



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

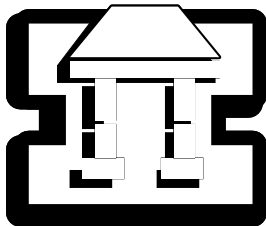
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA ADQUISICIÓN Y/O
MODIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
HACIA EL DOLOR CRÓNICO EN ADOLESCENTES CON
OSTEOSARCOMA EN ETAPA TERMINAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
M O N T A Ñ E Z P A Z L U C E R O
R O M E R O B O L A Ñ O S C L A U D I A I V O N N E

ASESORA:
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

SINODALES:
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Mi eterno deseo de vivir

No basta con querer luchar,
Con confiar en que mis sueños pueden hacerse realidad,
Con pensar que llegara el día en que Dios cure mi enfermedad,
Con que otros me digan que el sufrimiento me liberara,
Con que algunos pretendan ignorar mi enfermedad,
Con que mi madre me haga sentir que a su lado nada me pasara,
Con que llenen de regalos mi cama para disminuir mi soledad,
Con que amanezca y aun este vivo,
Con que toque mi cuerpo y sienta que aun no me he consumido,
Con que los médicos me aseguren que la cura se encontrara,
Con que el mundo me diga que sonría y deje de renegar,
Con que mi orgullo me pida que haga el último intento para no llorar,
Con que mi abuela me diga que la muerte no es sino otro paso que tenemos que dar,
Con que en las películas haya personas enfermas que de repente se curan y no sufren más,
Con que algo dentro de mí me diga que solo al cerrar los ojos encontrare la tranquilidad,
Con que me den mil razones para alejar la tristeza y salir de mi oscuridad,
Y no basta con querer aferrarme a la vida, mientras lo único que siento es que entre
más la retengo, más rápido se va.

Lyda Gómez

DEDICATORIAS

A DIOS

Gracias por darme la oportunidad de existir y de compartir con las personas que quiero cada momento de mi vida, te dedico la culminación de este trabajo porque sin ti no lo hubiera realizado y sobre todo por estar siempre a mi lado.

A MI MAMÁ

Gracias por ser mi motivación, por darme la vida, por ser mi ejemplo a seguir, por ese espíritu de lucha que siempre te ha caracterizado, por tu alegría, confianza y disciplina, por tu grandeza como persona, no sólo por ser mi madre, sino por ocupar el lugar de mi papá; ser mi mejor amiga y cómplice.

Por tu valentía que sin escatimar esfuerzo alguno has sacrificado gran parte de tu vida, me haz formado y educado bajo valores y principios que nunca defraudare. Tus desvelos, preocupaciones y cuidados son mi mayor riqueza. Le doy gracias a Dios por tenerte a mi lado y saber que siempre cuento contigo, por ello, te dedico esta culminación en mi vida profesional. TE AMO.

A MI HERMANO MIGUEL

Gracias por ser como eres, no necesitas brillo para lucir, porque tu grandeza no se mide por el matiz que lo adorna sino por la esencia de tu alma, de tu fortaleza y de tu dedicación, Dios siempre te ha dado la sabiduría para descubrir lo correcto, la voluntad para elegirlo y la fuerza para hacer que perdure.

Tú me haz enseñado que los sueños nunca desaparecen cuando las personas no los abandonan. Te admiro mucho y siempre he visto muchas cualidades, no sólo como hermano, sino como hijo, esposo y amigo. Te quiero mucho.

EN MEMORIA DE MI PAPÁ

Te doy gracias por siempre estar a mi lado, no importando si sólo es en espíritu, porque sé que cuento contigo, que me acompañas y me guías en cada paso que doy, por el tiempo que estuviste conmigo y que jamás voy a olvidar. TE AMO.

A MI TIA MELLA

Gracias por estar a mi lado, por confiar en mí, por apoyarme en todo momento, por ser como una segunda madre para mí, por inculcarme los valores que en este momento me han permitido seguir creciendo no sólo como profesional sino como persona, por enseñarme que el esfuerzo, la constancia y el cariño con el que las personas realizamos las cosas nos ayuda a lograr lo que queremos.

A MI TIA RAFA

Gracias por apoyarnos, sobre todo a mi mamá, te quiero mucho, te admiro y te respeto enormemente, eres una de mis tías consentidas, siempre he presumido tener una tía como tú, sencilla y disciplinada tanto en su persona como en su trabajo. Te admiro por ser una gran mujer, no sólo como tía, sino como madre, hermana y abuela.

A MI PRIMA ISA

Gracias por ser como eres, por tu ejemplo no sólo como persona sino como profesional, madre e hija, te admiro mucho y sabes que te quiero muchísimo, eres como mi hermana, siempre me haz apoyado y me has aconsejado, brindándome el cariño y la paciencia que en ocasiones he requerido, le doy gracias a Dios por tenerte y saber que pase lo que pase siempre cuento contigo.

A MI SUPER AMIGA CLAUDIA

Gracias por compartir mis alegrías, tristezas y triunfos, pero sobre todo por ser mi amiga y cómplice. Estoy muy satisfecha de haber realizado este trabajo contigo, a pesar de las diversidades hemos logrado una meta más en nuestra vida, y estoy segura que este momento nunca lo vamos a olvidar. Te quiero mucho.

LUCERO

DEDICO ESTE TRABAJO

Primeramente a DIOS por darme vida, salud y entendimiento, te agradezco por compartir con toda mi familia esta faceta tan importante en mi vida, señor gracias por bendecirme y cuidarme siempre.

A MI MADRE:

Por ser una mujer ejemplar quien ha hecho de mi una gran persona, sabes a ti te debo todo lo que soy y lo que tengo, te agradezco enormemente todos tus desvelos, sacrificios, cuidados y regaños ya que sin los cuales no hubiera llegado a terminar mi carrera, doy gracias al señor por haber puesto en mi camino una madre tan valiosa y tan valiente y que sin escatimar esfuerzos siempre estuvo conmigo apoyándome en cada tropiezo que daba y ayudándome a superarme cada día más, sabes mamá nunca tendré como pagarte todo lo que has hecho por mi, de verdad gracias por tu apoyo, cariño y confianza este logro es para ti, nunca olvides que te quiero mucho, gracias por todo.

A MI ABUE:

Por ser una persona honesta, sencilla y muy humana, te doy las gracias por abrirme las puertas de tu bondad y de tu apoyo ya que fue muy importante para la realización de este trabajo, mil gracias por todo y por proyectarme esa sabiduría que solo tú tienes.

A MI TIA GLORIS Y LUCHIS:

Saben les agradezco mucho por cuidarme y por creer en mi, ya que son una de las personas a quienes valoro mucho por su forma de ser tan optimistas, sencillas y que me han apoyado en todo, mil gracias por su sinceridad y lealtad. Les dedico con mucho cariño cada parte de este trabajo el cual espero y les guste, gracias por estar conmigo y brindarme su confianza. Las quiero mucho a las dos.

A MI PRIMO OSWALDO:

Por estar a mi lado y ser una de las personas mas sinceras que he conocido en la vida y muy humano, sabes eres un ejemplo para mi de fuerza, de constancia y que si en algún momento llegue a desistir en mi carrera, estuviste ahí para animarme y darme esa confianza y apoyo que necesitaba, muchas gracias por ser el hermano que no tuve y por tu confianza, te quiero mucho.

A MIS TIOS:

Gracias por ser como son, con diferentes tipos de personalidad cada uno pero siempre unidos y honestos guiando y cuidando a los suyos, muchas gracias por su apoyo de verdad.

A MIS PRIMIS:

A todas mil gracias por su apoyo, cariño y comprensión saben que las quiero mucho y que siempre van a contar conmigo en todo de verdad, karis nunca cambies y gracias por tu sinceridad y lealtad que siempre me has brindado junto con toda tu familia.

A MI GRAN AMIGA LUCERO:

Sabes te agradezco mucho el que me hayas brindado tu amistad, a través del tiempo aprendí a conocer a una persona leal, sincera y honesta como tú, estoy muy contenta por haber realizado este trabajo contigo, sabes que no fue fácil sin embargo tuvimos algunas adversidades para la culminación de este mismo y aún así las enfrentamos y hoy esto es nuestra recompensa una gran satisfacción para nosotras y nuestra familia, mil gracias por estar a mi lado en todos los momentos, te quiero mucho amiga.

EN MEMORIA DE:

MI ABUELO:

Por ser una de las personas más leales, fuertes y cariñosas, este trabajo es para ti y se que donde quiera que te encuentres vas a estar contento compartiendo conmigo esta alegría que siento en este momento, gracias por todo lo que me enseñaste, siempre te voy a recordar por haberme brindado tu cariño y amor, gracias.

A MI PRIMA PERLA:

Sabes cada paso y cada momento de este trabajo fue pensado en ti, por haber sido una de las niñas mas valientes, honestas y que enfrente la vida de una forma muy valiosa te dedico con todo mi cariño esta tesis en honor a ti, sabes toda mi vida te voy a recordar por haber compartido momentos tan felices de mi infancia, sabes siempre vas a ocupar un lugar muy especial dentro de mi corazón, te quiero mucho, hermana, gracias.

ATTE: CLAUDIA

A CRIS

Gracias por tu paciencia, tu ayuda y sobre todo por tu confianza y aliento en cada momento, no sólo por el trabajo sino por tu forma de ser, ya que eres una persona que se entrega y se supera día a día , proyectando ese espíritu de compromiso y lealtad a su trabajo y hacia los demás. Te admiramos mucho como profesionista y como persona, no tenemos como agradecerte el que hayas participado para culminar una etapa más en nuestra carrera profesional e inyectarnos esa constancia, dedicación, disciplina y cariño hacia lo que uno hace y quiere lograr.

A JUANITA

Gracias por tu apoyo y por tu confianza, por depositarnos la enseñanza necesaria que se requiere para realizar un trabajo satisfactoriamente, ya que en ti encontramos una persona íntegra, responsable y sencilla, así como comprensible y que siempre estuvo dispuesta a brindarnos su apoyo incondicional, tratando de guiarnos de la mejor manera para lograr una meta más en nuestra vida.

A VAQUERO

Te agradecemos enormemente la confianza que tuviste hacia nosotras a pesar de que casi no nos conoces mucho, sin embargo por lo que nos proyectas y por lo que nos han comentado de ti, consideramos que eres una persona sencilla, agradable, constante y sobre todo sabemos que te comprometes con lo que te gusta hacer.

LUCERO Y CLAUDIA

ÍNDICE TEMÁTICO

Resumen.....	10
Introducción.....	11
Capítulo I: Conceptualización de la Psicología.....	18
1.1 La Psicología y su aplicación clínica.....	18
1.2 Psicología Hospitalaria.....	21
Capítulo II: Una enfermedad crónica degenerativa: Cáncer.....	28
2.1 Definición de las enfermedades crónico-degenerativas: características e implicaciones.....	28
2.2 Definición de cáncer.....	31
2.2.1 Etiología del cáncer.....	32
2.3. Tipos de cáncer y su tratamiento.....	35
Capítulo III.- Cáncer en el Adolescente.....	38
3.1 Características del desarrollo normal del adolescente.....	38
3.2 Factores de riesgo para el cáncer infantil- adolescente.....	40
3.3 Tipos de cáncer en la adolescencia.....	41
3.4 Principales tratamiento del cáncer en el adolescente.....	44
3.5 Implicaciones del cáncer en el adolescente.....	47
3.5.1 Implicaciones Físicas.....	48
3.5.2 Implicaciones psicológicas.....	50
3.5.3 Implicaciones sociales.....	55
Capítulo IV.- Afrontamiento del dolor crónico en adolescentes con cáncer.....	58
4.1 Dolor relacionado con enfermedades oncológicas.....	58
4.1.1 Definición y tipos de dolor.....	58
4.1.2 Factores de riesgo del dolor crónico.....	63
4.2 Dolor por cáncer en adolescentes.....	64
4.3 Afrontamiento ante el dolor.....	66
4.3.1 Definiciones de afrontamiento.....	66
4.3.2 Tipos de afrontamiento.....	67
4.4. Afrontamiento en adolescentes con cáncer.....	72

Capítulo V: Propuesta de Intervención para la adquisición y/o modificación de estrategias de afrontamiento funcionales hacia el dolor crónico de adolescentes con osteosarcoma en etapa terminal.....	76
Conclusiones.....	92
Referencias bibliográficas.....	97
Anexos.....	105

RESUMEN

El objetivo de la presente tesis teórica fue diseñar una propuesta de intervención psicológica para adolescentes con osteosarcoma en etapa terminal para que adquieran y/o modifiquen las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico. Uno de los aspectos más problemáticos de la enfermedad es el dolor y el sufrimiento que éste produce. El conocimiento de la experiencia dolorosa es crítico para entender cómo los pacientes reaccionan ante la enfermedad, cómo interaccionan con sus cuidadores y responden al tratamiento (Taylor, 1986 en Latorre y Beneit, 1994). A partir de esta problemática, se desarrolló una propuesta de intervención, basada en la técnica de inoculación del estrés. Se concluyó que es necesario que se lleven a cabo diversas intervenciones en adolescentes con enfermedades crónicas como el cáncer, enfocándose principalmente a los aspectos psicológicos que repercuten en la aparición y evolución de la enfermedad utilizando algún modelo que responda a las necesidades de las personas involucradas, en este caso los adolescentes. Esta propuesta es muy flexible ya que si las condiciones físicas del paciente lo permiten se pueden llevar a cabo más sesiones donde se trabaje a profundidad las técnicas utilizadas hacia algunas problemáticas vinculadas a la enfermedad. Además, puede brindar beneficios potenciales en diferentes niveles: tanto a nivel personal, como familiar e institucional.

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes la psicología ha tenido grandes repercusiones en el ámbito de la salud, la creencia de que los factores conductuales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud ha sido recogida desde hace milenios en los escritos de importantes religiones y civilizaciones, como China, Grecia y Roma (Matarazzo, 1994, en Buena, Caballo y Sierra, 1996).

Desde las culturas antiguas los buenos hábitos y la evitación de los excesos eran considerados esenciales para la salud, para los griegos, la salud era la mezcla armoniosa de los humores y la enfermedad era considerada como una mezcla no armoniosa (Buena Caballo y Sierra, 1996).

En este contexto el comportamiento funge un papel muy importante puesto que el ser humano se conforma de aspectos biológicos, sociales y psicológicos, los cuales están entrelazados y uno repercute en el otro, en el caso de la aparición de enfermedades se relacionan en gran medida con los hábitos de salud practicados por los individuos, por ejemplo en el caso de tener una dieta no adecuada, no practicar algún deporte pueden junto con otros factores asociados desencadenar en un futuro algún padecimiento como la diabetes.

La psicología como ciencia es capaz de promover los cambios en el comportamiento individual dirigidos al mantenimiento de la salud y a la prevención, así como a la intervención en enfermedades, tales como la diabetes o el cáncer, teniendo como principal finalidad la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, así como ser un apoyo para los hospitales en el manejo de los pacientes. Para lograr dicha finalidad se ha valido de diversos modelos de intervención, tal es el caso del modelo biomédico, el de psicología de la salud; la medicina conductual entre otros, siendo este último quien aparece a partir de la década de los 70's y es considerado como un campo

interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como el conocimiento de las ciencias sociales basándose tanto en el estudio de la conducta humana como en el estudio del análisis biológico. Este modelo se basa en las técnicas de modificación de conducta, las derivadas del modelo de aprendizaje social y las cognitivas. Sus procedimientos o técnicas han generado resultados con gran éxito dentro de diversas investigaciones e intervenciones tanto a nivel individual como a nivel grupal, por ejemplo en el caso de las enfermedades crónico degenerativas, manejo del estrés en diversas situaciones (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Una de las principales enfermedades crónico degenerativas que tiene mayor incidencia en México es el cáncer, el cual ocupa uno de los principales lugares dentro de las causas de muerte en el país. Es preciso señalar que el término proviene de carcinos (cangrejo), que Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos (como el de mama), el cual a simple vista se presenta como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa en los tejidos que invaden (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El cáncer es una enfermedad crónica, la cual requiere de un tratamiento ambulatorio en la mayoría de los casos o incluso de la hospitalización, lo cual provoca una perturbación en el funcionamiento cotidiano de la persona, por lo que frecuentemente la persona se desgasta no sólo física, sino también psicológica y socialmente. Por ello, dentro del estudio del cáncer se requiere de la participación multidisciplinaria del personal de la salud para contener la situación, y es así que la psicooncología estudia, por un lado, el efecto del cáncer sobre el paciente, la familia y el personal de la salud encargado de su manejo, y por el otro las conductas de riesgo para padecerlo y su efecto sobre el curso de la enfermedad (Rodrigo, 1998).

Cualquier persona es susceptible de padecer cáncer, no importando la edad que tenga, por ello la población oncológica incluye niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos en edad productiva y mayores, sin embargo cada grupo de edad presenta repercusiones diferenciadas, de acuerdo con el tipo de cáncer que se le diagnostique; particularmente, en

la adolescencia el cáncer más común es el osteosarcoma, el cual se caracteriza por ser agresivo y doloroso, por lo cual no se tiene un alto índice de sobrevivencia ante esta enfermedad.

Un diagnóstico de cáncer durante la etapa de la adolescencia genera en el adolescente una serie de cambios radicales en su vida ya que se vuelve más dependiente de la familia, su autoestima decae bastante; asimismo, el número de amistades se reduce considerablemente ya que debido a las experiencias negativas que tiene acerca de sí mismo y de su imagen lo orillan a aislarse de los demás. Otro aspecto importante es el miedo de morir a temprana edad y no poder realizar los planes que tenía a futuro y es muy frecuente que se sienta como una carga para su familia, ya que asiste continuamente al médico o tiene que estar hospitalizado en algunos periodos de la enfermedad, lo cual a veces provoca en él una negación total de la enfermedad (Marsh, 1986).

De acuerdo a las características que se presentan en los adolescentes con cáncer, cabe señalar que no todos afrontan de la misma forma la enfermedad, aún encontrándose en esta etapa, por lo que es preciso señalar que el afrontamiento, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984, Pág. 164), son “aquellos esfuerzos 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”.

En este sentido, el afrontamiento implica utilizar las estrategias y las habilidades adecuadas para un mejor manejo de la enfermedad, así como del entorno en el que se encuentra inmerso el paciente. Esto dependerá en gran parte en el tipo de afrontamiento que la persona lleva a cabo, ya sea de manera funcional como lo es, el buscar información o apoyo social, o de manera disfuncional, por ejemplo evitar la situación.

Por otro lado, una de las principales consecuencias del osteosarcoma es el dolor, el cual se caracteriza por presentarse con gran intensidad y es muy taladrante. En general, dentro de la enfermedad del cáncer existen muchas creencias respecto al dolor que éste

produce en los pacientes, una de ellas es creer que el cáncer es extremadamente doloroso; sin embargo, se ha comprobado que a pesar de que el dolor es una condición que acompaña al cáncer, un número significativo de pacientes experimentan poco dolor aún en estados avanzados de la enfermedad, lo cual nos hace ver que el dolor es el resultado de una serie de interacciones complejas de procesos neurofisiológicos y neuroquímicos que permiten que procesos psicológicos como la motivación, la emoción, la cognición y el aprendizaje modulen la percepción del dolor, la experiencia y la subsecuente respuesta conductual (Domínguez, 1992, en Domínguez, 1994).

Asimismo, es preciso mencionar que el dolor que presentan los pacientes depende también de la etapa en la que se encuentra el proceso de la enfermedad; por ejemplo, Bonica (1984, en Oblitas y Becoña, 2000) realizaron un estudio epidemiológico clásico del cáncer, donde concluye que el 40% y 45% de los pacientes que acaban de ser diagnosticados de cáncer padecen dolor de moderado a severo, del 30 al 40% de los pacientes lo presentan en estados avanzados intermedios de la enfermedad y entre el 60% y 80% de los enfermos en estado avanzado.

Tomando en cuenta lo citado anteriormente, se contempla la importancia de realizar una propuesta de intervención psicológica en adolescentes con osteosarcoma en etapa Terminal, el objetivo de la misma es que los adolescentes adquieran y/o modifiquen estrategias o habilidades de afrontamiento funcionales hacia el dolor crónico, junto con el apoyo de los padres/tutores.

Dentro de una intervención se requiere de la implementación de diversas técnicas dirigidas al paciente o al grupo familiar, las cuales han sido desarrolladas en gran medida para poder brindar al paciente el apoyo psicológico que necesitan en el momento oportuno.

Las estrategias que se han aplicado con gran frecuencia ante diversos tipos de enfermedades crónicas y en pacientes con cáncer, son: inoculación del estrés, relajación, terapia cognitiva de Beck y solución de problemas, obteniendo resultados alentadores para la psicología cognitivo conductual (Acosta, (2005); Bravo, (2005); Gómez, Zermeño,

Ramírez y Flores, (2005); Gómez, Restrepo y Jiménez, (2005); Sánchez, Velasco y Rodríguez, (2005); Villalpando, (2005); Nezu, (2000).

En el caso de la inoculación del estrés, es una técnica valiosa, ya que incluye un conjunto de técnicas como psioeducación, relajación, solución de problemas, reestructuración cognitiva e imágenes guiadas, mismos que permiten implementarle nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento en los pacientes con cáncer (Meichenbaum, 1988).

Una de las principales problemáticas que se encuentra el adolescente con cáncer es que no se cuenta con un área especializada para llevar a cabo una atención personalizada e individualizada, motivo por el cual se diseñó esta propuesta de intervención para poner énfasis en esta población, haciendo hincapié en las principales características de los adolescentes a nivel físico, psicológico y social. Para mejorar resultados, se considera importante contar con un equipo multidisciplinario compuesto tanto de médicos, como de psicólogos, trabajadores sociales) y contar con la participación activa de los padres o tutores, así como del paciente.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, este trabajo se divide en cinco capítulos:

En el Capítulo I se describe la conceptualización de la psicología hospitalaria, en donde se menciona la definición de la psicología y su aplicación clínica, además se profundiza en la psicología hospitalaria, ya que el psicólogo en la actualidad diseña y aplica programas de intervención de diversas temáticas de salud. Se presentan diversos modelos de intervención, tales como la medicina conductual, la medicina psicosomática y la psicología de la salud, bajo los cuales se han llevado a cabo diversas aplicaciones de estrategias dirigidas a la prevención, diagnóstico y sobre todo al tratamiento y rehabilitación de diversas enfermedades.

En el Capítulo II se describe la definición de las enfermedades crónicas degenerativas, destacando principalmente el cáncer ya que es una de las principales causas de muerte en nuestro país, se señalan las características y las implicaciones que éste genera a partir de su aparición. Se presenta la definición de cáncer, su etiología y factores de riesgo, destacando los psicológicos, tales como el no llevar una dieta adecuada, estar estresado constantemente, etc. Se mencionan los tipos de cáncer, su tratamiento, curso y pronóstico de esta enfermedad.

