

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES CON CÁNCER

VALENTINA RODRÍGUEZ, CLAUDIA SÁNCHEZ, NILDA ROJAS, REINA ARTEAGA

SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI" CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVOS: Se planteó evaluar la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer, a fin de conocer la presencia o no de estos trastornos. **MÉTODOS:** Se estudiaron 40 adolescentes con cáncer, del Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti", a través de entrevistas clínicas estructuradas, realizando el diagnóstico según los criterios expuestos en el manual de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes (CIE-10). **RESULTADOS:** Se encontró que un 65 % de los adolescentes presenta diagnóstico psiquiátrico, de ellos 46 % con trastornos adaptativos, 42 % con episodios depresivos y un 12 % con trastorno de ansiedad generalizada, incluyendo primordialmente manifestaciones ansiosas depresivas, irritabilidad, preocupación excesiva y rabia. **CONCLUSIÓN:** Podemos observar la importancia de conocer las manifestaciones psicológicas y emocionales que se pueden presentar en el transcurso del tratamiento, así como los trastornos mentales en estos adolescentes, como parte del proceso de adaptación, lo que nos muestra la necesidad de un abordaje multidisciplinario, donde lo psicosocial juegue un papel fundamental, para de esa manera evitar que las manifestaciones o reacciones psicológicas consideradas normales para la situación, se conviertan en trastornos mentales, con las consecuencias que esto conlleva, como por ejemplo una mayor dificultad para adaptarse a la enfermedad y una importante disminución en la calidad de vida de estos adolescentes. Lo que hace énfasis en la prevención y el apoyo psicológico desde el momento del diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Trastornos mentales, adolescentes, cáncer, oncología pediátrica, psicooncología, adolescencia.

SUMMARY

OBJECTIVES: The adolescents with cancer are exposed to many medical, emotional and social situations, which may predispose to mental disorders. With the goal to evaluate the prevalence or not of mental disorders in the adolescents with cancer, we evaluated to know the presence or absence of this pathology. **METHODS:** We study forty adolescents with cancer who consulted the unit of pediatric oncology of "Dr. Luis Razetti" Oncology Institute was studied through structured clinical interviews. The diagnosis was made according to the manual of mental disorders and behavior in children and adolescents guidelines (CIE-10). **RESULTS:** 65 % of adolescents have psychiatric diagnosis, 46 % of them has adaptatives disorders, in 42 % depressive episode and 12 % with anxiety generalized disorder, including mainly anxious depressive manifestations, irritability, excessive preoccupation and angry. **CONCLUSION:** We can observed the importance to known the emotional and psychological manifestations present in the course of treatment also the mental disorders in these adolescents how part of his adaptation process, these show the necessity of an multidisciplinary approach, with psychosocial has a relevant role, in these form not permit that these manifestations evolutional to mental disorders with the worse consequences to the patients mayor difficult to adapt to disease and a important less quality of life of these adolescents. We are emphasis in the prevention and in the psychological support in the beginning of the disease.

KEY WORDS: Mental disorders, adolescents, cancer, pediatric oncology, psycho-oncology, adolescence.

Recibido:14/05/2009 Revisado:01/07/2009
Aceptado para publicación:05/08/2009

Correspondencia: Dra. Valentina Rodríguez C.
Servicio de Pediatría. Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti" Calle Real de Cotiza, Cotiza, Caracas.
Tel: 0212 5525611.
E- mail:valenroca@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por una división y crecimiento descontrolado de las células. Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron, de viajar por la sangre y el líquido linfático hasta otros órganos más alejados y crecer en ellos^(1,2).

En el cáncer de la población pediátrica el factor causal es multifactorial con el predominio de mutaciones somáticas en 85 % de todos los casos, mientras que en el 15 % es transmitido por genes; así, la proporción de neoplasias malignas en pediatría que poseen un componente hereditario es reducida⁽³⁾.

