



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ARTETERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA
ASOCIACIÓN NACIONAL CONTRA EL CÁNCER CAPÍTULO DE VERAGUAS**

POR

YARAVIS YARIXEL GARZÓN BATISTA

Tesis presentada para optar al grado de magister en psicología clínica

Santiago de Veraguas, Panamá

2015

ST

23 MAR 2016

DEDICATORIA

Dedico este estudio a los y las pacientes de la Asociación Nacional Contra el Cáncer capítulo de Veraguas, que participaron del tratamiento en Arteterapia Cognitiva Conductual

A las entidades publicas y particulares, que tengan a bien implementar esta alternativa psicoterapéutica

Ob

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar, un trabajo tan laborioso y lleno de dificultades, pero al mismo tiempo colmado de experiencias de aprendizaje y gratificaciones como lo es esta tesis, es inevitable no sentirse orgullosa. Por eso agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y darme salud, fortaleza y sabiduría para lograr mis objetivos.

Un agradecimiento singular a la Magistra Gina Candanedo, asesora de esta tesis, quien me ha orientado, apoyado y corregido en mi labor científica con interés y entrega.

Al Doctor Santiago González, por decir que sí a este innovador tratamiento psicoterapéutico para pacientes con cáncer, esto no hubiera sido posible sin su ayuda y disposición.

Yaravis Garzón

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	vii
Abstrac	viii
INTRODUCCION	ix
I MARCO GENERAL	1
1 Justificación	1
2 Problema de investigación	1
3 Objetivo general	2
3 1 Objetivos específicos	2
4 Escenario	2
II MARCO TEÓRICO	4
1 Antecedentes	4
2 Generalidades del Cáncer	10
2 1 Definición	11
2 2 Tipos de cáncer	12
2 3 Etiología y factores de riesgo	14
2 4 Incidencia	16
2 5 Tratamiento	17
2 6 Terminado el tratamiento	18
3 Factores psicológicos que afectan el estado físico	19
3 1 Ansiedad	20
3 1 1 Causas de la ansiedad	21
3 1 2 Síntomas de la ansiedad	22
3 2 3 Tratamiento	23
3 2 Depresión	25
3 2 1 Causas de la depresión	26
3 2 2 Sintomas de la depresion	27
3 2 3 Tratamientos para la depresión	29
4 Arteterapia como tratamiento psicológico	31
4 1 Historia y evolución	31
4 2 Conceptualización del arteterapia	32
4 3 Enfoques psicológicos de arteterapia	32
4 3 1 Arteterapia psicodinámica	32
4 2 2 Arteterapia humanista	33
4 3 3 Arteterapia conductual	34
4 3 4 Arteterapia cognitivo-conductual	34
4 3 5 Arteterapia multimodal	36

4 4	Procedimiento terapéutico de arteterapia	36
III	MARCO METODOLÓGICO	37
1	Diseño de la investigación	37
2	Hipótesis	37
3	Definición de variables	38
3 1	Arte terapia	38
3 2	Depresión	39
3 3	Ansiedad	39
4	Población y muestra	39
5	Técnica e instrumentos	40
5 1	Inventario de Depresión de Beck	40
5 2	Escala de Ansiedad de Beck	42
5 3	Entrevista clínica	44
6	Método de intervención	44
6 1	Arteterapia cognitiva conductual	44
7	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos	74
8	Análisis estadístico de los datos	74
9	Procedimiento de investigación	74
IV	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	76
4 1	Resultados	76
4 2	Discusión de los resultados	90
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
5 1	Conclusiones	93
5 2	Recomendaciones	95
	BIBLIOGRAFÍA	97
	Anexos	103

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

CUADROS

Cuadro 1	Datos generales del grupo experimental	76
Cuadro 2	Datos generales del grupo control	77
Cuadro 3	Puntuaciones de los niveles de ansiedad del pretest y postest de los grupos experimental y control	79
Cuadro 4	Prueba t de Student para medias independientes de ansiedad en el postest de los grupos experimental y control	82
Cuadro 5	Prueba t de Student para las medidas de pretest – postest de ansiedad del grupo experimental	83
Cuadro 6	Puntuaciones de los niveles de depresión del pretest y postest de los grupos experimental y control	85
Cuadro 7	Prueba t de Student para medias independientes de depresión en el postest de los grupos experimental y control	87

GRAFICAS

Grafica 1	Promedio de los niveles de ansiedad en pretest y postest de los grupos experimental y control	80
Gráfica 2	Distribución de los niveles de ansiedad de postest de los grupos experimental y control	81
Gráfica 3	Medidas pretest y postest de los niveles de ansiedad del grupo experimental	84
Gráfica 4	Promedio de los niveles de depresión en el pretest y postest de los grupos experimental y control	86
Gráfica 5	Distribución de los niveles de depresión de postest de los grupos experimental y control	88
Grafica 6	Medidas de los niveles de depresión del pretest postest del grupo experimental	89

Resumen.

La presente investigación tuvo a bien conocer los efectos de la arteterapia cognitiva conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos, que acuden a la Asociación Nacional contra el Cáncer, capítulo de Veraguas. Este responde a una investigación de tipo cuasiexperimental, diseño de pretest posttest con grupo control.

Para tal fin, se seleccionó una muestra de 16 pacientes, que después de ser evaluados mediante los Inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck y constatar que presentaron los niveles considerables de las variables en estudio, fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos, control y experimental, de manera que 8 sujetos formaron el grupo control y ocho (8) el grupo experimental.

Este último, sometido a un tratamiento de arteterapia cognitiva-conductual, que se desarrolló en 11 sesiones aplicadas una vez por semana, con duración de dos horas cada una.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante la prueba t de Student para datos independientes a un nivel de significancia del 0.05. En el resultado de la prueba de ansiedad resultó que los niveles de ansiedad no disminuyeron de manera significativa. En la escala de depresión se concluye que existe suficiente evidencia estadística para indicar que los pacientes con cáncer disminuyeron sus niveles depresivos después del tratamiento.

Los sujetos tuvieron una buena disposición a participar del tratamiento, puesto que para la mayoría era la primera vez que tenían contacto con materiales artísticos y la oportunidad de contar con un entorno de confianza para la expresión de pensamientos y emociones.