En el Capítulo III se mencionan las características del desarrollo normal del adolescente, en donde se afirma que la adolescencia es un periodo de transición en el cual ocurre una búsqueda de identidad y una serie de cambios tanto a nivel físico como psicológico y social, ya que es un nuevo estilo de vida al cual se enfrenta. Otro punto importante que se alude es el referido a los principales tipos de cáncer en la infancia y adolescencia: leucemias, linfomas no Hodgkin y los osteosarcomas, se especifica las características de este último, resaltando que es un tipo de cáncer muy agresivo y doloroso; además, se describen los principales tratamientos que se realizan para este padecimiento y las implicaciones del cáncer en el adolescente tanto a nivel físico, psicológico, como social.

En el Capítulo IV se hace referencia al dolor crónico como uno de los principales factores que repercuten de forma física, psicológica y social a los adolescentes con osteosarcoma, asimismo se alude que el afrontamiento tiene un gran impacto en el manejo del proceso de la enfermedad y cómo a través de éste se pueden adquirir nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento más funcionales con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

En el Capítulo V se presenta la propuesta del programa de intervención para adolescentes con osteosarcoma, se basa en el procedimiento de inoculación del estrés descrito por Meichenbaum (1988). Éste consiste en una serie de técnicas las cuales son: relajación, terapia cognitiva de Beck, psicoeducación e imágenes guiadas y solución de problemas, las cuales van encaminadas a brindarles estrategias de afrontamiento y habilidades para afrontar de mejor manera la enfermedad y asimismo favorecer una mejor

calidad de vida. La propuesta de intervención consiste en ocho sesiones de 30 min., cada una aproximadamente, durante las cuales se propone el registro del nivel de dolor que presentan los pacientes mediante la escala subjetiva del dolor, así como el empleo de registros de evaluación para cada sesión, con la finalidad de evaluar la eficacia de las técnicas antes mencionadas. Finalmente se considera que este programa es flexible, tanto para el paciente como para el terapeuta que lo aplique y está adaptado a las condiciones y características de esta población.

Para complementar y reforzar la intervención, se propone la utilización de los folletos diseñados tanto para el paciente como para la familia, lo cual contribuirá a que no se le olviden las técnicas y su aplicación, así como algunas recomendaciones que se sugieren para que lleven a la práctica ante diversas situaciones estresantes.

CAPÍTULO I. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

1.1. La psicología y su aplicación clínica

A lo largo del tiempo se han tenido diferentes conceptualizaciones respecto a la psicología, por ejemplo: Barón (1985, pág. 26), define “la psicología como la ciencia de la conducta y los procesos mentales donde actualmente muchos psicólogos estudian el cómo procesa nuestra mente y cómo se conserva la información”

Whittaker (1977, pág. 146), la define como “una ciencia en la cual se aprende a percibir determinados objetos o situaciones y a ver cómo se va modificando nuestro comportamiento”

Por otro lado, Kantor (1990); Gross (1998) mencionan que la psicología es la ciencia de la conducta humana y animal, considerándola ciencia porque contiene un cuerpo sistematizado de conocimientos.

De acuerdo con estas definiciones podemos ver que todas se centran en la conducta y en la mente humana, sin embargo una de las definiciones que engloba a éstas es la de Harrsch (1979, en Harrsch, 1985) donde define a la psicología como la ciencia que estudia el comportamiento humano en sus diversas expresiones y contextos por medio de métodos sistemáticos y análisis; considera que actualmente es una disciplina sumamente útil para resolver y mejorar muchos problemas que tiene la complicada problemática humana.

De acuerdo a las definiciones anteriores podemos concluir que el estudio de la psicología se centra en la conducta humana y cómo el hombre percibe el ambiente que lo rodea siendo éste uno de los principales factores que influyen en su comportamiento.

Partiendo de estas definiciones vemos que el psicólogo se ha insertado en diversos campos de aplicación de acuerdo a su postura y un claro ejemplo de ello es que en México las actividades del psicólogo se han visto variadas y modificadas en una gran diversidad de aplicaciones entre las cuales destacan cinco campos: educativo, donde el psicólogo ha diseñado diversos estudios y programas educacionales para el desempeño escolar de los estudiantes; industrial, donde el trabajo del psicólogo se ha concentrado en la aplicación de diversas pruebas psicométricas y capacitación de personal; social, donde se ha dedicado al estudio de la interacción que tienen las personas en distintos grupos sociales; y, general experimental, dentro del cual el psicólogo se ha destacado por sus diversos estudios con animales y ver la importancia de las variables en el comportamiento humano (Harrsch, 1985).

Sin embargo, uno de los campos más destacados de la psicología es el de la Clínica debido a que ésta ha tenido grandes repercusiones tanto en el ámbito individual como social, por ejemplo, los psicólogos clínicos han diseñado diversos programas de rehabilitación para atender problemáticas como depresión, problemas de aprendizaje, adicciones, ansiedad, enfermedades mentales y las enfermedades crónico degenerativas, entre otros.

La Sección Clínica de la American Psychological Association (APA, 1953, en Kendall y Norton, 1988, pág.18), menciona que “la psicología clínica es una forma de psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo”.

Asimismo, Buela, Caballo y Sierra (1996, pág. 4), definen “la psicología clínica como un área en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento, prevención de trastornos psicopatológicos”.

Por tanto, el psicólogo clínico enfoca su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. Su área de interés se concentra en la problemática individual de un sujeto, así como la derivada de su interacción con el ambiente, en ese sentido es posible identificar diversos sectores de aplicaciones, principalmente en el área de la docencia, de investigación y de servicios tanto a nivel privado como institucional (Harrsch, 1985). En esta última es donde el psicólogo clínico más se ha insertado, principalmente en la consulta privada donde tiene la libertad para establecer sus propios criterios en lo que respecta a horarios, honorarios y tipos de pacientes o tratamientos que desea llevar a cabo; sin embargo, también tiene la plena responsabilidad de ejecutar los cargos de administración que implica el tener un consultorio de sector privado y al mismo tiempo mantener y conservar el entusiasmo y el profesionalismo que tiene que demostrar ante sus pacientes. En esta misma área la labor del psicólogo clínico no sólo se limita a la consulta privada, ya que también proporciona servicios a nivel institucional, en: hospitales generales y psiquiátricos, escuelas e instituciones correccionales.

La labor del psicólogo en el ámbito hospitalario de acuerdo con Remor, Arranz y Ulla (2003) es actuar como educador y facilitar la adaptación a las circunstancias que presente el enfermo siendo así que su meta es trabajar con el paciente en la búsqueda de la meta común de todos los profesionales sanitarios y también debe fungir como técnico que puede apoyar y beneficiar a otros profesionales que requieren de su ayuda.

Godoy (1999) señala que la labor del psicólogo clínico dentro del ámbito hospitalario tiene que ser multidisciplinaria, con el resto de los otros profesionales pero siempre aportando sus conocimientos respecto de la patología que se trate, enfocándose al área de la evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos principalmente cardiovasculares, del sistema nervioso central, gastrointestinales, respiratorios, dermatológicos, renales, del sueño, del habla y voz, adicciones, dolor crónico, cáncer, entre otros. Asimismo, la finalidad es aplicar un programa para rehabilitar eficazmente a las personas, ayudándoles a desarrollar nuevas habilidades para un mejor enfrentamiento de la enfermedad.

Por otro lado, Casullo (1996) menciona que el psicólogo tiene mucho que ver con la salud, y no sólo en aspectos “mentales”, sino en un ámbito más amplio. La medicina, tanto preventiva como curativa tiene un vasto componente conductual, tanto individual como sociocultural. Los servicios y atención de la salud piden una especial atención a la medicina en diferentes niveles: prevención, promoción y rehabilitación, los cuales funcionan como parte fundamental de los programas de salud comunitaria y en instituciones de seguridad social como por ejemplo, los hospitales generales que poco a poco se han constituido como un escenario de trabajo para la psicología hospitalaria.

1.2. Psicología Hospitalaria

Hoy en día, ante los problemas de salud, el hospital es el último recurso técnico existente en nuestra sociedad y se ha convertido en el paradigma de prestaciones de servicios sanitarios. El hospital ha evolucionado mucho desde los primeros establecimientos en que se atendía a los enfermos, necesitados e indigentes y en la actualidad se pretende unificar la tecnología con la calidad de atención. Se intenta que los pacientes tengan la mejor atención en su sentido más amplio, permitiendo incrementar la satisfacción con los cuidados a través de una modernización en los equipamientos sanitarios y de una atención más humanizada (Latorre y Beneit, 1994; Bazán, 1997).

Es por eso que el personal de administración, facultativos, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, sacerdotes, y resto de técnicos tienen distintos roles que implican a su vez, distintas metas, además de las más comunes. Esto se debe en gran parte a que las metas van siendo variadas debido a que existen diferentes tipos de hospitales como: generales, de especialidades o monográficos (geriátricos, materno- infantiles) donde las labores cambian de acuerdo a su estructura organizativa de cada uno de los hospitales, y esto a su vez puede cambiar las labores del psicólogo dentro de la institución (Ferrero, 1997).

A pesar de estas diferencias, la meta principal dentro del servicio hospitalario es el cuidado de los enfermos, dando así un mejor bienestar al paciente convirtiéndose en el foco central de la organización. Para ello, los psicólogos y demás profesionales deben contar con la preparación adecuada dando así un servicio óptimo y eficaz en el cual desempeñen las siguientes labores: evaluación, rehabilitación, tratamiento, seguimiento de la enfermedad y finalmente lo que es el área de la investigación, la cual es uno de los pilares en la formación del psicólogo hospitalario, ya que el psicólogo debe desarrollar y practicar habilidades de negociación y motivación para obtener la colaboración de los enfermos y del resto del personal sanitario, por lo que llevar a cabo investigaciones aplicadas que requieren conocimientos sofisticados sobre técnicas de análisis de datos y sobre la organización y el funcionamiento del lugar, redundan en una mejor calidad de atención para las pacientes (Toledo, 2000).

Para que el psicólogo desarrolle estas habilidades y técnicas es necesario que conozca los distintos modelos de intervención que se han venido desarrollando a lo largo de la historia de la psicología y que estos han tenido grandes repercusiones en el ámbito de la psicología hospitalaria:

- ✚ Medicina Psicosomática: Se caracteriza por la aplicación de técnicas procedentes fundamentalmente del psicoanálisis para tratar de explicar la relación entre factores emocionales y la sintomatología física. Pese a que propone un modelo psiquiátrico como lo es el psicoanálisis para dar un mejor entendimiento en el tratamiento de la enfermedad (Buela, Caballo y Sierra, 1996). Sin embargo, este modelo, preponderantemente psiquiátrico no contempla aquellos factores sociales y algunas variables ambientales que afectan al paciente directamente.

- ✚ Modelo Biomédico: Descansa en dos supuestos básicos (Engel, 1977 en Amigo, Fernández y Pérez, 1998): el primero de ellos es la doctrina de dualismo mente-cuerpo, en donde se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. El segundo es el

principio del reduccionismo en donde se visualiza la enfermedad únicamente atendiendo los aspectos físicos y se olvida que detrás de ellos hay una persona cuya respuesta (personal o familiar) va a influir en el estado de su patología (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; León y Medina, 2002). Este modelo no pone en primer plano la salud como objeto de intervención y olvida, además, el papel de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud, dado que el enfermo no es tratado como persona sino como un simple sujeto que tiene una cierta patología. Por tanto, el papel del psicólogo se ve subordinado al campo médico, donde se confunde el objeto de estudio con la competencia profesional (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

✚ Modelo Biopsicosocial: Sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad. Pone en el mismo ámbito de su interés la salud y la enfermedad y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que les es concedido como un don (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Este modelo es efectivo porque contempla los factores que anteriormente se señalaron, sin embargo, ve el aspecto social de forma más general y las técnicas que son utilizadas no atienden la patología de una forma específica; dado que éstas son muy variadas de acuerdo a distintos enfoques, ha generado la problemática de no atender ciertas enfermedades, tales como cáncer, diabetes, sida entre otras.

✚ Psicología de la Salud: De acuerdo con Matarazzo (1980 en Amigo, Fernández y Pérez, 1998, pág. 28)), ésta “es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la

salud”. Cabe señalar que la psicología de la salud es un área donde ha permeado un enfoque conductual, además de los aspectos cognitivos y que su influencia en la salud es uno de los principales objetivos de las intervenciones que se realizan desde este modelo, ya que dota a los sujetos de las habilidades para enfrentar las enfermedades en los niveles preventivos curativos (Kazdin, 1996). Sin embargo, este modelo presenta algunas limitaciones para tratar las enfermedades crónicas degenerativas debido a que se ha concentrado, principalmente en el área de promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- ✚ Medicina conductual: Schwarz y Weiss (1978, en Amigo, Fernández y Pérez, 1998, pág. 250), mencionan que la “medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación principal han sido las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que es necesario operar en las mismas para modificarlas. Emplea las técnicas de modificación de conducta y enfoques cognitivo-conductuales para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pormelau y Brandy, 1979 en Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Por tanto, la medicina conductual no es otra cosa que un amplio campo de integración de conocimientos procedentes de muy diferentes disciplinas, entre las que destacan las biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, neurología, etc.), y psicológicas relativas a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Godoy, 1999). Pese

a que han sido muchas las definiciones propuestas para la Medicina Conductual, existen tres características básicas que la definen ya que de acuerdo con Simón (1999) es: interdisciplinaria, porque toma en cuenta los factores conductuales sin negar la influencia que tienen los factores psicosociales y cognitivos; utiliza diversas técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones psicológicas. Y prácticamente aquí se sigue el modelo conductual con la finalidad de trabajar con sujetos individuales haciendo mayor énfasis en el tratamiento (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Con base en lo anterior, es importante resaltar que las principales técnicas utilizadas bajo este modelo son las que a continuación se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Técnicas empleadas en el Modelo de Medicina Conductual (Caballo, 1991; Meichenbaum, 1988 ; Dattilio y Padesky, 1990 y Fontaine, 1981).

TÉCNICAS DERIVADAS DEL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO	TÉCNICAS DERIVADAS DEL CONDICIONAMIENTO OPERANTE	TÉCNICAS DERIVADAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL	TÉCNICAS DERIVADAS DEL ENFOQUE COGNITIVO
Técnicas de Relajación Desensibilización Sistemática Técnicas Aversivas Biofeedback	Economía de fichas Condicionamiento Encubierto Reforzamiento positivo y negativo Castigo	Modelado Encubierto o Modelado en Vivo Entrenamiento en Habilidades Sociales Ensayo de Conducta Retroalimentación	Inoculación al Estrés Terapia Racional Emotiva Terapia Cognitiva De Beck Entrenamiento en Solución en Problemas Terapia de Valoración Cognitiva Entrenamiento en Autoinstrucciones

Estas técnicas han tenido una gran diversificación a nivel teórico-práctico y sobre todo en las enfermedades crónicas degenerativas, ya que en éstas los psicólogos han llevado a cabo diversas intervenciones en diferentes etapas y tratamientos destacando los trabajos durante la fase terminal.

En resumen, podemos ver que la psicología, desde sus inicios ha tenido una serie de transformaciones a nivel conceptual ya que gracias a las aportaciones de las diferentes disciplinas, por ejemplo la filosofía y la fisiología esta disciplina ha incursionado en diversos ámbitos teniendo gran éxito dentro de ellos. Asimismo, cabe mencionar que una de las áreas de la psicología que ha tenido más auge es la psicología clínica dado que ésta se ha visto implicada en diversas actividades dentro de las cuales el quehacer del psicólogo ha sido reconocido al practicar un trabajo interdisciplinario tanto a nivel individual como grupal. Dentro de la psicología clínica las principales áreas en las que ha estado inmersa son: la docencia, la investigación y los servicios tanto en consulta privada como en diversas instituciones, tal es el caso de los hospitales donde la psicología ha empleado diferentes tipos de intervención basándose en los modelos teóricos, que se han desarrollado desde la antigüedad hasta la fecha. Entre los diversos modelos explicativos destaca el de la medicina conductual donde se aborda la enfermedad física en general y las enfermedades crónico degenerativas en particular, a través de técnicas derivadas del enfoque cognitivo conductual para el mejoramiento y la rehabilitación de los pacientes.

CAPÍTULO II. UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA: CÁNCER

2.1. Definición de las enfermedades crónico-degenerativas: características e implicaciones.

Actualmente en México las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo la diabetes, ya que de acuerdo con la SSA (Secretaría de Salud, 2004) el cáncer está ocupando una de las principales causas de muerte en el país. Esta cuestión es importante de señalar ya que refleja que actualmente las personas padecen continuamente este tipo de enfermedades y que están en mayor riesgo aquellas que no llevan un cuidado adecuado respecto a sus hábitos alimenticios y conductas higiénicas. Y un grave problema que persiste en la mayoría de las personas es que no conocen a ciencia cierta lo que implica padecer una enfermedad de esta índole, por lo que es necesario crear conciencia acerca de lo importante que es prevenir el desarrollo de este tipo de enfermedades, por ello, desde hace tiempo se ha considerado necesario definir las enfermedades crónicas:

Latorre y Beneit (1994, pág. 225), afirman que una enfermedad crónica es “aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista a largo tiempo”. También mencionan que existe una gran variedad de factores ambientales (entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, etc.), junto con los factores hereditarios, los cuales pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades.

Dentro del ámbito médico, Piedrola (1991, en Juárez, 1997) define a la enfermedad crónica a partir de características como: permanente, de larga duración, con cuidados constantes, tratamientos especiales, producida por factores complejos y de multicausalidad como los son los hábitos personales y sociales.

Los índices de padecimientos y muertes por enfermedades crónicas degenerativas, han tenido un gran impacto psicológico debido a sus características y consecuencias, ya que tienen un complejo proceso, de evolución lenta y una larga duración, además implica una serie de factores sociales, individuales, médicos y psicológicos.

La enfermedad es una de las mayores amenazas para el paciente, aunque esto es evidente en los procesos agudos, raramente constituye problema grave; sin embargo, en las enfermedades crónicas se tiene mayor problemática ya que la situación es muy diferente, la forma en la cual una enfermedad crónica ataca al hombre tiende a crear una gran inquietud debido a que ésta suele tener comienzo insidioso y curso lentamente progresivo. Con frecuencia el paciente no sabe lo complicado de su situación, ignora que tiene limitaciones para su capacidad física hasta que un incidente determinado se lo demuestra. Un claro ejemplo es el cáncer, donde se presenta de forma repentina y silenciosa hasta que un indicador como puede ser un tumor sale al exterior como factor determinante de que este cáncer está avanzado paulatinamente.

El punto final que alcance la enfermedad crónica preocupa especialmente al interesado, además en las enfermedades crónicas cuando suele carecerse de tratamiento específico. Por lo tanto, se requiere vigilancia cuidadosa que conlleve un tratamiento más secuencial en el cual se contemple los sumos cuidados hacia el paciente tanto a nivel rehabilitación como en fase terminal (Wohl, 1960).

Las personas con enfermedades crónicas, pueden sentirse relativamente bien en ocasiones, o muy mal en otras, sin embargo nunca están totalmente sanas, además la enfermedad crónica genera una sensación de vulnerabilidad y pérdida de control sobre algunos acontecimientos futuros, por lo que la persona introduce algunas modificaciones en su estilo de vida (Juárez, 1997).

Las enfermedades crónicas representan diversas crisis en la vida de las personas que suelen exceder de adaptación a la enfermedad, debido a que estas enfermedades pueden

producir dificultades económicas, cambiar la visión que los pacientes tienen de ellos mismos y afectar gravemente las relaciones con los miembros de la familia y amigos.

Las enfermedades crónicas repercuten de una forma drástica ya que algunas de las personas suelen experimentar estados de ansiedad y depresión, por lo que crean nuevos modos de respuesta, los cuales pueden ser positivos o negativos, por lo que se puede decir que la crisis en sí misma no es ni saludable ni patológica (Brannon & Feist, 2000).

Una de las grandes implicaciones de los trastornos crónicos son los problemas físicos que pueden ser de dos tipos, por una parte los derivados de la propia enfermedad y por otra los que surgen como consecuencia de los tratamientos médicos.

En el caso de los problemas físicos como consecuencia directa del propio trastorno pueden ser diversos ya que hay un cambio a nivel metabólico en el caso de la diabetes o se presentan dificultades motoras derivadas de las lesiones en la médula espinal. En algunos casos pueden ocurrir deterioros cognitivos (lenguaje, memoria, déficit de aprendizaje). Estas consecuencias de los trastornos crónicos imponen en muchos casos importantes cambios en la vida de los individuos.

Por otro lado, los problemas físicos como consecuencia de los tratamientos médicos que padecen las personas con enfermedades crónicas suelen ser diversos, siendo así que algunos tratamientos generan cambios drásticos en cuanto a las actividades de los pacientes, las dietas y en ocasiones generan ciertas limitaciones (tales como una fuente de malestar y discomfort).

A nivel emocional también se generan algunas reacciones ante el diagnóstico de una enfermedad crónica como es la negación, la cual es el mecanismo en el cual los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad; otra reacción importante es la depresión, la cual es una respuesta emocional y de forma retardada, ya que debe pasar un cierto tiempo para que los individuos entiendan las implicaciones que tienen como enfermos crónicos, y posteriormente la ira la cual se presenta después de transcurrido algún tiempo del

diagnóstico de la enfermedad; todas estas emociones se caracterizan principalmente por su carácter negativo, y aunque normalmente se superan con el tiempo, éstas pueden llegar a ocasionar graves problemas en el personal sanitario, su entorno o el propio tratamiento (Latorre y Beneit, 1994).

Una de las enfermedades crónicas más severas es el cáncer, esto es debido a sus características e implicaciones que tiene esta enfermedad y además de acuerdo con la OMS ocupa una alto índice de mortalidad en México, siendo una de las principales causas de muerte en el país (SSA, 2004) porque éste no respeta edades, se presenta de forma repentina provocando diversas secuelas en el ser humano.

2.2. Definición de Cáncer.

El término cáncer proviene de la palabra griega *carcinos* (cangrejo), que Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos (como el de mama), el cual a simple vista se presenta como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa en los tejidos que invaden (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El cáncer, de acuerdo a Moro (1994) se define por cuatro características que describen cómo las células cancerosas actúan de modo distinto a las células normales:

Clonalidad: En la mayoría de los casos el cáncer se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.

Autonomía: El crecimiento anterior no es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.

Anaplasia: Existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada. Las células neoplásicas pueden presentar las características morfológicas de las células maduras normales de las que proceden así como alteraciones celulares e histológicas.

Metástasis: las células cancerosa tienen la capacidad de crecer y diseminarse por otras partes del cuerpo.

2.2.1 Etiología del Cáncer

De acuerdo con Pérez (2003) en los últimos 50 años se han observado en México cambios en el panorama epidemiológico relacionado con la disminución de las enfermedades infecciosas y la aparición de nuevas prioridades en salud, a lo que han contribuido las transformaciones sociales económicas, demográficas y ambientales vividas en el país.

Es por ello que actualmente existe un aumento progresivo de las enfermedades crónico degenerativas (ECD) entre las que destaca el cáncer, ya que ahora las principales causas de muerte y lo seguirán siendo en el futuro (Pérez, 2003).