En Venezuela, el cáncer infantil representa el 3,9 % de todas las neoplasias malignas. La incidencia de cáncer en menores de 15 años de edad, para el año 2005 fue de 1 661 nuevos casos de los cuales 907 corresponden a neoplasias hematológicas y 754 a tumores sólidos. En el grupo etario de 15 a 24 años, la incidencia de cáncer en el año 2005 fue de 969 nuevos casos de los cuales 575 fueron neoplasias hematológicas y 394 tumores sólidos⁽⁴⁾.

De acuerdo a esto los tipos de cáncer más comunes en adolescentes son: leucemias, linfomas, tumores óseos, sarcomas de tejidos blandos, tumores del sistema nervioso central.

Las enfermedades crónicas son cada vez más prevalentes en adolescentes, y al mismo tiempo, éstas suelen asociarse a trastornos mentales, psicológicos o psiquiátricos, que deberán ser detectados a tiempo para lograr un tratamiento y una prevención adecuados.

En este sentido y específicamente con el cáncer, se ha venido desarrollando la psico-oncología, subespecialidad que intenta dar respuesta a los factores psicológicos relacionados con la aparición del cáncer, así como también a las reacciones emocionales del paciente y su familia, brindándole herramientas posibles y necesarias para convivir con su enfermedad⁽⁵⁾.

Una vez pasada la etapa inicial del diagnóstico y el impacto que este conlleva, se inicia un largo proceso de tratamiento, en el que la familia y el adolescente deberán enfrentarse a una serie de circunstancias muy demandantes que suponen cambios en la autoimagen del adolescente y en el funcionamiento familiar.

En la terapéutica del cáncer se da la paradoja que el propio tratamiento, por sus características, puede aumentar el riesgo de alteraciones en el ajuste psicosocial del adolescente y su familia. Las características del tratamiento del cáncer que lo hacen diferente de otras enfermedades crónicas y suponen un factor de riesgo de alteraciones psiquiátricas son las siguientes:

HOSPITALIZACIONES

Generalmente, los diferentes tratamientos de la enfermedad requieren de hospitalizaciones constantes, ya sea para la realización de cirugía o para monitorizar la aplicación de algunos fármacos de uso delicado. Por esto, la separación provocada por el ingreso no es experimentada como una separación temporal, sino también como la posibilidad de una separación definitiva⁽⁶⁾.

Las hospitalizaciones suponen además un ausentismo escolar importante con posibles repercusiones sobre el rendimiento académico y la socialización.

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS EMPLEADOS

Los métodos de diagnóstico y tratamiento suelen en ocasiones ser dolorosos y causan numerosos efectos secundarios, con lo que el tratamiento del cáncer se convierte en una fuente de estrés muy importante, con el significado psicológico de indefensión frente a lo externo que ello puede conllevar⁽⁶⁾. La ansiedad que provocan estos procedimientos puede traducirse en síntomas psiquiátricos aislados y con cierta

frecuencia se dan reacciones de ansiedad anticipatoria, que pueden interferir con el cumplimiento del tratamiento⁽⁶⁾.

EFECTOS SECUNDARIOS

Durante el tratamiento se producen efectos secundarios, algunos de ellos reversibles, como náuseas, vómitos, caída del cabello, úlceras bucales, ganancia de peso, pero otros pueden ser permanentes, como amputaciones, esterilidad.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Cada vez más el período de supervivencia al cáncer infantil es mayor. Ello requiere un largo seguimiento con revisiones médicas frecuentes mantenidas durante años. A diferencia de los adolescentes con otras enfermedades crónicas, los diagnosticados de cáncer experimentan una ansiedad progresivamente mayor con el transcurso del tratamiento⁽⁶⁾. Durante toda la enfermedad e incluso después de alcanzada la remisión, la familia y el paciente deben vivir con la incertidumbre de la supervivencia.

La incertidumbre en el adolescente puede estar referida a las relaciones interpersonales, experimentando dudas sobre la aceptación de sus compañeros, del trato que recibirán, su futuro vocacional o su capacidad de tener hijos⁽⁷⁾.