ABSTRACT

The present investigation had to either know the effects of cognitive behavioral art therapy on the levels of anxiety and depression in a group of cancer patients attending the National Cancer Association, Chapter of Veraguas. Same answer a quasi-experimental research design with pretest posttest control group

To this end, a sample of 16 patients was selected after being evaluated by the Anxiety Inventory and Beck Depression and find that had the considerable levels of the variables under study, They were randomized into two groups, control and experimental, so that 8 subjects formed the control group and 8 experimental group

The latter undergoes a cognitive-behavioral treatment of art therapy, which was developed in 11 sessions applied once a week, lasting two hours each

Statistical analysis of data was performed using Student t test for independent at a 0.05 significance level data. In the test result it proved that anxiety levels did not decrease significantly. In the depression scale it is concluded that there is sufficient statistical evidence to indicate that cancer patients decreased depressive levels after treatment

The subjects had a willingness to participate in treatment, because for most it was the first time I had contact with art materials and the opportunity to have a trusted environment for the expression of thoughts and emotions

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades crónicas, que presenta mayores repercusiones psicológicas y emocionales, tanto para quien la padece como para sus familiares, por lo que cada vez existe una mayor conciencia por parte de los equipos de salud sobre el tratamiento que estos/as pacientes requieren, el cual no sólo debe incluir los procedimientos médicos, sino también el apoyo psicológico

La necesidad de incluir la psicoterapia como parte del tratamiento integral para la persona enferma de cáncer surge principalmente, por el carácter devastador del equilibrio psicológico y emocional, que produce el saberse portadora de cancer

A diferencia de muchas enfermedades, al cáncer en nuestra sociedad se le otorga una connotación de muerte, esto afecta directamente la voluntad de sanar de la persona enferma, y es esta voluntad la necesaria para cumplir con el tratamiento medico indicado, por lo tanto se traduce en una mejor respuesta inmunológica

A pesar de que el cáncer no está directamente asociado a la depresión y la ansiedad, representa una experiencia impactante desde el punto de vista emocional y psicológico, por lo que estos/as pacientes pueden presentar niveles patológicos de estos problemas que deben ser abordados conjuntamente con la enfermedad fisiológica

El presente estudio pretende conocer el efecto, que tiene la terapia del arte con enfoque cognitivo en los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cancer que asisten a la Asociación Nacional Contra el Cancer (ANCEC) Capítulo de Veraguas, con el fin de ofrecer, no solo una fuente de información, sino tambien, un complemento de tratamiento para éstas asociaciones y otras entidades de salud que le hagan frente a esta problemática

La arteterapia ayuda a las personas afectadas con cáncer a mejorar su bienestar, favorecer la comunicación con su entorno y sobrellevar mejor las dificultades emocionales derivadas de su enfermedad

Este estudio está organizado por los siguientes capítulos el marco general formado por el problema, la importancia de la investigación, los objetivos trazados y la descripción del escenario donde se realizó

El segundo capítulo, corresponde al marco teórico que contempla aspectos teóricos importantes sobre el tema como son los antecedentes investigativos, conceptualizaciones, estrategias de intervención y otros. Le sigue el marco metodológico, que detalla el tipo de estudio realizado, hipótesis, variables, sujetos e instrumentos. Además, de la intervención psicoterapéutica y el tratamiento estadístico empleado en los resultados.

El capítulo de los resultados, muestra el análisis estadístico de los datos y la organización de los mismos en una serie de gráficas y cuadros en función de los requerimientos del estudio. Posterior a este, se presentan la discusión e interpretación de los resultados y enlace de estos con los supuestos hipotéticos y aspectos teóricos documentados.

Las conclusiones y recomendaciones, que se desprenden del análisis de los datos recabados en el estudio se ubican en el último capítulo. Finalmente, se presentan la sección de referencias seguida de los anexos.

I. MARCO GENERAL.

1. Justificación.

La depresión y la ansiedad, por lo general, no están directamente vinculadas con el cáncer. Sin embargo, cuando un/a paciente recibe un diagnóstico de cáncer, puede sentir estrés excesivo, ira, tristeza y otras emociones negativas. Aunque estos sentimientos generalmente, disminuyen con el tiempo, pueden generar depresión y ansiedad, por consiguiente repercute directamente en su tratamiento y recuperación.

Como lo documenta el Ministerio de Salud, en el folleto de Indicadores Básicos de Salud, de la República de Panamá, año 2014, el cáncer constituye la principal causa de defunciones en nuestro país, por lo tanto, es relevante realizar estudios a fin de mejorar la condición de estos pacientes.

De igual manera, las terapias psicológicas representan una alternativa terapéutica y complemento al tratamiento médico resultando efectivas en pacientes con cáncer, puesto que ejercen efectos positivos sobre sus pensamientos negativos, sus emociones, sus expectativas de vida, y por ende en sus estados de salud.

En este sentido, se ha empleado la terapia del arte o arteterapia en pacientes con cáncer, ya que a través de ésta pueden expresar sentimientos de una forma no verbal, por medio de las creaciones plásticas, que son un vehículo apropiado para manifestar aquello, que les resulta difícil exteriorizar mediante palabras, método generalmente empleado en las psicoterapias tradicionales.

2. Problema de investigación.

Por lo antes señalado, surge la siguiente interrogante:

¿Qué efecto tiene la arteterapia cognitiva conductual en los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cáncer que acuden a la Asociación Nacional del Cáncer, Capítulo de Veraguas?

3. Objetivo general.

- Ψ Conocer el efecto de la arteterapia cognitiva conductual sobre los niveles de ansiedad y depresión de pacientes con cancer

Objetivos específicos.

- Ψ Identificar los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con cáncer antes y después de la aplicación de la arteterapia cognitiva conductual
- Ψ Disminuir los niveles de depresión y ansiedad presentados por pacientes, que padecen cáncer a través del tratamiento de arteterapia cognitiva conductual
- Ψ Evaluar la efectividad de la arteterapia cognitiva conductual en pacientes con cáncer
- Ψ Brindar un complemento de tratamiento para pacientes con cáncer que asisten a ANCEC y a otras entidades de salud en Veraguas

4. Escenario.

El estudio se realizó en la Asociación Nacional Contra el Cáncer, ANCEC, Capítulo de Santiago de Veraguas, ubicado en Santiago Cabecera, Calle 2da, planta alta del antiguo edificio del Tribunal Electoral

Como responsables de esta asociación se encuentran el Dr Doménico Melillo, obstetra, Presidente ANCEC -Capítulo de Santiago y el Dr Santiago E González J médico general, Director de la Comisión Técnico Científica y Ayuda al Paciente

ANCEC, Capítulo de Santiago de Veraguas inicia labores en 1987, orientada hacia la lucha contra el cancer desde la promoción y prevención

Los programas que a nivel institucional desarrolla ANCEC son el Técnico Científico, promoción y recaudación de fondos, Promoción de la causa,

Fortalecimiento al Voluntariado, Educación y Divulgación, Detección y Ayuda al Paciente

En la provincia de Veraguas, dentro de las actividades económicas, que desarrolla el Programa de Apoyo al paciente de escasos recursos son costo del pasaje para ir a citas médicas a la ciudad de Panama, para recibir quimioterapia o radioterapia, contacto con Casita Mausí en la ciudad capital para el hospedaje de los pacientes y su familiar, compra de Sostenes para pacientes mastectomizadas, compra de prótesis para pacientes mastectomizadas, pago de laboratorios para los diagnósticos de cancer, como el Antígeno carcinoembrionario, etc , compra de medicamentos especiales contra el cáncer o sus complicaciones, apoyo en gastos de funeral