Debido a esta enfermedad crónica, la proporción de muertes por cáncer en México creció casi 22 veces durante el período de 1990 hasta la fecha, pasando de 0.6 a 13.1 % de las defunciones ocurridas por todas las causas y en todos los grupos. En la actualidad el cáncer ocupa los primeros lugares como causa de enfermedad y muerte no sólo por las condiciones favorables para su desarrollo, sino también por la utilización de una tecnología que permite ahora realizar un diagnóstico temprano y de mayor precisión. De este modo a partir de 1990 las ECD pasaron a ocupar los primeros lugares de mortalidad y el cáncer ha representado a partir de ese año la segunda causa registrando una tasa de 50 defunciones por cada 100 000 mil habitantes y concentrando más del 10% del total de las defunciones ocurrientes. El cáncer desde 1990 como segunda causa de muerte ha provocado 55 731 defunciones anuales, correspondiendo el 52% para mujeres y 48% a hombres (Ayala y García, 2001).

Los tipos de cáncer que en orden decreciente causaron el mayor número de muertes posibles fueron: bronquios y pulmón, estómago, cuello uterino, hígado y vías biliares, tumores malignos de próstata y mama así como la leucemia (López, 2003).

A pesar de no existir una etiología determinante para cada tipo de cáncer, sí se puede hablar de un continuo avance en el conocimiento de numerosos factores que contribuyen a su desarrollo, entre éstos destacan:

A) Factores Genéticos

De acuerdo con Cueto y Delgado (1988, en Moro, 1994) indican que uno de los orígenes del cáncer se debe a la existencia de un grupo de genes que está en el genoma humano y que estos últimos se denominan protooncogenes y oncogenes celulares.

B) Factores Ambientales

En la actualidad existe un alto porcentaje de cánceres que tienen su origen en factores ambientales, tales como la dieta en la cual a veces suelen ingerir cantidades elevadas como grasas, calorías totales, fibra, alimentos ahumados y adobados, edulcorantes, sacarina y contaminantes, los cuales propician a tener una enfermedad como lo es el cáncer, en segunda instancia se encuentra el tabaco, el cual es un agente carcinógeno en nuestro ambiente al inhalar el humo del tabaco, tanto de forma pasiva como activa y por último los agentes farmacológicos, como lo es el uso de estrógenos utilizados para tratar la sintomatología menopáusica, los anticonceptivos orales ya que muchas veces suelen ser utilizados de forma frecuente provocando serias consecuencias en el cuello de útero; (Cueto y Delgado, 1988 en Moro, 1994), sin embargo, estos factores no son la causa directa para que se presenta esta enfermedad.

C) Factores Psicológicos

El cáncer debe abordarse desde una perspectiva multifactorial en el cual el factor psicológico adquiere cada vez más importancia. Siendo así que uno de los principales

elementos que intervienen es el estrés, el cual demuestra que cuando las personas sufren con mayor frecuencia acontecimientos vitales estresantes (por ejemplo pérdidas afectivas, ausencia de apoyo social, etc.) tienen una mayor probabilidad de padecer distintos tipos de enfermedades, incluido el cáncer. Parece que el estrés incontrolable, agudo y de tipo físico parece propiciar el crecimiento del tumor. Cuando es posible el control del estrés por medios conductuales, el desarrollo del tumor no se ve afectado, por el contrario, se inhibe el desarrollo del tumor (Pérez y Álvarez, 1990 en Latorre y Beneit, 1994).

De acuerdo con Grau, Rodríguez, Pire, Villanueva y Rodríguez (1997) muchos autores contemporáneos se han dedicado a subrayar un elemento imprescindible que se relaciona con la prevención, tratamiento y rehabilitación del cáncer: el propio comportamiento humano, el cual se encuentra estrechamente vinculado con los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

En efecto, desde hace algunos años se presta una atención especial a los factores psicosociales que están en la base de las enfermedades crónicas y, en particular, del cáncer. Si se acepta que el cáncer es una enfermedad crónica importante en el mundo moderno, en cuyo origen, curso y manejo juegan un relevante papel determinados factores psicosociales, las ciencias sociales, y en especial la psicología, están llamadas a jugar un rol destacado no sólo para explicar cómo esos factores psicosociales se relacionan con el cáncer como enfermedad, sino en la lucha cada vez más efectiva contra ella (Moro, 1994).

Bayés (2001) menciona que factores como el estrés emocional, los malos hábitos alimenticios, los distintos estilos de vida que tiene la gente, los hábitos de exposición de riesgo a cancerígenos naturales e industriales (tabaco, derivados de la industria petroquímica, exposición excesiva al sol, alcohol, entre otros) y las conductas reproductivas y sexuales tienen relación con la etiología de esta enfermedad, su curso y pronóstico.

Por su parte, Moro (1994) señala que cuando el paciente se entera de que tiene cáncer reacciona de una forma en la cual el estrés y la ansiedad se presentan de forma simultánea siendo así que esto a veces provoca en el paciente depresión, pérdida de apetito,

decaimiento y en ocasiones respuesta negativa a los tratamientos médicos. Si bien las reacciones al estrés generado por un diagnóstico de cáncer son universales, factores como el tipo de tumor, la facilidad o dificultad para localizarlo, su situación y las manifestaciones externas que conlleva pueden influir en la respuesta psicológica del enfermo y de su familia. Normalmente, si el tumor se encuentra en un lugar visible, fácilmente extirpable, causa menos miedo que si está diseminado u oculto. Así pues, no es posible concluir que existe un perfil psicológico propio de estos pacientes.

2.3. Tipos de Cáncer y su Tratamiento.

Dado que el cáncer es una enfermedad crónica, requiere de un tratamiento ambulatorio continuo en la mayoría de los casos o incluso de hospitalización, lo cual provoca una perturbación en el funcionamiento cotidiano de la persona, por lo que frecuentemente se desgasta no sólo física, sino también psicológica y socialmente.

En la actualidad existen más de 150 tipos de cáncer, sin embargo se clasifican de acuerdo con cuatro grupos principales (Sydney, 1995 en Carrasco, 1995).

1.- Los carcinomas, que proceden del tejido epitelial que cubre la piel, boca, garganta, pulmones, conducto gastrointestinal, el cuello del útero y los senos.

2.- Los sarcomas afectan a los huesos y al tejido conjuntivo o blando que conecta, sostiene o rodea otros tejidos y órganos. Los sarcomas de tejido duro se forman a partir de los huesos y los cartílagos, mientras que los sarcomas de tejido blando, en músculos, en tendones, tejidos fibrosos, grasa y revestimiento de pulmones, abdomen, corazón, sistema nervioso central y vasos sanguíneos.

3.- Las leucemias se desarrollan en el tejido sanguíneo y el tejido hematopoyético, como la médula ósea y el bazo.

4.- Los linfomas, clasificados como enfermedad de Hodking o No Hodking, atacan el sistema linfático, que es una red de vasos y ganglios que irrigan a los tejidos del cuerpo y éstos ayudan a combatir infecciones eliminando bacterias, virus, células muertas y otros agentes nocivos.

En el caso de los sarcomas existen diferentes tipos: sarcoma de Edwin y osteosarcoma, este último se presenta de forma rara y no se tiene con exactitud un factor de riesgo, sin embargo se ha encontrado que se relaciona con algunos padecimientos genéticos: neurofibromatosis, exostosis, múltiple, encondromatosis, displasia fibrosa y síndrome de Rothmund Thomson. En algunos casos de osteosarcoma esporádico se han encontrado alteraciones cromosómicas constitucionales que involucran al cromosoma 13. También se ha encontrado relación con los factores ambientales como, lo es la radiación donde se ve severamente afectada la persona (Del Castillo, Pérez y Blanco, 2002).

Así como existen distintos tipos de cáncer, hay también diferentes tipos de tratamiento que se llevan a cabo para poder controlar la enfermedad y que de acuerdo con Moro (1994), se dividen en: quimioterapia, radioterapia, cirugía oncológica, tratamiento hormonal y tratamiento biológico. Estos tratamientos son importantes en el proceso del cáncer, ya que de alguna forma ayudan a detener la expansión y a controlar la sintomatología que se presenta en los pacientes cuando la enfermedad presenta cierto grado de un avance.

En resumen, actualmente las enfermedades crónico-degenerativas se han extendido en un gran número de personas debido a diversas causas, en el caso del cáncer existen diversos factores de riesgo: (hereditarios, ambientales y psicológicos), que ponen en peligro a los seres humanos o que los hacen susceptibles de padecer la enfermedad. A partir del diagnóstico de la misma, ocurren diferentes cambios en los estilos de vida del enfermo por lo que se requiere de un cuidado especializado y tratamientos efectivos que disminuyan la sintomatología o controlen de forma paulatina el desarrollo del cáncer. Un factor importante que ayuda a enfrentar mejor la enfermedad es el grado de aceptación y el apoyo o redes sociales con las que cuente el paciente (incluidos familiares o amigos) debido a que

pueden presentar síntomas ya sea a causa del tratamiento o de la misma enfermedad como pueden ser: a nivel emocional la ira, depresión, hostilidad, negación, irritabilidad, miedo entre otros. Sin embargo, en muchos casos las implicaciones psicológicas del cáncer rebasan los recursos de afrontamiento de las personas por lo que se hace necesario implementar/desarrollar herramientas que favorezcan la adquisición de habilidades de afrontamiento frente a las implicaciones físicas y/o emocionales del cáncer.

CAPÍTULO III. CÁNCER EN EL ADOLESCENTE.

3.1. Características del desarrollo normal del adolescente.

El hablar sobre adolescencia implica una serie de cuestiones fundamentales que tienen que ver con el desarrollo físico y emocional del ser humano, ya que es una etapa transitoria en la cual surgen una serie de cambios radicales por los cuales pasa todo adolescente, es por eso que a continuación se expondrán algunas de las características que definen la adolescencia y sus implicaciones.

La adolescencia constituye una época de crisis física y psicosocial, es una etapa de la vida incierta, durante la cual se van estructurando los medios que le permiten al individuo ir perfilando una personalidad aun en situaciones de extrema dificultad. La adolescencia se caracteriza precisamente por un conflicto específico del individuo consigo mismo y con su entorno. El adolescente está inmerso en un proceso irrefrenable de personalización; intenta reestructurar sus vivencias, revisa esquemas y creencias, pone en tela de juicio todo aquello que considera mediocre o caduco; sean cuales sean las circunstancias en las que deba desarrollarse la adolescencia es una etapa de progreso, considerando que adolescente viene del término latín *adoleceré* que significa crecer (Pepin, 1975; Castells y Silbert, 1998; Izquierdo, 2003; Horrocks, 1993 y Garaigordobil, 2000).

La adolescencia es en definitiva el periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Durante su evolución, el adolescente atraviesa por una fase de adaptación extrema que abarca ciertas necesidades psicológicas, religiosas y sociales, además de una adaptación externa que abarca ciertas necesidades de integración social. Se considera un periodo complejo y crítico de crecimiento y desarrollo acelerado; una explosión de vida, un segundo nacimiento. La adolescencia es la etapa más compleja del desarrollo, la cual implica una crisis singular que en el mejor de los casos deberá dar como resultado la integración de la persona.

La investigación ha puesto de manifiesto que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tan tristes que han llorado y han deseado alejarse de todo y de todos. En el transcurso de su adolescencia uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla. Estos sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede no ser evidente para los demás. La ingesta alimenticia excesiva, la somnolencia y las preocupaciones excesivas sobre su apariencia física pueden ser también signos de malestar o discomfort emocional. De forma más obvia, pueden aparecer fobias y ataques de pánico. Los estudios recientes han demostrado que los problemas emocionales del adolescente no suelen ser reconocidos ni siquiera por sus familiares o amigos (Conger, 1980).

Otra de las características que se distinguen en algunos adolescentes es el sobrepeso ya que es una causa frecuente de infelicidad, si son criticados o se ríen de ellos esto de alguna forma provoca en ellos reacciones de irritabilidad y de buscar una imagen con la cual se sientan bien.

La adolescencia es una época en donde las personas comienzan a constatar cambios en su cuerpo, en su estado de ánimo, en su sensibilidad y no saben cómo manejarlos. Sienten nuevas tendencias instintivas y aún no tienen una capacidad de razonarlas, ni un equilibrio temperamental para afrontarlas con madurez. El adolescente rechaza todo lo que recibió en la niñez porque él quiere construirse un mundo por sí solo, hecho todo por él. Por eso rechaza hasta los valores que recibió en su familia, buscando nuevas amistades y adquiere una cierta actitud de rebeldía y de crítica ante todo, partiendo esto, de su deseo de autoafirmación (Marcellin, 1999).

Es por ello que hablar sobre los adolescentes implica hacer énfasis sobre un período en el cual se manifiestan profundos temores, ya que ante cualquier cambio o situación nueva el ser humano de cualquier edad experimenta una sensación de temor (cambio de empleo, cambio de estado civil, cambio de nivel educativo, etc.), situación que se acentúa en la adolescencia. En esta época se dan algunos cambios como son el cambio de voz, cambios corporales, cambios en el núcleo familiar en la búsqueda por diferenciarse, cambio

de nivel de enseñanza y el cambio psicológico fundamental que significa la búsqueda de una identidad adulta y su primera experiencia sexual.

Ahora bien, considerando lo que significa el pasar por la pérdida de su identidad infantil, la idea de la muerte aunque sea simbólica es siempre el lugar común de todos los miedos y angustias. Es la generadora real de todos los miedos que el ser humano deposita en distintas situaciones. Hay en esta etapa un alto índice de suicidios o conductas suicidas cuyas causas abarcan motivaciones tan distintas como la confrontación con el riesgo y el peligro hasta el no deseo de vivir (Guardini, 2001).

Como vemos la etapa de la adolescencia es en sí misma un confrontación entre lo que se espera de ellos y lo que realmente desean hacer los jóvenes, siendo que mantienen muchos anhelos y planes para su futuro en compañía de su familiares y amigos, sin embargo, qué sucede cuando todo esto se ve permeado por una enfermedad crónica como lo es el cáncer, a partir de la cual los adolescentes experimentan cambios radicales tanto en lo personal como en su entorno social, y que es un nuevo estilo de vida al cual se enfrentan.

3.2. Factores de Riesgo para el Cáncer Infantil- Adolescente.

Los adolescentes no son simplemente adultos pequeños, ya que hoy en día es un planteamiento que ha adquirido cada vez más importancia en relación con el cáncer en la niñez durante los dos últimos decenios. Antes, el campo se encontraba relativamente inexplorado, y la información sobre la incidencia y el resultado de la malignidad durante los primeros 20 años de vida era escaso. Sin embargo, ahora sabemos que el cáncer mata más adolescentes que cualquier otra causa médica (Barrientos, 1998).

En México hay pocos estudios sobre genética poblacional que nos permitan conocer los factores raciales que influyen en la presentación epidemiológica y etiológica del cáncer y tampoco se conocen con certeza los factores ambientales y potenciales carcinógenos. Lo

que si se sabe es que en los centros hospitalarios, el cáncer en los adolescentes es una realidad cotidiana que exige atención médica multidisciplinaria.

El cáncer en adolescentes es predominantemente de origen embrionario, además de que tienen una mejor respuesta a los métodos terapéuticos, en comparación con el cáncer en adultos. En los últimos años se han modificado los esquemas terapéuticos, para minimizar los efectos a largo plazo, tanto físicos como sociales.

Actualmente se consideran como factores o agentes causales desencadenantes del cáncer: los ambientales, químicos, los biológicos aunque no existen pruebas concluyentes de que los virus estén implicados en la etiología del cáncer no obstante se ha visto que en ocasiones, la aparición del linfoma de Burkitt está ligada al virus de Epstein Barr. En relación a factores genéticos encontramos neoplasias hereditarias susceptibles de desarrollar una neoplasia, anomalías cromosómicas con predisposición al cáncer y neoplasia con predisposición familiar (Alvarado y Delgado, 1996, en Ayala y García, 2001).

Como segunda instancia se considera que los agentes ambientales (radiaciones, exposición solar) pueden desarrollar el cáncer en los adolescentes sumando a esto una mala alimentación llevando a tener serias complicaciones.

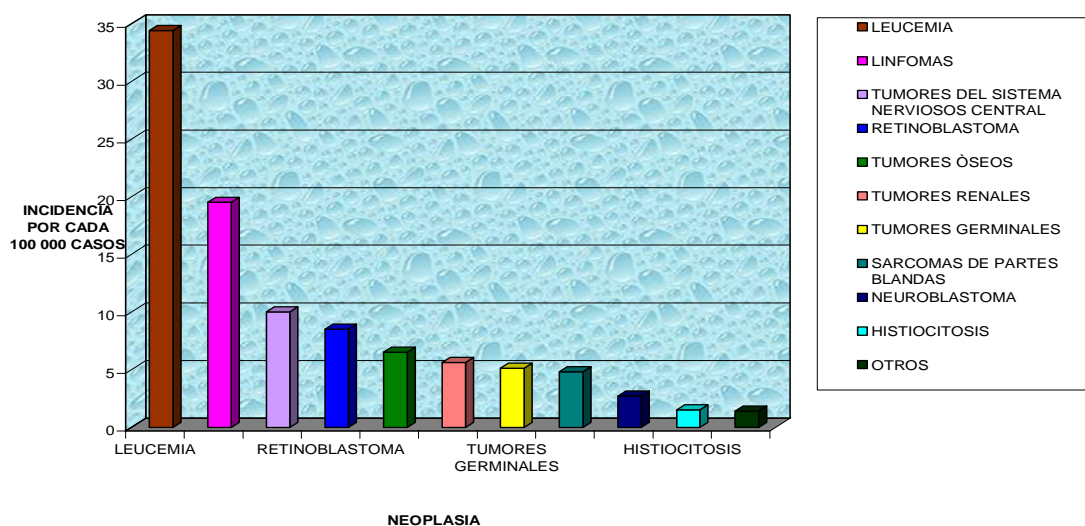
3.3. Tipos de Cáncer en la Adolescencia.

Se ha observado que en México para el grupo de 10 a 14 años, la incidencia de leucemia linfoblástica aguda se incrementó en el periodo de 1982-1991; en los varones fue de 3.9 para 1982 y de 14.6 para 1991, en las adolescentes se incrementó de 0.0 a 19.7. Asimismo se ha observado un incremento en la incidencia de leucemias, linfomas no Hodgkin, osteosarcomas y en forma muy importante para los TCG (ó sarcomas óseos), en los cuales se ha reportado un incremento en los adultos jóvenes. De ahí que los principales tipos de cáncer que se presentan en la adolescencia son el cáncer de Hodgkin y

osteosarcoma, respecto al caso del último presenta dolor severo y comparado con sarcomas en adultos durante la adolescencia tiene un mal pronóstico (Cuevas, Villacís y Fajardo, 2003; Senva, 2002).

De las principales neoplasias malignas que se presentan en la población pediátrica en México se encuentran las leucemias (34.4%), los linfomas (19.5%), los tumores del sistema nervioso central (10.0%), retinoblastoma (8.5%) y los tumores óseos (6.5%). Siendo estos los de mayor incidencia, en el caso de los tumores óseos se destacan los osteosarcomas, los cuales en México se presentan en edades menores a los 13 años de edad y los sarcomas de Edwin, se presentan frecuentemente en las grandes ciudades como Monterrey, Guadalajara y la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (Rivera, 2002 Ver Figura. 1)

Fig. 1. Prevalencia de neoplasias malignas en población pediátrica en la Ciudad de México 1993-1996 (DGE-SSA)



Los sarcomas son de alta incidencia en la población infantil y adolescente es por ello que dependiendo del tipo de sarcoma que presenten se les brinda un tratamiento específico a cada uno de los pacientes. De acuerdo a la Tabla 2, podemos decir que en el caso de osteosarcoma generalmente el rango de edad en el que se presenta oscila de los 5 a los 15 años de edad, lo cual abarca tanto a población infantil como de adolescentes.

Tabla 2. Principales neoplasias y el rango de edad en el que se presentan en población infantil (Vargas, 2000).

NEOPLASIA	RANGO DE EDAD DE INCIDENCIA
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA	0-15
LEUCEMIA MIELOIDE	0-15
LINFOMA NO HODGKIN	1 A 6 M-14
ENFERMEDAD DE HODGKIN	2 -14
SARCOMA DE PARTES BLANDAS	0- 15
WILMS	0- 13
RETINOBLASTOMA	0- 8
OSTEOSARCOMA	5 -15
NEUROBLASTOMA	0 – 15
EWING	3-18
TESTÍCULO	1- 15
OVARIO	1 A 8 M- A 15

De Vita, Hellman y Rosenberg (2000); Covarrubias y López, 2000) mencionan que los sarcomas son tumores malignos que se originan de los tejidos conectivos esqueléticos y extraesqueléticos, incluyendo el sistema nervioso periférico. Los sarcomas comparten una característica clínica importante: su frecuente incidencia durante la infancia y la adolescencia. Existen diferentes tipos de sarcomas dentro de los cuales se encuentran los osteosarcomas y el sarcoma de Edwing, ambos se caracterizan porque ocurren durante la infancia y la adolescencia.

El osteosarcoma es un tumor maligno de células fusiformes, de alto grado, que se originan en el hueso. Su característica distintiva es la producción de osteoide “tumoral” o hueso inmaduro directamente desde un estroma maligno de células fusiformes. Este tipo de tumores presentan ciertas características, las cuales de acuerdo con De Vita, Hellman y Rosenberg (2000) son:

- Ψ El osteosarcoma se disemina a los pulmones con mayor frecuencia. También puede diseminarse a otros huesos.

Ψ El sarcoma de Edwing se disemina más a menudo a los pulmones, a otros huesos y a la médula ósea (el tejido esponjoso dentro de los huesos largos del cuerpo que produce los glóbulos rojos y blancos de la sangre). También puede diseminarse a los ganglios linfáticos (estructuras pequeñas que se encuentran a lo largo de todo el cuerpo y que producen y almacenan células del sistema de defensa) o al sistema nervioso central (cerebro y médula espinal)

3.4. Principales Tratamientos del Cáncer en el Adolescente.

Como se mencionó en el capítulo anterior, existen diferentes tratamientos para el cáncer, sin embargo con respecto al osteosarcoma Bayés (2001) afirma que el tratamiento del cáncer en huesos es totalmente individualizado y exige la colaboración estrecha de traumatólogos y oncólogos, pese a ello, en la Tabla 3 se presentan algunos de los tratamientos más comunes para los diferentes tipos de osteosarcomas (cáncer óseo).

Como se ve en la Tabla 3 el tratamiento va variando de acuerdo a las características clínicas del paciente, es decir dónde surgió el cáncer, qué tipo de tratamientos le han aplicado con anterioridad y cuál ha sido el avance de la enfermedad para que de esta manera se aplique un tratamiento eficaz que disminuya los síntomas de los pacientes aunque siempre se están evaluando nuevos tratamientos en ensayos clínicos (Pepper, 2002).

Las implicaciones que tienen los adolescentes con cáncer varían de acuerdo al padecimiento y a los tratamientos que se le apliquen a cada paciente. Por ejemplo, en el caso de la sobrevida del adolescente depende del tipo de cáncer que desarrolle, aunque el objetivo que se tiene en general, independientemente del tipo de padecimiento, es mantener la alta tasa de sobrevida en los subgrupos con un buen pronóstico, con menos tratamientos tóxicos, mientras que se intensifican los tratamientos para aquellos con datos de mal pronóstico.