Los pacientes tienen una necesidad incrementada de dependencia de otros, falta de privacidad, sumisión a normas y tratamientos, restricciones de sus actividades y sobreprotección por sus padres. La pérdida de control que suele vivenciar por la presencia de la enfermedad, también puede estar relacionada con la pérdida de control de las propias emociones⁽⁶⁾.

Sentimientos negativos de aislamiento, rabia, culpa, vergüenza, soledad, apatía y confusión se observan con frecuencia y están en relación con el miedo a la muerte, a la recurrencia de la enfermedad o a los procedimientos médicos a

los que en oportunidades diariamente se deben someter⁽⁶⁾.

Entraren el mundo de los adultos significa para el adolescente la pérdida de su condición de niño. Los cambios psicológicos que se producen en este período, además de los cambios corporales, llevan a una nueva relación con los padres y con el mundo⁽⁶⁾.

Las características fundamentales que aparecen en este período son: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia a relacionarse en grupos, evolución sexual manifiesta desde el autoerotismo a la heterosexualidad adulta, actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica de este período de la vida, una separación progresiva de los padres y constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo⁽⁸⁾.

Según el manual de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) definen trastornos mentales como la “presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”⁽⁹⁾.

El adolescente enfermo además de preocuparse de los cambios normales en su vida y en su desarrollo ha de preocuparse por su salud. También por la pérdida de la independencia que recientemente haya adquirido. El impacto psicológico del cáncer puede ser más devastador a esta edad que a cualquier otra, la enfermedad y su terapia dificultan⁽¹⁰⁾, el desarrollo de una imagen y una autoestima adecuadas, el establecimiento de una identidad a través de la socialización y la formación de una identidad sexual.

En esta etapa el adolescente busca una imagen positiva de sí mismo, la cual se ve amenazada por la presencia de una enfermedad crónica, que le provoca ansiedad y una intensificación de sus trastornos emocionales. De forma paralela, 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⁽¹¹⁾. Gallar y col.⁽¹²⁾ afirman que la adquisición de una enfermedad grave supone ante todo una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo, creándose así una alteración del estado emocional relacionado con los temores e incertidumbres que sugiere el desarrollo de la enfermedad.

La mayoría de los adolescentes pueden lidiar con el caos emocional ocasionado por el cáncer, y no sólo dar muestras de adaptación, sino también de crecimiento y desarrollo psicosocial positivo. Sin embargo, otros desarrollan problemas psicológicos tales como depresión, ansiedad, trastornos del sueño y dificultad en las relaciones interpersonales, así como no querer seguir el tratamiento indicado⁽¹¹⁻¹³⁾.

Los estudios que tratan de averiguar la psicopatología durante el desarrollo de la enfermedad, se han enfocado fundamentalmente en la depresión. Así, Kashani y col.⁽¹⁴⁾ han sido los primeros en estudiar las categorías psiquiátricas que aparecen en una población de niños con cáncer en Norteamérica. Los episodios depresivos se diagnostican en el 17 % de los casos, frente al 1,8 % de la población infantil control y el 4 % de la población adolescente.

Rait y col.⁽¹⁵⁾ realizaron un estudio sobre las características de las consultas psiquiátricas en un centro de oncología pediátrica en Norteamérica, y encontraron que los trastornos adaptativos era el principal diagnóstico psicosocial.

En un estudio que se condujo con una muestra de 30 adolescentes norteamericanos con cáncer, los autores encontraron que la tasa de depresión mayor no fue superior a la de la población en general⁽¹⁶⁾.

Para Kurs y col.⁽¹⁷⁾ los trastornos adaptativos se presentarían en un 54 % - 70 % de los niños con cáncer.