En la actualidad, la asociacion está apoyando a más de 185 pacientes Dentro del Programa de ayuda al paciente han estado desarrollando visitas médico-asistenciales, tratando de apoyar en la parte médica y espiritual en actividades específicas como actividades médicas, seguimiento de diagnósticos y tratamientos medicos de oncólogos, vigilancia de aspectos de sostén de la enfermedades dolor, anemias, deshidratacion, alimentacion y prevención de ulceraciones, intervención en crisis Individual al paciente en su fase de negación y culpa Familia aceptación y apoyo Ademas de soporte espiritual reforzar valores familiares, autoestima, la fe y la esperanza

El trabajo de ANCEC se sustenta en la colaboracion de un personal voluntario y donaciones

La asociación está en la construcción de un edificio que albergará las distintas instalaciones para la atención de pacientes, por lo que las sesiones de psicoterapia se desarrollaron en una de las aulas de la facultad de arquitectura del Centro Regional Universitario de Veraguas, CRUV, por la comodidad y el facil acceso a la misma

II. MARCO TEÓRICO.

1. Antecedentes.

Diversos estudios han documentado la incidencia de factores psicológicos, que ejercen influencia sobre el estado físico del individuo, por ende, en su salud, algunos de estos estudios han centrado su atención en los efectos que generan estos factores en pacientes con enfermedades como el cáncer y el efecto de la psicoterapia en los mismos

Entre las investigaciones, que se han llevado a cabo se encuentra, “La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer”, fue un estudio realizado, en 1983, por Leonard R. Derogatis y colaboradores, el cual contó con una muestra de 215 pacientes con cáncer seleccionados al azar que eran nuevas admisiones de los centros de cáncer. Fueron examinados para detectar la presencia de trastorno psiquiátrico formal. Cada paciente fue evaluado con un protocolo común a través de una entrevista psiquiátrica y pruebas psicológicas estandarizadas. Se utilizó el sistema de diagnóstico DSM-III de la Asociación Americana de Psiquiatría en la fabricación de los diagnósticos.

Los resultados indicaron que del 47% de pacientes quienes recibieron un diagnóstico DSM-III, el 44% fue diagnosticado con una manifestación de un síndrome clínico y el 3% con trastornos de la personalidad. Aproximadamente el 68% de los diagnósticos psiquiátricos consistía en trastornos de adaptación, con el 13% en representación de los principales trastornos afectivos (depresión). Los diagnósticos restantes se dividieron entre los trastornos mentales orgánicos (8%), trastornos de la personalidad (7%), y trastornos de ansiedad (4%). Aproximadamente el 85% de los pacientes con una condición psiquiátrica positiva estaban experimentando un trastorno de depresión o ansiedad como síntoma central.

En 1999, Rodríguez Vega y colaboradores (Rodríguez Vega, 2002), llevaron a cabo una investigación bajo el título “Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores”. Su objetivo fue el determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 534 pacientes oncológicos españoles y 371 cuidadores familiares. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico así como la

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con el fin de evaluar la presencia e intensidad de estos síntomas. Dando como resultado que el 15,7% de pacientes dieron positivo en la subescala de ansiedad y el 14,6% lo hicieron en la subescala de depresión.

En cuanto a los cuidadores familiares, el 36,4% de ellos obtuvieron altas puntuaciones en la subescala de ansiedad y el 9,2% lo hicieron en la subescala de depresión. Sus resultados confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos y por lo tanto, la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar para contribuir a que pacientes y sus familias puedan hacer frente a este tipo de problemas.

“Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente. Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención”, fue una investigación realizada por la Dra. Mónica Lugo y colaboradores (Lugo y colaboradores, 2006), con los objetivos de medir niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, y aplicar y valorar la efectividad de un programa de prevención psicológica secundaria, es decir que tuvo por finalidad reducir la duración de las perturbaciones que ya se han presentado sobre estas variables. En una muestra de 28 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, 11 pacientes no culminaron el estudio, los 17 pacientes restantes fueron divididos en forma accidental en dos grupos: experimental y control, con edades comprendidas entre los 20 y 75 años, de ambos sexos y provenientes del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.

El diseño empleado fue experimental, de tipo ensayo terapéutico controlado, pre-test y pos-test en dos grupos independientes, y a través de la ejecución de un programa de intervención secundaria para obtener consecuencias en los niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida en los pacientes del grupo experimental, y compararlos con los del grupo control, evaluados a través de la escala HADs y Karnofsky.

Los resultados indicaron que el programa de intervención secundaria es efectivo al lograr disminuir los niveles de depresión, ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer. Con hallazgos estadísticamente

significativos entre el pre-test y pos-test del grupo experimental, post intervención Y entre los grupos experimental y control, al ser comparados estos

En 1993, Carroll y colaboradores del Departamento de Psiquiatría de la Ohio State University Hospitals, de Columbus, realizaron un estudio para detección de la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) El estudio contó con una muestra de 930 pacientes hospitalizados y ambulatorios con cáncer se acercaron a completar la escala, de los cuales, 809 (86,9%) participaron en esta prueba de detección

Utilizando el punto de corte sugerido de ocho (8) para las subescalas de ansiedad y depresión, se encontró que el 47,6% de esta población podría justificar una mayor evaluación psiquiátrica El veintitres por ciento (23 1%) tenían puntuaciones de 11 o mayores, y sería más probable, que tengan ansiedad (17,7%) o trastornos depresivos (9,9%) en base a los criterios del DSM-III-R Pacientes con enfermedad maligna activa y el estado de hospitalización eran más propensos a tener puntuaciones de depresión más altas

La HADS fue una herramienta de fácil administración, que identificó una gran proporción de pacientes con cáncer y altos niveles de ansiedad o depresión Sin embargo, no se llevaron a cabo entrevistas psiquiátricas clínicas, por lo que no es posible determinar qué proporción de pacientes se beneficiaría de tratamiento (Carroll, 1993)

Por su parte, Brandenburg en 1992, encontró la presencia de ansiedad clínica en el 28% de pacientes con melanoma evaluados con el HADS y un 15% en los familiares de dichos pacientes que no padecían ninguna enfermedad neoplásica

Con el objetivo de estimar la prevalencia y los tipos de trastornos de ansiedad en pacientes con cáncer, Stark y colaboradores (2002), realizaron un estudio con una muestra de 178 pacientes con linfoma, cáncer renal, melanoma y discrasia sanguínea Los resultados de dicho estudio indican que el 48% de pacientes refieren al ser preguntados subjetivamente suficientes niveles de ansiedad para satisfacer criterios

diagnósticos de trastorno de ansiedad, sin embargo este porcentaje disminuye al 18% cuando se evalúa dicha sintomatología siguiendo los criterios del CIE-10

