a cabo en la UMAE hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI, en adolescentes (9 a 16 años 11 meses) con diagnóstico hemato-oncológico.

Se realizó estadística descriptiva, análisis bivariado con la prueba de X^2 para determinar diferencias entre los estilos de afrontamiento y el nivel de ansiedad; la asociación entre variables se midió por medio de razón de prevalencias. El análisis se realizó con el programa estadístico versión 20.0.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Se conjuntó una muestra de 70 pacientes, 31 mujeres y 39 hombres, con una media de edad de 13 años, 49% presentaron manifestaciones de ansiedad, 51.4% utilizan el estilo de afrontamiento productivo, las estrategias más utilizadas fueron fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y el apoyo espiritual, no se encontró diferencia estadísticamente significativa respecto a la utilización de un tipo de estilo de afrontamiento específico en los pacientes con manifestaciones de ansiedad.

GLOSARIO

Aceptación: Acción de recibir de manera voluntaria y de acuerdo una cosa, un objeto, una noticia e incluso al sí mismo.

Adaptación: Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social. Interacción entre el individuo y el medio en que vive, la adaptación marca la modificación armoniosa de la conducta respecto a las condiciones del medio.

Afrontamiento: procesos cognitivos y conductuales modificables que se desarrollan para manejar demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos individuales.

Angustia: Estado emocional de sufrimiento en el que el sujeto responde a un miedo desconocido, se pueda acompañar de malestar emocional y neurovegetativo.

Ansiedad: emoción compleja de características similares a la angustia, pero que en su origen no reconoce un factor somático generador de los temores. Estos surgen de factores psíquicos; preocupaciones, fracasos; factores morales, remordimientos, responsabilidades, entre otros.

Autocontrol: Capacidad o cualidad que posee el individuo de control y/o dominio sobre sí mismo.

Autoestima: Valoración que el individuo tiene del sí mismo, como opinión personal pudiendo superar la racionalización y lógica.

Cognitivo: relacionado con el proceso de adquisición de conocimiento por información recibida por el ambiente y aprendizaje, varios factores relacionados con el desarrollo intelectual y la experiencia están involucrados, esencialmente el pensamiento.

Conductual: Se refiere a lo relacionado al comportamiento que tiene cada uno de los individuos.

Estrategia de afrontamiento: Acciones precisas realizadas por el individuo como respuesta a situaciones consideradas como estresantes (buscar apoyo, diversiones relajantes, actividad física, buscar apoyo profesional, apoyo espiritual, etc.)

Estilo de afrontamiento: Agrupamiento de estrategias de afrontamiento dado por tres tipos: resolución de problemas, referencia a otros y afrontamiento no productivo.

Estrés: Desbalance entre la percepción de las demandas impuestas y los recursos que se tienen para afrontarlas evaluando el entorno como amenazante.

Estresor: Situaciones o factores que desencadenan una respuesta estresante pudiendo ser cualquier estímulo ya sea interno o externo (físico, somático, social, familiar)

Mecanismos de defensa: Mecanismos inconscientes que los individuos emplean para defenderse de emociones o pensamientos que producirían ansiedad, tristeza u otra emoción desagradable.

Miedo: Emoción primaria desagradable provocada por una percepción de peligro o amenaza identificada por el individuo.

Negación: Mecanismo que consiste en negar la existencia de algún conflicto, estresor o situación determinada con relevancia para el individuo.

Personalidad: Conjunto de características psíquicas de cada persona,

organización interna que determina el actuar de las personas en determinadas circunstancias.

Psicoeducación: Intervención brindada esencialmente a los padres de los infantes o adolescentes de tipo informativo sobre los diagnósticos, apoyo emocional, estrategias y técnicas de resolución de problemas.

Psíquico: procesos y fenómenos que tienen lugar en la mente.

Red de apoyo: Estructura principalmente social que brinda algún tipo de contención, sostén, apoyo y/o ayuda a alguien.

Vínculo: unión, relación o atadura de una persona con otra de forma bidireccional, que permanece a través de las etapas de los individuos.

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES CON CÁNCER

ANTECEDENTES

La patología oncológica es una de las causas principales de morbi-mortalidad en el mundo, en el 2012 hubo aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el mundo ¹, se calcula que del 3 al 4% son niños y adolescentes, anualmente más de 160,000 pacientes menores de 20 años son diagnosticados con cáncer ².

En México el cáncer ocupa el segundo lugar en mortalidad en el grupo de edad entre los 5 y los 14 años, solo por debajo de los accidentes; Se estima que ocurren 122 casos por millón por año en grupo etario de 0 a 18 años ³.

En la UMAE hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI del IMSS el mayor porcentaje de interconsultas recibidas por el servicio de Salud Mental corresponde en un 34% a los servicios de Hematología y Oncología ⁴. Los trastornos de ansiedad han sido reportados como las afecciones psiquiátricas más frecuentes en la infancia con una prevalencia que oscila entre el 9-21% su identificación suele ser difícil, pueden corresponder a manifestaciones temporales y adaptativas, con sintomatología polimorfa en muchos casos asociada a quejas somáticas ⁵. El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de América (*National Cancer Institute* NCI) reporta que la ansiedad se presenta en grados variables en los pacientes oncológicos, encontrándose que el 44% refiere ansiedad leve y el 23% moderada ⁶; en el estudio realizado en esta Unidad en el 2015 por la Dra. Navidad Galicia se encontró que el 54% de los pacientes en edad escolar presentaron síntomas de ansiedad ⁷.

El diagnóstico oncológico de un niño o un adolescente implica enfrentarse a muchos desafíos, tanto para el paciente como para la familia; el cáncer genera una crisis de vida para cada uno de los involucrados y el paciente toma un rol preponderante que demanda mayor atención y tiempo por parte de los cuidadores. Hasta cierto punto es previsible que experimenten miedo y ansiedad, el temor a un futuro incierto, a lo desconocido, es normal, sin embargo, el nivel de

ansiedad estará modulado por la percepción individual del estresor y la capacidad de afrontamiento.

EL CÁNCER EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, se caracteriza por una serie de cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales, esta etapa puede tornarse difícil tanto para el adolescente, como para la familia por las modificaciones implícitas en el crecimiento y desarrollo. Recibir el diagnóstico oncológico en la adolescencia constituye mayor desafío comparado con la infancia o la adultez, por la vulnerabilidad psicológica que esta etapa involucra ⁸. Es importante recordar que en esta fase de la vida, el sujeto inicia su independencia y esta enfermedad amenaza los anhelos del individuo, provocando mayor dependencia y necesidad de apoyo; las intervenciones psicosociales al adolescente y su familia se vuelven una piedra angular en el tratamiento, se busca favorecer la escolarización, la socialización y brindar apoyo psicológico; a esta edad, la preocupación del paciente se centra esencialmente en la pérdida de funciones vitales y aislamiento social ⁹. El efecto del cáncer en el adolescente supone una carga añadida al efecto del padecimiento maligno que puede implicar la pérdida o disminución de la autoestima, alteración de la imagen corporal, detención de la maduración y aparición de los caracteres sexuales, así como temor al rechazo de sus pares; por otro lado, los efectos secundarios de los tratamientos y los propios de la enfermedad, favorecen los cambios que se producen en la autoimagen, pudiendo mermar la autoestima, entre ellos la alopecia, el incremento o disminución de peso, trastornos del crecimiento y/o secuelas por intervenciones quirúrgicas ^{8,10}.

El adolescente debe recibir información oportuna y clara acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, esto beneficiará la aceptación de la enfermedad, minimizando la ansiedad y favoreciendo la participación activa en el proceso de la enfermedad.

La vida familiar se ve afectada en diversos grados en cada miembro de la familia, al igual que los padres y el paciente, los hermanos requieren información acerca del diagnóstico y psicoeducación referente al manejo del paciente, esta información debe proporcionarse en diversos momentos de la evolución ya que en el momento inicial se dificulta la asimilación de toda la información y el duelo puede nublar la comprensión de la misma¹¹.

EL CÁNCER Y LA ANSIEDAD

La prevalencia de ansiedad en pacientes oncológicos ha sido discrepante, los valores han oscilado entre 4.5 y 50% la gran mayoría de ellos respecto a trastornos afectivos, ansiosos y malestar psicológico, estas variaciones posiblemente se deben a las diferencias metodológicas, las variables sociodemográficas, el estado físico del paciente, el tiempo de diagnóstico y/o el instrumento utilizado para el diagnóstico.¹²

En el estudio realizado en el Hospital de Pediatría de CMN Siglo XXI, en 53 pacientes oncológicos con una media de edad de 12 años, se observó que el 54.7% presento síntomas de ansiedad, los subtipos presentes fueron ansiedad por separación, temor por lesiones físicas, agorafobia y fobia social. Los síntomas de ansiedad predominaron durante la quimioterapia intrahospitalaria (58.62%), y presentaron mayor ansiedad subclínica (sin llegar a ser una patología que requiriera de tratamiento) aquellos que conocían información acerca de su diagnóstico (93.1%).⁷

El cáncer es una enfermedad crónica, entendiéndose por esta un trastorno orgánico-funcional que obliga a tener modificaciones en el estilo de vida y que persistirá por largo tiempo. Para el afrontamiento del estrés que representa este diagnóstico, la persona debe hacer uso de sus recursos emocionales, conductuales y cognitivos con los que cuente, estos se han ido formando a lo largo de su vida dependen de la historia personal.¹³

Es importante remarcar que la ansiedad es una emoción presente en todos los individuos y que como tal, es un mecanismo de supervivencia que permite responder ante cualquier amenaza, estresor o situación inesperada; la ansiedad fisiológica produce reacciones adaptativas ante las circunstancias imprevistas, sin embargo, esta reacción puede ser muy elevada y generar respuestas desadaptativas que terminen en un trastorno de ansiedad.¹⁴

En palabras del Dr. Juan C. Betta: *"la ansiedad es una emoción compleja de características similares a la angustia, pero que en su origen no reconoce un factor somático generador de los temores. Estos surgen de factores psíquicos; preocupaciones, fracasos, factores morales, remordimientos, responsabilidades, etc. Los enfermos suelen manifestar que sienten angustia sin saber a qué atribuirla, es una angustia sine materia, de origen puramente psíquico"*.¹⁵

Como clínicos es importante distinguir entre ansiedad normal, transitoria, preocupaciones esperadas para la edad, de los trastornos de ansiedad. Múltiples factores pueden intervenir en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en la infancia, entre los que podemos citar, la influencia genética, el temperamento, la reactividad autonómica, la sensibilidad ante la ansiedad, así como factores ambientales como por ejemplo los estilos de apego, conductas paternas, problemas sociales, eventos de vida estresantes o negativos por nombrar algunos de los más relevantes.¹⁶