Los trastornos adaptativos, en sus diversas

modalidades psicopatológicas, dependen en gran medida de las reacciones familiares ante la incertidumbre pronóstica del diagnóstico y de su capacidad para hacer frente y, al mismo tiempo, servir de soporte tranquilizador para el adolescente enfermo⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado en una población venezolana, de adultos con cáncer, se encontró que el 77 % de los pacientes presentaron algún trastorno psiquiátrico. Entre los cuales se encontraron a los trastornos adaptativos con una mayor prevalencia con el 22,22 %⁽¹⁸⁾.

Son muchas las respuestas que el adolescente puede dar ante la enfermedad, sean reacciones adaptativas, episodios depresivos o como trastornos debidos al cáncer. Entre las más comunes encontramos: trastornos adaptativos, trastornos debido a enfermedad médica (Delirium), episodios depresivos⁽⁹⁾.

Sin embargo, también es posible que nos encontremos con reacciones que no llegan a ser verdaderos trastornos psiquiátricos/mentales, donde podríamos encontrar:

REACCIONES PSICOLÓGICAS

- Reacciones de adaptación (conductas oposicionistas, rebeldía, ira, etc.).
- Reacciones defensivas (comportamientos regresivos, negación).
- Reacciones constituidas por experiencias mixtas emotivo-cognitivas (temor a la muerte, sentimiento de culpa, etc.).
- Reacciones de inadaptación y reajuste (Angustia patológica, reacciones neuróticas: fobias, conversión, obsesiones).
- Reacción depresiva que no cumplen los criterios diagnósticos para una depresión.

La evaluación de los trastornos mentales y/o reacciones psicológicas en este tipo de pacientes, supone un avance y un aporte en el tratamiento

integral, que incluye desde los procedimientos médicos hasta la intervención psicológica acorde y a tiempo, lo que permitirá una atención completa que redundará en calidad de vida y una mejor adaptación a la enfermedad⁽¹⁹⁾.

El objetivo primordial es determinar la presencia o no de trastornos mentales y/o psiquiátricos, así como su prevalencia. Por tanto, si gran número de adolescentes se adaptan bien a su enfermedad y no necesitan de intervenciones psicosociales específicas, existen otros que van a presentar un espectro amplio de síntomas psicológicos y neuropsicológicos, donde será necesario intervenir, no solo psicosocialmente, sino, en la mayoría de los casos con técnicas más específicas: psicoterapia individual, grupal, tratamiento familiar e incluso, en algunos de ellos psicofarmacológicamente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con un diseño de investigación no experimental transversal⁽²⁰⁾. La meta final es el resumen de la prevalencia de trastornos mentales en estos pacientes. Con una muestra conformada por 40 adolescentes con diagnóstico de cáncer clasificándose según el tipo de neoplasia en tumores sólidos y neoplasias hematológicas, del Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti", en fase de tratamiento (Quimioterapia, radioterapia, cirugía), sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica, evaluados durante el período enero-diciembre 2007, con edades comprendidas entre 10 y 20 años, de los cuales 13 pacientes con edades entre 10 y 14 años (adolescencia temprana), 27 pacientes entre 15 y 20 años (adolescencia tardía), 25 de sexo masculino, 15 de sexo femenino.

Se realizó una selección intencional no probabilística, la elección de los pacientes no dependió de la probabilidad, sino más bien de causas relacionadas con algunas características necesarias requeridas para la presente investigación; el procedimiento no fue

mecánico, ni en base a fórmulas de probabilidad, sino más bien dependió del proceso de toma de decisiones de los investigadores⁽²⁰⁾. No se controlaron variables como nivel socio-económico, grado de instrucción, tipo de cáncer, estadio de la enfermedad, procedencia domiciliaria ni condiciones ambientales para la evaluación.

Luego de solicitado y concedido el permiso por parte de padres y pacientes se procedió a realizar en 3 sesiones, una por semana, entrevistas estructuradas (Modelo de historia psiquiátrica infantil y adolescente) a cada adolescente y una entrevista inicial a los padres de estos, para recolectar datos biopatográficos y de situación actual de los adolescentes, incluyendo desde el embarazo hasta la actualidad, haciendo énfasis en examen mental y situación actual de los pacientes.