Tabla 3. Alternativas de tratamientos a los diferentes tipos de sarcomas (Fernández, 1990; De Vita, Hellman y Rosenberg, 2000 y Pepper, 2002)

OSTEOSAR-COMA	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO
Localizado	Cirugía para extirpar el cáncer seguida de quimioterapia, lo cual implica la pérdida de algún miembro del cuerpo. En el caso de la quimioterapia implica alteraciones en la apariencia física y dolor, sin embargo controla la micrometástasis pulmonar.
Diseminado	La cirugía puede incluir la extirpación del cáncer diseminado a los pulmones.
Recurrente	Aquí el tratamiento depende de dónde ocurrió el cáncer, y qué clase de tratamiento se administró anteriormente, por ejemplo se puede aplicar quimioterapia de combinación, por ejemplo que se suministre la combinación de fármacos contra el osteosarcoma aunque no siempre los resultados son alentadores o su eficacia no está universalmente aceptada como en el caso del MTXAD (Metotrexate a dosis intermedia).
SARCOMA DE EDWING	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO
Localizado	El tratamiento dependerá de dónde se encuentra situado el cáncer en el cuerpo y puede consistir en alguno de los siguientes tratamientos: quimioterapia de combinación, cirugía o radioterapia, la cual es una terapia local (sólo en las áreas tratadas), que utiliza haces fotónicos de alta energía para destruir células cancerosas, la radiación afecta tanto a las células normales como a las cancerosas, sus efectos dependen principalmente de la dosis del tratamiento.

Diseminado	El tratamiento es sencillo ya que se puede aplicar: quimioterapia de combinación, radioterapia o quimioterapia de combinación más cirugía para poder extirpar el cáncer que se ha diseminado a cualquier otra parte del cuerpo.
Recurrente	El tratamiento dependerá de donde recurrió el cáncer, que tipo de tratamiento se aplicó anteriormente y otros factores individuales del paciente, se podría administrar radioterapia para reducir los síntomas.

De acuerdo a la Tabla 4, los tratamientos que se utilizan para el tratamiento del cáncer dependen en gran medida del padecimiento que cada paciente tenga, por ejemplo en el caso del osteosarcoma sólo se le administra la cirugía y la quimioterapia. Se muestra un rango muy amplio de respuesta en la mayoría de las neoplasias debido a que en estos casos se interviene desde etapas tempranas hasta estadios avanzados y bajo un enfoque multidisciplinario con el apoyo de tratamientos neoadyuvantes, como en el caso del osteosarcoma, donde podemos ver que la supervivencia libre de la enfermedad es de 42-82 lo que nos indica que los tratamientos que se utilizan son los más efectivos para este tipo de padecimiento.

Tabla 4. Resultados de tratamiento multidisciplinario en algunos tumores sólidos de la población pediátrica, (Rivera, 2002).

DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTOS C (1) RT (2) QT (3)	SLE %
MEDULOBLASTOMA	1,2,3	55-80
NEUROBLASTOMA	1,2,3	15-95
RETINOBLASTOMA	1,2,3	68-95
RABDOMIOSARCOMA	1,2,3	29-93
TUMOR DE WILMS	1,2,3	19-97
OSTEOSARCOMA	1,3	42-82
SARCOMA DE EWING	1,2,3	30-85
TUMOR GERMINAL- GONADAL	1,3	65-90
HEPATOBLASTOMA	1,3	19-90

C: Cirugía, RT: Radioterapia, QT: Quimioterapia, SLE: Supervivencia libre de enfermedad.

3.5. Implicaciones del Cáncer en el Adolescente.

El adolescente, además de los cambios propios de su edad, se tiene que enfrentar al cambio que la enfermedad le acarrea, ya que no puede, aunque quiera, volver a llevar su mismo ritmo de vida. Tiene que someterse a tratamientos dolorosos que conllevan efectos secundarios- físicos y psicológicos desagradables, verse alejado de sus compañeros y amigos por las frecuentes consultas y hospitalizaciones, a menudo tienen que trasladarse desde su lugar de origen hasta el centro especializado.

En los adolescentes con cáncer se producen ciertas reacciones que producen algunos efectos en su organismo, ya que la edad condiciona la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios es decir cuanto más joven es el niño, más inmadura es la función de los órganos y, por lo tanto, mayor el grado e intensidad de toxicidad de quimioterapia debido a la menor capacidad de metabolizar correctamente determinados fármacos (Peper, 2000; Román, 2004).

El adolescente atraviesa un periodo difícil, en busca de su identidad, autonomía e independencia, donde la vida está llena de decisiones, intereses, planes y elecciones vitales en torno a estudios, trabajo, salud, sexualidad y estilo de vida. La experiencia previa de buena salud y energía da una sensación de invulnerabilidad física. El cáncer viene a obstaculizar muchos logros, ya que su propia vida se halla en peligro y la prioridad es salvarla, por lo que con frecuencia, se olvida la calidad de la misma (Izquierdo, 2003; Velarde y Ávila, 2001).

Kashani y Hakami (1982, en Fernández, 1990) mencionan que ha través del empleo del DSM III y de además entrevistas psiquiátricas estructuradas, encuentran 175 desórdenes depresivos mayores en población infantil y adolescente con cáncer. Los adolescentes, según estos autores, se hallan deprimidos por el proceso de la enfermedad más que por el diagnóstico en sí mismo, ya que el joven comienza a concientizar lo que su diagnóstico significa, a partir de la experiencia propia de su enfermedad. Es por ello que es importante señalar algunas de las implicaciones o factores que alteran drásticamente el estilo de vida

de los adolescentes con cáncer, tanto en el área física, psicológica y social, lo cual se describe a continuación.

3.5.1. Implicaciones Físicas

El cáncer y los tratamientos repercuten en gran medida en el aspecto físico ya que se presentan algunas secuelas en el organismo, sobre todo en el sistema endocrino las cuales pueden afectar al eje hipotálamico, hipofisiario, tiroides y gónadas, teniendo grandes repercusiones en el crecimiento y produciendo diversas alteraciones neurológicas, por ejemplo en la capacidad vasomotriz, sensitiva, cefaleas, y problemas cognitivos como en el caso de la memoria, o en la atención, ya que esto le puede causar dificultades en el aprendizaje, además de los problemas médicos propios de la enfermedad (Ortigoza, Aquiles y Méndez, 2003).

Cuando el adolescente pasa por una enfermedad como el cáncer, éste tiene un gran impacto en cuanto al aspecto físico ya que el encontrarse en una etapa durante la cual se tienen grandes proyectos en la vida y donde la apariencia física desempeña un papel importante, estar bajo un tratamiento especializado o estar hospitalizado padeciendo ciertas manifestaciones a nivel físico como resultado de la quimioterapia, tales como vomito, dolor de cabeza, nauseas, anemia y pérdida del cabello, ardor, etc., y como resultado de la radioterapia cambios en la piel, pérdida del apetito, alteración del crecimiento, o por el dolor a consecuencia de la enfermedad como tal (Kashani y Hakami, 1982, en Fernández, 1990).

Estos efectos generalmente tienen relación con la autoimagen del adolescente dado que tienden a influir en su preocupación de cómo lo verían los demás. La manera en la que una persona piensa y siente sobre sí misma se denomina “autoimagen”. Esto influye en el nivel de bienestar y aceptación de sí mismo y de los demás, se deriva de las experiencias del desarrollo de la infancia, dentro del contexto de los propios recursos emocionales e intelectuales. Los componentes principales de esta imagen son el yo físico, el yo

psicológico y el yo social. Cualquiera de los diversos tipos de cáncer y su tratamiento producen cambios pasajeros o permanentes en estas tres áreas, cuando estos cambios ocurren se basan tanto en la realidad inmediata como la anticipación de posibles cambios futuros (De Vita, Hellman y Rosenberger, 2000).

La autoimagen es lo que una persona piense acerca de sí misma y con los demás. Con el cáncer puede haber trastornos de autopercepción debidos a cambios físicos, psicológicos y sociales, transitorios o permanentes. A mayor cambio se espera un trastorno mayor de autoimagen. Otros problemas de autoimagen importantes derivan de los tratamientos del cáncer como en el caso de la quimioterapia es decir por la pérdida del cabello, cejas y pestañas, especialmente en el caso de una persona joven como los adolescentes. Los pacientes con amputación suelen tener cambios de autoimagen que hacen difícil la reintegración a su ambiente social. Los cambios producidos por cirugía, radioterapia y quimioterapia pueden afectar también la sexualidad (Herrera, Aguilar, Barrera, De la Garza, Granados y Flores, 2000).

Según Galap, (1998), el deterioro físico de la persona con cáncer puede deberse a la propia evolución de la enfermedad, al tratamiento aplicado o a las dos cosas, debido a ciertas implicaciones que les producen los medicamentos que les son administrados, a veces no tienen ánimos ni fuerzas suficientes para levantarse y seguir con sus tratamientos.

De acuerdo con Griffiths y Russo (1990) algunas de las implicaciones que presentan los pacientes pediátricos suelen ser: alopecia que es otro factor colateral frecuente del tratamiento, los adolescentes más pequeños parecen adaptarse a esta complicación, mientras que los familiares les resulta más difícil aceptarlo.

Otra complicación a causa de los tratamientos a los que se ven sometidos son: náuseas y vómitos, ya que algunos fármacos son particularmente propensos a causar vómito intenso. La cantidad de náusea y vómito guarda con frecuencia relación con la magnitud de la dosificación de la medicación. También la toxicidad gastrointestinal se presenta cuando el tratamiento destruye células epiteliales del aparato gastrointestinal y finalmente, en

ocasiones llegan a presentar anorexia, que es un problema común entre la mayoría de los adolescentes que se encuentran recibiendo tratamiento anticanceroso ya que presentan cambios de apetito.

3.5.2. Implicaciones Psicológicas.

El cáncer es una enfermedad que se manifiesta de manera diferente en cada persona, debido a que no existe un solo tipo de cáncer sino múltiples variedades. Cualquier tipo de cáncer genera el deterioro físico y psicológico de la persona que lo padece, además de afectar sus relaciones sociales. Durante la adolescencia, período comprendido de los doce a los dieciocho años, se presenta una crisis de identidad marcada por cambios físicos y psíquicos. En este proceso, el adolescente busca una imagen positiva de sí mismo, la cual se ve amenazada ante la presencia de una enfermedad crónica, al provocarle ansiedad y una intensificación de sus trastornos emocionales. El adolescente que tiene una idea más elaborada de la enfermedad como proceso, siente la necesidad de ser informado acerca de lo que le sucede, es más colaborador con las descripciones de lo que siente y tiene una mayor capacidad de asimilar las molestias y limitaciones de la enfermedad. De forma similar, se hace consciente del efecto psicológico, físico y social de la misma y además experimenta temores hacia las consecuencias fatales que puede generar la enfermedad, como la invalidez y la muerte. Aunque el adolescente ha logrado cierta concepción holística de la salud y la enfermedad, sigue manteniendo ciertos conocimientos errados sobre ésta y su tratamiento debido a sus conocimientos limitados (López y Garbano, 1999)

De acuerdo a García (2004) la vida después del cáncer en los adolescentes está asociada a problemas de ajuste crónico, como son la ansiedad y la depresión. Las reacciones a largo plazo incluyen una gran cantidad de ansiedad que se relaciona con el diagnóstico y el tratamiento. Así, las dificultades psicológicas que se muestran en los adolescentes con cáncer son reacciones y condiciones que incluyen ansiedad y pánico, conductas inhibitorias, miedo para probar cosas nuevas, problemas de demostrar sus

emociones, problemas de conducta, estrés intenso, frustración y poca motivación respecto a las dificultades escolares.

Palacios (2003) menciona que dentro de las principales implicaciones psicológicas que repercuten en un paciente con cáncer es la ansiedad, ya que ésta es una reacción común y esperable del cáncer por la enfermedad en sí y puede aparecer en diversas etapas del proceso. Por ejemplo, al someterse al examen de detección del cáncer, al esperar los resultados del mismo, al recibir el diagnóstico, durante periodos largos de tratamiento, etc.

El trastorno de ansiedad puede provocar en el paciente con cáncer alteraciones en su ritmo cardiaco. Los sentimientos de ansiedad tienden a expandirse o intensificarse en diferentes épocas, sobre todo según el proceso se expanda o al recibir el tratamiento. Otra implicación es el trastorno de adaptación, ya que se generan cambios de humor, nerviosismo severo, preocupación y temblores, en ocasiones también se genera el trastorno de pánico, el cual consiste en la experimentación de ansiedad extrema, en donde se presentan dificultades para respirar, vómitos, náuseas, sudoración y hormigueo, a veces se presentan algunos trastornos obsesivo-compulsivos, los cuales consisten en la aparición de pensamientos, ideas e imágenes de conductas repetitivas (compulsiones), pueden llegar a presentarse algunas fobias, las cuales corresponden a miedos persistentes a un objeto, a una situación; en particular que hace que la persona rehuya dicho objeto, persona o situación, en el caso de la depresión, es una de las implicaciones que se presentan con mayor frecuencia, la cual consiste en el miedo a morir, la incertidumbre sobre el futuro, la visión que las otras personas tendrán de ellos, así como las modificaciones en su estilo de vida, donde se presenta una tristeza prolongada, en ocasiones va acompañada de sentimiento de culpa, de desesperación, trastorno de sueño y de alimentación, aunque se presenta y se afronta de manera diferente en cada persona. El delirio suele ser consecuencia de la falta de funcionamiento adecuado del cerebro, donde se puede llegar a presentar trastorno de pensamiento, memoria, agitación psicomotriz, así como problemas de insomnio; y por último, el caso del dolor provocado por cáncer constituye uno de los principales problemas del paciente oncológico, por su frecuencia puede ser indudablemente uno de los principales

causantes de intensa ansiedad y miedo, sobre todo en el caso de algunos padecimientos como lo es el osteosarcoma (Palacios, 2003).

Velarde y Ávila (2001) mencionan que los adolescentes cuando se ven afectados por una enfermedad crónica como el cáncer pueden presentar distorsiones del concepto de sí mismo, alteración de la imagen corporal, temor al rechazo de los padres, miedo a la independencia y dudas sobre su autosuficiencia.

Las imposiciones del tratamiento y las limitaciones propias de una enfermedad dificultan el desarrollo normal de la adolescencia, además la sobreprotección y la falta de información pueden agudizar la enfermedad.

López, (1985, en Fernández,1990 pág.30) afirma que “las reacciones emocionales de mayor prevalencia en los enfermos cancerosos, se caracteriza por depresión, sentimientos de desesperanza, pesimismo, preocupación excesiva y obsesiva por el cuerpo, aislamiento social, fatiga, alteraciones en el cuerpo, sueño y ansiedad”.

Los adolescentes “invulnerables”, chicos que se acercan a la edad adulta, se hacen independientes de sus familias, estableciendo sus propias identidades y probando lo que la vida tiene que ofrecer. Un diagnóstico de cáncer en este tiempo, fuerza a los adolescentes a hacerse más dependientes de la familia de lo que quieren ser. El asalto a su autoestima es muy grande, debido a la gran cantidad de amistades, tan prominente en este grupo de edad, la comprensión y respuesta de los compañeros son críticas en el adolescente. La ayuda de los compañeros que permanecen implicados con el paciente de cáncer, es el medio de apoyo más efectivo a estos jóvenes pacientes. Es también importante ayudar a los pacientes adolescentes a identificar y/o informarse sobre aspectos relevantes acerca de la enfermedad y los recursos pertinentes. Durante la adolescencia, el adolescente lucha por desarrollar su autoimagen e identidad, por establecer su independencia, adaptarse a su sexualidad, formar relaciones sociales y planear su futuro (López y Garbano, 1999).

El diagnóstico de cáncer interfiere con esta etapa del desarrollo. El adolescente lucha ahora por mantener su independencia, al tiempo que su enfermedad le hace depender del personal sanitario, de sus padres y del hospital. Es muy frecuente que los adolescentes con cáncer sientan ser cargas para su familia y también que nieguen la importancia de su enfermedad. La negación es un mecanismo de defensa que el adolescente usa para adaptarse a la enfermedad. No es necesario enfrentar al adolescente con su actitud de negación, a no ser que ésta interfiera con la administración del tratamiento adecuado (Esquivel, 2005).

Aunado a lo anterior, otro de los problemas que existen se refiere a la etapa cronológica en que se encuentran los adolescentes, ya que según Cuevas, Villacís y Fajardo (2003) existe poca información epidemiológica sobre el cáncer en este grupo de edad, ya que la mayoría de los autores describen la frecuencia del cáncer en las primeras dos décadas de la vida sin hacer la diferencia entre niños y adolescentes, lo cual complica el análisis que sobre la incidencia y mortalidad por cáncer que pueda realizarse en el grupo de adolescentes, de ahí la importancia de hacer un consenso para establecer un grupo de edad más apropiado que deberá considerarse para reportar los datos epidemiológicos de adolescentes. La importancia de reconocer de forma independiente el cáncer en la adolescencia va aparejada con un conjunto de situaciones prácticas, es decir, los y las jóvenes adolescentes con cáncer suelen ser enviados a pabellones pediátricos, otros son enviados a salas oncológicas de adultos, esta situación es claramente incómoda para los enfermos, ya de por sí el efecto del diagnóstico del cáncer para ellos es devastador, adaptarse a los efectos de la enfermedad y su tratamiento es particularmente difícil, de ahí la conveniencia de reconocer las peculiaridades del cáncer en esta etapa de la vida que les ayudaría para adaptarse a alguna forma mejor y a estabilizar un poco su estado emocional.

Cuando se efectúa el diagnóstico de cáncer en un niño o adolescente, toda la familia sufre un trauma importante. Estos niños, que con frecuencia son diagnosticados e internados de inmediato en un hospital, constituyen uno de los grupos de pacientes más vulnerables a los que se enfrentan los profesionistas en el campo de la salud, éstos deben darse cuenta de las tensiones impuestas sobre el adolescente y la familia al enfrentarse al

diagnóstico de cáncer, así como a los retos y a la incertidumbre de su tratamiento, el tratar únicamente la enfermedad física representa una falla para asumir el papel integral de un profesional en la atención de la salud (Griffiths y Russo, 1990).

Llantá, Grau, Chacón y De los Santos (2000) realizaron un estudio para caracterizar la calidad de vida en niños con cáncer. Se estudiaron 50 niños de diferentes centros oncopediátricos entre edades de 7 y 14 años de edad, para lo cual se procesaron los datos de niños, padres y médicos, utilizando el Sistema de Evaluación de Calidad de Vida Percibida (SECVPR) reportada con el uso de estadígrafos paramétricos y un análisis multivariado. De acuerdo a los resultados se puede decir que la calidad de vida se clasificó en dos grupos: una como satisfactoria y otra como insatisfactoria; siendo así que 30 niños mantenían una calidad de vida satisfactoria, sin embargo para los 20 niños restantes su calidad era totalmente insatisfactoria debido a dos variables: el estado emocional, por ejemplo la ansiedad, el estrés, la depresión, el dolor, etc., y los síntomas asociados al tratamiento; finalmente, la percepción que tenían los médicos y los padres de familia difería en estas dos variables con la de los adolescentes, precisamente por las consecuencias del tratamiento al cual se adhieren.

En este sentido García, (2004) menciona que en algunos reportes realizados con adolescentes que tienen otros tipos de enfermedades crónicas, la mayoría presenta serios problemas sociales y emocionales, donde se nota que es común una excesiva dependencia hacia los padres ya que ellos mismos van reforzando ese sentimiento de aislamiento social y que muchas veces se ve reforzado por la comunidad, ya que los padres de los adolescentes sanos (por ignorancia o temor) no los dejan frecuentar al adolescente enfermo; asimismo, se reportan estados depresivos y trastornos neuróticos más o menos graves interpretados como un intento de no enfrentar y negar la dolorosa realidad. También se determinó que algunas de las reacciones de los adolescentes que padecen este tipo de enfermedades como el cáncer oscilan entre aceptación, rechazo y negación de la enfermedad donde el adolescente no toma participación alguna y deja que los demás se ocupen y preocupen por su enfermedad. Sin embargo, cualquiera que sea su comportamiento y reacción, el aislamiento y en algunos casos la sobreprotección, son

algunas de las situaciones por las que pasa el adolescente, afectando así algunas de sus principales actividades que solían hacer anteriormente, como lo es el juego, la interacción con los demás y el sueño.

3.5.3. Implicaciones Sociales.

A nivel social, los adolescentes con cáncer se aíslan de su entorno al que estaban acostumbrados debido a que éste les crea diversos cambios que tienen que ver tanto a nivel físico como emocional, sin embargo sus relaciones sociales, también se ven perjudicadas drásticamente, ya que a veces no desea ni ver a la propia familia. El tipo de estructura social en el que viven los pacientes con cáncer y la dinámica que presenta dicha estructura determinan lógicamente muchos de los problemas específicos, por ejemplo, la mala comunicación y la desintegración familiar. El sistema familiar, se ve afectado por la aparición del cáncer en uno de sus miembros. Algunas familias parece que son mucho más vulnerables que otras ante los problemas relacionados con la aparición del cáncer. Los tipos de apoyo más comunes que pueden prestarse a los sistemas familiares comprenden sus valoraciones, tradiciones, religión y el papel que desempeñan dentro de la comunidad, algunas veces se genera la sobreprotección, sobre todo en el caso de un niño o un adolescente creando mayor dependencia, lo cual genera grandes problemáticas sobre todo en esta etapa de su desarrollo, ya que la mayoría de los adolescentes buscan una independencia o autonomía en relación con sus familiares (De Vita, Hellman y Rosenberger, 2000; Rivera, 2002).

Otro de los ambientes sociales que es de gran importancia mencionar es la escuela, ya que el adolescente y sus padres pueden tener muchas preocupaciones y miedos al presentarse a la escuela y debido a ello necesitan ser tratados con sensibilidad. Los temores pueden relacionarse con enfermedades contagiosas en la escuela, burlas y dificultades en su relación con los compañeros. La escuela y la comunidad son especialmente importantes para el paciente con cáncer, cuando uno de los miembros del entorno social se le diagnostica cáncer y se enteran los demás, los comportamientos en la escuela y en el lugar donde vive cambian, ya que están influidos no sólo por las personas que participan en ellos

sino también por los valores de la cultura. Los adolescentes de todas las edades son muy sensibles a las reacciones de sus amigos y familia, y necesitan la oportunidad de sentirse “normales” (De Vita, Hellman y Rosenberger, 2000).

En los adolescentes con cáncer se presentan dificultades principalmente en la comunicación con los amigos, cuando tienen que hablar sobre el futuro y en general presentan problemas para relacionarse con las personas cuya conducta varía después de conocer el diagnóstico. La necesidad de aclaración y reafirmación de lo que les ocurre, el sentirse aislado y el estar inmerso en un ambiente diferente como lo es el hospital también repercute en gran medida en la socialización del adolescente (De Vita, Hellman y Rosenberger, 2000).

De esta manera se presenta una relación cercana entre la manifestación física de la enfermedad y el aspecto emocional y social del adolescente. Este último factor no puede ignorarse, y considerarse únicamente lo físico y psicológico, sino también cómo el funcionamiento emocional y los lazos de apoyo son importantes para la nueva adaptación del adolescente referente a su enfermedad. Además, el apoyo social que se les brinda a los adolescentes con cáncer se considera fundamental y éste se puede dar de diversas formas, por ejemplo de parte de los médicos, enfermeras y personal a cargo de estos pacientes brindando la información necesaria sobre el padecimiento que tienen (Marsh, 1986).