En diversas investigaciones se ha reportado una importante asociación entre los trastornos de ansiedad y las enfermedades médicas, en algunos estudios de casos y controles se han demostrado mayor incidencia de enfermedades médicas en los pacientes portadores de trastorno de ansiedad, por ejemplo los pacientes con trastorno de pánico son más propensos a tener comorbilidad con angina de pecho, prolapso de la válvula mitral, enfermedades respiratorias, migraña, úlcera péptica, diabetes mellitus y enfermedad tiroidea, sin embargo aún no está clara la naturaleza de esta fuerte asociación.¹⁷

En el cáncer existen muchas vicisitudes a las cuales podemos atribuir los síntomas de ansiedad, desde los cambios en la imagen corporal que pueden afectar la autoestima, las modificaciones en los roles familiares, el dolor físico, los efectos secundarios atribuibles a los tratamientos, las estancias hospitalarias prolongadas, el miedo a la muerte, al sufrimiento, a enfrentarse a lo desconocido, entre muchas otras.¹⁸

Los elementos que desencadenan la ansiedad en los pacientes pediátricos con patología oncológica varían de acuerdo al grupo etario, en los menores de 6 años la separación de sus figuras vinculares puede representar su fuente de angustia, los niños entre 6 y 10 años externalizan temor a los procedimientos médicos, mientras que los adolescentes reaccionan ante la posible pérdida de funciones corporales.¹⁹

Durante el tratamiento de una patología hemato-oncológica los pacientes experimentan diversas alteraciones tanto físicas como emocionales; en un estudio realizado en el Hospital Federico Gómez con pacientes hemato-oncológicos se observó mejoría estadísticamente significativa entre la primera y la segunda medición a dos semanas y dos meses del diagnóstico respectivamente (sin intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica) en las siguientes variables: ansiedad por procedimientos, la ansiedad por tratamientos, problemas cognitivos y la comunicación, posiblemente atribuible a las capacidades de adaptación de los niños.²⁰

Existen áreas de estudio relativamente recientes y aun nebulosas que podrían explicar de una forma más directa la asociación entre el estrés y el cáncer; algunas investigaciones en laboratorio demuestran que la persistencia de un estresor por un tiempo máximo de media hora genera incremento de subpoblaciones de linfocitos T, mismas que vuelven a la normalidad al desaparecer el estresor, esto posiblemente se relaciona con una liberación aguda de catecolaminas; por otro lado la exposición prolongada al estrés también se asocia con la disminución de células Natural Killer.^{21, 22}

El cáncer al ser un grupo muy heterogéneo y con etiologías múltiples ha dificultado las investigaciones respecto a estas asociaciones, sin embargo, algunas publicaciones revelan relación entre la alteración de las células natural killer y la progresión tumoral, mismas modificaciones que se han vinculado a la presencia de estrés psicológico.²³

Los estudios en relación a la Psiconeuroinmunología aún están en fases iniciales, no obstante, los hallazgos son prometedores, sugiriendo que la percepción y reacción personal ante los factores estresantes, así como las estrategias de afrontamiento empleadas pudieran provocar variaciones endocrinas e inmunológicas.²²

EL CÁNCER Y EL AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es un tipo de respuesta dinámica y multifuncional que se forja ante situaciones que se aprecian como estresantes. Las respuestas ante el estrés son producto de la continua interacción entre cada persona y su medio, en esta interacción cada escenario es percibido como estresante o no, por cada persona en función de distintos factores psíquicos más allá de las características objetivas de cada estresor. ²⁴ Una vez que la situación ha sido codificada como estresante, el individuo debe desarrollar una serie de estrategias para hacer frente a la situación a lo que se llama estrategias de afrontamiento, estas influirán de forma directa con la respuesta al estrés. ²⁵ Lazarus y Folkman también refieren el afrontamiento como *“aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*,²⁴ la conceptualización realizada por estos autores es quizá la más aceptada, sin embargo existen discrepancias en la definición respecto a otros autores, por ejemplo, en 1981 Caplan definió el afrontamiento como el comportamiento de una persona para disminuir a límites tolerables las manifestaciones tanto psíquicas como fisiológicas de la respuesta

emocional durante y posterior al evento estresante, refiriendo que la persona utiliza recursos internos y externos y desarrolla habilidades nuevas que le permitan cambiar su entorno para disminuir y enfrentar la amenaza.²⁶ Así mismo Weisman y Worden en 1976 lo definieron como la reacción que tiene un individuo ante un problema, para alcanzar la calma y el equilibrio, diferenciando el afrontamiento defensivo relacionado a la solución del problema y el afrontamiento de evitación²⁷. Pearlin y Schooler (1978) se refieren al afrontamiento como toda reacción a los estresores que se utiliza para prevenir, evadir o controlar el dolor emocional que generan estas situaciones, enunciando tres funciones del afrontamiento para la protección: primero el manejo del problema que provoca la incomodidad, modificando en lo posible o eliminando lo que lo genera, la segunda función está en relación a la modificación de la conceptualización personal de la vivencia para equilibrar su significado y por último regular el malestar psicológico que produce el estresor; la función predominante estará en relación a la percepción personal de la circunstancia.²⁸

Volviendo a Lazarus y Folkman quienes refieren que el primer paso para el afrontamiento es la evaluación cognitiva que el sujeto hace respecto al estresor, en este juicio tienen gran injerencia la estructura de personalidad y los recursos individuales de cada sujeto, estos autores dividen dicha evaluación en tres tipos: 1) la evaluación primaria: se valora la magnitud del estresor, la relación con el medio, y a su vez se categoriza en amenaza, reto o pérdida, que no son excluyentes entre sí. 2) la evaluación secundaria el individuo estima las opciones de reacción disponibles y la viabilidad de cada una de ellas en relación al resultado que espera obtener, y por último 3) una reevaluación que permite juzgar si la estrategia de afrontamiento utilizada es la apropiada o no.

En conjunto la evaluación cognitiva está en relación a muchas circunstancias personales que van desde las creencias, las motivaciones, las metas y lo que cada individuo considera importante para un bienestar psíquico. El afrontamiento como tal tiene diversas funciones entre las que destacan la regulación emocional y la solución o disminución del problema.²⁴

Existen varias estrategias de afrontamiento como el autocontrol, la confrontación, el distanciamiento, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, evitación, reevaluación positiva y solución planeada de problemas.

La eficacia del afrontamiento se evalúa de acuerdo a la mejoría del malestar emocional y de la adaptación ante la situación estresante²⁶ dicho de otra manera entre menor sea la repercusión emocional más eficaz es el afrontamiento.²⁹

Se han descrito 5 metas del afrontamiento eficaz: 1) limitar el estrés dentro de parámetros manejables, 2) salvaguardar la autoestima, 3) esperar la recuperación de la funcionalidad y trabajar para conseguirlo, 4) adecuar el ego a las expectativas sociales en relación a las posibilidades de recuperación física, 5) cuidar y/o recobrar la relación con personas significativas.³⁰

El diagnóstico de cáncer en un niño o un adolescente representa un gran desafío no solo para el paciente, sino también para los padres y el resto de la familia, eso implica el manejo de diversas situaciones estresantes, el proceso de adaptación es variable en relación a la fase del diagnóstico y el tipo de cáncer,²⁸ es importante resaltar que las experiencias previas en relación al cáncer, el significado personal de la enfermedad, la estructura de personalidad y los aspectos culturales, tendrán una influencia directa en el proceso de afrontamiento.²⁹

Más allá del diagnóstico existen diversas variables relacionadas con el afrontamiento, como tal el cáncer se identifica como una amenaza a la vida, por lo que se requieren estrategias, cognitivas y conductuales para la preservación de la integridad emocional. Existen condiciones tanto personales como socioculturales involucradas con el afrontamiento, dentro de las primeras podemos mencionar, previo al diagnóstico las personas cuentan con estrategias propias de afrontamiento, características de personalidad y mecanismos de

defensa, estos factores están relacionados con la primera fase del afrontamiento que es la evaluación cognitiva, por citar algún ejemplo si el individuo asocia la patología a un desenlace fatal inevitable, esto hará más difícil la adaptación, a ello le sumamos la concepción que tenga de la muerte en relación a sus creencias y su cultura, así como la limitación para realizar planes futuros de tal forma que la apreciación individual y el significado subjetivo que cada persona atribuye al factor estresante también influyen de forma importante en la estrategia de afrontamiento utilizada, en relación a esto es posible que algunas personas vivan la experiencia como un reto a vencer o incluso como una nueva oportunidad para visualizar la vida desde una perspectiva distinta, la edad en la que se realiza el diagnóstico es otro factor importante, las personas jóvenes suelen tener menos experiencia ante acontecimientos adversos, por lo que pudieran tener recursos más limitados, el diagnóstico en la adolescencia genera un gran impacto emocional, a esta edad son capaces de evaluar y comprender el impacto de la enfermedad y las posibles consecuencias, así mismo condiciona aislamiento social, miedo al rechazo de sus amigos, dificultades académicas, cambios en la imagen corporal, alteraciones en el desarrollo, afectación al autoconcepto, sin olvidar la posibilidad de muerte.^{31, 32, 33}

Las creencias religiosas, también se han relacionado con el afrontamiento, algunos autores reportan que los pacientes mencionan mayor bienestar, así como menos manifestaciones de dolor, la relación no es muy clara, aunque se infiere que pudiese estar asociado al apoyo que representa una comunidad religiosa.³⁴

Las condiciones socioculturales también se han asociado al afrontamiento, el significado subjetivo hacia el cáncer en cada una de las culturas, esto no solo repercute en el paciente, además tiene un impacto en la familia e incluso en el personal de salud, el apoyo social también se relaciona de forma directa con las estrategias de afrontamiento, la respuesta que su entorno tiene ante su situación, así como el apoyo que encuentran en otras personas que viven o que se han enfrentado previamente a la misma condición.³²

Weisman en 1979 distingue entre un buen y un mal afrontamiento con respecto al

cáncer, mientras que otros autores lo diferencian entre estrategias de mayor o de menor adaptación y lo dividen de acuerdo a sus secuelas emocionales.³⁵ Hablamos de un afrontamiento adaptativo en aquellos pacientes que viven el diagnóstico como un desafío a vencer de la vida, considerando menos adaptativos aquellos afrontamientos en donde el individuo conceptúa la enfermedad como un daño irremediable o una pérdida irreversible.^{36, 37}