Posteriormente se procedió a la revisión de las entrevistas clínicas realizadas y se determinó el diagnóstico psiquiátrico según los criterios diagnósticos expuestos en el manual de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes CIE-10.

Para el análisis de los datos se empleó el comando de cálculo de *Microsoft Excel*[®].

Se evalúa una muestra de 40 adolescentes de pediatría oncológica, distribuidos según sus características de la siguiente manera: se observó que el 19 % de la muestra posee una edad de 14 años, el 15 % una edad de 18 años, 14 % con 17 años, el 13 % con 20 años, el 10 % 15 y 16 años de edad, seguido por el 5 % con edades de 10 y 19 años y por último un 3 % con 11, 12 y 13 años de edad. El 66 % de pacientes en adolescencia tardía, 34 % adolescencia temprana. El 62 % de la muestra es de sexo masculino, mientras que el 38 % de la muestra es de sexo femenino. Se evidencia que el 44 % de la muestra procede de la región capital, el 13 % de la región centro-occidental, seguido por el 12 % los llanos, un 10 % que procede de la región andina, así como de Guayana. El 5 % de los adolescentes con procedencia de la región nor-oriental y por

último, cada una con un 3 % las regiones zuliana y central.

El 32 % de la muestra presenta un diagnóstico de osteosarcoma, el 9 % con diagnósticos de sarcoma de Ewing, linfoma Hodgkin y rabdomiosarcoma. Luego el 8 % con diagnósticos de tumor neuroectodérmicos primitivos, linfoma no Hodgkin y tumores germinales (2 extra cerebrales y 1 cerebral). Un 5 % con carcinoma nasofaríngeo y por último un 3 % con diagnósticos de sarcoma sinovial, melanocitoma primario del SNC, astrocitoma y tumor de Wilms.

RESULTADOS

Del total de adolescentes evaluados, 25 masculinos, 15 femeninas, el 65 % (18 de sexo masculino, 8 de sexo femenino) se observan con evidencia de trastornos mentales o psiquiátricos, mientras que el 35 % (7 de sexo masculino, 7 de sexo femenino) se encontraron sin evidencia de trastorno mental.

De acuerdo a los diversos diagnósticos realizados se evidenció que el 46 %, 8 de sexo masculino, 4 de sexo femenino, presentaron diagnóstico de trastornos adaptativos en sus diferentes modalidades. Del total, un 19 %, de los cuales 4 son de sexo masculino, 1 de sexo femenino, diagnosticados con trastorno adaptativo reacción mixta de ansiedad y depresión, seguido por el 15 %, 2 de sexo masculino, 2 sexo femenino con trastorno adaptativo predominio de otras emociones y por último el 12 %, 2 adolescentes masculinos, 1 adolescente femenina, en la modalidad reacción depresiva breve.

Posteriormente se encontró como segundo diagnóstico con el 42 %, 10 de sexo masculino, 1 de sexo femenino, episodios depresivos, en dos de sus modalidades. El 34 %, 8 masculinos, 1 femenina, con episodio depresivo moderado, síndrome somático, y el 8 %, 2 adolescentes masculinos con episodio depresivo leve.

Por último, encontramos que el 12 % de los adolescentes, 3 de sexo femenino presentaron un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

DISCUSIÓN

Para poder analizar la evidencia o no de trastornos mentales en adolescentes con cáncer, es necesario tener en cuenta que estos se definen como la presencia de un grupo de síntomas, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad diaria del individuo⁽⁹⁾. El adolescente enfermo además de preocuparse de los cambios normales en su vida y en su desarrollo ha de preocuparse por su salud. La adquisición de una enfermedad grave supone ante todo una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar, creándose así una alteración del estado emocional⁽¹²⁾.