Por otro lado, la terapia del arte se ha ido abriendo paso como un apoyo en el tratamiento de diferentes trastornos tanto físicos como psicológicos, basados en la idea de que el proceso creativo resulta curativo, ya que éste permite que las personas canalicen sus emociones, lo que ayuda con los síntomas y a sobrellevar o adaptarse a la condición de salud que se tenga, sin embargo, este tipo de terapia como tal, es relativamente nueva y existen pocos estudios, acerca de la misma como tratamiento

En la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México (2009), Rocío González Romo, Mónica Martínez y Cecilia Cano implementaron un taller de arteterapia desde una perspectiva cognitiva para la identificación y expresión de emociones, la visualización a futuro para la reevaluación cognitiva de la enfermedad y la aceptación de sí mismo mediante técnicas gráfico-plásticas y narrativas. Participaron 15 sujetos (5 cuidadores, un hermano de un paciente y nueve (9) pacientes oncológicos infantiles)

Los resultados encontrados fueron favorables, concluyendo, que los objetivos se cumplieron en cada sesión bajo tres tipologías: la arteterapia como búsqueda y expresión personal, ya que las creaciones permitieron la exploración de sí mismos y la expresión de acuerdo a su subjetividad, recursos y vivencias propias. Como expresión de emociones y formas de afrontamiento, hubo acuerdo en la expresión de emociones y el manejo del miedo. Por último, como medio de inclusión social sirvió como elemento de cohesión permitiendo a participantes percibirse como sujetos con las mismas posibilidades que cualquier persona.

En otro estudio realizado con pacientes oncológicos ingresados en el Northwestern Memorial Hospital, se implementó una intervención con arteterapia "Un carro con material artístico", el cual llegaba a la habitación cargado de materiales para trabajar arte. Dio como resultado la disminución de los síntomas en pacientes como la reducción del cansancio, del dolor, de la depresión, ansiedad, y otros mejoraron como el apetito y el bienestar (EEUU), (Espino, 2006)

A fin de abordar el sufrimiento de los estados terminales, Nadia Collette (2006) Master en Arte-terapia transdisciplinar y Desarrollo Humano, por el Instituto de Sociología y Psicología Aplicada, Barcelona, implementó una intervención llamada “Hasta llegar, la vida Arte-terapia y cáncer en fase terminal” con el objetivo de comprobar y evaluar la eficacia de la arteterapia en aspectos emocionales del enfermo terminal, aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares, en un enfoque del aquí-ahora. Fue llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Sant-Pau, de Barcelona, subvencionado por la Sociedad Española de Oncología Médica.

El diseño escogido es el de una intervención pre-post data, después de dar formalmente su acuerdo para participar en las sesiones, se les pasa los cuestionarios antes y después de la intervención arte-terapéutica al grupo control y experimental.

Resultados preliminares sobre una treintena de casos expresados en proporciones generales, indicó que aproximadamente tres de cada cuatro pacientes evaluables aprecian de “bastante” a “mucho” la actividad de arte-terapia y afirman sentirse “mejor” gracias a ella, mientras un 20% dice que le gusta “un poco”. A la casi totalidad de los familiares entrevistados (96%), le agrada que se proponga esta actividad a su ser querido enfermo. Se concluyó que el arte-terapia se evidencia como una valiosa herramienta para ayudar a pacientes de cáncer en estado terminal a expresarse simbólicamente, a través de los materiales artísticos, de los colores y de las formas, representando su lucha interna entre el daño provocado por la enfermedad y la fuerza reparadora personal (Collette, 2006).

En Panamá, no se encontraron precedentes que contemplen las variables del presente estudio en una muestra de pacientes con cáncer, sin embargo, se puede hacer referencia a cuatro investigaciones que comparten algún aspecto con esta investigación. Una de ellas fue la investigación realizada por Lina Rivas en el 2004, bajo el título “Intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, tendiente a mejorar el estado psicológico y la calidad de vida durante los tratamientos”, cuyo objetivo fue brindar una intervención psicoterapéutica a un grupo de mujeres, pacientes de cáncer de mama del Instituto Oncológico Nacional y luego analizar la efectividad de la estrategia.

terapéutica, a través de la mejoría del estado psicológico general y la calidad de vida de las pacientes

Esta intervención se realizó a través de un Programa psicoterapéutico mixto, que combinó sesiones psicoterapéuticas individuales y grupales para mejorar los síntomas psicológicos derivados del impacto del diagnóstico de cáncer, de los tratamientos químicos y quirúrgicos y en su conjunto influyen sobre la calidad de vida de las pacientes

Los resultados evaluados por el SCL-90 Cuestionario de 90 síntomas y Rotterdam Symptom Check List RSCL, demostraron, que aunque no todas las escalas reflejaron una mejoría estadísticamente significativa, cualitativamente, la mayoría de las participantes presentaron cambios en su estado psicológico en general como en su calidad de vida. El análisis de estos resultados muestra que la intervención psicoterapéutica en pacientes con cáncer de mama es eficaz y necesaria

En cuanto al arte terapia, en 1998, Isish D Carvajal realizó un estudio titulado “Las artes plásticas aplicadas como terapia en las correccionales panameñas” para optar al título de licenciada en artes plásticas y visuales, el estudio contó con una parte teórica, los seminarios-talleres de experimentación, la realización de obras artísticas en los talleres de tallado, escultura, pintura y dibujo en la cárcel La Joya y el centro de rehabilitación El Renacer

Mediante este estudio se pudo conocer, que las artes plásticas han permitido a los reclusos participantes hacer y crear imágenes, que sienten y lo proyectan, los trazos fuertes de color expresan los sentimientos propios de dolor, angustia y conflicto. Además, refleja una muestra de esperanza y necesidad de ayuda. El resultado del producto de este programa ensancha la vía para el conflicto de la comunicación interna de los presos y permite observar sus problemas

Los prisioneros se expresaron de una manera original logrando de sus trabajos unas obras artísticas modernas, además, de adquirir conocimientos artísticos y una nueva forma para la autorecuperación emocional

Liz Monroy en el 2007, realizó un estudio con un enfoque cualitativo, titulado “Arteterapia, depresión y violencia intrafamiliar”, con el objetivo de describir el efecto que los talleres de arteterapia tienen sobre los síntomas depresivos en una muestra de mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, que asistían al Centro de Desarrollo de la Mujer CEDEM. Esta correspondía a cuatro mujeres con edades entre 25 a 35 años, que presentaban síntomas depresivos, estos fueron medidos con el Inventario de Depresión de Beck y la observación participativa.

Los resultados revelaron, que se encontraron efectos favorables de los talleres en las mujeres, quienes participaron en el estudio, por lo tanto concluyeron, que los talleres de arte fueron positivos en la disminución de los síntomas depresivos de la muestra. Sin embargo, debido al tipo de estudio y selección de la muestra, estos resultados no se pudieron generalizar.