El afrontamiento centrado en la resolución de problemas se ha asociado a menor alteración afectiva y malestar psicológico en los pacientes oncológicos. Mientras que los estilos de afrontamiento pasivos relacionados con negación, evitación, sensación de pérdida de control, fatalismo, se asocian a mayor malestar emocional.³⁸

EL AFRONTAMIENTO Y LA ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia emocional que generalmente es producida por algún estímulo percibido como amenazante, desproporcionado a la capacidad de afrontamiento.³⁹ Diversos factores influyen en la aparición y perpetuación de la ansiedad, dentro de los que se encuentran involucrados el condicionamiento clásico, el operante y el aprendizaje vicario.^{40, 41} Desde el modelo cognitivo es la interpretación individual de las circunstancias, más que las características objetivas de las mismas, lo que produce la reacción emocional,³⁹ Desde esta perspectiva el estrés y la ansiedad, surgen en relación a la valoración cognitiva personal respecto a las posibles consecuencias y los recursos propios para enfrentarla o solucionarla.²⁴ Este modelo también plantea que las personas que experimentan ansiedad son emocionalmente más vulnerables, sobrevaloran los problemas y subestiman los recursos que poseen para enfrentarlos, tienen creencias disfuncionales que perpetúan el ciclo de la ansiedad.^{42, 43} En un estudio realizado en Colombia encontraron que las personas sin ansiedad utilizan mayormente estrategias relacionadas a la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, mientras que las personas con ansiedad si

utilizan la reevaluación positiva y la solución de problemas pero con mucha menor frecuencia que los primeros y la evitación cognitiva es la característica central de su estrategia de afrontamiento. Barlow en el 2002 plantea que la falta de control y de predictibilidad frente a circunstancias amenazantes influye en la presencia de ansiedad, por lo que los individuos se encuentran altamente reactivos y a la defensiva, lo que genera inseguridad respecto a la capacidad de manejarlo, la planeación y organización de la conducta se ve mermada. Los individuos ansiosos presentan alteraciones en la memoria que benefician el recuerdo de información negativa, al igual que están alterados los procesos de selección atencional de tal forma que esto podría estar relacionado con el poco empleo de las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva, las personas ansiosas valoran sus capacidades de afrontamiento insuficientes para enfrentar la situación amenazante, esta valoración incrementa la respuesta ansiosa, de ahí que estos individuos empleen con mayor frecuencia la estrategia de evitación emocional, la evitación indica un deseo por no ejercer el control.^{42, 44}

El afrontamiento es una acción dirigida al enfrentamiento del estrés y a disminuir sus consecuencias, por lo que el manejo inadecuado del estrés condiciona alteraciones emocionales que pueden derivar en diversas psicopatologías y entre las más frecuentes están los trastornos de ansiedad.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis

Beatriz Canessa en 2002 ⁴⁵ publica la adaptación para adolescentes de habla española del instrumento diseñado en 1993 por Frydenberg y Lewis para evaluar el afrontamiento en adolescentes, esta escala cuenta con 79 ítems cerrados y uno abierto, los cuales se subdividen en 18 subescalas que reflejan distintas estrategias de afrontamiento: búsqueda de apoyo social, concentrarse en la resolución del problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, búsqueda de pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoculparse, búsqueda de apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes y distracción física; estas 18 estrategias se agrupan en tres estilos de afrontamiento: resolver el problema, referencia a otros y afrontamiento no productivo. Cuenta con alfa de Cronbach que oscila entre 0.84 a 0.52; en la actualidad es el único instrumento creado y adaptado para población adolescente. ⁴⁵

Escala de Ansiedad infantil de Spence (SCAS)

Diversos instrumentos se han empleado para la medición de ansiedad en población pediátrica, la escala de ansiedad infantil de Spence fue creada inicialmente para la población australiana, sin embargo posteriormente se adquirieron validaciones en otros idiomas y otros países, entre las que encontramos la validación en español y en México realizada en 2010 por Hernández Guzmán y colaboradores – entre ellos Spence - este instrumento considera diversos síntomas de trastornos de ansiedad en la infancia, se utiliza en un rango de edad entre 8 y 15 años. Esta escala está conformada por 44 ítems y se compone de la siguiente forma: 6 ítems de ansiedad de separación, 6 ítems de trastorno obsesivo compulsivo, 6 ítems de trastorno de pánico, 6 ítems de fobia social, 6 ítems de trastorno de ansiedad generalizada, 5 ítems de miedo al daño físico, 3 ítems de agorafobia, 6 ítems que no se califican que tienen el objetivo de disminuir el sesgo negativo que produce el cuestionario de situaciones negativas. Se responde de acuerdo a una escala tipo Likert donde 0=nunca, 1=a veces, 2=muchas veces, 3=siempre. Se califica tanto de forma global con un punto de corte de un Tscore de 60 puntos para diferenciar la ansiedad fisiológica de las manifestaciones de ansiedad que pudiesen ser patológicas, así como por sub escalas. Se ha encontrado una buena confiabilidad en la versión en español con una consistencia interna entre 0.92 y 0.94; la versión mexicana en español es congruente con la encontrada por Spence de forma inicial. ⁴⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La patología oncológica en edad pediátrica representa la segunda causa de muerte en nuestro país, su asociación con los trastornos de ansiedad se ha encontrado hasta en un 50%, ante esta situación estresante se disparan los mecanismos de afrontamiento que cada individuo posee asociados a la personalidad, creencias religiosas, experiencias previas con el cáncer y la muerte. La eficacia del estilo de afrontamiento facilitará o entorpecerá la adaptación a esta nueva condición. Algunos estudios revelan que las personas que utilizan mayormente estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social presentan menos manifestaciones ansiosas que los individuos que utilizan estrategias de evitación.^{3, 12, 24, 42}

Recibir el diagnóstico de cáncer es una noticia altamente impactante, socioculturalmente está asociado a sufrimiento y muerte, por lo que enfrentarse a éste diagnóstico implica también enfrentarse a su propia muerte. Las enfermedades físicas son un factor estresante que provoca malestar emocional, el detectar los estilos de afrontamiento con los que cada paciente cuenta nos podrá ayudar a predecir la posibilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, la detección y el abordaje oportuno de psicopatología permitirá limitar la cronicidad de los síntomas, mejorar su calidad de vida, favorecer la adherencia terapéutica y disminuir las manifestaciones de dolor.^{21, 24}

JUSTIFICACIÓN

Se estima que existen 12 millones de personas diagnosticadas con cáncer, de las cuales el 1.5% son niños y adolescentes, a nivel mundial es la segunda causa de muerte en menores de 20 años.³ La incidencia de cáncer en adolescentes en México del año 2015 al 2010 fue de 2,362 casos nuevos anuales.⁴⁷ En el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund se registraron 3,228 casos en el periodo comprendido entre 1996 al 2007,⁴⁸ correspondiendo el diagnóstico hemato-oncológico al 40% de la población pediátrica; este diagnóstico cambia la forma en que el adolescente se ve a sí mismo y a su vida, pudiendo afectar la autoestima; la adaptación dependerá de múltiples factores individuales, el sujeto evalúa la situación en búsqueda de recursos cognitivos y emocionales para enfrentarla lo que constituye los estilos y estrategias de afrontamiento, desencadenándose una respuesta al estrés tanto psicofisiológica como emocional.¹³ La ansiedad se presenta entre un 30 a un 35% de los pacientes diagnosticados con cáncer.²

Investigaciones previas en adultos muestran que los sujetos ansiosos utilizan estrategias consideradas como adaptativas tal como la reevaluación positiva y la resolución de problemas, sin embargo no cuentan con las herramientas para manejarlas de forma eficaz lo que retroalimenta un círculo ansiogénico de pérdida de control y evitación cognitiva característica esencial del estilo de afrontamiento en estos pacientes; mientras que los individuos sin ansiedad utilizan estas mismas estrategias aunadas al apoyo social, destinadas a minimizar el efecto estresante enfrentándolo directamente, planteando que la diferencia no está precisamente en el uso sino en la frecuencia y habilidades que cada individuo posee para emplear las estrategias de afrontamiento de forma eficaz.²⁴

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué estilo de afrontamiento utilizado por los adolescentes con patología hemato-oncológica se asocia con mayor nivel de ansiedad?

HIPÓTESIS

Los pacientes con enfermedad hemato-oncológica con estilos de afrontamiento pasivo, presentarán mayor nivel de ansiedad, comparados con los que tienen afrontamientos activos.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar el estilo de afrontamiento utilizado por los adolescentes con enfermedad hemato-oncológica que se asocia con mayor nivel de ansiedad.

Objetivos específicos:

- Identificar los estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes adolescentes hemato-oncológicos.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos pacientes.
- Establecer el nivel de ansiedad de estos pacientes.
- Determinar los niveles de ansiedad asociados al estilo de afrontamiento utilizado por los pacientes de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional, transversal, analítico, mediante la aplicación del cuestionario para evaluar el afrontamiento en adolescentes de Frydenberg y Lewis y la escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS).

Lugar del estudio:

El estudio se llevó a cabo en el área de hospitalización del Hospital de Pediatría UMAE Dr. Silvestre Frenk Freund del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo 2016-2017.

Descripción de las variables

Según la metodología

Variable dependiente: nivel de ansiedad

Variables independientes: estilo de afrontamiento, diagnóstico hematológico

Variables demográficas: sexo, edad, grado escolar.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	MEDICION EN EL ESTUDIO	CODIFICACION
Ansiedad	Respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a un estímulo interno o externo, que presenta síntomas autonómico, cognitivos y/o conductuales	Se evaluará mediante puntuación obtenida en la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS)	Cualitativa nominal por puntaje	Escala de ansiedad infantil de Spence con un puntaje menor a 60T score es ansiedad subclínica, que está dentro de parámetros normales y un puntaje mayor de 60T score indica síntomas elevados de ansiedad.
Estilos de Afrontamiento	Conjunto de acciones cognitivas y afectivas que surgen en respuesta de un estresor, en un intento por restaurar el equilibrio.	Se medirá mediante la aplicación de la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis	Cualitativa nominal por puntaje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dirigido a resolver problemas 2. Afrontamiento no productivo 3. Referencia a otros
Diagnostico Hemato-oncológico	Proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo.	De acuerdo al diagnóstico de certeza en el expediente clínico, emitido por el médico tratante.	Cualitativo nominal categórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leucemias 2. Linfomas 3. Sistema nervioso central 4. Sistema nervioso simpático 5. Retinoblastoma 6. Renales 7. Hepáticos 8. Óseos 9. Sarcoma de tejidos blandos 10. Germinales 11. Carcinomas 12. Inespecíficos
Género	Construcción diferencial de los seres humanos en tipos femenino y masculinos	De acuerdo al género referido en el expediente clínico.	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento.	Cuantitativa Continua	Número de años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Situación o condición en la que se encuentra una persona escolarizada.	Se obtendrá la información preguntando directamente al paciente	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria

Criterios de Inclusión:

- Pacientes entre 9 y 16 años 11 meses de edad con diagnóstico hemato-oncológico de primera vez o subsecuentes.
- Ambos sexos.
- Hospitalizados en el Centro Médico Nacional Siglo XXI UMAE Pediatría.
- Que sepan leer y escribir
- Voluntariedad en la participación del estudio mediante la firma del consentimiento informado por los padres y asentimiento informado para los adolescentes.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que debido a la condición médica no puedan contestar los cuestionarios.
- Presencia de una discapacidad mental en el paciente.
- Pacientes con diagnóstico y/o tratamiento farmacológico para trastornos afectivos.
- Paciente que se encuentre en psicoterapia en el momento del estudio.