De los resultados obtenidos destaca que el 65 % de los adolescentes presentaron diagnóstico de algún trastorno mental, resaltando que en su mayoría son de sexo masculino. De estos, el 46 %, con presencia de trastornos adaptativos, en su gran mayoría también masculinos que se encuentran dentro de la clasificación de adolescencia tardía, lo que coincide con estudios realizados que indican que los trastornos adaptativos era el principal diagnóstico psicosocial⁽¹⁵⁾ y se presentarían en un 54 % - 70 % de los niños con cáncer⁽¹⁷⁾. Es importante resaltar, que dentro de los trastornos adaptativos, según la clasificación del CIE-10, se presentaron en un mayor porcentaje aquellos con manifestaciones mixtas, es decir, tanto ansiosas como depresivas, seguido por aquellos que mostraron predominio de otras emociones, donde la irritabilidad, la preocupación excesiva y la regresión eran los síntomas primordiales, observándose que la capacidad del familiar (principalmente la madre) para tolerar estos sentimientos y tranquilizar al adolescente, era fundamental en la exacerbación o disminución de los síntomas, lo cual es corroborado en un

estudio anterior que refiere que los trastornos adaptativos, en sus diversas modalidades psicopatológicas, dependen en gran medida de las reacciones familiares ante la incertidumbre y de su capacidad para hacer frente y, al mismo tiempo, servir de soporte tranquilizador para el adolescente ⁽¹⁷⁾.

Luego encontramos con un porcentaje cercano al anterior, los episodios depresivos con un 42 %, destacando igualmente que de 11 adolescentes con este diagnóstico, 10 son de sexo masculino, 8 de los cuales se encuentran según la clasificación en adolescencia tardía. Apesar de las diferencias encontradas en la bibliografía acerca de la presencia de alguna psicopatología durante el desarrollo de la enfermedad en estos pacientes, resalta en algunos estudios revisados el énfasis en la depresión, encontrando que los episodios depresivos se diagnostican en el 17 % de los casos, frente al 1,8 % de la población infantil control y el 4 % de la población adolescente ⁽¹⁴⁾. En un estudio que se condujo con una muestra de 30 adolescentes norteamericanos con cáncer, los autores encontraron que la tasa de depresión mayor no fue superior a la de la población en general ⁽¹⁶⁾; sin embargo, por no contar con estudios previos publicados acerca de este tema en Venezuela, no es posible tener punto de referencia que permita comparar resultados, tomando en cuenta, que a pesar de pertenecer a un mismo grupo etario, el estar incluido en una cultura y sociedad diferente, nos permite hipotéticamente pensar que las manifestaciones psicológicas que se presenten durante la fase de tratamiento del cáncer, no serán las mismas.

Cabe resaltar, que dentro de estos diagnósticos de depresión en la muestra, la tristeza era manifestada en su mayoría a través de la rabia e irritabilidad, que paulatinamente iba transformándose en afecto triste, lo cual podría ser explicado por el momento evolutivo de los pacientes, en la bibliografía se expone que en esta etapa de la vida: la adolescencia, es común y se espera que la manifestación de tristeza sea

a través de la rabia.

Por último, un 12 % de los adolescentes, únicamente femeninas, presentaron un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, lo cual implicaba una exacerbación de los síntomas durante la fase de tratamiento, sin embargo, la ansiedad estaba presente en casi todos los ámbitos de la vida de estas pacientes, independientemente de la enfermedad o su tratamiento.

De acuerdo a lo expuesto, en estudios previos señalan que la mayoría de los adolescentes pueden lidiar con el caos emocional ocasionado por el cáncer, y no sólo dar muestras de adaptación, sino también de crecimiento y desarrollo psicosocial positivo. Sin embargo, otros desarrollan problemas psicológicos tales como depresión, ansiedad, trastornos del sueño y dificultad en las relaciones interpersonales, así como no querer seguir el tratamiento indicado ⁽¹¹⁾.