El adolescente con cáncer, al igual que otros adolescentes que padecen otro tipo de dolor o enfermedad crónica, se van enfrentando a dos mundos agresivos: uno interno que incluye el aspecto físico y la ansiedad que esto les produce; y otro externo que incluye el dolor por los tratamientos a que se están sometiendo. De ello, se puede deducir que el adolescente que presenta un enfermedad crónica se enfrenta ante una situación difícil en la que se ve forzado a someterse a ésta y a sus consecuencias, asimismo a enfrentarse a las limitaciones que el padecimiento implique, tanto a nivel físico como psicológico y social.

En resumen, describir el proceso de la adolescencia “normal o sin enfermedad” es complejo debido a los cambios que ocurren en los diferentes niveles o áreas (física, psicológica y social), sin embargo en el caso de los adolescentes que padecen cáncer, dichos cambios se acentúan como resultado de la enfermedad en sí misma, así como derivado de los tratamientos. Entre las principales implicaciones a nivel físico son los cambios en la autoimagen, debido a los tratamientos que son sometidos (quimioterapia, radioterapia y cirugía) como en el caso de la pérdida de cabello, de pestañas y de cejas, así como una amputación, alteración del crecimiento y cambios en la piel; a nivel psicológico presentan distintos cambios emocionales como la depresión, el dolor, las fobias, el pánico, la tristeza, el delirio y la ansiedad que les cambia toda su estructura general de pensar y de sentir, finalmente a nivel social encontramos mayor dependencia de la familia y se aíslan de las personas dejando de realizar ciertas actividades a las que estaban acostumbrados; ante esta panorámica, es importante contar con un apoyo multidisciplinario que fomente un mejor estado funcional a los adolescentes y su familia, lo cual se traduce en el desarrollo de estrategias de afrontamiento para situaciones relacionadas con la enfermedad, particularmente ante la presencia de dolor crónico, lo cual se describe en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV. AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN ADOLESCENTES CON CÁNCER

Como se describió en el capítulo anterior, la adolescencia es una etapa durante la cual los jóvenes pasan por una serie de cambios emocionales, físicos y sociales, los cuales conllevan cambios en su forma de pensar acompañados por cambios de humor y una identidad indefinida, tratando de buscar estabilidad en la cual se sientan partícipes dentro de un grupo social. Para ellos es importante contar con las habilidades adecuadas para poder desempeñarse mejor en algunos ámbitos como: escolar, familiar y social, sin embargo cuando se presenta una enfermedad crónica como el cáncer se generan modificaciones en su estilo de vida, ya que tienen que buscar nuevas formas de adaptación y de interacción tanto con familiares como con amigos.

4.1. Dolor relacionado con enfermedades oncológicas.

4.1.1. Definición y tipos de dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) menciona que el dolor es una experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial en los tejidos o que se describe en función de dicha lesión; considera que el dolor es siempre subjetivo y otorga importancia al informe verbal del paciente en la definición del cuadro de diagnóstico. Considera parte intrínseca de la experiencia de dolor a la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables y a un estado afectivo aversivo, por ejemplo, la depresión, la ansiedad y el estrés (Organización Mundial de la Salud, 1979 en Latorre y Beneit, 1994; y Martínez, 1997).

Palomo (2004) menciona que el dolor es una sensación compleja relacionada con el daño físico que lo produce e influida por factores psicológicos, sociales y culturales.

Beks (1985) considera que el dolor es una experiencia desagradable que principalmente se asocia con algún daño místico, y que éste constituye una experiencia psicológica y no un acontecimiento físico.

Buela, Caballo y Sierra, (1996) se refieren al dolor como un evento neurofisiológico; donde un impulso que produce un daño tisular es transmitido a lo largo de las vías nerviosas, mediante un sistema aferente específico, hasta el centro del dolor.

Buendía (1991) considera al dolor como una percepción que puede variar de una persona a otra, es decir, lo que es amenazante para unos puede ser tolerante para otros, debido a que es una experiencia difícil de valorar, vinculada a diferentes estímulos y vivencias anteriores que condicionan la respuesta ante éste.

Bustamante (1998) define al dolor como un concepto abstracto que se refiere a una sensación personal y privada de daño; con un estímulo nocivo que indica una amenaza de lesión a los tejidos y un patrón de respuestas que operan para proteger el organismo de un daño psíquico o físico.

Finalmente Vallejo, Díaz y Comeche (1996) consideran que el dolor es un fenómeno perceptivo resultado de la influencia de factores sensoriales (físicos), motivacionales y cognitivos.

De acuerdo a las definiciones anteriores se considera que la definición más completa respecto al dolor es la de la Organización Mundial de la Salud (1999, en Martínez, 1997) ya que contempla factores tanto a nivel fisiológico, psicológico y social y toma en cuenta el significado del paciente como parte tanto del diagnóstico como del tratamiento del dolor.

Además de las definiciones presentadas, es preciso describir los criterios clínicos para su clasificación, los cuales dependen de los criterios aplicados y de los intereses del estudio en cada área. (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Criterios y tipos de dolor. (Remor, Arranz y Ulla, 2003; Buendía, 1991; Bustamante, 1998).

CRITERIOS	TIPOS
LOCALIZACIÓN	<p>Cutáneo o periférico: herida, inflamación o quemaduras.</p> <p>Somático o profundo: dolores postraumático y en músculos.</p> <p>Visceral: gástrico, abdominal, pélvico, próstata, uretra y renal.</p> <p>Neuropático: lesión del SNC, vascular, tumorales y traumáticas.</p> <p>Psicógeno: hipocondría, migraña, cefaleas.</p>
FRECUENCIA	<p>Recurrente (Intermitente): Migraña, gastritis, colitis, etc.</p> <p>Continuo o constante: enfermedades terminales como en el caso de los tumores óseos.</p>
INTENSIDAD	<p>Leve: dolor de cabeza, estómago, heridas, estreñimiento, lesiones, torceduras y quemaduras leves.</p> <p>Moderado o sordo: fracturas, sinusitis, neumonía, dolor de huesos, gastritis y colitis.</p> <p>Severo o taladrante: quemaduras graves, neuralgias, migraña, cefaleas, enfermedades cardiovasculares, musculares, renales, cáncer.</p>
TEMPORALIDAD	<p>Agudo: quemadura solar, dolor de muelas, dolor postoperatorio.</p> <p>Agudo recurrente (intermitente): migrañas, artritis, neuralgias y dolor facial.</p> <p>Agudo progresivo: dolor de cáncer, cálculos renales.</p> <p>Precrónico: colesterol</p> <p>Crónico benigno: cefaleas</p> <p>Crónico maligno: diabetes, cáncer, hipertensión arterial, asma bronquial.</p>

De acuerdo con la Tabla 6, es importante señalar que para evaluar el dolor es necesario considerar los criterios de localización, frecuencia, intensidad y temporalidad o duración que presenta la conducta de dolor y el tipo de dolor que presenta la persona, lo cual varía de acuerdo al tipo de enfermedad y a la sintomatología que refiere el paciente. Por ejemplo, una adolescente que presenta osteosarcoma, refiere un dolor crónico de forma constante con intensidad severa, teniendo una localización somática o profunda que se centra en algún músculo o tejido.

Martínez (1997, pág.52) menciona que desde el punto de vista clínico, el dolor crónico se formula como “cualquier situación dolorosa que persiste a pesar de las medidas convencionalmente tomadas, teniendo una duración de seis o más meses”. Por consiguiente, los elementos que se incluyen en la definición clínica son dos: el tiempo transcurrido y el hecho de que durante el mismo el paciente haya recurrido a los servicios de los profesionales, éstos hayan actuado de la forma convencionalmente considerada y su intervención resulte ineficaz. Las características del dolor crónico cambian con el tiempo, los reflejos que como respuestas se obtienen en las etapas tempranas van cambiando hasta desaparecer con el tiempo, es decir, el mecanismo de alerta tiende a olvidarse; pero si el paciente es aprehensivo y recuerda a menudo su enfermedad, aumentará la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, como consecuencia, el dolor continúa y se agrava, iniciándose un deterioro debido principalmente a las alteraciones del sueño, del apetito y la toxicidad de las drogas que se le han prescrito. En esta etapa, muchos pacientes con dolor crónico empiezan a presentar serias alteraciones emocionales y conductuales, al tener cuadros de ansiedad, de depresión, hipocondría y preocupación por su estado de salud. (Ver Tabla 6).

De acuerdo a Buendía (1991) el dolor crónico (de más de 6 meses de presencia) ha sido, particularmente en la última década, un tema de discusión, investigación, trabajo clínico, así como de posiciones políticas, debido al gran impacto político, económico y social. Dentro del marco psicológico, se considera el dolor como la forma más universal de estrés encontrada en humanos, siendo descrito como algo que hiere físicamente, asociado a efectos psíquicos negativos. El dolor en la actualidad se considera como una percepción que puede variar de una persona a otra, es decir, lo que es amenazante para unos puede ser

tolerante para otros, debido a que es una experiencia subjetiva, difícil de valorar, vinculada a diferentes estímulos y vivencias anteriores que condicionan la respuesta.

Tabla 6. Características del dolor crónico (Miru, 2003; Galap, 1998).

DOLOR CRÓNICO
Larga duración (más de seis meses de presencia).
Carece de valor biológico y es destructivo física, psicológica y socialmente.
Responde positivamente a su tratamiento mediante morfina u otros fármacos opiáceos.
Se asocia a la depresión y a la ansiedad
Provoca la aparición de signos vegetativos por ejemplo trastornos de sueño y decremento de la libido.
Algunas de las respuestas características de éste son: miedo, desesperación y angustia.

En resumen, el dolor crónico es de tiempo prolongado, tiene un comienzo mal definido y se asocia con aspectos psicológicos como lo es la depresión, la ansiedad y el miedo. Es importante resaltar que carece de algún factor biológico u orgánico, por lo que no responde a los tratamientos encaminados a restaurar el daño físico.

4.1.2. Factores de riesgo del dolor crónico.

Estudiar qué factores de riesgo favorecen la aparición y el mantenimiento de los cuadros crónicos de dolor es básico. Principalmente porque permite identificar quiénes están más necesitados de ayuda, evitar la cronificación y la discapacidad asociada, reducir los problemas emocionales, sociales y laborales de los implicados, así como racionalizar el uso de los recursos sanitarios

Miru (2003) menciona que entre las variables más destacadas que se ven implicadas como posibles factores de riesgo del dolor crónico son:

A) Variables fisiológicas: Aquí se encuentran la duración del problema de dolor o de la discapacidad asociada, el número de intervenciones quirúrgicas sufridas o la historia de tratamiento. La naturaleza del dolor y su severidad, ésta se ve relacionada con la cronificación del dolor, aunque muchos lo consideran un factor de riesgo por su interacción con variables psicosociales.

B) Variables psicológicas: Éste es uno de los factores que en la actualidad se han estudiado con mayor frecuencia, destacando los de las características de naturaleza psicopatológica de los pacientes. Como principales factores se encuentran: estrés, ansiedad y depresión, los cuales han sido detectados como principales predictores del dolor crónico. Las cogniciones de los pacientes, fungen como uno de los principales factores de riesgo, debido a que los pacientes suelen no enfrentar de forma positiva la enfermedad, por no contar con las habilidades o estrategias de afrontamiento funcionales para hacerle frente a cualquier enfermedad.

C) Variables de naturaleza Socio-Laboral: Incluyen, por ejemplo, el apoyo social, ya sea de familiares, amigos o compañeros de trabajo, parece que facilita la superación de distintos problemas de salud, y en concreto del dolor. De hecho, tanto los familiares como el paciente deben apoyarse mutuamente en cuestiones de auxilio emocional e instrumental que permitan sustentar las bases más sólidas y eficaces para el mantenimiento y mejoramiento del proceso por el que están pasando. En cuanto a la satisfacción laboral, ésta se ve relacionada con el lugar y las personas que allí trabajan, sean compañeros o supervisores, lo cual manifiesta un gran apoyo o soporte social en los individuos que están pasando por la enfermedad.

4.2. Dolor por Cáncer en Adolescentes.

Es importante considerar o contemplar cómo una enfermedad crónica como el cáncer afecta drásticamente a los adolescentes, no sólo por las implicaciones propias del cáncer, sino por la aparición del dolor crónico, el cual se caracteriza por presentarse en un lapso de tiempo prolongado y una intensidad muy variable. Vallejo, Díaz y Comeche (1996) señalan algunas de las aproximaciones erróneas que se tienen respecto a los adolescentes que padecen un dolor cónico, las cuales se ven justificadas por diversos factores como:

-Se ha minimizado y concedido poca importancia a las quejas de los adolescentes, cuestionando su veracidad y en todo caso no considerando la posibilidad de que exista un problema recurrente o crónico.

-Otra cuestión semejante es la falsa creencia de que los adolescentes perciben menos dolor que los adultos, dada una determinada estimulación. Berde (1991, en Vallejo, Díaz y Comeche, 1996) resume gran parte de los motivos que han llevado a infratratarse el dolor en los adolescentes: falta de información sobre cómo utilizar de modo eficaz y seguro los analgésicos, dificultades en la medida y evaluación del dolor, problemas derivados del uso de los opiáceos y los prejuicios sociales en relación a éstos.

Hoy en día cabe señalar que los adolescentes como los adultos, experimentan tanto dolor agudo como crónico y que tienen una forma peculiar, aunque evidente y efectiva, de comunicar el dolor que sienten y que la terapéutica necesaria para controlar el dolor puede llegar a unos niveles de intervención semejantes a los adultos, tanto en lo que se refiere al uso de analgésicos como al uso de otras técnicas terapéuticas (Vallejo, Díaz y Comeche, 1996)

En varios estudios realizados por Arnate, Esteve, López, y Ramírez (1999); Vallejo, Díaz y Comeche (1996), Rodríguez y Frías (2005) han evaluado los factores psicológicos que determinan la intensidad del dolor en los enfermos con cáncer en los casos de

enfermedad avanzada, estos factores influyen decisivamente en la intensidad del dolor; la falta de esperanza y el temor a la muerte que se avecina hacen que el sufrimiento del enfermo sea total y exacerbe el dolor. La identificación de los componentes físicos y no físicos es condición general para aplicar el tratamiento adecuado, el cual dependerá de factores como la edad, estado general, temporalidad, personalidad, temperamento, etapa de la enfermedad y la posible duración de vida. Independientemente de la fase en que se encuentre el paciente, es necesario disminuir el dolor, esto se observa en la tercera parte de los enfermos sometidos a tratamientos anticancerosos, pero en más de dos tercios de los que sufren la enfermedad y se encuentran en fase avanzada, la base física del dolor comprende diversos mecanismos, mientras que los aspectos psicológicos figuran la ansiedad, el miedo, la depresión y un estado de desesperación, por lo que el objetivo principal del tratamiento es aliviar el dolor de tal manera que pueda desempeñar sus actividades lo mejor posible, la terapéutica basada en medicamentos resulta en gran porcentaje efectivo cuando la dosis y el intervalo de aplicación son apropiados.

En conclusión un tipo de dolor implica una serie de cambios a nivel físico y emocional, pero qué pasa cuando un adolescente presenta un cuadro como lo es el de dolor crónico y que debido a éste pierde cierto interés en realizar ciertas actividades a las que estaba acostumbrado, sus relaciones sociales se pierden y se someten a una serie de procedimientos terapéuticos, esto hace que se vean obligados a aceptar que otros hagan o realicen funciones que ellos ya dominaban; por su parte, algunos padres, que normalmente inducían a los adolescentes a ejercer cierta autonomía e independencia, ahora asumen una actitud sobreprotectora y juzgan conveniente imponerles conductas de sumisión, dependencia y pasividad, lo cual en ocasiones resulta contraproducente para el desarrollo y las necesidades que necesita el adolescente en ese momento.

4.3. Afrontamiento ante el Dolor.

El afrontamiento es una parte importante dentro del estudio de las personas que padecen alguna enfermedad crónica, ya que permite visualizar y distinguir las principales formas de enfrentar la enfermedad y más aun cuando se presenta una enfermedad crónica

en una población de adolescentes, para quienes su vida se ve permeada por una serie de cambios muy drásticos que los lleva a presentar distintas crisis ya sea a nivel físico y emocional, por lo cual es necesario ver ante qué situaciones se sienten más amenazados y cómo resignifican la enfermedad y el proceso ante el cual se ven sometidos.

4.3.1. Definiciones de Afrontamiento.

Perlin y Schooler (1978 en Aduna, 1998) afirman que el afrontamiento incluye las conductas, cogniciones y percepciones en las que se ocupa la gente cuando contienda con los problemas de la vida.

Billings & Moos (1981) lo definen como los intentos del individuo para utilizar recursos personales y sociales que lo ayuden a manejar reacciones de estrés y a realizar reacciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del ambiente.

Lazarus y Folkman, (1984 en Cruz, 2004) menciona que el afrontamiento implica respuestas cognoscitivas o conductuales por parte de una persona, que llevan a reducir o a eliminar el malestar psicológico o las condiciones estresantes.

Lazarus y Folkman (1984 en Huerta y Corona, 2003) señalan que el afrontamiento incluye los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas internas y/o externas que son evaluadas como impuestas o excedentes a los recursos de las personas.

Las características del afrontamiento de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984 en Huerta y Corona, 2003) son:

1. El afrontamiento es un proceso cognitivo y no un rasgo de personalidad, como un proceso tiene la característica de tener etapas: la anticipación, el impacto y el postimpacto.

2. Las respuestas de afrontamiento no son innatas o conductas que pertenecen a un repertorio básico de supervivencia (como el comer, huir, etc.), son siempre conductas y cogniciones que requieren de un esfuerzo extra para cambiar situaciones que son evaluadas como novedosas o nocivas.
3. El afrontamiento no puede ser evaluado sólo por resultados positivos. La teoría del afrontamiento aclara que afrontar es cualquier conducta emitida únicamente a favor de decrementar o minimizar el estrés, no importando si los resultados son negativos o positivos. No obstante, se ha realizado una distinción entre los efectos de un tipo de afrontamiento efectivo de un afrontamiento inefectivo.

4.3.2. Tipos de afrontamiento.

Dentro del afrontamiento se encuentran distintos tipos de afrontamiento, los cuales se diferencian de acuerdo a los tipos de estrategias, en la Tabla 7 se presentan los diversos tipos de afrontamiento que existen, su categoría y las principales estrategias para cada uno.

De acuerdo con lo anterior es importante señalar que existen distintos tipos de afrontamiento como en el caso del efectivo o activo, el cual se divide en dos categorías: la primera que se enfoca al problema, donde los pacientes utilizan algunas estrategias conductuales que les permiten afrontar de manera funcional la enfermedad como puede ser la búsqueda de información y apoyo de los recursos con los que cuenta (por ejemplo económicos, sociales e individuales). La segunda categoría es aquella que se enfoca o se centra en la emoción donde el paciente utiliza estrategias cognitivas como la descarga emocional, la aceptación, las creencias positivas.

De acuerdo con Berter, Freeman (1990, en Osorio, 1998) la selección y efectividad de las técnicas de afrontamiento son influenciadas por dos factores: en el primero se incluyen los antecedentes y características personales como la edad, inteligencia, cognición, desarrollo emocional, filosofía de vida, religión, etc.; mientras que en la segunda se hace referencia a las características de la enfermedad física y el ambiente sociocultural.

El afrontamiento no siempre puede ejercer un dominio ambiental, ya que éste no siempre es sujeto a control, dado que existen situaciones o eventos ambientales inesperados o inevitables (Lazarus y Folkman, 1984).

Del Valle, González, Díez y Llorca (2003) realizaron un estudio sobre las estrategias de afrontamiento donde utilizaron distintos medios de evaluación como el Coping Estimation (COPE), el cual evalúa las distintas maneras de responder a eventos estresantes. El estudio fue longitudinal dividiéndolo en cuatro etapas temporales, en la primera y en la segunda etapa los pacientes se encontraban hospitalizados, muestran que en la tercera y cuarta etapa se encontraban en un régimen ambulatorio. Se encontraron diferencias significativas entre algunas etapas, ya que las estrategias de afrontamiento comportamental disminuían o incrementaban dependiendo de la fase del trasplante en la que se encontraban los pacientes y cuando éstos estaban fuera del hospital realizaban conductas de auto-cuidado, por lo cual no abandonaban los objetivos perseguidos que se contemplaron para dicho tratamiento. Finalmente, una de las estrategias de afrontamiento que más utilizaron los pacientes ante una fase terminal fue la centrada en las emociones, ya que para ellos fue de gran utilidad el expresar lo que sentían y pensaban, esto posiblemente fue por las dificultades que tuvieron para controlar algunas situaciones en base a la enfermedad.

Tabla 7. Tipos De afrontamiento. (Lazarus y Folkman, 1984 en Osorio, 1997; Huerta y Corona, 2003; Delgado, 1995; Rodríguez, 2004).

TIPOS DE AFRONTAMIENTO	CATEGORÍAS	ESTRATEGIAS
EFECTIVO O ACTIVO	Afrontamiento centrado en el problema o conducta	<ul style="list-style-type: none"> -Búsqueda de información -Establecimiento de planes de acción -Control sobre las emociones negativas -Adherencia al tratamiento médico -Apoyarse de los recursos con los que cuenta (Materiales, sociales, físicos, religiosos e individuales).
	Afrontamiento centrado en la emoción o cognición.	<ul style="list-style-type: none"> -Descarga emocional -Comparaciones positivas y la extracción de valores positivos -Control de locus interno Creencias positivas -Aceptación de la enfermedad -Pensamientos racionales.
INEFECTIVO O PASIVO	Afrontamiento centrado en el problema o conducta.	<ul style="list-style-type: none"> -Evitación -Aislamiento -Drogarse -Fumar -Beber -Insomnio

	Afrontamiento centrado en la emoción o cognición.	-Negación -Culpa -Pensamientos irracionales -Desajuste emocional (ansiedad, estrés, culpa, ira y depresión) -Control de locus externo
--	---	---

Se ha detectado que si los pacientes se encuentran en estadios avanzados de cáncer, en comparación con los que se encuentran en fases más tempranas de la enfermedad, utilizan en mayor medida estrategias orientadas a las emociones; en los primeros el tratamiento tiene un carácter paliativo, y el control emocional será, por tanto, uno de los objetivos fundamentales para estrategias dirigidas hacia el problema (Lazarus, 1993 en López, 2003).

El afrontamiento incluye más que la resolución de un problema ya que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. La forma en la que el individuo afronte alguna situación dependerá en gran parte de los recursos con los que cuenta, tales como la salud y la energía, ya que una persona enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y fuerte, además de las creencias positivas, ya que éste es un recurso muy importante, de hecho en algunas personas la esperanza de curarse, o de que Dios les va a ayudar a salir adelante, contribuyen a un mejor afrontamiento, aunque a veces las creencias también tienen un efecto negativo, por ejemplo al pensar que el estar enfermos es un castigo divino y que nunca van a curarse, además de no poder hacer nada par evitar algún dolor (Lazarus y Folkman, 1984).