Criterios de Eliminación:

- Participantes que contestaron los cuestionarios de manera incompleta o inadecuada.

Tamaño de muestra y tipo de muestreo:

Se llevó a cabo un muestro no probabilístico por conveniencia.

El tamaño de la muestra se realizó en función de una frecuencia esperada del 30% como valor máximo esperado para los trastornos de ansiedad y se calculó con la fórmula para proporciones, más el 10 % de pérdidas calculadas.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} = \frac{0,4116}{0,64} = 64 + 6.4 = 70$$

NC= 95% Z= 1,96
d= 0,80
p= 0,30
q= 0,70

El resultado fueron 70 pacientes tomando en cuenta el 10% de perdidas

Análisis estadístico:

Se realizó base de datos en el programa de Excel, posteriormente se efectuó transferencia de dicha base en el programa de SPSS en su versión 20, realizándose análisis con estadística descriptiva para responder la pregunta de investigación, con medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la distribución de las variables, utilizando media y desviación estándar para las variables con distribución normal, y mediana e IC del 95% para las variables con distribución libre. Se realizará análisis bivariado con la prueba de X^2 (Pearson o Spearman) para determinar diferencias entre los estilos de afrontamiento y el nivel de ansiedad.

Además, se realizó corrección por factor de número de preguntas para dicotomizar la variable de tipo de estilo de afrontamiento, este tipo de corrección se aplicó nuevamente para el tipo de estrategia de afrontamiento y se establecieron puntos de corte en los puntajes para dicotomizar el uso o no de cada estrategia.

Procedimiento del estudio

1. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund CMN Siglo XXI del IMSS, que es un hospital de concentración para paciente hemato-oncológicos.
2. Se solicitó autorización del padre o tutor y a los pacientes para participar en el estudio, explicando el objetivo del mismo, una vez aclaradas las dudas se llenó la hoja de consentimiento informado y asentimiento informado, respectivamente (ver anexo 4 y 5).
3. Se incluyó a pacientes con enfermedad hemato-oncológica de 9 a 16 años 11 meses de edad del área de consulta externa y de hospitalización de los servicios de Hematología y Oncología quienes contaban con diagnóstico de certeza, pacientes que se encontraban recibiendo algún tipo de tratamiento para la enfermedad hemato-oncológica y pacientes que se hallaban en remisión y recaída de la enfermedad.
4. Los cuestionarios se aplicaron para pacientes hospitalizados en su cubículo y para pacientes ambulatorios en la sala de espera de consulta externa, respetando su privacidad y confidencialidad.
5. El investigador llenó el formato de datos demográficos, con los datos de nombre, número de seguridad social, edad, sexo, escolaridad, diagnóstico, fecha de diagnóstico de certeza, conocimiento o no del diagnóstico por el paciente, lugar de residencia (ver anexo 1).
6. Se otorgó al paciente lo necesario para completar la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) y la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (ver anexos 2 y 3).
7. El investigador realizó la evaluación de los resultados de los instrumentos aplicados y los vació a una hoja de cálculo en Excel.
8. En los pacientes en los que se encontró un puntaje de ansiedad en la escala de ansiedad de Spence igual o mayor de un Tscore de 60, se derivó a la consulta externa de Salud Mental para determinar entidad

diagnóstica y requerimiento de tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

9. La base de datos se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, en el artículo 17 establece que se considera como riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño y/o consecuencia del estudio, la presente investigación se clasifica como categoría II con un riesgo mínimo, por medio de la aplicación de instrumentos de medición (escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis y la escala de ansiedad infantil de Spence).

Así mismo en el capítulo 20, título segundo, se explica la importancia del consentimiento informado, por lo que para la participación en este estudio se solicitará a los padres la autorización a través de la carta de consentimiento informado con la cual el o los padres como representante legal del paciente permite la participación del menor en la investigación; no obstante a los pacientes se les brindó una carta de asentimiento informado solicitando su aprobación para su colaboración en el estudio.

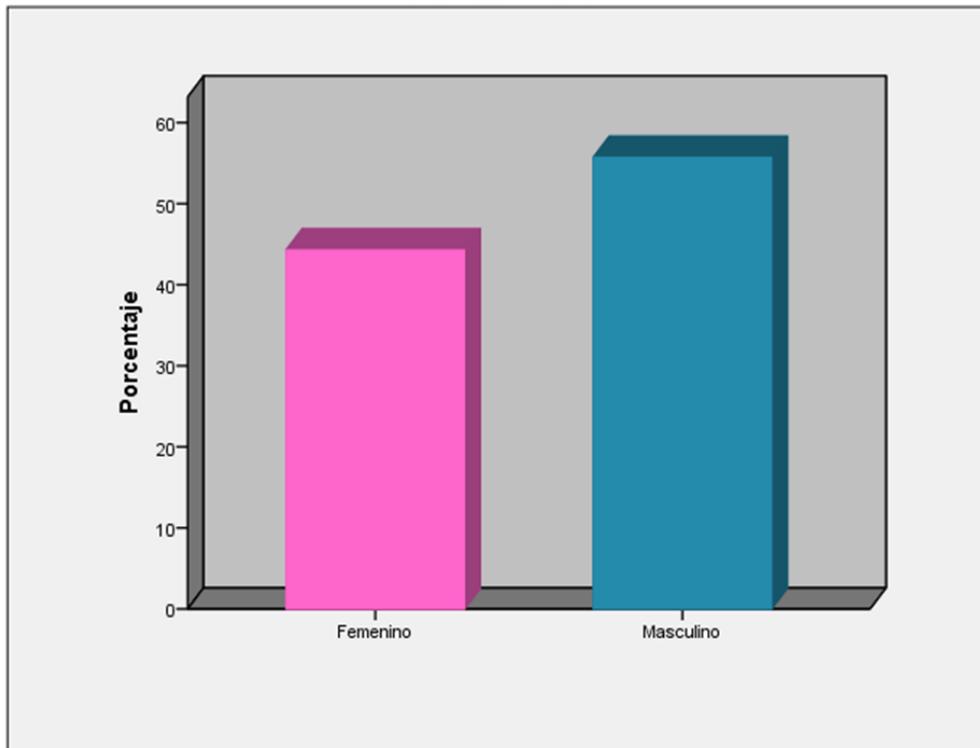
Conviene mencionar que en los pacientes que alcanzaron un puntaje mayor o igual a 60 en la escala de ansiedad infantil de Spence se les ofreció asesoría y se refirieron al servicio de Salud Mental para su evaluación y de cuando lo fue necesario se inició tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico.

Este protocolo se presentó para su evaluación y aprobación al Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud.

RESULTADOS

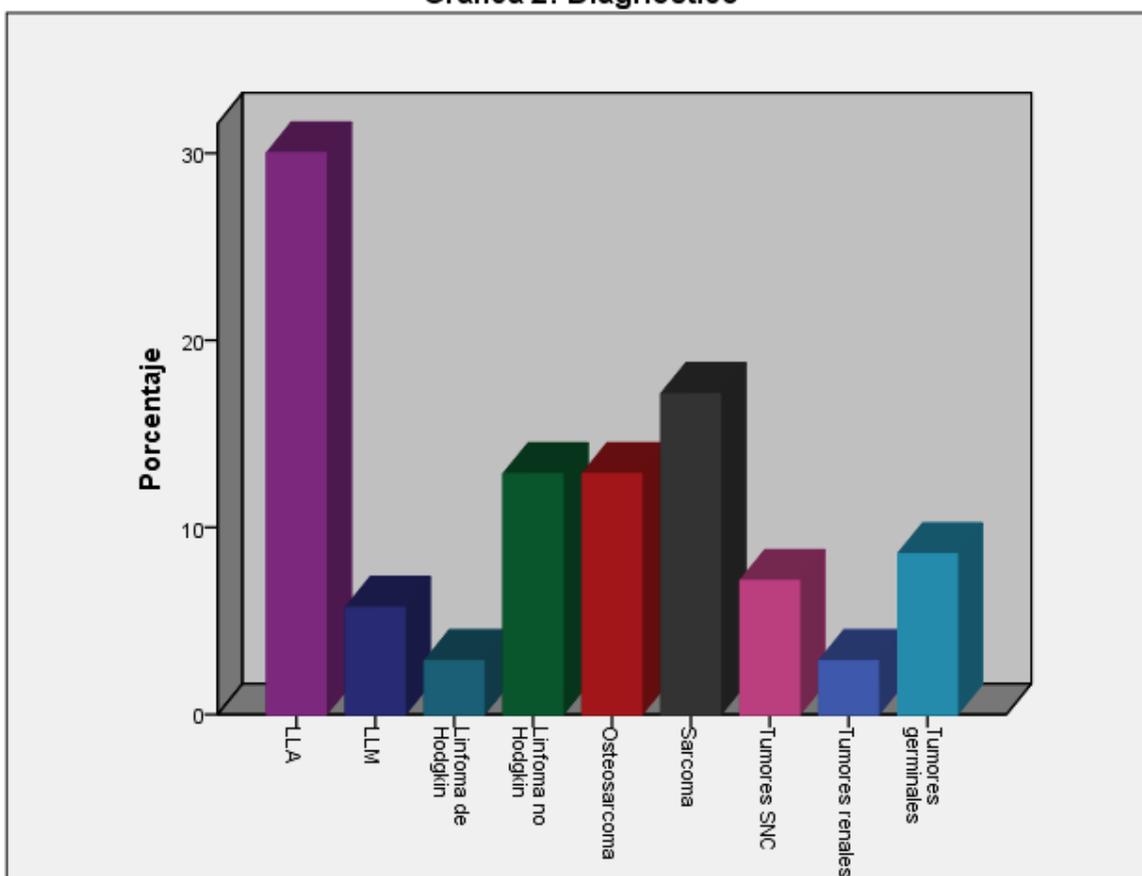
El universo de pacientes para este estudio fue de 358 sujetos aproximadamente, del cual se obtuvo una muestra de 88 de los cuales se eliminaron 18, 6 de ellos se retiraron antes de concluir los cuestionarios del hospital y a pesar de pactar entrega, no asistieron, en 4 de ellos se evidencio el uso actual de psicofármaco, 3 pacientes decidieron no concluir las escalas, 2 pacientes las limitaciones por metástasis en neuroeje no permitieron realizar la prueba, una paciente se complicó y fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos teniendo una muestra total de 70 sujetos, con una edad mínima de 9 y máxima de 17 y una media de 13 años, de los cuales el 44.3% (31) pertenecían al género femenino y el 55.7% (39), al género masculino (gráfica 1).