Es recomendable destacar la diferencia observada entre el sexo masculino y femenino, a pesar de haber sido una muestra mayor de adolescentes varones (62 %), en los trastornos adaptativos con reacciones mixtas ansioso-depresivas y depresiva breve, sobrepasaron significativamente a las adolescentes femeninas, en estas modalidades, así como también en los episodios depresivos, donde la diferencia es mayormente significativa, de lo cual se podría pensar que los adolescentes masculinos evaluados manifiestan el significado emocional producido por la enfermedad a través de la tristeza, la rabia e irritabilidad, pasando de ser reacciones psicológicas esperadas a convertirse en trastornos; mientras que las adolescentes femeninas parecieran responder de forma más adecuada a la situación de enfermedad y tratamiento, y aquellas que llegan a presentar un trastorno, tienen como manifestación o síntoma primordial la ansiedad. Al mismo tiempo, es de gran importancia tomar en cuenta que la gran mayoría de los adolescentes que presentaron diagnósticos de trastornos mentales, se encuentran, según la clasificación realizada

por la OMS, dentro de la adolescencia tardía, lo que nos permitiría pensar en que quizás los adolescentes evaluados con edades entre 10-14 años contienen mayores capacidades emocionales y psicológicas para enfrentar las adversidades y dificultades que puede acarrear la enfermedad y el tratamiento. Además se podría hacer la hipótesis que en la adolescencia tardía están más propensos a ver coartados sus planes en relación con la adultez y es posible que tengan menos apoyo familiar que los de la adolescencia temprana, considerados aún niños. Al mismo tiempo, considerando el conflicto dependencia e independencia de la adolescencia es posible que se den sentimientos de frustración, mientras más edad se tiene, más difícil se hace nuevamente tener que depender de otro: médico, enfermera, tratamiento, padres. Inicia la enfermedad cuando se acerca la edad de la independencia, se vivencia como castrante, lo que a su vez implica un duelo de mayor intensidad.

En conclusión, podemos observar la importancia de conocer las manifestaciones psicológicas y emocionales que se pueden presentar en el transcurso del tratamiento, así como los trastornos mentales en estos adolescentes, como parte del proceso de adaptación, lo que nos muestra la necesidad de un abordaje multidisciplinario, donde lo psicosocial juegue un papel fundamental, para de esa manera evitar que las manifestaciones o reacciones psicológicas consideradas normales para la situación, se conviertan en trastornos mentales, con las consecuencias que esto conlleva, como por ejemplo una mayor dificultad para adaptarse a la enfermedad y una importante disminución en la calidad de vida de estos adolescentes. Lo que hace énfasis en la prevención y el apoyo psicológico desde el momento del diagnóstico.

De los resultados obtenidos destaca que el 65 % de los adolescentes presentaron diagnóstico de algún trastorno mental.

El 46 %, presentó diagnóstico de trastornos

adaptativos, en su gran mayoría masculinos, con manifestaciones mixtas, es decir, tanto ansiosas como depresivas, seguido por aquellos que mostraron predominio de otras emociones, donde la irritabilidad, la preocupación excesiva y la regresión eran los síntomas primordiales.

Con un 42 %, se observaron episodios depresivos, destacando igualmente, que de 11 adolescentes con este diagnóstico, 10 son de sexo masculino, dentro de estos diagnósticos, la tristeza era manifestada en su mayoría a través de la rabia e irritabilidad.

Un 12 % de los adolescentes, únicamente femeninas, presentaron un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, lo cual implicaba una exacerbación de los síntomas durante la fase de tratamiento, sin embargo, la ansiedad estaba presente en casi todos los ámbitos de la vida de estas pacientes.

Los adolescentes masculinos, en los trastornos adaptativos con reacciones mixtas ansioso-depresivas y depresivas breves, sobrepasaron representativamente a las adolescentes femeninas en estas modalidades, así como también en los episodios depresivos, donde la diferencia es más evidente.