Al mencionar algunas de las formas en las que los individuos afrontan una situación, también cabe señalar que depende del control que la persona tenga, es decir un control interno, que se refiere a que la persona, al encontrarse en una situación difícil, actúa de una manera independiente y busca información y formas de resolución de problemas; sin

embargo, si tiene un locus de control externo, al encontrarse en las mismas condiciones, actúa por lo general de manera dependiente y no hace nada para resolver su situación o para informarse un poco más de qué puede hacer, por lo que se puede decir que la persona que cuenta con un locus de control interno juega un papel más activo y la que tiene un locus de control externo juega un papel más pasivo en una situación.

Las habilidades sociales también constituyen un papel muy importante dentro del afrontamiento, ya que facilitan la resolución de los problemas y además ayudan al individuo a tener un mayor control sobre sus interacciones sociales.

Otra forma o elemento que ayuda al afrontamiento es el apoyo social y los recursos económicos, el primero es un gran apoyo, ya que la persona se siente más apoyada, en cuanto al segundo es importante debido a que los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984).

Los factores que restringen el afrontamiento del entorno pueden llamarse coactores y algunos derivan de factores personales en tanto que dependen del entorno. Se les llama a los condicionantes personales, esquemas o factores de coacción, por ejemplo un individuo puede tener recursos sociales y económicos pero se siente incapaz de utilizarlas por la forma incorrecta de coaccionarlas.

Otros factores son los condicionantes ambientales, los cuales existen tanto en el ambiente como en el individuo, el entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de un modo tal que acabe anulando las estrategias. Otro factor importante es el grado de amenaza, ya que entre mayor sea el grado de ésta, más primitivos y desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitados en relación con los modos de afrontamiento en la resolución de problemas (Lazarus y Folkman, 1984).

En resumen, la relación entre los recursos con los que cuente la persona y el afrontamiento se hallan íntimamente mediados por las coacciones personales, ambientales y por el grado de amenaza, además de que los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo, ya que tienen la capacidad para expandirse y contrastarse; algunos son más erráticos que otros en relación con la experiencia y en diferentes periodos de la vida.

4.4. Afrontamiento en adolescentes con cáncer.

La edad de un paciente con cáncer tiene mucho que ver con la forma en que él y su familia harán frente a dicha enfermedad. El cáncer es una enfermedad que se comporta de manera diferente en cada persona, por lo cual no existe un sólo tipo de cáncer, sino múltiples variedades. Cualquier tipo de cáncer genera el deterioro físico y psicológico de la persona que lo padece, además de afectar sus relaciones sociales drásticamente.

Algunos de los problemas más serios en relación con la edad y cáncer ocurren en los adolescentes. El hecho de tener que someterse a un tratamiento, su conformidad, la renuncia a gran parte de su vida, entre otros eventos, obligan al adolescente a prescindir de su tendencia hacia la autonomía e independencia de su familia.

El adolescente ha de enfrentarse al cambio que la enfermedad acarrea, ya que no puede, aunque quiera, volver a llevar su mismo ritmo de vida. Tiene que someterse a tratamientos dolorosos que conllevan efectos secundarios (físicos y psicológicos) verse alejado de sus compañeros y amigos por las frecuentes consultas y hospitalizaciones, a menudo tienen que trasladarse desde su lugar de origen hasta el centro especializado.

El adolescente atraviesa un periodo difícil, en busca de su identidad, autonomía e independencia, donde la vida está llena de decisiones, intereses, planes y elecciones vitales en torno a estudios, trabajo, salud, sexualidad y estilo de vida. La experiencia previa de buena salud y energía da una sensación de invulnerabilidad física. El cáncer viene a

obstaculizar muchos logros, ya que su propia vida se halla en peligro y la prioridad es salvarla, siendo olvidada con frecuencia la calidad de la misma.

Respecto a las formas de afrontamiento y estilos podemos ver que es muy importante el llevar a cabo un buen programa de intervención y más aún en adolescentes que se encuentran hospitalizados; Polaino y Rumeu (1994) trabajaron con 40 adolescentes entre edades de 8 y 12 años, quienes tenían una enfermedad crónica o aguda y que requerían de una hospitalización de medio tiempo, para lo cual formaron dos grupos de trabajo uno experimental que estaba compuesto por 20 adolescentes que no tenían cáncer los cuales fueron sometidos al programa de preparación a la hospitalización y seguimiento psicopedagógico (PHSP) que cumplían con los requisitos de inclusión, y el otro fue el grupo control a quienes no sometieron al programa PHSP. Para llevar a cabo el programa se hizo uso de un entrenamiento en relajación muscular, entrenamiento en estrategias cognitivas y un entrenamiento en habilidades sociales; los resultados indican que los adolescentes que recibieron como tal el programa psicopedagógico no tuvieron devaluación alguna respecto al autoconcepto (grupo experimental) mientras que los adolescentes que no recibieron ningún programa de intervención (grupo control) sufrieron una gran devaluación del autoconcepto, tras el período de ingreso a la clínica.

Asimismo Bragado y Marcos (1997) mencionan que durante la última década se ha observado un gran interés por investigar el dolor en los adolescentes y los principales instrumentos de evaluación que permiten acceder, a la experiencia subjetiva en edades tempranas, para lo cual se han desarrollado estrategias psicológicas para reducir el malestar evocado por procedimientos médicos dolorosos. Entre las principales estrategias psicológicas están: técnicas distractoras, el uso de la imaginación, entrenamiento en respiración, relajación, inoculación al estrés las cuales se perfilan como elementos terapéuticos esenciales para aliviar el dolor, reducir la ansiedad y mantener una mejor calidad de vida. Estas técnicas han sido eficaces para disminuir ciertos niveles de dolor en los adolescentes y también les permite contar con nuevas formas o habilidades de afrontar de forma más funcional la enfermedad.

Una de las principales estrategias de afrontamiento es la búsqueda de apoyo ya que como indican (Allen & Newman, 1997; Trask, Paterson & Bares 2003; Robb, Williams, Duvivier & Newman 2006; y Zaza & Baine, 2002) cuando los adolescentes pasan por una enfermedad como lo es el cáncer presentan un gran estrés, lo cual hace que las necesidades emocionales se vuelvan más importantes y uno de los principales factores que les permiten afrontar la enfermedad de forma funcional es el apoyo social que les brinde su familia, amigos o personas cercanas a ellos ya que se ha encontrado que a veces los propios adolescentes suelen describir como aquellas personas que les proporcionan o dan un alto grado de cohesión y adaptabilidad, en su nuevo estilo de vida. Por tanto consideran necesario que dentro de las intervenciones la familia sea un gran recurso motivador o de apoyo para el mejoramiento y afrontamiento que los adolescentes pueden tener durante la enfermedad.

Estos estudios comprueban qué es importante llevar a cabo un programa de intervención con adolescentes, ya que cuando se aplican una serie de técnicas y estrategias sobre cómo afrontar mejor la enfermedad, disminuyen, los efectos psicológicos negativos que el adolescente enfermo tiene la hospitalización, así los programas de intervención en el ámbito infantil, tienen una gran relevancia sobre el estado emocional y físico que pasa por una enfermedad crónica como el cáncer.

En resumen, el dolor crónico afecta de manera directa el estado físico y psicológico de los adolescentes con cáncer y más aún cuando se encuentran en un proceso que requiere de hospitalización, donde se ven implicados en una serie de cambios drásticos que repercuten tanto su imagen corporal como su percepción acerca de sí mismos y de su entorno. Como terapeutas tenemos que concientizar sobre algunas causas que afectan de forma directa a los adolescentes y más aún cuando presentan un cuadro de dolor crónico, en el que necesitan la ayuda de profesionales especializados en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. También es necesario enfocar el tipo de dolor crónico que tiene el paciente ya que debemos contemplar durante la evaluación criterios como: localización, frecuencia e intensidad mismos que van a dar la pauta para realizar mejor una intervención. Los factores de riesgo que se ven inmersos dentro del dolor crónico pueden ser variados y

diversos debido a que están cuestiones físicas, psicológicas y sociales mismas que repercuten en el comportamiento y la forma de afrontar la enfermedad de cada uno de los adolescentes. Es importante como el adolescente afronta de forma funcional o no funcional la propia enfermedad ya que esto va a dar la pauta para implementar algunas habilidades de afrontamiento que le sirvan al adolescente para tener una forma más positiva respecto a la situación que este pasando donde se contemplen diversos factores los cuales se señalaron anteriormente y que algunas de los recursos más importantes son el económico y el apoyo social mismos que la familia o algunos amigos se los pueden proporcionar.

CAPÍTULO V. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA ADQUISICIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FUNCIONALES HACIA EL DOLOR CRÓNICO EN ADOLESCENTES CON OSTEOSARCOMA EN ETAPA TERMINAL.

El cáncer es una de las principales causas de muerte que se presenta en los adolescentes, sobre todo el osteosarcoma, ya que existe un alto índice de mortalidad. Por lo cual, hoy en día los profesionales de la salud tienen un gran campo de trabajo, tanto en el diseño como en la aplicación de programas de intervención para la mejora psicológica de los adolescentes que padecen alguna enfermedad crónica, los cuales se pueden llevar a cabo en cualquier etapa del proceso de la enfermedad, por ejemplo en la etapa Terminal, donde la finalidad es dotar al paciente de habilidades de afrontamiento funcionales ante la enfermedad, tomando en cuenta diversos factores como la edad, ya que difieren los estilos de afrontamiento de cada persona, como en el caso de los adolescentes donde interfiere la transición de la niñez a la adultez y los cambios en los que se ven inmersos. Otro factor importante son los recursos con los que cuenta el paciente, los cuales pueden ser de tipo social, económico y personal, por ejemplo una persona que cuenta con el apoyo social y/o económico de sus familiares tiene un afrontamiento más funcional que otro paciente que no cuenta con este recurso social.

En un principio, las intervenciones psicológicas en los pacientes con cáncer estaban dirigidas a prepararles para una buena muerte. Sin embargo, a partir de los años 70 comienza la preocupación por proporcionarles estrategias personales adecuadas para que puedan afrontar la enfermedad y adaptarse a ella (De Vita, Hellman y Rosenberg, 2000; Sánchez y Vera, 1997; Rodríguez, 2004).

En la actualidad, los profesionales no se interesan solamente por la recuperación física de sus pacientes sino que también atienden a su integridad social y psicológica, intentando lograr una mejora de sus condiciones de vida, es decir, procuran una mayor

calidad de vida para estos enfermos. Lo que se pretende es enseñar al paciente a vivir con cáncer.

Según Bayés (2001), el paciente canceroso necesita ayuda psicológica:

- Si sus reacciones emocionales le impiden buscar tratamiento o cooperar con él.
- Si su comportamiento le provoca más dolor y malestar que la enfermedad misma, o los aumenta.
- Si sus reacciones emocionales perturban actividades cotidianas como leer, trabajar, etc.
- Si sus reacciones se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales.

Es importante tener en cuenta el estilo de afrontamiento del individuo en la planificación de una preparación para la experiencia de enfermedad y hospitalización. Así, conociendo éste, se podrían reforzar los aspectos positivos de los recursos que utilice el paciente para adaptarse satisfactoriamente.

Una de las áreas en las que el psicólogo incide para que el paciente con cáncer afronte de mejor manera es la de rehabilitación, la cual es definida por Osorio (1997) como la actividad que permite desarrollar al máximo el potencial físico, psíquico, social, vocacional y educacional del paciente incapacitado. La rehabilitación consigue la máxima independencia del paciente en todos los aspectos de su vida, Es por ello que en el proceso rehabilitador de dichos enfermos deben participar diferentes profesionales: psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermera rehabilitadora y asistente social.

Tanto al paciente como a la familia se les debe brindar apoyo psicológico ya que tanto el personal de cuidado como los psicólogos y trabajadores sociales deben aportar las bases suficientes para el afrontamiento de la enfermedad. Dando información clara y con explicaciones adecuadas, donde propicien un ambiente cálido en el que la familia y el

paciente mantengan redes de apoyo social para el control del tratamiento y de la enfermedad.

Un diagnóstico de cáncer conlleva a tener importantes alteraciones en la vida social de los pacientes, por ende, es importante conocer qué relevancia tienen las redes sociales o el apoyo que se les puede llegar a brindar: Y es que este grupo de enfermos se presenta especialmente dependiente del entorno social debido a la aparición de sentimientos como la pérdida de control, de poder y de inferioridad, agravados cuando no pueden valerse por sí mismos. En estas circunstancias el apoyo social puede ayudarles a disminuir esos sentimientos de pérdida de autoestima.

Aunque por regla general suele pensarse que las familias se unen en momentos de crisis y que ante un diagnóstico de cáncer la familia centrará su atención en el miembro enfermo, al tiempo que, con la noticia de la enfermedad, se pondrá en marcha toda la red de parientes y conocidos; sin embargo, la enfermedad puede ser fuente de estrés y distanciamiento en vez unión (De Vita, Hellman y Rosenberg, 2000).

La familia se convierte en la mayor proveedora de apoyo emocional para el paciente y pasa a tener que tomar decisiones muy importantes sobre la enfermedad, que pueden ser origen de conflictos. Mantener la estabilidad del núcleo familiar requiere capacidad para el cambio, ya que las nuevas demandas reclaman mayor adaptación. En efecto, las diversas etapas de la enfermedad implican que la familia tenga que adoptar diferentes formas de cuidados de apoyo.

Algunas de las formas más comunes de apoyo suelen ser sociales como el estar acompañado de la familia, estar al pendiente de los cuidados del adolescente, incluso algunas pueden ser económicas, donde se aporta cierto dinero para el tratamiento o medicinas que se requieran, lo cual, como señala Saucedo y Maldonado (2003) es funcional en medida de qué tanto se acepte la enfermedad por la cual están pasando los hijos, dado que esto altera y preocupa principalmente a los padres, hermanos y a la familia extensa. Si la enfermedad es cáncer, por ejemplo, la crisis no se hace esperar, se piensa casi

automáticamente que el cáncer equivale a la muerte, lo que conduce a una brusca ruptura del equilibrio familiar. Esto de alguna manera quebranta los lazos familiares y el apoyo que en ese momento se pueda brindar al adolescente.

El tipo de padecimiento es un factor que influye en gran medida sobre la forma de reaccionar ante la enfermedad, es decir que cada enfermedad conlleva una serie de implicaciones y reacciones tanto a nivel físico, como social y psicológico, por ejemplo el osteosarcoma es un tipo de cáncer que se caracteriza por ser un tumor maligno que se origina en el hueso, es uno de los más frecuentes entre los adolescentes y el que más rápidamente evoluciona presentando dolor severo. En relación con el afrontamiento que tienen los adolescentes hacia el dolor, depende en gran parte de la percepción que tienen de éste y que con frecuencia los adolescentes necesitan apoyo para comprender cómo manejar eficazmente el temor y el dolor, dado que en ocasiones algunos utilizan un afrontamiento no funcional, como la negación.

En base a lo anterior resulta importante proporcionarle a cada adolescente la mayor atención con analgésicos, el uso de manipulación ambiental y la ubicación adecuada a la edad, ya que es conveniente que por la etapa en la que se encuentran, compartan la habitación con personas de su misma edad, logrando una identificación entre ellos, además de una atención más apropiada, tomando en cuenta las características que éstos comparten y los cambios que se presentan durante la adolescencia.

Tomando en cuenta lo citado anteriormente, se contempla la importancia de realizar una propuesta de intervención psicológica en adolescentes con osteosarcoma en etapa Terminal, el objetivo de la misma es que los adolescentes adquieran y/o modifiquen estrategias o habilidades de afrontamiento funcionales hacia el dolor crónico, junto con el apoyo de los padres/tutores.

METODOLOGÍA

Participantes

Pacientes con edades que oscilen entre 12 y 18 años de edad (adolescentes) los cuales padezcan osteosarcoma en inicio de etapa terminal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
<ul style="list-style-type: none">✚ Pacientes hospitalizados que estén en el rango de edad✚ Que sepan leer y escribir✚ Diagnóstico de osteosarcoma✚ Estar en Inicios de Etapa Terminal✚ Presenten Dolor Crónico✚ Padres y/o tutores estén de acuerdo en la intervención	<ul style="list-style-type: none">➤ Condición física (no dolor) que impida la realización de esta actividad➤ Presentar algún trastorno psiquiátrico (con diagnóstico o síntomas)➤ Que los adolescentes o padres/ tutores no estén de acuerdo en participar➤ Presentar deterioro en proceso cognitivo (memoria, atención, etc.)	<ul style="list-style-type: none">▪ Que lo den de alta por máximo beneficio▪ Fallecimiento repentino▪ Que los padres o tutores decidan que el adolescente ya no continúe con la intervención▪ La evolución o implicaciones de la enfermedad ya no permita al adolescente continuar participando (p.e. que no pueda hablar, presente metástasis en el cerebro)

Ambiente

Institución de salud pública o privada

Diseño: N=1 con réplicas del tipo B-A con tratamientos alternados, los diseños de series de tiempo o N=1 son denominados porque la N es igual a 1, es decir el experimento se realiza con un solo sujeto o grupo de sujetos (se considera de replicación, aspecto que ayuda a corroborar la consistencia de los hallazgos) además se utiliza el tipo B-A porque primero se realiza una intervención y después se realizará una evaluación para verificar o constatar los resultados que se obtuvieron después del programa de intervención.

Materiales e Instrumentos

- 1.-Lápices
- 2.-Carta de consentimiento informado (Anexo 1)
- 3.- Ficha de datos sociodemográficos (Anexo 2).
- 4.- Escala subjetiva del Dolor (Fernández, 1994, Anexo 3).
- 5.- Formatos de Registro y material de apoyo diversos (ver programa de intervención). (Anexo 4).
- 6.-Material Didáctico sobre Imágenes de personas con afrontamiento hacia diversas situaciones (Anexo 5).
- 7.-Folleto de resumen de la intervención para adolescentes con osteosarcoma y folleto de apoyo para padres de adolescentes con osteosarcoma. (Anexos 6 y 7).

Procedimiento General

Identificar e invitar a los pacientes a participar en el estudio, para lo cual se solicita el consentimiento informado de los padres/tutores y que el adolescente acepte participar después se llevará a cabo la recogida de datos. Se plantea que la intervención tenga 8 sesiones, de 30 min. aproximadamente, debido al tipo de población al que está dirigida la propuesta. Sin embargo puede ser que el paciente no cumpla el criterio de cambio y se alargarán (2 sesiones más) para lograr los objetivos de cada sesión.

Las Características Generales de la Propuesta de Intervención son:

- ✚ Sesiones breves, (30 min.) considerando las características físicas del padecimiento.
- ✚ Se propone la evaluación continua/repetida la cual permitiría identificar el dolor crónico interno asociado al cáncer y encontrarse en etapa terminal para ver los niveles de dolor y la mejora que los pacientes van teniendo a lo largo de las sesiones.
- ✚ El contenido es muy sencillo, ya que mediante la técnica de Inoculación al Estrés (Meichenbaum, 1977 en Caballo, 1991) la cual incluye un conjunto de técnicas como: Psicoeducación, Relajación, Solución de Problemas, Reestructuración Cognitiva e Imágenes Guiadas las cuales permiten brindar nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento a los pacientes para mantener una mejor calidad de vida.
- ✚ Realización de algunas actividades como tareas y criterios de cambio que se consideran de acuerdo a la literatura revisada y se le encomendarán al paciente para que las realice y ponga en práctica ante algunas situaciones.
- ✚ Se incluye un manual o folletos de apoyo para adolescentes/padres, los cuales tienen la finalidad de proporcionar información correcta acerca de las principales consecuencias que implica la enfermedad por la cual están pasando los adolescentes y cómo ayudarles a mantener una mejor calidad de vida mediante diversas estrategias o técnicas que se indican en los folletos.
- ✚ Esta propuesta es flexible para continuar con otras habilidades más avanzadas, siempre y cuando el paciente se encuentre en condiciones físicas favorables, dichas habilidades son: Reestructuración Cognitiva avanzada,

Solución de Problemas Avanzada, Relajación Avanzada, Habilidades Sociales y Preparación para la muerte.

Debido a que el contenido de esta propuesta es muy sencillo lo puede llevar a cabo un(a) sola/o terapeuta, quien irá guiando al paciente a desarrollar e implementar los objetivos de cada una de las sesiones, se considera necesario que tenga conocimiento acerca de psicología clínica y de las principales técnicas que aborda el enfoque cognitivo conductual, debido a que durante la intervención se abordará cada una de las técnicas mencionadas anteriormente y para brindar una mejor atención al paciente es conveniente emplear adecuadamente el uso de estas mismas.

Tabla 9. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Sesión 1. Objetivo Particular: El paciente identificará aquellas situaciones que son estresantes y describirá la importancia de afrontarlas de una forma funcional

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
Psicoeducación sobre las situaciones estresantes y estilos de afrontamiento	<p>1.- Explicar situaciones estresantes enfocándolas hacia el dolor crónico.</p> <p>2.-Dar información sobre conductas no funcionales ante situaciones estresantes, insistiendo en los aspectos más importantes.</p> <p>3.-Realizar una exhibición sobre una conducta no funcional de afrontar la enfermedad (por ejemplo el no adherirse al tratamiento) y una conducta funcional (adherirse al tratamiento).</p> <p>4.-Explicar el registro y su función.</p> <p>5.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD</p>	<p>1.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas -Dar ejemplos</p> <p>2.-Escuchar Poner atención Realizar preguntas Dar ejemplos</p> <p>3. -Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas -Dar otros ejemplos</p> <p>4.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas -Hacer un ejemplo</p> <p>5.-Puntuar dolor a través de la escala SUD</p>	Registrar 3 situaciones estresantes y 3 conductas funcionales ante una situación específica con la ayuda de algún familiar si así lo requiere.	El paciente explicará brevemente cómo se sintió al identificar tanto las situaciones como las conductas funcionales y la importancia de éstas, adicionalmente en el registro identificará por lo menos 2 situaciones estresantes y 2 conductas funcionales para cada una.	<p>Observación Directa</p> <p>Autorregistro en situaciones estresantes.</p> <p>Reporte Verbal</p> <p>Puntuación de la escala SUD</p>

Tabla 9. Continuación

Sesión 2. Objetivo Particular: El paciente identificará las habilidades funcionales con las que cuenta para afrontar el dolor crónico

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
Psicoeducación en habilidades funcionales ante el dolor crónico	1.- Se explicará brevemente la importancia de las habilidades de afrontamiento en la vida del paciente y dará algunos ejemplos.	1.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas -Dar ejemplos	Enlistar por lo menos 5 habilidades que el adolescente cree tener y que utilizaría ante situaciones estresantes que impliquen dolor donde puede tener la ayuda de algún familiar, si así lo requiere.	El paciente entregará la lista de habilidades que encontró ante situaciones que le generan dolor, la cual servirá como medio de identificación de habilidades funcionales. En el listado se enumeraran al menos 80% de las habilidades de afrontamiento funcionales	Observación del ejercicio de imaginación guiada.
Imágenes Guiadas	1.- Dar instrucciones adecuadas al paciente para que imagine una situación en general en donde él o ella haya puesto en práctica habilidades funcionales (búsqueda de apoyo) en una situación estresante. Preguntar qué le pareció imaginarse esa situación en ese momento. 2.- Ayudar a identificar las habilidades con las que cuenta ante diversas situaciones y en caso contrario se le ayudará a desarrollar nuevas habilidades que puede desempeñar en distintas situaciones. 3.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD	1.-Escuchar - Poner atención -Realizar preguntas -Comentar la situación vivida en ese momento 2.-Mencionar las habilidades con las que él cree contar y en caso contrario visualizar que habilidades puede poner en práctica para determinadas situaciones 3.- Puntuar dolor a través de la escala SUD			Reporte Verbal Lista de habilidades de afrontamiento Puntuación de la escala SUD

Tabla 9 Continuación

Sesión 3. Objetivo Particular: El paciente empleará técnicas de relajación ante una situación estresante que le cause dolor.