Por último, Rolando Jaén Caballero en el 2000, realizó “Un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos, una experiencia de grupos” en la Policlínica del Seguro Social J. J. Vallarino. Trabajó con una muestra de nueve pacientes diagnosticados con trastornos depresivos, ansiedad y dolores crónicos, los cuales fueron tratados con el programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento. Los instrumentos que empleó en su estudio fueron la Escala de Depresión de Beck, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y la entrevista clínica.

Su investigación se basó en estudios de caso de intervención terapéutica. Finalizado su tratamiento, los resultados demostraron, que los síntomas de ansiedad estado y depresión disminuyeron, no así los síntomas de ansiedad rasgo. Jaén Caballero concluyó que la Terapia Cognitiva Conductual de grupo es válida y eficaz para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en este grupo de pacientes.

2. Generalidades del Cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y el número total de casos está aumentando en todo el mundo.

Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población

En las estimaciones se ha tomado en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima, que durante el mismo período el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030, según expertos de la Organización mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, Abril 2003)

2.1 Definición.

El cáncer es una enfermedad conocida desde las antiguas civilizaciones. Su nombre deriva de la palabra *kankros*, que significa cangrejo y hace referencia a la similitud en que el animal y la enfermedad "atrapan" y destrozan a sus víctimas.

Para la Organización Mundial de la Salud OMS (2003: 12), el cáncer es

“un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”

Por su parte, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (2013) hace referencia a este como un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos.

Generalmente, las células crecen y se dividen para producir más células sólo cuando el cuerpo las necesita. Pero, a veces, las células siguen dividiéndose aun cuando el cuerpo no las necesita. Estas células adicionales pueden formar una masa, que se denomina tumor. Los tumores pueden ser benignos, es decir, no cancerosos, o malignos, es decir, cancerosos.

Las células de cáncer pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y diseminarse a otras partes del cuerpo por medio de la sangre y los sistemas

El cáncer se produce cuando el sistema inmunológico no es lo bastante fuerte para destruir las células cancerosas en el momento de su aparición. De manera tal, que muchos científicos afirman que cuando el cáncer ya se ha afianzado, si se refuerza al sistema inmunológico, este puede recobrar fuerzas para destruir las células cancerosas y aumentar la probabilidad de recuperación.

Enfermos de cáncer, que participan en la lucha por recuperarse pueden aumentar sus posibilidades de recuperación y probablemente mejoraran su calidad de vida.

En el caso de médicos, administran sustancias químicas como interleucina-2 e interferón. Igualmente, manifiestan que el sistema inmunológico responde satisfactoriamente a emociones agradables, es decir que estas lo fortalecen, por lo tanto tiene un efecto positivo en el curso de la enfermedad (Carns, 1981)

2.2 Tipos de cáncer.

Las células de cáncer dañan los órganos y los tejidos que invaden, causando una variedad de síntomas. Existen diferentes tipos de cáncer, de acuerdo con estudios del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2013) hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría toma el nombre del órgano o células en donde empiezan, y los síntomas pueden variar en gran medida según el lugar o los órganos y tejidos que resultan afectados.

La mayoría de los cánceres malignos pueden clasificarse en tres grandes grupos, según el Instituto Nacional de Cancerología E S E Colombia Ministerio de la Protección Social (2004)

- **Carcinomas**, se originan en los estratos celulares o epitelios, es decir que empieza en la piel o en tejidos, que revisten o cubren los órganos internos, por ejemplo, la

piel, el tracto respiratorio, intestinos, mama, páncreas, tiroidea Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos los más comunes son

- **Adenocarcinoma:** empieza en las células glandulares (secretoras) La mayoría de los cánceres de mama, páncreas, pulmón, prostata y colon son adenocarcinomas

- **Carcinoma de células basales:** empieza en la parte más interior de la epidermis (la capa externa de la piel) Se puede parecer a un bulto pequeño blanco o del color de la carne que crece lentamente y puede sangrar Generalmente se encuentran en áreas de la piel expuestas al sol, hacen metástasis (se diseminan) con poca frecuencia hasta otras partes del cuerpo Son las formas más comunes de cáncer de piel También se llama cáncer de células basales

- **Carcinoma de células escamosas:** empieza en las células escamosas estas son células delgadas y planas que se encuentran en el tejido que forma la superficie de la piel, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y el revestimiento de los aparatos respiratorio y digestivo La mayoría de los cánceres de ano, cuello uterino, cabeza y cuello, y vagina son carcinomas de células escamosas También, se llama carcinoma epidermoide

- **Sarcomas,** este tipo de cáncer que empieza en el hueso o en los tejidos blandos del cuerpo, como el cartílago, la grasa, los músculos, los vasos sanguíneos, el tejido fibroso u otro tejido conjuntivo o de sostén
Los diferentes tipos de sarcoma dependen del lugar donde se forma el cáncer Por ejemplo, el osteosarcoma se forma en los huesos, el liposarcoma se forma en la grasa y el rhabdomioma se forma en el músculo

- **Cánceres originados en las células productoras de leucocitos (glóbulos blancos de la sangre) y el sistema inmunitario (linfocitos)**

El Instituto Nacional del Cáncer, NCI de Estados Unidos (2013), realiza una clasificación similar, aunque divide el último en dos grupos separados e incluye otro tipo de cáncer, estos son

- **Leucemia** empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre
- **Linfoma y mieloma** empiezan en las células del sistema inmunitario
- **Cánceres del sistema nervioso central** empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal

2.3 Etiología y factores de riesgo.

Luego de años de numerosos estudios, se habla mucho sobre las causas del cáncer sin poder aun establecer cuáles son éstas, debido a que existe un grupo de factores, cuyos efectos actúan conjuntamente y predisponen la aparición del cáncer en las personas

Los factores de riesgo son elementos, que aumentan la posibilidad de contraer cáncer. La mayoría de los cánceres probablemente se relacionan con más de un factor de riesgo

Algunos de estos factores pueden incluir elementos tales como

- **Sustancias químicas y medio ambiente** como el asbesto. La exposición a este mineral puede aumentar el riesgo de asbestosis, de otros trastornos no cancerosos de pulmón y de la pleura, de cáncer de pulmón, de mesotelioma y de otros cánceres (International Agency for Research on Cancer, 2009)
- **Alcohol:** aumenta el riesgo de presentar cánceres de la cavidad oral (excluyendo los labios), de faringe (garganta), de laringe, esófago, hígado, seno, de colon y recto (International Agency for Research on Cancer, 2010)