Gráfica 1: Género



De los cuales el 37.1%(26) habitan en provincia y 62.9%(44) en la Ciudad de México. El 38.6%(27) se encontraban en educación primaria, 48.6%(34) en secundaria y el 12.6%(9) en preparatoria. Los diagnósticos presentados en el 30%(21) fueron por leucemia linfoblástica aguda, el 5.7%(4) por leucemia mieloide, 2.9%(2) linfoma de Hodgkin, 12.9%(9) linfoma no Hodgkin, 12.9%(9) osteosarcoma, 17,1%(12) sarcoma, 7.1%(5) tumores de sistema nervioso central, 2.9%(2) tumores renales y el 8.6%(6) tumores germinales (gráfica 2). Teniendo una atención hospitalaria en 72.9%(51) y en el 27.1%(19) atención ambulatoria.

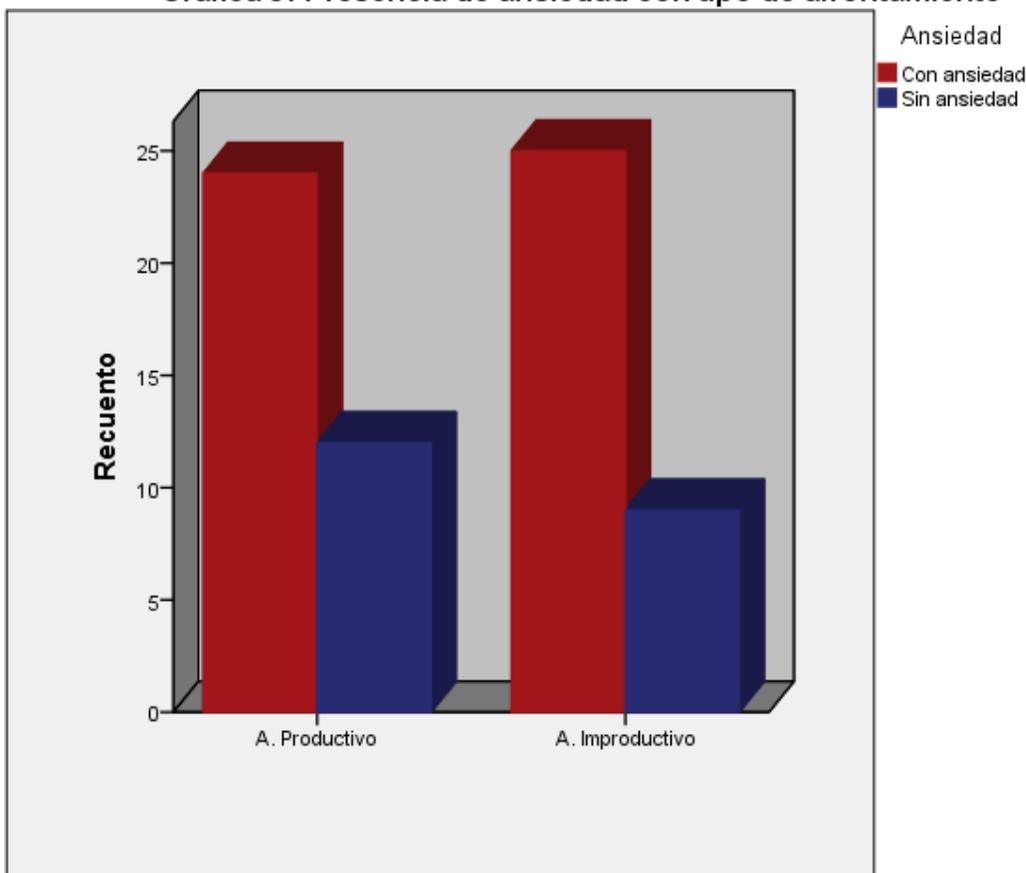
Gráfica 2: Diagnóstico



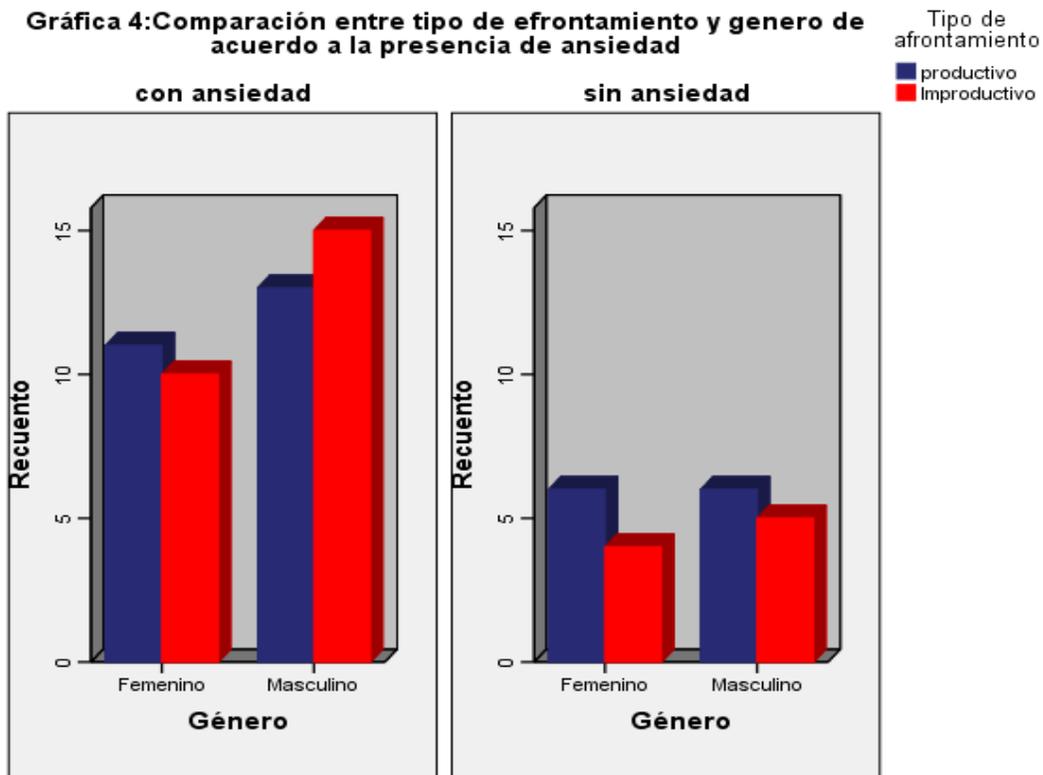
En el 70%(49) de los pacientes se encontraron manifestaciones de ansiedad, de los mencionados 31(44.2%) fueron del género femenino; el 30%(21) restante sin

manifestaciones de ansiedad patológicas, de los cuales 11(15.7%) del género masculino. El tipo de afrontamiento presentado fue en el 51.4%(36) del tipo productivo y en el 48.6%(34) del tipo improductivo, respecto al género femenino 17(24.2%) utilizan el estilo de afrontamiento productivo, mientras que 14(20%) el improductivo, en los varones encontramos 19(27.1%) utilizan el estilo productivo y 20(28.5%) el improductivo. Se realizó análisis correlacional con la presencia de ansiedad y el tipo de afrontamiento (productivo vs improductivo, el cual se obtuvo utilizando un factor de corrección) observándose que el 34.3%(24) presentaron ansiedad y afrontamiento productivo, el 17.1%(12) no presentaron manifestaciones de ansiedad significativas y presentaron afrontamiento productivo, para el 35.7%(25) presentaron manifestaciones de ansiedad con afrontamiento improductivo y finalmente el 12.9%(9) no presentaron ansiedad significativa pero si afrontamiento improductivo ($p=0.35$) siendo estadísticamente no significativo (gráfica 3).

Gráfica 3: Presencia de ansiedad con tipo de afrontamiento



De la misma forma realizamos el análisis respecto a síntomas de ansiedad y afrontamiento respecto al género encontrando que de las mujeres que presentaron síntomas de ansiedad 11(15.7%) utilizan el estilo productivo y 10(14.2%) el improductivo, de las pacientes que no presentaron síntomas de ansiedad 6(8.5%) utilizan estilo productivo y 4(5.7%) improductivo, en los varones que tuvieron manifestaciones de ansiedad 13(18.5%) manejan el estilo de afrontamiento productivo versus 15(21.4%) el improductivo, entre lo que no presentaron síntomas de ansiedad 6(8.5%) utilizan el productivo y 5(7.14%) el improductivo (grafica 4).



Como parte del análisis se realizó una agrupación por el puntaje obtenido en la escala de ansiedad de Spence, obteniéndose 3 grupos (muchacha ansiedad ≥ 62 puntos, ansiedad media de 46-61 puntos y ansiedad baja de ≤ 45 puntos)obteniéndose que para el afrontamiento productivo el 8.6%(6)

pertenecieron al grupo de mucha ansiedad, el 37.1%(26) ansiedad media, y el 5.7%(4) a baja ansiedad, para el afrontamiento improductivo 11.4%(8) a mucha ansiedad, el 28.6%(20) a media, el 8.6%(6) a ansiedad baja, no siendo estadísticamente significativo ($p=0.49$).