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
Psicoeducación en relajación y las principales técnicas.	1.- Explicar brevemente qué es la relajación y qué función tiene.	1.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas	Practicará 3 veces al día la relajación (tenga o no dolor).	El paciente explicará brevemente cómo se sintió al realizar el ejercicio.	Observación Directa Autorregistro en situaciones estresantes.
Técnicas de relajación	1.-Explicar las distintas técnicas: frases autógenas con o sin respiración diafragmática, RMP o Imaginación guiada 2. Realizar una exhibición con cada una de estas técnicas. 3.- Pedir al paciente que realice un ejercicio de relajación utilizando la técnica mostrada. 4.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD	1.-Escuchar Poner atención Realizar preguntas 2. -Escuchar -Poner atención 3.- Realizar el ejercicio de relajación que se le indique y comentar cómo se sintió 4.- Puntuar dolor a través de la escala SUD	Se le dará un registro o escala en donde identifique el nivel de dolor donde 10 sea el nivel más alto y 0 el nivel más bajo.	Se espera que por lo menos lo practique dos veces al día de forma correcta	Reporte Verbal Puntuación de la escala SUD

NOTA: Dependiendo de la condición física del paciente se empleará Frases Autógenas con o sin Respiración diafragmática, Respiración Muscular Progresiva o Imaginación Guiada.

Tabla 9 Continuación

Sesión 4. Objetivo Particular: El paciente identificará las habilidades funcionales con las que cuenta para afrontar el dolor crónico

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
Relajación	<p>1.- Modelar la relajación a una situación específica (la cual se identificó mediante el registro anterior) que le causara algún dolor.</p> <p>2.- Pedir que realice un ejercicio de relajación con o sin respiración diafragmática</p> <p>3.- Comentar al paciente el desempeño o la ejecución que tuvo durante el ejercicio enfocándose en algunas cuestiones que puede mejorar.</p> <p>4.- Pedir que realice de forma correcta el ejercicio de relajación.</p> <p>5.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD</p>	<p>1. -Poner atención -Realizar preguntas</p> <p>2.- Realizar el ejercicio de relajación.</p> <p>3.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas</p> <p>4.- Ejecutar el ejercicio de relajación de forma correcta</p> <p>5.- Puntuar dolor a través de la escala SUD</p>	El paciente practicará la relajación cada vez que haya dolor y registrará el nivel de tensión en la escala que se utilizó en la sesión pasada	De acuerdo al autorregistro se pretenderá observar una disminución en un 60% del dolor. De acuerdo a los autores que se revisaron en la literatura como Vallejo y Comeche (1996); Bragado y Marcos (1997); Gomezese y González (2001); Del Valle y Rumeu (1994).	<p>Observación Directa</p> <p>Autorregistro de relajación del paciente</p> <p>Puntuación de la escala SUD</p>

Tabla 9 Continuación

Sesión 5. Objetivo Particular: El paciente identificará aquellas situaciones que favorecen el incremento de la situación dolorosa.

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
<p>Psicoeducación En solución de problemas.</p>	<p>1. Se dará una breve explicación sobre la importancia de la técnica</p> <p>2.- Se ejemplificará una situación donde el estrés afecte el dolor crónico y cómo éste repercute de forma física y psicológica para afrontar funcionalmente la enfermedad.</p> <p>3.- Se le mostrará algunos dibujos acerca de diversas situaciones (anexos). Preguntar por qué considera que esas ilustraciones representan una situación dolorosa. Se le preguntará porque considera que esas ilustraciones representan una situación dolorosa</p> <p>5.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD</p>	<p>1.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas</p> <p>2.-Poner atención Realizar preguntas Dar ejemplos</p> <p>3. -Identificar las ilustraciones que se le muestran ante una situación dolorosa -Dar ejemplos -Comentar por qué eligió esa ilustración</p> <p>5.-Puntuar dolor a través de la escala SUD</p>	<p>Enlistará y jerarquizará del 1 al 5 problemas que le causen dolor, donde 1 sea el problema que menor dolor le genere y 5 el que mayor dolor le provoca.</p>	<p>De acuerdo al autorregistro se pretende que el paciente logre identificar situaciones problema que le causen mayor dolor</p> <p>Del material de apoyo identificar correctamente $\frac{3}{4}$ situaciones correctas.</p>	<p>Listado de situaciones</p> <p>Material de apoyo visual</p> <p>Puntuación de la escala SUD</p>

Tabla 9 Continuación

Sesión 6.Objetivo Particular: El paciente afrontará de manera funcional un problema específico.

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
<p>Solución de problemas:</p> <p>a) Generalización de alternativas: -Cantidad -Diferimiento o aplazamiento de juicio -Variedad</p> <p>b) Valoración de alternativas</p> <p>c) Toma de decisiones</p> <p>d) Reevaluación e implementación de soluciones</p>	<p>1. a) Pedir de la lista anterior que identifique un problema que menor dolor le provocó, en base a esto pedir que realice una lista en donde sugiera algunas soluciones a dichas situaciones.</p> <p>B) Ayudar a evaluar de forma sistemática y detallada el potencial de cada solución</p> <p>C) Facilitar la elección de la mejor solución posible para afrontar de forma funcional el problema, de acuerdo a la situación por la que está pasando, tomando en cuenta las posibles soluciones que conlleva esta decisión.</p> <p>D) Solicitar que visualice la situación real en donde practique y afronte de forma funcional un problema, basándose en la técnica antes vista y brindará apoyo reforzando las posibles soluciones.</p> <p>E) Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD</p>	<p>A)- Escuchar -Poner atención -Entregar la lista -Realizar la lista de alternativas de solución</p> <p>B)-Evaluar las posibles soluciones</p> <p>C) –Tomar la decisión que más le favorezca</p> <p>D)- Realizar el ejercicio que se le encomendó y comentara que le pareció</p> <p>E)- Puntuar dolor a través de la escala SUD</p>	<p>Se espera que el paciente tenga un 70% a nivel de ejecución en la implementación de esta técnica</p>	<p>Observación directa</p> <p>Reporte verbal</p> <p>Puntuación de la escala SUD</p>

Tabla 9. Continuación

Sesión 7. Objetivo Particular: El paciente identificará aquellos pensamientos negativos que le pueden impedir afrontar de forma funcional una situación dolorosa.

Técnicas a implementar	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
Reestructuración Cognitiva	<p>1.- Explicar la técnica sobre la función y la finalidad de la misma</p> <p>2.-Solicitar que recuerde una situación dolorosa en donde tuvo algunos problemas para afrontar la situación. Solicitar al paciente que enliste los pensamientos que tuvo en ese momento</p> <p>3.- Comentar la validez de los pensamientos distinguiendo los funcionales (p.e. debo de continuar con los tratamientos) y los no funcionales (no tiene caso seguir, ya me voy a morir).</p> <p>4.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD</p>	<p>1.- Escuchar -Poner atención -Realizar preguntas</p> <p>2.- Realizar el ejercicio que se le pida y realizar la lista para la identificación de pensamientos</p> <p>3.- Distinguir aquellos pensamientos funcionales de los no funcionales -Comentar la funcionalidad de ésta técnica.</p> <p>4.- Puntuar dolor a través de la escala SUD</p>	El paciente registrará 5 pensamientos no funcionales ante una situación dolorosa	Se espera que le paciente tenga una ejecución de un 80% para la realización de esta técnica	<p>Autorregistro de lista de pensamientos (Anexos)</p> <p>Reporte Verbal</p> <p>Puntuación de la escala SUD</p>

Tabla 9. Continuación

Sesión 8. Objetivo Particular. El paciente reemplazará pensamientos no funcionales por pensamientos funcionales para el afrontamiento funcional del dolor crónico. Técnicas a Implementar: Psicoeducación sobre las situaciones estresantes y estilos de afrontamiento

Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Tareas	Criterios de Cambio	Técnicas de Evaluación
<p>1.- De acuerdo al autorregistro anterior, identificar los pensamientos no funcionales</p> <p>2.-Mostrar alguno de los pensamientos no funcionales que reportó, así como de un pensamiento funcional</p> <p>3.- Explicar la forma de modificar un pensamiento no funcional por otros funcionales</p> <p>4.- Se le pedirá al paciente que imagine una situación dolorosa donde utilice pensamientos funcionales</p> <p>5.- En caso de que se presente alguna dificultad debatir las ideas no funcionales y favorecer el cambio de estas.</p> <p>6.- Preguntar el nivel de dolor a través de la escala SUD</p> <p>7.-Finalizar el Programa, entregando material de apoyo</p> <p>8.-Valorar la Conveniencia de habilidades avanzadas</p>	<p>1.- Escuchar, Poner atención, Realizar Preguntas</p> <p>2.-Escuchar, Poner atención</p> <p>3. – Escuchar , Poner atención, Realizar Preguntas</p> <p>4.- Imaginar una situación</p> <p>5.-Escuchar, Poner atención, Realizar Preguntas</p> <p>6.- Puntuar dolor a través de la escala SUD</p> <p>7.-Escuchar, Poner atención, Realizar Preguntas sobre la intervención, Comentarios, Sugerencias</p> <p>8.-Escuchar, Poner atención, Realizar Preguntas, Comentarios, Sugerencias</p>	<p>Utilizará la lista de pensamientos en donde en la parte izquierda ponga los pensamientos no funcionales y en la parte derecha los pensamientos funcionales ante determinadas situaciones. Y se le entregará algunos folletos o formatos que le van a servir para que los utilice ante alguna situación en particular.</p>	<p>Se espera que el paciente tenga un cambio en la ejecución del 80% en cuanto a los pensamientos no funcionales</p>	<p>Observación Directa</p> <p>Reporte Verbal</p> <p>Puntuación de la escala SUD</p>

ANEXOS

Carta de Consentimiento Informado
(Anexo 1)

Por medio de la presente yo: _____ doy mi consentimiento para participar en el programa de intervención para la adquisición y/o modificación de estrategias de afrontamiento funcionales hacia el dolor crónico en adolescentes con osteosarcoma en etapa Terminal, comprometiéndome a colaborar con lo que se requiera durante las sesiones que se tienen contempladas (8 sesiones) con una duración de 30 min, aproximadamente cada una, tomando en cuenta que la información que proporcione durante las sesiones será confidencial.

ACEPTO DE CONFORMIDAD

TERAPEUTA

JUEZ EXPERTO A CARGO

JUEZ EXPERTO A CARGO

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
(Anexo 2)

Nombre:
Edad:
Domicilio:
Sexo:
Escolaridad:
Ocupación:

Nombre de los Padres o Tutores:
Edad:
Domicilio:
Sexo:
Escolaridad:
Estado Civil:
Ocupación:
Nivel de Ingresos:

Anexo3.-ESCALA SUBJETIVA DEL DOLOR CRÓNICO DE BALLESTEROS, (1994)

INSTRUCCIONES: Registra la intensidad del dolor y su duración en una escala del 0 al 10.

Fecha	Intensidad										Duración		
	Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

COMENTARIOS:

Anexo 4 A.-LISTA DE SITUACIONES Y CONDUCTAS FUNCIONALES

INSTRUCCIONES: Enlista 3 situaciones que te son estresantes y 3 conductas funcionales ante una situación en específico.

SITUACIONES ESTRESANTES	CONDUCTAS FUNCIONALES
1.-	1.-
2.-	2.-
3.-	3.-

COMENTARIOS:

Anexo 4B.-LISTA DE HABILIDADES FUNCIONALES

INSTRUCCIONES: Enumera 5 habilidades que consideres tener ante situaciones estresantes que te causen dolor.

HABILIDADES FUNCIONALES
1.-
2.-
4.-
4.-
5.-

COMENTARIOS:

Anexo 4 C.-ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL DOLOR CRONICO

INSTRUCCIONES: Ilumina en el cuadro el nivel de dolor que sientes ante una situación estresante es decir ¿Qué calificación tendría tu nivel de dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(-)										(+)
Dolor										Dolor

COMENTARIOS:

Anexo 4D.-LISTA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

INSTRUCCIONES: Enumera 5 problemas que te causen dolor donde 1 sea el problema que menor dolor te genere y 5 el que mayor dolor te provoque.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

COMENTARIOS:

Anexo 4E.-LISTA DE PENSAMIENTOS NO FUNCIONALES

Instrucciones: Enlista 5 pensamientos no funcionales ante una situación dolorosa.

PENSAMIENTOS NO FUNCIONALES
1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

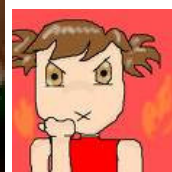
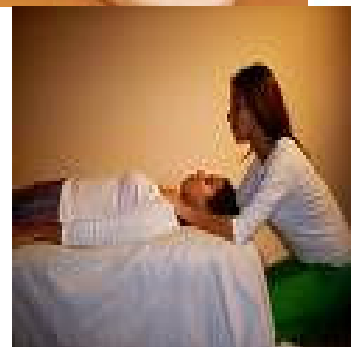
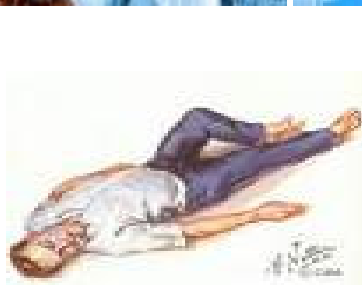
COMENTARIOS:

Anexo 4F.-LISTA DE PENSAMIENTOS NO FUNCIONALES Y FUNCIONALES

INSTRUCCIONES: Enlista en la parte izquierda aquellos pensamientos no funcionales y en la parte derecha todos los pensamientos funcionales ante una determinada situación, como se muestra en el ejemplo.

PENSAMIENTOS NO FUNCIONALES	PENSAMIENTOS FUNCIONALES
1.-Ya no voy a seguir con el tratamiento	1.-Quiero seguir con mis tratamientos
2.-	2.-
3.-	3.-
4.-	4.-
5.-	5.-

Anexo 5 A. Material Didáctico sobre Imágenes de personas con afrontamiento hacia diversas situaciones



UN MANUAL DE APOYO PARA TI QUE ERES ADOLESCENTE
UN MANUAL DE APOYO PARA TI QUE ERES ADOLESCENTE



Presentan: Montañez Paz Lucero
Romero Bolaños Claudia Ivonne

¿QUÉ PUEDE HACER EL CÁNCER?
¿QUÉ PUEDE CON EL CÁNCER?

ADOLESCENTES CON CÁNCER

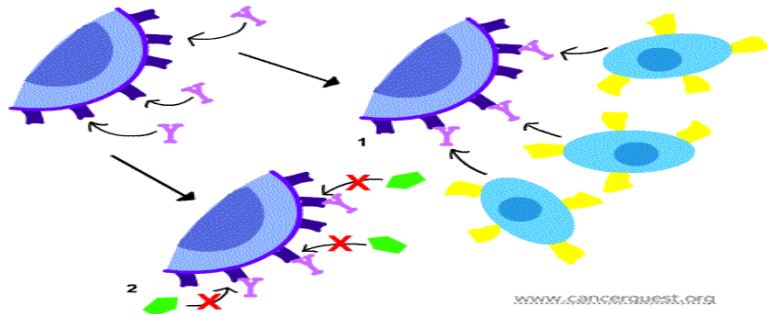
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
UNAM

¿TE HAS PREGUNTADO QUÉ ES EL CÁNCER?

¡¡¡ECHALE UN VISTAZO!!!

• CÁNCER

- Es una enfermedad que se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un “clon” de células malignas. El crecimiento no es regulado de forma adecuada y presenta una metástasis, es decir las células cancerosas tienden a expandirse rápidamente y a diseminarse en otras partes del cuerpo.



¿ SABÍAS QUE EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER?

- **QUIMIOTERAPIA**
- **RADIOTERAPIA**
- **CIRUGÍA**

Los cuales puedes considerar como una opción para que la enfermedad no avance más y tengas mejores resultados.



SÍNTOMAS GENERALES

LAS REACCIONES QUE TIENES SE DEBEN A:

- LOS TRATAMIENTOS QUE RECIBES
- POR LOS CAMBIOS QUE ESTÁS PASANDO POR LA ADOLESCENCIA
- POR LA ENFERMEDAD EN SÍ MISMA

¿Te son familiares estos síntomas o estas reacciones?

REACCIONES FÍSICAS

Alopecia (pérdida de cabello)
Náuseas
Vómito
Mareos
Pérdida de Peso
Cansancio



¿Te son familiares estas reacciones?

REACCIONES PSICOLÓGICAS

- Ansioso (a)
- Depresivo (a)
- Miedo
- Aislado
- Triste
- Enojado (a)
- Te sientes menos atractivo que antes



• AISLAMIENTO



• DEPENDENCIA / NEGACIÓN



• SOBREPOTECCIÓN



TÚ PUEDES CAMBIAR
ESTAS
REACCIONES,
DE FORMA POSITIVA!!!!

¡¡¡¡¡ PUEDES LOGRARLO!!!!

¿SABÍAS QUE EXISTEN ALTERNATIVAS PARA AFRONTAR DE MEJOR MANERA TU ENFERMEDAD?

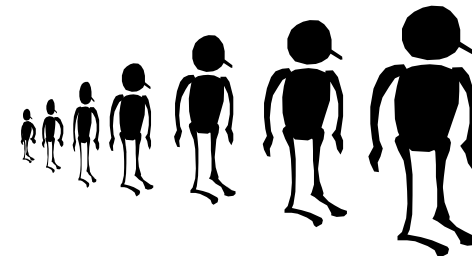
- **PERO, ¿CUÁL ES LA FINALIDAD, DE ESTÁS ALTERNATIVAS?**



- ❖ Para que te sientas mejor tanto física como psicológicamente.
- ❖ Para comprender mejor la situación por la cual estás pasando.
- ❖ Para que puedas desarrollar nuevas estrategias que te ayuden a mejorar tu calidad de vida

➤ Para sentir que de verdad estás siendo apoyado

✓ Para emplear diversas habilidades que puedes llegar a desarrollar junto con todos los que te quieren.



HABILIDADES PARA ENFRENTAR LA ENFERMEDAD

• RELAJACIÓN

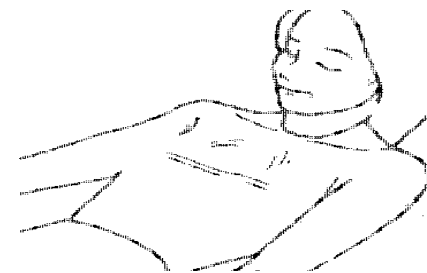
Sirve para disminuir la tensión o el dolor que se tiene por los tratamientos y/o la enfermedad y ayuda a disminuir el nivel de activación y ansiedad que produce el dolor.

-Disminuye las alteraciones del sueño



RECORDATORIO

- Recuerda respirar tranquilo
- o Recuerda las instrucciones para relajarte
- Cuenta lentamente hasta el tres y siéntete más relajado
- ✓ Concéntrate sólo en el ejercicio
- ❖ Llévalo a cabo cuando te sientas con más tensión o con dolor

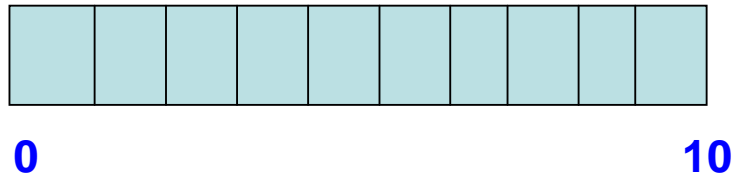


¿CÓMO SABER SI VOY BIEN?

**PUEDES UTILIZAR ESTOS
REGISTROS**

RELAJACIÓN:

**PUNTUAR LOS NIVELES DE
DOLOR EN ESTA ESCALA
ANTE ALGUNA SITUACIÓN
ESPECÍFICA**



**Donde: 10- Dolor intenso
0- Sin dolor**

Practica la relajación cada vez que sientas un nivel de dolor moderado o alto, (a partir de 5 en la escala).

Puedes relajarte e imaginarte una situación agradable



PENSAMIENTOS POSITIVOS

- ¿Para que me sirve cambiar estos pensamientos?
- En el hospital
- Ejemplo: Pensamiento negativo:
- Es horrible estar aquí, ojala nunca me hubiera enfermado
- CONSECUENCIA (-):
- Me enojo y me siento depresivo

- Pensamiento Positivo:
- Aunque no me gusta el hospital, es necesario para mi tratamiento
- CONSECUENCIA (+):
- Me siento tranquilo (a) y en calma.



PENSAMIENTOS POSITIVOS

- ¿Cómo cambiar los pensamientos negativos por positivos?
- 3.0.-Recuerda Pensamientos Positivos, p ejemplo:
 - 1.-Quiero adherirme a mi tratamiento
 - 2.-Buscaré apoyo social para mi recuperación
 - 3.-Hoy es un buen día para comenzar
 - 4.-Seguiré buscando información
 - 5.-Pondré todo de mi parte para continuar con la terapia
 - 6.-Quiero estar tranquilo
 - 7.-Haré todo lo posible
 - 8.-Voy a tomar mis medicamentos adecuadamente
 - 9.-Seré mas independiente
 - 10.-Deseo ver a mis amigos y familiares
- 3.1.-Buscar situaciones ante las cuales te sientas
 - Deprimido o sin ánimos de realizar nada
 - -En el hospital
 - -En casa
 - -Después de mi tratamiento
- 3.2.-Identifica el pensamiento negativo y trata de evaluar que tan cierto es
- 3.3.-Realiza una evaluación acerca de estos
 - pensamientos disfuncionales
- 3.4.-Cambia el Pensamiento negativo por otro pensamiento positivo

¿CÓMO SABER SI VOY BIEN?

LISTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

REALIZA UNA LISTA DE 5 PENSAMIENTOS NEGATIVOS ANTE UNA SITUACIÓN QUE TE CAUSA DOLOR (P. EJEMPLO)

1.-NO QUIERO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO

2.-

3.-

4.-

5.-

LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

REALIZA UNA LISTA DE 5 PENSAMIENTOS POSITIVOS ANTE LA MISMA SITUACIÓN QUE PUSISTE ANTERIORMENTE (P. EJEMPLO)

1.-DESEO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO

2.-

3.-

4.-

5.-

Recuerda emplear tus pensamientos (+) en situaciones que te hagan sentir triste, nervioso, preocupado, deprimido o angustiado. Te ayudarán a sentirte mejor

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Puedes resolver problemas de forma funcional ante diversas situaciones.