- **Genética:** Las mutaciones heredadas tienen una función principal en la formación de casi 5 a 10% de todos los cánceres. Se han identificado mutaciones genéticas asociadas con más de 50 síndromes hereditarios de cáncer (Offit J E , 2005)
- **Agentes infecciosos:** Está demostrada la asociación entre infecciones ocasionadas por diferentes virus y cáncer
 - **Infección por VIH:** Un sistema inmunitario debilitado por el VIH, la infección conjunta por otros virus y los factores de riesgo tradicionales contribuyen todos a un riesgo mayor de cáncer (Ministerio de Salud de Argentina, 2007)
 - **Virus de la Hepatitis B (VHB):** la hepatitis puede provocar cáncer hepático. A nivel mundial se estima que un 25% de los adultos con infección crónica adquirida en la infancia mueren de cirrosis o de cáncer hepático relacionados con el VHB. Este virus se transmite entre las personas por contacto directo de sangre a sangre o a través del semen o las secreciones vaginales de una persona infectada (Idem)
 - **Virus del papiloma humano:** Los virus del papiloma humano *de alto riesgo* causan prácticamente todos los cánceres cervicales. Ellos causan también la mayoría de los cánceres de ano y algunos cánceres de vagina, vulva, pene y orofaringe. La mayoría de las infecciones por VPH no causan cáncer. Muchas infecciones por VPH desaparecen por sí mismas en 1 o 2 años. Sin embargo, las infecciones, que duran muchos años aumentan el riesgo de presentar cáncer (Unidad de Ensayos Clínicos de Servicio y Unidad de Estudios Epidemiológicos, Universidad de Oxford, Headington, Reino Unido , 2006)

- **Luz solar:** Cualquier persona puede padecer cáncer de piel. La luz del sol causa daño por los rayos ultravioleta, (los cuales son solo una parte de la luz del sol). Además, el sol no es el único causante del cáncer de piel. Existen otras causas. Es por eso que el cáncer de piel se puede encontrar en lugares del cuerpo que nunca han estado expuestos al sol (Instituto Nacional del Cáncer de los EEUU, 2011)
- **Peso:** En varias de las últimas décadas, el porcentaje de adultos y niños con sobrepeso y obesos ha aumentado considerablemente. La obesidad está asociada con riesgos mayores de los cánceres de esófago, de seno (después de la menopausia), de endometrio (el revestimiento del útero), de colon y de recto, de riñón, de páncreas, de tiroides, de vesícula biliar y posiblemente de otros tipos de cáncer (Ballard-Barbash R, 2010)

2.4 Incidencia.

Según el Informe mundial sobre el cáncer presentado en Ginebra, el 3 de abril de 2003, el análisis mundial de la morbilidad más completo realizado hasta la fecha, la incidencia del cáncer podría aumentar en un 45% hasta el 2030, en el que habría 15,5 millones de nuevos casos. Sin embargo, el informe también demuestra, que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, abril 2003)

En Panamá, según estadísticas del Instituto Oncológico Nacional (ION), durante el 2010 se registraron unos 3,411 casos de cáncer en general, siendo el cáncer de mama (409 casos) el de mayor incidencia, seguido por el cáncer de próstata (261 casos) y el cáncer de cuello del útero (253 casos) (Valverde, 2012)

Es importante acentuar, que en Panamá la incidencia de muertes por cáncer (tumores malignos) ocupa el primer lugar de las mismas, según estadísticas de 2007, de la Contraloría General de la Nación, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón (Ídem)

De estos canceres el localizado en la próstata es el que más defunciones registra. Según estadísticas de 2007, de la Contraloría General de la Nación, representan unas 305 muertes al año. Seguido del cáncer de estómago (265 muertes), tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón (236 muertes). Si bien, la incidencia por cáncer de mama es la más alta según cifras del ION, es el cáncer de próstata el que más muerte causa en el país según estadísticas de 2003 al 2010 de la Contraloría (Ídem).

2.5 Tratamiento.

El tratamiento para esta enfermedad se basa en muchos factores, incluyendo el tipo y etapa del cáncer, si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas y si el cáncer produce en exceso o no un gen llamado HER2/neu.

En general, para combatir el cáncer pueden emplearse diversos tratamientos, según lo describe el Instituto Nacional de Cancerología E S E Colombia (2004).

- **Quimioterapia:** usa medicamentos (fármacos) para destruir, parar o demorar el crecimiento de las células cancerosas. Pero, también puede afectar otras células.
- **Radioterapia:** uso de un tipo de energía (radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan.
- **Cirugía:** para extirpar el tejido canceroso.
- **Hormonoterapia:** se emplean para bloquear ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.

- **Terapia dirigida:** Las terapias dirigidas contra el cáncer son fármacos u otras sustancias que bloquean el crecimiento y la diseminación del cáncer al interferir con moléculas específicas implicadas en el crecimiento y el avance de tumores

2.6 Terminado el tratamiento.

Finalizado el tratamiento del cáncer los/as pacientes sienten generalmente alivio de haber superado las exigencias del mismo, sin embargo, puede sentir tristeza y preocupación. Esta preocupación surge por el temor de que regrese el cáncer y es que después del tratamiento experimentan cambios, algunos de estos son

- Cansancio
- Dolor, hinchazón-
- Cambios en el sistema nervioso (neuropatía)
- Problemas de boca o de dientes
- Cambios de peso y en los hábitos alimenticios
- Problemas para controlar la vejiga o el intestino

Así como el tratamiento del cáncer afecta su salud física, puede también afectar cómo estas personas se sienten, piensan, y realizan sus actividades. Es normal tener muchos sentimientos diferentes después de terminado el tratamiento por lo que además del cuidado físico, deben cuidar sus emociones.

La experiencia que tiene cada persona sobre el cáncer y el tratamiento es diferente, y los sentimientos, emociones y temores, que tiene son únicos, pero en general los sentimientos comunes que tienen son

- Preocupación por su salud
- Tensión
- Depresión y ansiedad
- Enojo
- Soledad

Estos problemas pueden ser tratados mediante diferentes terapias

3. Factores psicológicos que afectan el estado físico.

Una persona puede desarrollar una depresión o manifestar ansiedad después de enterarse de un diagnóstico de cáncer, o por el contrario, padecía de depresión o ansiedad antes de conocer su diagnóstico y ésta condición puede afectar el desarrollo de su cáncer, así como su capacidad para participar en el tratamiento

A pesar de que no existe una relación directa entre el cáncer y los estados emocionales, está científicamente documentado, que los estados emocionales positivos favorecen al buen funcionamiento del sistema inmunológico, y por ende favorece nuestra salud, al igual que influye en nuestro comportamiento para colaborar en los tratamientos médicos establecidos

Las enfermedades médicas, especialmente las crónicas, ejercen una fuerte influencia sobre aspectos psicológicos y viceversa Como lo indicado por Belloch (1997 61)

en el transcurso de los años se ha reconocido la influencia de los factores psicológicos en la etiología, curso y evolución de enfermedades como la diabetes, cardiovasculares, el cáncer, entre muchas otras