Se realiza también correlación entre la presencia de ansiedad con la utilización de las estrategias sin embargo no existen asociaciones estadísticamente significativas (tabla 1)

Tabla1. Presencia de ansiedad y uso de estrategias

Estrategias de afrontamiento		Manifestaciones de ansiedad				P
		con		sin		
		N:49	%	N:21	%	
Apoyo Social	Si	1	1%	1	1%	0.53
	No	48	69%	20	29%	
Concentrarse Resolver Problema	Si	8	11%	5	7%	.46
	No	41	59%	16	23%	
Esforzarse y tener éxito	Si	8	11%	6	9%	.24
	No	41	59%	15	21%	
Preocuparse	Si	3	4%	0	0%	.24
	No	46	66%	21	30%	
Invertir en amigos íntimos	Si	5	7%	3	4%	.62
	No	44	63%	18	26%	
Buscar pertenencia	Si	7	10%	2	3%	.58
	No	42	60%	19	27%	
Hacerse ilusiones	Si	4	6%	5	7%	.07
	No	45	64%	16	23%	
No afrontamiento	Si	0	0%	0	0%	*
	No	49	70%	21	30%	
Reducción de la tensión	Si	0	0%	0	0%	*
	No	49	70%	21	30%	
Acción social	Si	0	0%	1	1%	.12
	No	49	70%	20	29%	
Ignorar el problema	Si	0	0%	0	0%	*
	No	49	70%	21	30%	
Autoinculparse	Si	0	0%	0	0%	*
	No	49	70%	21	30%	
Reservarlo para si	Si	4	6%	2	3%	.85
	No	45	64%	19	27%	
Apoyo espiritual	Si	18	26%	7	10%	.78
	No	31	44%	14	20%	
Fijarse en lo positivo	Si	20	29%	11	16%	.37
	No	29	41%	10	14%	
Apoyo profesional	Si	5	7%	5	7%	.13
	No	44	63%	16	23%	
Diversiones relajantes	Si	12	17%	5	7%	.89
	No	31	44%	14	20%	
Distracción física	Si	7	10%	4	6%	.51
	No	41	59%	15	21%	

Además, se realizó análisis bivariado comparando el nivel de ansiedad con el uso de estrategias de afrontamiento; se encuentra correlación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad medio y no utilizar la estrategia de hacerse ilusiones (p0.01) (tabla 2)

Tabla 2: Nivel de ansiedad con uso de estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento		Ansiedad por grupos			
		Mucha	Media	Poca	P
		N:14	N:46	N:10	
Apoyo Social	Si	0	2	0	.58
	No	14	44	10	
Concentrarse Resolver Problema	Si	2	9	2	.89
	No	12	37	8	
Esforzarse y tener éxito	Si	3	9	2	.98
	No	11	37	8	
Preocuparse	Si	2	1	0	.11
	No	12	45	10	
Invertir en amigos íntimos	Si	2	5	1	.92
	No	12	41	9	
Buscar pertenencia	Si	3	5	1	.56
	No	11	41	9	
Hacerse ilusiones	Si	0	5	4	.01
	No	14	41	6	
No afrontamiento	Si	0	0	0	*
	No	14	46	10	
Reducción de la tensión	Si	0	0	0	*
	No	14	46	10	
Acción social	Si	0	1	0	.76
	No	14	45	10	
Ignorar el problema	Si	0	0	0	*
	No	14	46	10	
Autoinculparse	Si	0	0	0	*
	No	14	46	10	
Reservarlo para si	Si	3	2	1	.13
	No	11	44	9	
Apoyo espiritual	Si	3	17	5	.33
	No	11	29	5	
Fijarse en lo positivo	Si	4	20	7	.12
	No	10	26	3	
Apoyo profesional	Si	1	6	3	.26
	No	13	40	7	
Diversiones relajantes	Si	3	11	3	.78
	No	8	32	5	
Distracción física	Si	3	7	1	.83
	No	11	38	7	

DISCUSION

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar que estilo de afrontamiento utilizado por los pacientes pediátricos con enfermedad hematooncológica se asocia con un mayor nivel de ansiedad, el hallazgo más importante que obtuvimos es que el estilo de afrontamiento pasivo no está asociado con mayor nivel de ansiedad comparado con el afrontamiento activo, esto difiere de algunos estudios realizados previamente donde se encontró que el menor nivel de ansiedad se correlaciona negativamente con el estilo de afrontamiento enfocado a la resolución de problemas, es importante mencionar que los estudios previos han sido en población adulta, sin un diagnóstico oncológico, lo que podría estar impactando en la discrepancia de lo encontrado en este estudio, por otro lado, un estudio realizado en esta unidad en el año 2016 por el Dr. Jaramillo Villanueva en el cual se estudió una población muy similar se encontró un fenómeno de afrontamiento compensatorio en binomio en donde los padres ocultan y modifican información en un intento por proteger al menor, mientras el paciente oculta sus emociones o bien se vale de cualquier estrategia posible para mostrar fortaleza y así evitar o disminuir la angustia en los padres, de tal suerte que el alto porcentaje de pacientes en los que encontramos un estilo de afrontamiento productivo podría deberse justo a este fenómeno, en el que el menor está pretendiendo ser un soporte para sus padres, sin embargo esta responsabilidad aunado a la presencia de la enfermedad hematooncológica y los cambios de vida que esta conlleva incrementa las manifestaciones ansiosas, que podemos ver en el alto porcentaje que se obtuvo en comparación a la población general⁽⁴⁹⁾.

Se recabó una muestra final de 70 pacientes, en los cuales encontramos manifestaciones ansiosas significativas en el 70%(49) de los pacientes estudiados, lo cual nos muestra una mayor prevalencia de ansiedad en la población estudiada que en la población infantojuvenil general, en donde se reporta una prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad que oscila entre el 9-21% ⁽⁵⁾,

de acuerdo a reportado por la Organización Mundial de la salud los trastornos de ansiedad son los más prevalentes durante la infancia y adolescencia mostrando tasas muy diversas que van desde 2.6 hasta el 41.2%^(46%). Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos de América reporta la presencia de ansiedad entre leve y moderada hasta en un 67% de la población oncológica, una investigación previa en el Hospital de Pediatría UMAE del Centro Médico Nacional Siglo XXI se observó la presencia de síntomas de ansiedad en pacientes oncológicos de un 54.7%^(4,7)

La muestra presento diversidad de diagnósticos hemato-oncológicos, entre los más prevalentes estuvieron la leucemia linfoblástica aguda, sarcomas, osteosarcomas y linfoma de Hodgkin, en este rubro es importante remarcar que diversos estudios acerca del cáncer y el afrontamiento al mismo han demostrado que la respuesta ante el estrés está dada por la interacción continua de cada individuo y su entorno de tal suerte que cada evento se percibe como estresante o no en función de diversos factores psíquicos más allá de las características del evento estresor en este caso la patología oncológica⁽²⁴⁾.

Encontramos una mayor frecuencia de afrontamiento de tipo productivo con el 51.4%(36) versus un 48.6%(34) de improductivo, resultados similares a los del estudio realizado en Colombia en el cual se evidencia la mayor utilización de estrategias focalizadas en la búsqueda de alternativas de solución, así como de reevaluación positiva suprimiendo los pensamientos negativos, posiblemente relacionado con la alta racionalización que puede neutralizar algunas emociones ⁽³⁹⁾. De los pacientes con afrontamiento productivo 34.3%(24) presentaron síntomas de ansiedad significativos, mientras que el 17.1%(12) no manifestaron estos síntomas, en quienes encontramos afrontamiento improductivo el 35.7%(25) tenían manifestaciones de ansiedad y el 12.9%(9) no las demostraron, al agrupar por niveles de ansiedad (mucha, media y leve), tampoco se encontró significancia estadística en relación al estilo de afrontamiento utilizado; de la misma forma realizamos una comparación del nivel de ansiedad en relación con el uso de estrategias de afrontamiento, en este caso observamos significancia estadística en la relación de síntomas de ansiedad moderados y el no utilizar la

estrategia de hacerse ilusiones; discrepante con lo encontrado en el estudio realizado por Castellanos-Cárdenas y colaboradores donde se evidencio que los bajos niveles de ansiedad mostraron relación negativa con el estilo de afrontamiento de resolución de problemas (productivo), indicando que dicho estilo ayuda a reducir la ansiedad; por otro lado una investigación realizada acerca de las estrategias afrontamiento en personas con ansiedad refiere que las estrategias utilizadas por las personas ansiosas están relacionadas con la evitación y la percepción de la pérdida de control lo que favorece y perpetua la ansiedad, aunque también refiere que estas personas utilizan estrategias adaptativas como la solución de problemas y la reevaluación positiva en un intento de adaptarse sin embargo posiblemente no logren ponerlas en práctica de forma eficaz. Las estrategias de afrontamiento se utilizan para disminuir el daño que diversos eventos estresantes producen, sin embargo, el uso de éstas no garantiza que resulten eficaces para responder a dichos eventos, una de las estrategias más utilizadas es el centrarse en lo positivo sin embargo no se ha evidenciado una relación estadísticamente significativa ^(50,42). Lazarus y Folkman afirman que cuando un individuo percibe que sus recursos no cubren la demanda de una situación adversa es entonces que aparece la ansiedad, el sujeto valora la situación y sería de esperarse que posterior a esto adquiriera las habilidades para afrontarla y poder soslayar la ansiedad, sin embargo este proceso se torna distinto en cada individuo ya que la capacidad de adaptación de la nueva condición va en relación a diversas variables individuales como el entorno social y familiar, experiencias previas, entre otras; en este estudio podemos ver que son pocas las estrategias de afrontamiento que se usan de forma predominante, es posible que la población pediátrica aun no cuente con la estructura necesaria para afrontar un conflicto solo con ciertas estrategias, de tal forma que utiliza de forma aislada varias de ellas, sin llegar a tener estrategias únicas bien definidas, no obstante logran tener afrontamientos productivos en su mayoría⁽²⁴⁾.

Los niños con diagnóstico de cáncer buscan diversas formas de afrontamiento ya sea a nivel afectivo, cognitivo, social y/o conductual, su seguridad y su estabilidad se ven amenazadas, esta nueva condición demandara cambios en la

vida tanto del paciente como de la familia, en el presente estudio la búsqueda de información evidencio la limitada cantidad de estudios que muestren la relación de los estilos y estrategias de afrontamiento con diversas condiciones en este caso como la ansiedad, sin embargo tampoco se encuentra gran acervo ante la búsqueda de la correlación con la calidad de vida, con el apego terapéutico u otras variables. Este estudio pretende aportar el análisis de las variables de ansiedad versus estilo y estrategias de afrontamiento, sin embargo, es necesario continuar esta línea de investigación, de forma tal que podamos ir evidenciando diversas asociaciones que nos permitan trabajar de manera oportuna y adecuada las manifestaciones psicopatológicas en esta población.

Las limitaciones que pudimos identificar en nuestro estudio se encuentra el tamaño de la muestra, a pesar de que se cumplió con la muestra requerida, observamos diferencias que no evidenciaron significancia estadística, lo cual se podría corroborar con el incremento de la población estudiada, así mismo sería útil realizar un estudio con mayor tiempo de seguimiento que permitiera aplicar los instrumentos en más de una ocasión, así como la escasa cantidad de instrumentos de tamizaje y diagnósticos validados y estandarizados para nuestra población.