La gran mayoría de los adolescentes que presentaron diagnósticos de trastornos mentales, se encuentran, según la clasificación realizada por la OMS, dentro de la adolescencia tardía.

RECOMENDACIONES

- Realizar otras investigaciones en el área con muestras más numerosas y con diferentes rangos de edades.
- Realizar investigaciones que evalúen por separado los diferentes trastornos mentales con escalas estandarizadas y específicas para cada uno.
- Realizar estudios sobre prevalencia de trastornos mentales de acuerdo al tipo de cáncer y al estadio de la enfermedad en el

cual se encuentre el niño o adolescente.

- Evaluar la prevalencia de trastornos mentales en otras fases de la enfermedad, como fase de diagnóstico o fase de recaída.
- Contar en el equipo médico con la presencia de un psicólogo y/o psiquiatra, que pueda brindar las herramientas necesarias para afrontar la enfermedad, a través de la psicoterapia de apoyo, acompañamiento, apoyo a familiares, ayudando a disminuir niveles de ansiedad, a externalizar los sentimientos y reacciones

hacia la enfermedad, así como también para intervención psicofarmacológica en caso de ser necesario.

- Elaborar un plan de intervención grupal e individual, tanto para pacientes como familiares, para fomentar la adaptación adecuada a la enfermedad y disminuir o evitar la presencia de trastornos mentales, que puedan influir negativamente en los tratamientos médicos del cáncer.

REFERENCIAS

1. Kumar V, Cotran R, Robbins S, editores. Patología humana. 5ª edición. Madrid: McGraw-Hill; 1995.
2. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 2ª edición. Madrid, España: Elsevier; 1995.
3. Rivera R. El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista. Ciudad de México, México DF: TEVA; 2007.
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa de Oncología. Registro Central de Cáncer. Venezuela. Disponible en: URL: <http://www.msds.gob.ve>.
5. Espasa E, Estape N, Berez M. El perfil del psicooncólogo. Documento original duplicado por el COPC. Disponible en: URL: <http://www.psicooncologia.org/>.
6. Appel A. Oncología pediátrica. Disponible en: URL: <http://www.psicooncologia.org/>.
7. Pedreira L, Palanca I. Niños con cáncer: enfrentándose al diagnóstico. Disponible en: URL: <http://www.psicooncologia.org/>.
8. Celma A, editor. La adolescencia con cáncer. Madrid, España: McGraw-Hill; 2001.
9. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Descripciones clínicas y pautas para el tratamiento. España: Editorial Médica Panamericana; 2001.
10. Die Trill M. Niños y adolescentes con cáncer. Aspectos psicológicos. Jano. 2005; xxxiii.
11. Enskar K. Could symptom distress and life situation be measured in children and adolescents with cancer? Med Pediatr Oncol. 2003;41:245.
12. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. España: Gedisa; 1998.
13. Navas C, Villegas H, Hurtado R, Zapata E. Programa de intervención psicoeducativo para el apoyo del paciente con cáncer. Rev Venez Oncol. 2007;19(1):84-93.
14. Kashani J, Hakami N. Depression in children and adolescents with malignancy. Can J Psychiatry. 1982;27(6):474-477.
15. Rait D, Jacobsen P, Lederberg M. Characteristics of psychiatric consultations in a pediatric cancer center. Am J Psychiatry. 1988;145(3):363-364.
16. Tebbi C, Bromberg C, Mallon J. Self-reported depression in adolescent cancer patients. Am J Pediatr Hematol Oncol. 1988;10(3):185-190.
17. Montelongo N, Montoya J. Resiliencia infantil oncológica. Proyecto TIO. Casa de la amistad para niños con cáncer. México; 2006.
18. Carvallo M, Urbani S. Experiencia de la Unidad de Psicooncología del Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear. Rev Venez Oncol. 2007;19(2):162-165.
19. Atienza J. Introducción a la psico-oncología pediátrica. Madrid, España; 2003.
20. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Madrid (España): McGraw-Hill; 1996.