Además, de lo señalado, pacientes con cáncer son capaces de experimentar diferentes estados emocionales, por lo que pueden manifestar más de una condición psicológica desfavorable, referente a este aspecto señala Maté y Hollesstein (2004) que *“en los pacientes con cáncer se desencadenan síntomas de ansiedad que coexisten con síntomas depresivos ”*

De tal manera, la medicina psicosomática se centra en la interacción de las variables fisiológicas y las psicosociales en la enfermedad, partiendo del hecho que existe una interacción entre las emociones y la enfermedad médica y en su etiología que corresponde a un modelo biopsicosocial (Reynoso E , 2005)

Por esta razón, es importante tomar en cuenta la presencia de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica como lo describe el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM IV-TR en el apartado de factores psicológicos, que afectan al estado físico

Según el DSM IV-TR (Francés y colaboradores, 2001), la característica esencial de estos factores psicológicos es que afectan de un modo adverso el estado médico general de diferentes formas, ya que pueden influir sobre el curso de una enfermedad médica o interferir en su tratamiento y constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

Además, sugiere la existencia de evidencias razonables para establecer una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque generalmente, resulta difícil demostrar una causalidad directa o sus elementos subyacentes

Por consiguiente, la ansiedad y la depresión constituyen síntomas psicológicos que afectan el desarrollo y tratamiento de pacientes con cáncer

3.1 Ansiedad.

La ansiedad se define como un sentimiento de inquietud o miedo. Es una experiencia humana normal que, en su forma más sana, alerta al cuerpo, para que responda ante una amenaza. Sin embargo, la ansiedad intensa y prolongada es un trastorno que puede interferir en las relaciones y actividades cotidianas

“La ansiedad es en un principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas de supervivencia de las personas y a la vez es la reacción que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos”
(Fernández Abascal, 1997: 264)

Agudelo y colaboradores, (2007 34) citan a Lang (2002) quien señala, que la ansiedad es *“una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros”*

Por su parte, Beck y Emery (1985 193), se refiere a la misma como *“la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas”*

Para Lazarus (1976), la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

En términos generales, la ansiedad es un estado emocional, donde el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado y a su vez se causa una serie de síntomas físicos y psíquicos.

Como lo antes señalado en los conceptos, a la ansiedad se le considera una respuesta adaptativa si es proporcional a la amenaza y sólo dura mientras persiste el estímulo, de lo contrario se considera desadaptativa y por ende, constituye un problema.

Esta condición resulta difícil de considerar en pacientes oncológicos debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características de enfermedad grave, de larga evolución, de múltiples tratamientos y pronóstico incierto, suele mantener por un largo periodo una alteración sobre el rendimiento y adaptación del paciente, lo que resulta patológico.

3.1.1 Causas de la ansiedad.

La ansiedad, al igual que otros sentimientos como el placer, la alegría, tristeza, ira, rabia y calma, son fundamentales en la vida de las personas, regulan la interacción con los demás y ofrecen un sistema de alarma que, sirven para afrontar situaciones de peligro o riesgo.

Estas emociones, están controladas por circuitos neuronales del encéfalo. En el caso específico de la ansiedad, su experiencia incluye tres tipos de componentes (Goleman, 1996)

- Un componente cognoscitivo
- Respuestas autonómicas, endocrinas y esqueleto-motoras
- Representaciones subjetivas del estado emocional

Muchas personas, que padecen una enfermedad crónica, pueden experimentar ansiedad acompañada de miedos que se desencadenan a causa de las incertidumbres relacionadas con el diagnóstico de cáncer

En los pacientes con cáncer las causas de la ansiedad se deben principalmente al patrón cognitivo asociado al proceso de la enfermedad

El miedo a la muerte suele ser una preocupación principal. Entre otros miedos frecuentes se incluyen la posibilidad de que el cáncer reaparezca o se disemine después del tratamiento, experimentar efectos secundarios del tratamiento, perder el control sobre las decisiones de vida futuras, volverse dependiente de otras personas y que la dinámica de las relaciones cambie. También, problemas emocionales como la anticipación al sufrimiento propio y el de allegados, problemas sociales de tipo económico como pérdida del empleo o incapacidad laboral.

3.1.2 Síntomas de la ansiedad.

La característica esencial de este trastorno es un sentimiento de desazón y desasosiego generalizados y persistentes, que no están referidos a ninguna circunstancia ambiental en particular. La persona manifiesta estar siempre nervioso, así como de sentir temblores, tensión muscular, exceso de sudoración, mareos y vértigos, taquicardia, y molestias epigástricas.

Para que el trastorno de ansiedad sea diagnosticado como tal, la persona debe presentar síntomas de ansiedad casi todos los días durante varias semanas seguidas (Agudelo y colaboradores, 2007)

Los síntomas de la ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales según lo señalado por Maté y Hollesstein (2004)

- **Síntomas somáticos:** alteraciones del ritmo cardíaco, sensación de ahogo, disnea, presión torácica, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, inestabilidad, mareos, cefalea, tensión muscular, sudoración, escalofríos, sofocaciones, temblores, cansancio, dolor, pérdida de apetito, insomnio, disminución de la libido
- **Síntomas cognitivos:** pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento, miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás, sobre generalización, catastrofización, magnificación de los aspectos negativos y minimización de los aspectos positivos, abstracción selectiva, indefensión, pensamientos de culpa, desrealización, despersonalización, miedo a perder el control
- **Síntomas conductuales:** aislamiento social, evitación de los estímulos temidos, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud interna, agitación psicomotriz

La ansiedad se puede manifestar, en el momento del diagnóstico de la enfermedad o de la recidiva, cuando el paciente está esperando un nuevo tratamiento o durante el tratamiento y en los estadios avanzados o terminales (Ídem)

3.1.3 Tratamiento:

Es importante identificar y tratar la ansiedad debido a su alta prevalencia en pacientes oncológicos, a su capacidad para interferir en la calidad de vida de los mismos y porque puede disminuir sus capacidades para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo

El tratamiento para la ansiedad debe integrar medidas farmacológicas y psicoterapéuticas

- **Tratamiento farmacológico** están basadas en la administración de medicamentos, que actúan especialmente disminuyendo la ansiedad, controlando náuseas y vómitos condicionados a la quimioterapia, relajante muscular, sedación. Algunos de estos son
 - **Benzodiazepinas (ansiolíticos)**
 - **Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS)**
 - **Antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa (MAO)**

Estos medicamentos sólo son prescritos por un médico especialista, luego de una evaluación de los síntomas que presenta el/la paciente (Agudelo y colaboradores, 2007)

- **Psicoterapias** El empleo de la psicoterapia pretende conseguir que la persona utilice los aspectos emocionalmente correctivos para lograr un bienestar integral. Entre ellas
 - **Grupos psicoeducativos** El propósito de los grupos psicoeducativos es ofrecer conocimientos acerca de los psicofármacos, los síntomas premonitorios de nuevas crisis, técnicas de relajación, y métodos para convivir y tolerar mejor el estrés cotidiano.
 - **Psicoterapia cognitivo conductual** En éstas, el/la paciente aprende estrategias para reconocer los síntomas de ansiedad y las posibilidades para su modificación, técnicas de control de pensamientos y prevención de respuesta, resolución de conflictos, asertividad, entre otros aspectos. Aunado a las técnicas de relajación muscular progresiva y de respiración, relajación en imaginación, entrenamiento en comunicación asertiva, ventilación emocional, entre otros.