CONCLUSIONES

Con el presente estudio podemos concluir que los pacientes con enfermedad hemato-oncológica con estilos de afrontamiento pasivo no presentaron mayor nivel de ansiedad, comparados con los que tienen afrontamientos activos.

El estilo de afrontamiento que más se utilizó por la población de este estudio fue predominantemente el estilo de afrontamiento productivo con un 36(51%) versus e improductivo con 34(48%).

Las estrategias que más se utilizan por la población estudiada son primordialmente fijarse en lo positivo, seguida en forma descendente por buscar diversiones relajantes, apoyo espiritual, concentrarse en resolver el problema , esforzarse y tener éxito, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, distracción física, invertir en amigos íntimos, preocuparse, buscar apoyo profesional y apoyo social, mucho menos utilizadas reservar el problema para sí mismo, ignorar el problema y autoinculparse, y con casi nula utilización reducir la tensión, acción social y el no afrontar el problema.

De la muestra recolectada observamos que 14(20%) pacientes muestran elevados síntomas de ansiedad de los cuales 6(8.5%) utilizan afrontamiento productivo y 8(11.4%) improductivo; 46(65.7%) pacientes con moderados síntomas ansiosos de cuales 26(37.1%) utilizan afrontamiento productivo y 20(28.5%) improductivo; 10(14.2%) pacientes con síntomas de ansiedad leves o no patológicos entre ellos 4(5.7%) manejan estilo de afrontamiento productivo y 6(8.57%) improductivo.

Referencias Bibliográficas:

1. OMS | Cancer [Internet]. Who.int. 2016 [cited 26 September 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Cabrera P, Urrutia B, Vera V, Alvarado M, Vera-Villaruel P. Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2005; 10:115-124.
3. Rivera-Luna R. Panorama del niño con enfermedades malignas en México. Acta pediátrica de México. 2003; 24:217-219.
4. Martínez-Radilla C, Jaramillo-Villanueva L, Rendón-Macías M. Motivos de interconsulta al servicio de Salud Mental y concordancia entre el diagnóstico pediátrico y psiquiátrico. Tesis para Especialidad Médica. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
5. Ruiz-Sancho AM, Lago P. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Exlibris Ediciones. Madrid: pp. 265-280.
6. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento [Internet]. National Cancer Institute. 2016 [cited 26 September 2016]. Available from: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq#section/_420.
7. Navidad-Galicia K, Jaramillo-Villanueva L, Villasís-Keever M. Síntomas de trastornos de ansiedad en escolares y adolescentes con enfermedad hemato-oncológica atendidos en el Hospital de Pediatría CMN SXXI. Tesis Médico especialista. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
8. Lorenzo González y colaboradores. Adolescentes y jóvenes con cáncer. Altaria editorial, 1ra edición. Tarragona: 2014. pp.10-12. ISBN 978-84-941844-8-2.
9. Fernández-Casales M. El cáncer en la infancia y adolescencia. Trabajo de fin de grado de Pedagogía. Universidad de Navarra. 2015.
10. Barr RD. The adolescent with cancer. European Journal of Cancer. 2001; 37:1523-1530.

11. Muniáin-López AR. El niño con cáncer problemática social. *Osasunaz*. 2003; 5:101-120.
12. Rodríguez-Fernández M, Polaino-Lorente A. Afrontamiento de cáncer y sentido de vida: un estudio empírico y clínico. Tesis para Doctorado. Universidad Autónoma de Madrid. 2006.
13. Gaviria A, Quiceno J, Vinaccia S, Martínez L, Otalvaro M. Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*. 2009; 27(1):5-13.
14. Cárdenas EM, Fera M, Palacios L, De la Peña F, Guía para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Ed S. Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaria de Salud (Serie: Guías clínicas para la atención de los trastornos mentales). 2010;pp11-13. ISBN: 978-607-460-156-5
15. Betta J. capítulo X Psicopatología de la afectividad. *Manual de Psiquiatría*. Alvatros Lavalle, 5ª ed. Buenos Aires Argentina. 1972: pp181-203.
16. Dulcan M. capítulo 15 Anxiety disorders. *Dulcan's textbook of child and adolescent Psychiatry*. American Psychiatry Association Publishing, 2nd ed. United States of America. 2016: pp 305-343. ISBN: 978-1-58562-493-5.
17. Härter M, Conway K, Merikangas K. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003; 253:313-320.
18. La ansiedad, el miedo y la depresión [Internet]. American Cancer Society. 2016 [cited 26 September 2016]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002815-pdf.pdf>.
19. Aravena R, Riedeman A, Vásquez A. La muerte desde el mundo de los niños: una aproximación al concepto de muerte en la infancia. Tesis para Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile; 1993.
20. Castillo-Martínez I, Juárez-Villegas L, Palomo-Colli M, Medina-Sansón A, Zapata-Tarrés M. Calidad de vida en niños con leucemia linfoblástica aguda durante la inducción a la remisión mediante el PedsQL Cancer Module. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009; 66:410-418.

21. Kiecolt-Glaser J, McGuire L, Robles T, Glaser R. Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(3):537-547.
22. Segerstrom S. Personality and the immune system: Models, methods, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2000; 22(3):180-190.
23. Herberman R, Lenhard J, Osteen R, Gansler T. Immunotherapy. *Clinical Oncology*. 2001; 215-223.
24. Lazarus R, Folkman S. Teorías cognitivas de la emoción. Estrés y procesos cognitivos. Eds. Martínez Roca. Barcelona España. 1986: pp 191-207. ISBN: 978-842-701-013-0.
25. Crespo M, Cruzado J. Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y depresión*. 1998; 4:259-279.
26. Caplan G. Mastery of stress. *American Journal of Psychiatry*. 1981; 38:413-420.
27. Weisman A, Worden J. The Existential Plight in Cancer: Significance of the First 100 Days. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1976; 7(1):1-15.
28. Pearlin L, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*. 1978; 19(1): 2-21
29. Stone AA, Porter LS. Psychological Coping: It's Importance for Treating Medical Problems. *Mid/Body Medicine*. 1995; 1(1): 46-54.
30. Hamburg DA, Adams JE. A perspective on coping behavior. Seeking and utilizing information in major transitions. *Archives of General Psychiatry*. 1967; 17(3): 277-284.
31. Ferrero-Berlanga J, Toledo-Aliaga M, Barreto-Martín P. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista latinoamericana de Psicología*. 1995; 27(1):87-102.
32. Rowland JH. Intrapersonal Resources: Coping. Holland JC. *Handbook of Psycho-Oncology*. Oxford University Press. New York USA. 1989: pp 44-56.

33. Fernández-Castillo, A. López-Naranjo. Transmission of emotions, fear and infantile stress in hospitalization. *Int J Clin and Health Psycho*. 2006; 6(3): 631-645.
34. Yates JW, Chalmer BJ, ST James P, Folasmee M, Mckegney FP. Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*. 1981; 9:121-28.
35. Weisman A. *Coping with Cancer*. McGraw-Hill, New York USA; 1979: pp 119-129. ISBN: 978-007-069-009-7
36. Lipowsky ZJ. Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine*. 1970; 1(3):91-102.
37. Moorey S, Greer S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. American Psychiatric Press. Michigan USA; 1989: pp 51-79. ISBN: 978-088-048-295-0
38. Osowiecki DM, Compas BE. Psychological adjustment to cancer: Coping and Control beliefs in adults in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*. 1998; 22: 483-499.
39. Cano-Vindel A, Tobal J, Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y estrés*. 1999; 5(2-3):129-143.
40. Sarason I, Sarason B. Capítulo 8 trastornos de ansiedad. *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearspm educación, undécima edición. México. 2006: pp 237-269. ISBN: 970-26-0841-4
41. Pérez-Acosta A, Andrés M. Fundamentos de las terapias de exposición contra las fobias: Una propuesta teórica integradora de la conducta de evitación. *Terapia Psicológica*. 2005; 23(1):25-35.
42. Gantiva-Díaz C, Luna-Viveros A, Dávila A, Salgado M. Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 2010;4(1):63-72.
43. Beck A, Clark D. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*. 1988; 1 :(23-36).

44. Barlow, D. Ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico. Guilford Press, 2nd ed. New York USA. 2002: pp 251-328.
45. Canessa B. Adaptación psicométrica de las escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenber y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona* 5. 2002; 191-233.
46. Hernández-Guzmán L, Bermúdez-Ornelas G, Spence-Susan H, González-Montesinos M, Martínez-Guerrero J, Aguilar-Villalobos J, Gallegos-Guajardo J. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2010; 42(1):13-24.
47. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de cáncer en niños y adolescentes en México, 2011.
48. Fajardo-Gutiérrez A, Rendón-Macías M, Mejía-Arangurè JM. Epidemiología del cáncer en niños mexicanos. Resultados Globales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49 (supl 1): S43-S70.
49. Jaramillo-Villanueva L, Castillo-Henkel E, Rendon-Macias M. Asociación de estrategias de afrontamiento entre el cuidador primario y el paciente pediátrico con enfermedad hematooncológica. Tesis Maestro en Ciencias. Instituto Politécnico Nacional; 2016.
50. Castellanos-Cardenas M, Guarnizo-Castillo C, Salamanca-Camargo Y. Relation between level of anxiety and coping strategies in Colombian University. *International Journal of Psychological research*. 2011;4(1):50-57.

ANEXOS

Anexo 1.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. SILVESTRE FRENK FREUND
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS

“Asociación entre el estilo de afrontamiento y el nivel de ansiedad en adolescentes con cáncer”

Nombre:	
No. de seguridad social:	
Edad:	
Sexo:	
Escolaridad:	
Lugar de residencia:	
Diagnóstico:	
El paciente conoce o no su diagnóstico:	
Fecha del diagnóstico de certeza:	

Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis

Versión validada al español por Beatriz Canessa

Instrucciones:

En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Indica marcando con una "x" la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte esos problemas o dificultades, según creas es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas.

A Nunca lo hago.

B Lo hago raras veces.

C Lo hago algunas veces.

D Lo hago a menudo.

E Lo hago con mucha frecuencia.

No.	Preguntas	A	B	C	D	E
1.	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.	A	B	C	D	E
2.	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema.	A	B	C	D	E
3.	Sigo con mis tareas como es debido.	A	B	C	D	E
4.	Me preocupo por mi futuro.	A	B	C	D	E
5.	Me reúno con mis amigos más cercanos.	A	B	C	D	E
6.	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan.	A	B	C	D	E
7.	Espero que me ocurra lo mejor.	A	B	C	D	E
8.	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada.	A	B	C	D	E
9.	Me pongo a llorar o a gritar.	A	B	C	D	E
10.	Organizo una acción en relación con mi problema.	A	B	C	D	E
11.	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema.	A	B	C	D	E
12.	Ignoro el problema.	A	B	C	D	E
13.	Ante los problemas, tiendo a criticarme.	A	B	C	D	E
14.	Guardo mis sentimientos para mí solo (a)	A	B	C	D	E
15.	Dejo que Dios me ayude con mis problemas.	A	B	C	D	E
16.	Pienso en aquellos que tienen peores, para que los míos no parezca tan graves.	A	B	C	D	E
17.	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo.	A	B	C	D	E
18.	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver televisión, etc.	A	B	C	D	E
19.	Practico un deporte.	A	B	C	D	E
20.	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente.	A	B	C	D	E
21.	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis	A	B	C	D	E

	capacidades.					
22	Sigo asistiendo a clases.	A	B	C	D	E
23	Me preocupo en buscar mi felicidad.	A	B	C	D	E
24	Llamo a un amigo (a) íntimo (a).	A	B	C	D	E
25	Me preocupo por mis reacciones con los demás.	A	B	C	D	E
26	Espero que un milagro resuelva mis problemas.	A	B	C	D	E
27	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido.	A	B	C	D	E
28	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas.	A	B	C	D	E
29	Organizo un grupo que se ocupe de los problemas.	A	B	C	D	E
30	Decido ignorar conscientemente el problema.	A	B	C	D	E
31	Me doy cuenta yo mismo (a) que me complico la vida frente a los problemas.	A	B	C	D	E
32	Evito estar con la gente.	A	B	C	D	E
33	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas.	A	B	C	D	E
34	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas.	A	B	C	D	E
35	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas.	A	B	C	D	E
36	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades.	A	B	C	D	E
37	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud.	A	B	C	D	E
38	Busco animo en otras personas.	A	B	C	D	E
39	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta.	A	B	C	D	E
40	Trabajo intensamente.	A	B	C	D	E
41	Me preocupo por lo que está pasando.	A	B	C	D	E
42	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorada (o).	A	B	C	D	E
43	Trato de adaptarme a mis amigos.	A	B	C	D	E
44	Espero a que el problema se resuelva por sí solo.	A	B	C	D	E
45	Me pongo mal, me enfermo.	A	B	C	D	E
46	Culpo a los demás de mis problemas.	A	B	C	D	E
47	Me reúno con otras personas para analizar el problema.	A	B	C	D	E
48	Saco el problema de mi mente.	A	B	C	D	E
49	Me siento culpable por los problemas que me ocurren.	A	B	C	D	E
50	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa.	A	B	C	D	E

51	Leo la biblia o el libro sagrado.	A	B	C	D	E
52	Trato de tener una visión positiva de la vida.	A	B	C	D	E
53	Pido ayuda a un profesional.	A	B	C	D	E
54	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan.	A	B	C	D	E
55	Hago ejercicios físicos para distraerme.	A	B	C	D	E
56	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.	A	B	C	D	E
57	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago.	A	B	C	D	E
58	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo.	A	B	C	D	E
59	Me preocupo por las cosas que puedan pasar.	A	B	C	D	E
60	Trato de hacer amigo (a) íntimo de un chico (a).	A	B	C	D	E
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás.	A	B	C	D	E
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar.	A	B	C	D	E
63	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos.	A	B	C	D	E
64	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo.	A	B	C	D	E
65	Me reúno con las mismas personas que tienen el mismo problema que yo.	A	B	C	D	E
66	Cuando tengo problemas, me aíso para evitarlos.	A	B	C	D	E
67	Me considero culpable de los problemas que me afectan.	A	B	C	D	E
68	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento.	A	B	C	D	E
69	Pido a Dios que cuide de mí.	A	B	C	D	E
70	Me siento contento de cómo van las cosas.	A	B	C	D	E
71	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo.	A	B	C	D	E
72	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas.	A	B	C	D	E
73	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema.	A	B	C	D	E
74	Me dedico a mis tareas en vez de salir.	A	B	C	D	E
75	Me preocupo por el futuro del mundo.	A	B	C	D	E
76	Procuro pasar más tiempo con la persona que me gusta salir.	A	B	C	D	E
77	Hago lo que quieren mis amigos.	A	B	C	D	E
78	Me imagino que las cosas van a ir mejor.	A	B	C	D	E
79	Sufro de dolores de cabeza o de estómago.	A	B	C	D	E
80	Encuentro una forma de aliviar la tensión, por ejemplo, llorar o gritar, beber o tomar drogas.	A	B	C	D	E

Anexo 3.

Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS)
Versión validada al español por Hernández Guzmán y colaboradores

Marca con una "x" dentro del paréntesis la opción que muestre que tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas.

1. Hay cosas que me preocupan:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

2. Me da miedo la oscuridad:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

3. Cuando tengo un problema siento feo en el estómago:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

4. Siento temor:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

6. Me da miedo presentar un examen:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

8. Me preocupó cuando estoy lejos de mis padres:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

10. Me preocupó por hacer un mal trabajo en la escuela:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

12. Me preocupó porque algo malo le suceda a alguien de mi familia:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna:

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz o cerrar la puerta con llave):

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

15. Me da miedo dormir solo(a):

Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

- 16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 17. Soy bueno en los deportes:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 18. Me dan miedo los perros:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 21. De repente empiezo a temblar sin razón:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 23. Me asusta ir al doctor o al dentista:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a):**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 26. Soy un(a) buen(a) niño(a):**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 28. Me siento asustado(a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 30. Me da miedo estar en lugares de donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques)**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 31. Me siento feliz:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

- 33. Me dan miedo los insectos o las arañas:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 34. De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 35. Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 38. Me gusta como soy:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 39. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños):**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 40. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 41. Me molestan pensamientos tontos o malos o imágenes en mi mente:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 43. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en la escuela:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
- 44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa:**
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

Anexo 4.

UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Protocolo aprobado por el comité local de investigación y ética del hospital. Registro No: R-2016-3603-88

Ciudad de México a _____ del _____ 2016

Se les invita a usted y a su hijo (a) _____ a participar voluntariamente en el estudio de investigación, **“Asociación entre el estilo de afrontamiento y el nivel de ansiedad en pacientes adolescentes con cáncer”** Antes de que usted y su hijo decidan participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga para asegurarse de entender los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta carta.

El objetivo del estudio es: Identificar el estilo de afrontamiento utilizado por los adolescentes con enfermedad hemato-oncológica que desarrollan mayor nivel de ansiedad. El estilo de afrontamiento es la manera en que una persona enfrenta un problema.

Se me ha explicado que nuestra participación consistirá en:

Proporcionar información sobre datos personales, como nombre, edad, escolaridad, diagnóstico, si el paciente conoce el diagnóstico de su enfermedad. Mi hijo (a) contestará la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis y la Escala de Ansiedad de Spence, instrumentos que son auto- cuestionarios y se contestarán aproximadamente en 20 la escala de afrontamiento y 20 minutos la escala de ansiedad infantil.

Procedimientos del estudio:

Después de leerse el consentimiento informado, habiéndose aclarado las dudas y haberlo firmado, se procederá a la obtención de datos generales y a la aplicación de los cuestionarios mencionados. Los datos se manejarán de manera anónima, exclusivamente por los investigadores principales, de modo que ni su hijo ni usted serán identificados en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio. Los resultados de los cuestionarios se comentarán con ustedes, si así lo solicitan. En caso de encontrar ansiedad, serán informados oportunamente y su paciente recibirá la atención necesaria por el servicio de Salud Mental de este Hospital si ustedes así lo deciden, este servicio se encuentra en el área de la consulta externa del 2º piso, en los consultorios del 19 y 21, teléfono 56276938.

Los riesgos y beneficio del estudio incluyen:

Los posibles riesgos e inconvenientes, derivados de la participación de su hijo (a) son: el tiempo que le tomará en contestar el cuestionario o reacciones de preocupación, misma que son poco frecuentes y se atenderán de forma inmediata por el investigador en caso de que se presenten; el beneficio será la contribución al conocimiento científico y la atención oportuna de Salud Mental para quienes presenten ansiedad o depresión, o tengan riesgo de desarrollarla.

Aceptación de participación:

Declaramos que se nos ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Entendemos que conservamos el derecho de retirar a nuestro hijo (a) del estudio en cualquier momento en que lo consideremos conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe nuestro hijo (a) o nuestra familia por parte del Instituto.

Los investigadores responsables del estudio son la Dra. Sandra Carolina Herrera Ortiz y el Dr. Leonel Jaramillo Villanueva, ambos se pueden localizar en consulta externa de Salud Mental, de lunes a viernes de 8 a 14 horas. En caso de dudas, favor de comunicarse a la comisión nacional de ética, al número 5487- 2760

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del Investigador Responsable

Testigo nombre y firma

Testigo nombre y firma

Anexo 5.

UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMN SIGLO XXI

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Registro: R-2016-3603-88

Lugar y Fecha _____

Por medio de este formato se te invita a participar en este estudio con el objetivo de Identificar el estilo de afrontamiento que utilizan los adolescentes con enfermedad hemato-oncológica que desarrollan algún trastorno de ansiedad. Si aceptas participar, se llevarán a cabo las siguientes actividades

Se te darán dos cuestionarios para que los leas y contestes de acuerdo a lo que tú sientes y piensas: la escala de Ansiedad de Spence y la escala de afrontamiento para Adolescentes el tiempo aproximado de respuesta está calculado de 30 a 40 minutos.

Los beneficios para participar en este estudio son:

Después de analizar los resultados de cada cuestionario, en caso de encontrar síntomas de ansiedad, si estás de acuerdo se te enviará al servicio de Salud Mental con la finalidad de evaluar si es necesario que recibas tratamiento para mejorar tus síntomas.

Los posibles riesgos o inconvenientes, para ti, únicamente radican en el tiempo que se requiere para el llenado del cuestionario y la preocupación por responderlo, ten en cuenta que tu ayuda aportará para la obtención de conocimiento científico.

Toda la información que nos proporciones será usada con respeto y confidencialidad.

Las dudas que tengas en relación a este estudio y tu participación serán respondidas por: Dra. Sandra Carolina Herrera Ortiz y Dr. Leonel Jaramillo Villanueva. Nos puedes encontrar en consulta externa de Salud mental de 8 a 14:00 horas.

Si aceptas participar por favor anota tu nombre a continuación:

Nombre del paciente: _____

Nombre y firma del testigo: _____

Nombre, firma y matricula del investigador responsable: _____