CARACTERÍSTICAS:

- Ayuda a dar respuestas acertadas
- Soluciones prácticas
- Estilos de vida saludables
- Mayor cantidad de soluciones



¿CÓMO RESOLVER PROBLEMAS?

- **SIGUE ESTOS PASOS:**
 - **1.-Orientación del problema:**
 - **Darse cuenta del problema y ver que todos tenemos problemas viéndolo como un hecho normal que se nos presenta.**
 - **2.Formulación y definición del problema**
 - **Describe con detalle el problema que se te está presentando, valorando la situación y las personas involucradas**



“CHÉCALOS, VISUALÍZALOS”

• 4.- Toma de decisiones.

- ❖ Vas a seleccionar la solución más adecuada y evaluar las consecuencias si se pusiera en práctica.
- Analizar las alternativas
 - Proponer 3 alternativas posibles, anotándolas aparte e indicando las consecuencias que tendríamos con esas alternativas.
 - Enumerar todas las consecuencias positivas y negativas que se nos ocurran.



• 5.- Poner en práctica la decisión tomada

- Te puedes guiar mediante estos 4 pasos básicos:
 - Ejecución
 - Auto observación
 - Autoevaluación (Califícate)
 - Autorefuero (prémiate)

RECUERDA, Realízalo cada vez que te sientas con mayor tensión o preocupado por algún problema

¿CÓMO SABER SI VOY BIEN?

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

ENLISTA Y JERARQUIZA 5
PROBLEMAS DE UNA SITUACIÓN
ESPECÍFICA
DONDE 1 SEA EL PROBLEMA QUE
MAYOR CONFLICTO TE CAUSE Y 5 EL
QUE MENOR CONFLICTO TE CAUSE

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

COMENTARIOS:

-PARA CADA PROBLEMA

**ENLISTA LA MAYOR CANTIDAD
DE POSIBLES SOLUCIONES,
SUS PROS Y SUS CONTRAS Y
ELIGE 5 DE LAS QUE TU
CONSIDERES MÁS
APROPIADAS Y PON EN
PRÁCTICA LA DECISIÓN QUE
HAYAS ELEGIDO**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-

¿CÓMO AFRONTAR EL CÁNCER

Con el apoyo de
tu familia, de
médicos y
psicólogos



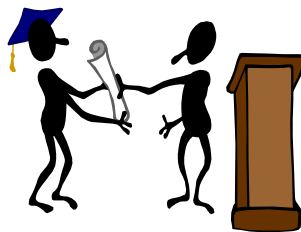
Y LO MÁS
IMPORTANTE

!!!!!! QUE TÚ
COLABORES!!!!!!



RECOMENDACIONES

- **PRÁCTICAR CONTINUAMENTE**
- **DI COSAS POSITIVAS, AGRADABLES DE TU PERSONA O DE TU COMPORTAMIENTO**
- ❖ **PRÉMIATE POR EL LOGRO QUE HAS REALIZADO**
- ❖ **SIEMPRE LLÉVAME CONTIGO**
- ❖ **CONSULTÁME CADA VEZ QUE TE SIENTAS DEPRIMIDO O ANGUSTIADO (A)**



MANUAL DE APOYO PARA PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES CON CÁNCER



Presentan: Montañez Paz Lucero
Romero Bolaños Claudia Ivonne

EL CÁNCER Y LA FAMILIA

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
UNAM

CÁNCER: ¿PORQUÉ A MI HIJO (A)?

- EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD QUE SE ORIGINA DE UNA ÚNICA CÉLULA Y TIENDE A EXPANDIRSE EN OTRAS PARTES DEL CUERPO.
- TRATAMIENTOS DEL CÁNCER:
RADIOTERAPIA
QUIMIOTERAPIA
CIRUGÍA O
TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS



CONSECUENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS

- NIVEL FÍSICO:

- CANSANCIO
- VÓMITO
- ALOPECIA (PÉRDIDA DE CABELLO)
- NAÚSEAS
- MAREOS



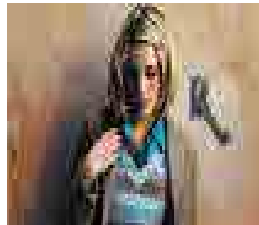
- NIVEL PSICOLÓGICO:

- ANSIEDAD
- DEPRESIÓN
- CAMBIOS CONSTANTES DE HUMOR
- AISLAMIENTO
- NOTA: Estos cambios que ves en tu hijo se derivan de los tratamientos, de la enfermedad en si misma y de la etapa en la que se encuentra (adolescencia).



COMO PADRE DE FAMILIA ¿CÓMO VIVES EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD DE TU HIJA (O)?

- Para el cuidador principal, que en su mayoría suelen ser las mujeres, representa una carga considerable de trabajo el estar pendiente de sus hijos desatendiendo sus propias necesidades como:
- Relaciones Interpersonales
- Cuidados alimenticios
- Arreglo Personal
- Cuidados de la familia en general
- Ausencia Laboral (en algunos casos)



- Cuando se tiene un hijo que es diagnosticado con una enfermedad como el cáncer suele haber:

Repercusiones a nivel emocional/

- Sentimientos de culpa
- ✓ Incertidumbre
 - o Pérdida sobre el control de sus vidas
- Soledad
 - Enojo
 - Ira
 - ❖ Estrés
 - o Ansiedad



REACCIONES DESFAVORABLES QUE LIMITAN UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA PARA EL ADOLESCENTE

- La familia es un pilar básico en la administración de los cuidados especiales del paciente, sin embargo algunas veces tiene un papel de amortiguación en todas las tensiones que se van generando, lo cual impide al paciente desarrollar mejores habilidades para su pronta recuperación como las que se describen a continuación:
- PREOCUPACIÓN EXCESIVA CUANDO VAN A RECIBIR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS MOLESTOS
- LOS PADRES DESCUIDAN SUS NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN LLEVÁNDOLOS A AGRAVAR LA SITUACIÓN, PONIENDO EN RIESGO SU PROPIA SALUD Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE POR SER SU PRINCIPAL CUIDADOR.

SOBREPROTECCIÓN

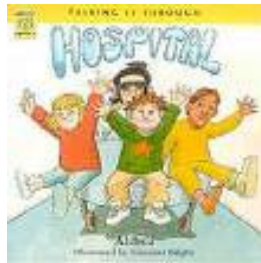


MOLESTÍA



¿CÓMO AYUDAR A MI HIJO A ENFRENTAR SU ENFERMEDAD?

- SITUACIONES:
 - CLÍNICA O HOSPITAL
 - CASA
 - EN TRATAMIENTO MÉDICO (QUIMIOETRAPIA, RADIOTERAPIA, CIRUGÍA)
- ACCIONES FAVORABLES
 - BRINDARLE APOYO
 - PEDIR AYUDA DE UN PROFESIONAL (MÉDICO, PSICOLÓGO O TRABAJADORA SOCIAL)
 - ATENDER A LAS SOLICITUDES DE MI HIJO CUANDO ÉL/ELLA ME LO PIDA
 - SOLICITAR INFORMACIÓN



PRINCIPALES ESTRATEGIAS O ALTERNATIVAS

- ESCUCHA CON ATENCIÓN LO QUE SUGIERE TU HIJ@
- COMPOÓRTATE COMO ACOSTUMBRABAS
- TRÁTAL@ COMO ANTES DE LA ENFERMEDAD
- QUE NO TE VEA LLORAR, YA QUE PUEDE PENSAR QUE SU ENFERMEDAD SE ESTÁ AGRAVANDO. SI TE VE, EXPLÍCALE QUE TAMBIÉN TE SIENTES PREOCUPAD@ Y HABLEN DE SUS SENTIMIENTOS.
- EXPLÍCALE SUS DUDAS O ESCUCHAS SUS SUGERENCIAS
- SIGUE CON LAS MISMAS REGLAS EN CASA, PARA QUE DE ESTA MANERA SE SIENTA EL PACIENTE EN UN AMBIENTE MÁS CÁLIDO Y SALUDABLE
- ADHIÉRETE A LAS NUEVAS RUTINAS DE HIGIENE.
- PLATICA CON LOS DEMÁS INTEGRANTES DE LA FAMILIA POR LO QUE ESTÁN PASANDO
- AYUDA A TU HIJ@ A SEGUIR LOS TRATAMIENTOS
- MOTÍVALO Y REFUERZALE
- (PREMIÁLE) POR EL ESFUERZO QUE ESTÁ REALIZANDO



PUNTOS DE ALERTA

- CASOS EN LOS CUALES ES NECESARIO E IMPORTANTE ESTAR MAS ATENTOS HACIA EL COMPORTAMIENTO DE MI HIJ@:



- Dice cosas como:
- Ya no quiero vivir
- Me quiero morir
- No deseo continuar con mi tratamiento
- No quiero ver a nadie

- REACCIONES EMOCIONALES DESFAVORABLES:

- Presenta más ansiedad
- Tristeza
- Se aísla demasiado de los demás
- Llora continuamente
- Depresión





¿QUÉ PUEDO HACER?

- Recurre al psicólogo
- Busca apoyo con familiares o amigos
- Cálmate y tranquilízate
- Comparte opiniones con otras personas
- Dile a tu hij@ que cuando quiera hablar, ahí vas a estar para escucharl@
- No lo regañes por sus sentimientos
- Demuéstrate comprensiv@
- Ponte alerta ante cualquier reacción emocional



RECOMENDACIONES

- PREMIA TU ESFUERZO Y EL DE TU HIJ@
- CONSULTA ESTE MANUAL
- RELÁJATE
- PIDE AYUDA
- REFLEXIONA SOBRE LAS SITUACIONES ANTES DE ACTUAR
- APOYA A TU HIJ@
- HAZ ALGUNA ACTIVIDAD DIVERTIDA, SOL@, CON TU PAREJA, AMISTADES Y FAMILIA
- NO REPRIMAS TUS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES
- CUIDA TU SALUD
- NO TE DESGASTES FÍSICAMENTE, DESCANSA
- RECURRE A TUS FAMILIARES O AMIGOS CERCANOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, C. (2005). Tratamiento cognitivo-conductual en el manejo del dolor por cáncer. En: *Memorias, IV Congreso Iberoamericana de psicología Clínica y de la Salud*. México: Pax México.

Aduna, A. (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios un estudio experimental*. Tesis de Maestría no publicada, UNAM, Facultad de Psicología. México.

Amigo, V., Fernández, R., y Pérez, A. (1998) *Manual de la psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Arнау, G. (1986). *Diseños Experimentales en psicología y educación*. México: Trillas.

Arnate, M., Esteve, R., López, A., y Ramírez, C. (1999). Evaluación de Estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico benigno. *Psicología y Salud*, 10 (3), 120-125.

Arno, F. (1996). *Introducción a la psicología*, México: McGraw-Hill.

Allen, R., Newman, D., & Souhami, L. (1997). Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis. *Psychology in Spain*, 33 (8), 456-460.

Ayala, A y García, S. (2001). *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer un análisis cuantitativo*. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM, Facultad de Psicología, México.

Barón, R. (1985). *Psicología un enfoque conceptual*. México: Interamericana.

Barreto, P., y Bayés, R. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de multidisciplinariedad. *Revista Clínica y Salud*, 3 (1), 11-19.

Barrientos, I. (1998). *Análisis de desarrollo de transacciones de afrontamiento en adolescentes*. Tesis de maestría no publicada. UNAM- Facultad de Estudios Superiores-Iztacala. México

Brannon, L., & Feist, S. (2000) *Health Psychology: An introduction to behavior and health*. California: Wadsworth.

Bayés, R. (2001). *Psicología Oncológica*, Barcelona: Martínez Roca.

Bazán, G. (1997). *Psicología de la Salud en el tratamiento a pacientes con infarto al miocardio: aplicación de la tecnología conductual*. Tesis de maestría no publicada.: UNAM- Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Revista de Psicología y Ciencia Social*. Vol. 5 (1), 34-48.

Beks, J. (1985). *El manejo del dolor*. Ámsterdam: Manual Moderno.

Billings, A., & Moss, R., (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 139-157.

Bragado, C., & Marcos, A. (1997). Psychological treatment of evoked pain and anxiety by invasive medical procedures in pediatric oncology. *Psychology in Spain*, 1(1), 17-33.

Bravo, C (2005). Intervención cognoscitivo conductual para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. En: *Memorias, IV Congreso Iberoamericana de psicología Clínica y de la Salud*. México: Pax México.

Buela, G., y Caballo, V., y Sierra, J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI.

Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud; desarrollos actuales*. Universidad de Murcia: El taller Ingramur.

Bustamante, E. (1998). *El dolor, sus causas, variedades y modos de combatirlo*. Argentina: El ateneo.

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Carrasco, I. (2003). *Programa de Intervención cognoscitivo – conductual para el cáncer de mama*. Tesis de maestría no publicada.: UNAM- Facultad de Psicología, México.

Castells, P., y Silbert, T., (1998). *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. Barcelona, España: Planeta.

Casullo, M. (1996). *Evaluación Psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós.

Conger, J. (1980). *Adolescencia: generación presionada*. México: Harla.

Covarrubias, G., y López, G., (2000). Osteosarcoma, Quimioterapia pre y posoperatoria, informe de 10 casos Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Revista Del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (4), 251-254.

Cuevas, M., Villacís, M., y Fajardo, A., (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Revista de Salud Pública en México*, 45 (1), 189-192.

Cruz, Z. (2004). *Estilos de afrontamiento con relación a la depresión en mujeres con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

Dattilio, F. y Padeski, C. (1990). *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Delgado, V. (1995). *Los perfiles cognitivos y las estrategias de afrontamiento de pacientes oncológicos, elementos para una consideración del tratamiento en pacientes terminales*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM-Facultad de Psicología. México.

De Vita, V. Hellaman, S. y Rosenberger, S. (2000). *Cáncer: Principios de la práctica de oncología*. España: Panamericana.

Del Valle, C; González, M; Díez, H y Llorca, G. (2003). Estudio de las Estrategias de afrontamiento a través de las diferentes fases del proceso de trasplante de médula ósea antólogo. *Psicología Conductual*, 11, (2), 293-306.

Domínguez, B. (1994) El alivio del dolor crónico asociado con el cáncer: aportaciones de la psicología. *Revista Mexicana de psicología*. 2 (11), 163-173.

Espinoza, E. (2003). *Estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad con Psoriasis*. Tesis de Licenciatura no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

Esquivel, M. (2005). *Adaptación al medio hospitalario en niños con enfermedades hemato-oncológica*. Tesis de maestría no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

Fernández, B. (1994). *Evaluación Conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Fernández, M. (1990). *Reacciones Emocionales en 2 grupos de adolescentes con dos tipos de cáncer diferentes: osteosarcoma y enfermedad de hodgkin*. Tesis de Licenciatura no publicada, U.N.A.M, Facultad de Psicología, México.

Ferrero, J. (1997). *Proyecto docente en psicología de la salud*. Universidad de Valencia. Mimeo.

Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.

Galap, S. (1998). *Actualización Clínica: estudio y tratamiento del Dolor*. España: Fundación Mapfre Medicina.

Garaigordobil, L. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes: un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos Humanos*. Madrid: Pirámide.

García, C. (1997). *Propuesta psicoterapéutica de intervención para niños con cáncer Terminal y su familia*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

García, E. (2004). *Validación social del programa de intervención psicosocial para niños con cáncer y sus familias*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En: M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. (39-76). Madrid: Biblioteca Nueva.

Gómez, R; Zermeño, F; Ramírez, J. y Flores, M. (2005). Intervención cognitivo conductual sobre la percepción del dolor y síntomas comórbidos en pacientes con cefalea tensional crónica con evidencia de contractura muscular. En: *Memorias, IV Congreso Iberoamericana de psicología Clínica y de la Salud*. México: Pax México.

Gómez, Y; Restrepo, V. y Jiménez, J. (2005). Evaluación del programa del programa de prevención de la depresión para adolescentes. En: *Memorias, IV Congreso Iberoamericana de psicología Clínica y de la Salud*. México: Pax México.

Golfried, M. (1995). El papel de la evaluación de la terapia conductual. En: S., Linn y J. Garske (editores). *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Guardini, R. (2001). *Las edades de la vida*. México: Paidós.

Grau, J.; Rodríguez, E.; Pire, T.; Villanueva, T., y Rodríguez, H. (1997). *La psicología en la lucha contra el cáncer hechos y posibilidades*. *Psicología y Salud*, 9 (2), 73-85.

Griffiths, M., y Russo, P., (1990). *Oncología Básica, fisiopatología, evaluación y tratamiento*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Gross, R. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

Harsch, C. (1985) *El psicólogo ¿Qué hace?* .México: Alambra.

Hernández, D. (2003). *Reacciones emocionales del paciente ante el diagnóstico del cáncer*. Tesis de Licenciatura no publicada, UNAM, Facultad de Psicología, México.

Herrera, A; Aguilar, J; Barrera, J; De la Garza, J; Granados, J; y Flores, G. (2000). *Manual de Oncología*. México: Mc. Graw Hill Interamericana.

Horrocks, E. (1993). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.

Huerta, R. y Corona, J. (2003). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM: Facultad de Psicología, México.

Izquierdo, C. (2003). *El mundo de los adolescentes*. México: Trillas.

Juárez, T. (1997). *Aportaciones de la psicología a la medicina en el estudio de las enfermedades crónico- degenerativas*. Tesis de maestría no publicada. UNAM- Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, México.

Kantor, J. (1990). *Historia de la psicología: problemas, perspectivas, presuposiciones, en la evolución científica de la psicología*. México: Trillas.

Kazdin, A. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.

Kendall, C; y Norton, J. (1988). *Carácter e historia de la Psicología Clínica*. México: Limusa.

Latorre, J. y Beneit, P. (1994). *Psicología de la Salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.

Lazarus, L. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

León, J. y Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud y fundamentos teóricos y metodológicos*. España: Comunicación Social.

López, F. (2003). *Epidemiología: Enfermedades transmisibles y crónico degenerativas*. México: Manual Moderno.

López, S., y Garbano, T. (1999). *El adolescente difícil*. México: Harla.

Llanta M.; Grau, J.; Chacon, M.; Grau, R., y Santos, J. (2000). Calidad de vida percibida por los niños con cáncer y reportado por los padres y médicos, *Psicología y Salud*, 10 (1), Pág. 75-76.

Marcellin, D. (1999). *Adolescencia y Depresión*. Barcelona: Mozón.

Marsh, R. (1986). *El cáncer en la adolescencia*. España: Pirámide.

Martínez, A. (1997). *Dolor y Psicología*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

Meichenbaum (1988). Terapias cognitivo conductuales. En: Linn, S. y Garske, L. *Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos*. Bilbao: Descleé de Broker.

Miru, J. (2003). *Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Universidad de Rovira: Descle'e de Broower.

Moro, L. (1994). *El enfermo, cáncer y su entorno*. Barcelona: La Caixa.

Nezu, A. (2000). *Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer*. Revista Mexicana de psicología. 18(2). 185-192.

Oblitas, G y Becoña, I. (2000) *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.

Secretaría de Salud (2004). Apéndice: *Principales causas de mortalidad en edad escolar de cinco 5 a 14 años y principales causas de mortalidad en edad productiva de 15 a 65 años*, Documento recuperado el (2003). En Internet: ssa.gob.mx.

Ortigoza, F; Aquiles, F., y Méndez, F. (2003). *Manual de psicología de la salud en niños, adolescentes y familia*. México: Pirámide.

Osorio, M. (1997). *Programa de afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia: la perspectiva de la psicología de la salud*. Tesis de Maestría no publicada, U.NA.M. Fes Iztacala, México.

Palacios, G. (2003). *El cáncer*. Madrid, España: Edimat.

Palomo, M. (2004). *El niño hospitalizado, características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Pepper, I. (2002). *Cáncer principios y práctica de oncología*. Barcelona: Gedisa.

Pepin, L. (1975). *La psicología de los adolescentes*. Barcelona, España: Oikos – Tau.

Pérez, R. (2003). *El cáncer en México*. México: El colegio Nacional.

Peñacoba, C., Fernández, S., Morato, V., González, G., López, L., y Moreno, R., (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. *Psychology and health*, 14 (1), 13-24.

Polaino, A., y Rumeu, O. (1994). Programas de Intervención y Modificación del Autoconcepto en niños hospitalizados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, (3), 333-337.

Román, G. (2004). *Propuesta de intervención psicológica para pacientes con cáncer testicular sometidos a orquitectomía*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM-Facultad de Psicología, México.

Ramírez, M., y Valdivia, V. (2003). *Evaluación del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico*. Revista de psicología Conductual. Vol. 11 (2). Pág. 283-291.

Remor, E.; Arranz, P., y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Descleé De Brouwer. Cáp. 21 y 28.

Rivera, R. (2002). *Conceptos Básicos y clínicos en oncología pediátrica*. México: Intersistemas

Robb, K.; Williams, J.; Duvivier, V., & Newham, D. (2006). A pain management program for chronic cancer treatment related pain: a preliminary study, *Psychology in Spain*. 7, (2), 82-87.

Rodríguez, M., y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 15, (2), 169-185.

Rodríguez, O., y Palacios, V. (2001). *Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México*. México: Trillas.

Rodríguez, C. (2004). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer cervicouterino tratados con Braquioterapia en el Instituto Nacional de Cancerología en México*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

Rodrigo, M. (1998). El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud. *Revista de la Psicología de la Salud*, 2 (1), 115-121.

Sánchez, P. y Vera, L. (1997). *Importancia de los métodos psicológicos en el control del dolor por procedimientos de diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico*. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM- Facultad de psicología, México.

Sánchez, R., Velasco, L., y Rodríguez, C. (2005). Eficacia de un programa psicoeducación para disminuir la ansiedad en pacientes con enfermedades médicas. En: *Memorias, IV Congreso Iberoamericana de Psicología Clínica y de la Salud*. México: Pax México.

Sauceda, J., y Maldonado, J. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Senva, A. (2002). *Cáncer: epidemiología, diagnóstico y prevención*. España: Harcourt.

Simón, M. (1999). *Psicología de la Salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Toledo, M. (2000). *Proyecto docente en psicología de la salud*. Valencia: Mimeo.

Trask, C.; Paterson, G., & Bares, B. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: associations with coping, social support, and family function, *Journal of pain and symptom management*, 20 (1), 36-40.

Vargas, L. (2000). Cáncer en pediatría, aspectos generales. *Revista chilena pediátrica*, 71 (4), 25-30.

Vallejo, M.; Díaz, M., y Comeche, M. (1996). El dolor en niños y Adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49, (1), 147-162.

Velarde, E., y Ávila, C. (2001). Evaluación de la calidad de vida en el adolescente con enfermedad crónica. *Boletín Medico del Hospital Infantil de México*, 58 (6), 166-170.

Villalpando, J. (2005). Intervención cognitivo- conductual para pacientes que están quimioterapia. En: *Memorias, IV Congreso Iberoamericana de psicología Clínica y de la Salud*. México: Pax México.

Whittaker, J. (1977). *Psicología*. México: Interamericana.

Wohl, M. (1960). *Enfermedades de larga duración: tratamiento del enfermo crónico*. México: Interamericana.

Zaza, C., & Baine, N. (2002). *Cancer Pain and psychosocial factors*. *Journal of pain and symptom management*, 24, (5), 526-530.