3.2 Depresión.

La depresión es un trastorno caracterizado por sentimientos como tristeza, apatía, culpa, desesperanza e irritabilidad que persiste en forma constante durante más de dos semanas y afecta negativamente las relaciones y actividades cotidianas de la persona

Navarro (1990 78), define la depresión como *“Una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió”*

Además, señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y actividades que antes disfrutaba. Igualmente dificulta las relaciones con los demás

Por su parte Katz, citado por Navarro (1990 77) define la depresión como *“ un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales ”*

Según declaraciones de la OMS (Febrero, 2013), se prevé que para el año 2020, esta patología será la causa más importante de incapacidad y muerte después de las enfermedades cardiovasculares

Depresión es una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es un estado anímico bajo. Los trastornos depresivos representan el grupo de trastornos más frecuentemente atendidos

La depresión es la mayor causa de discapacidad en los países desarrollados y será el principal motivo en todo el mundo en 2020, según la OMS (Goncalves E y colaboradores, 2008)

En pacientes con cáncer, la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional importante, que suele afectarle de manera global, es decir, a nivel físico, psicológico y social

Es frecuente, que pacientes oncológicos experimenten trastornos de estado de ánimo depresivo, sin embargo, muchas veces estos trastornos no son tratados, porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse comúnmente como reacciones normales a la enfermedad

3.2.1 Causas de la depresión.

Entre las principales causas de la depresión podemos encontrar tanto factores genéticos, fisiológicos, personales como ambientales (Carroll y colaboradores, 1993)

- **Factores genéticos** presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión
- **Factores fisiológicos:** La aparición y cronificación de la depresión se ha relacionado especialmente con un descenso de los niveles de serotonina a nivel de las uniones neuronales
- **Factores personales:** El sexo Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres La edad también, es un factor influyente, y la franja comprendida entre los 35 y los 45 años es la de mayor incidencia de depresiones El embarazo y el posparto son etapas vitales de la mujer con un mayor riesgo de aparición de depresión debido a las alteraciones hormonales sufridas
- **Factores ambientales:** Se consideran factores potenciadores de la aparición de este trastorno todos aquellos que son negativos para el sujeto en cualquiera de sus ámbitos personales (laboral, familiar, de salud, otro)

En este sentido, en las personas con cáncer, la depresión es más frecuente, ya que a menudo luchan para sobrellevar la incertidumbre, el miedo, el sufrimiento, los cambios físicos, los desafíos relacionados con el tratamiento, los cambios en las relaciones y las cargas económicas

Además, algunos tratamientos contra el cáncer pueden provocar cambios en el sueño y el estado de ánimo, lo que contribuye a que se genere depresión o hace que la depresión empeore

Aunque, la depresión es más frecuente entre las personas con cáncer, no debe considerarse como una parte aceptable de la vida con cáncer. Es importante identificarla y luego controlarla para mejorar la calidad de vida durante el proceso del cáncer

3.2.2 Síntomas de la depresión.

Diversos organismos han establecido, en función de la presencia de determinados signos clínicos, la clasificación de la depresión. Los más usados a nivel clínico y de investigación son los reflejados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

De acuerdo con, la clasificación de la CIE-10 se emplea un listado compuesto por diez síntomas depresivos generales para su diagnóstico, y otro listado más amplio para la clasificación del episodio como leve, moderado o grave (con presencia o ausencia de síntomas psicóticos)

De forma general, **deben existir al menos dos de estos tres síntomas** típicos de la depresión como

- (1) Animo o humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante,
- (2) perdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras,

(3) aumento de la capacidad de fatiga, o pérdida de la vitalidad habitual

La CIE-10 (2003) establece que un episodio depresivo se diagnostica a través de los siguientes parámetros

- 1 Estado de ánimo depresivo, de duración no inferior a dos semanas**
- 2 Situación no atribuible al empleo de sustancias psicoactivas o a la presencia de algun trastorno mental orgánico**
- 3 Presencia de síndrome somático en otras clasificaciones se denominan “síntomas melancólicos” o “síntomas endogenomorfos” Algunos de estos son**
 - Disminución o desaparición del interés y la capacidad de disfrute por las cosas que anteriormente resultaban placenteras
 - Ausencia de respuestas emocionales ante eventos que, generalmente, suelen desencadenar reacciones
 - Alteraciones del sueño es especialmente frecuente la incapacidad de conciliar el sueño (insomnio de conciliación), la de mantenerlo durante más de dos horas consecutivas (insomnio de mantenimiento), o despertarse al menos dos horas antes de la hora prevista
 - Empeoramiento progresivo durante el día del humor depresivo
 - Aparición de lentitud en las funciones motoras o agitación
 - Disminución marcada del apetito
 - Disminución del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito) de al menos un 5% en el último mes evaluado
 - Disminución marcada o ausencia de apetito sexual
 - Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo Sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo
 - Auto-reproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada
 - Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas
 - Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento Suele acompañarse de falta de decisión

3.2.3 Tratamientos para la depresión.

Por medio de diversos estudios, como los anteriormente señalados, se ha demostrado que la psicoterapia es efectiva en el tratamiento de la depresión, este tipo de intervención terapéutica también se emplea combinada con el tratamiento farmacológico, en caso de que él o la paciente lo ameriten

- **Tratamiento farmacológico de la depresión.**

De forma general, el tratamiento farmacológico de la depresión se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En pacientes diagnosticados de depresión leve no se suele recurrir a terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo (Espino, 2006)

Los tratamientos psicofarmacológicos son prescritos cuando el médico los considera necesario de acuerdo a la sintomatología de cada paciente, alguno de los principales fármacos son

- Los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) que corresponden a los antidepresivos de primera elección para pacientes oncológicos debido a que tienen pocos efectos autonómicos secundarios
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) se usan cuando predomina los síntomas de insomnio, pérdida de apetito y ansiedad
- Los psicoestimulantes (dextroanfetamina, metilfenidato) empleados para disminuir la fatiga, aumentar el sentido de bienestar y estimular el apetito

- **Tratamiento psicoterapéutico para la depresión.**

Según lo señalado por Navarro Arias (1990), las terapias psicológicas que se emplean con mayor frecuencia por su carácter específico son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP)