

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA



Afectividad en un grupo de adolescentes diagnosticados
con leucemia a través del Psicodiagnóstico de Rorschach

Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica, presentada por:

Viviana Martha Florián Drinot

Lima

2006

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a mi asesora, la Lic. Lourdes Ruda, por su gran compromiso, paciencia y dedicación en la elaboración del trabajo. Le agradezco sus comentarios y experiencia, sin su rigurosidad el producto final no hubiera sido el mismo. A Arturo Calderón, por su importante asesoría estadística y recomendaciones en la elaboración de los resultados.

También quiero agradecer a la Dra. Matilde Ráez, por su calidez y valiosa experiencia compartida sobre el Psicodiagnóstico de Rorschach. A la Lic. Lupe Jara, por su importante y desinteresada asesoría y el tiempo que dedicó a este trabajo. A las Lic. Sylvia Rivera, Marcela Cornejo y Mónica Iza por contribuir con sus comentarios y amplio conocimiento en la corrección de los protocolos.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por el apoyo recibido en la realización de esta investigación, en especial al Dr. Casanova, Jefe del Departamento de Medicina, por su valioso aporte en la parte médica; así como al Dr. Antonio Wachtel, Jefe del Departamento de Pediatría, por su interminable paciencia y por brindarme las facilidades necesarias para llevar a cabo la evaluación. Al equipo de psicología del INEN, en especial a Giovanna y José, por su desinteresado apoyo y dar muestra de gran tolerancia durante la elaboración de la investigación. Un agradecimiento especial a los adolescentes del INEN, quienes son la fuente de inspiración de este trabajo.

Quiero agradecer a las personas que de una u otra manera colaboraron en la elaboración de esta investigación, en especial a Mapi, Daniella y Alvaro. Finalmente, muchas gracias a mis padres, por su apoyo incondicional durante todo este proceso, y a mis hermanas, Lorena y Ximena, porque siempre han estado a mi lado.

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	I
Capítulo 1	
Afectividad en adolescentes con leucemia	1
<i>1. Concepto de afecto a la luz del proceso de desarrollo</i>	1
<i>1.1. Desarrollo de los afectos en el adolescente</i>	5
<i>2. Evaluación de la afectividad según el Sistema Comprehensivo de Exner</i>	8
<i>2.1. El Sistema Comprehensivo de Exner en la evaluación del adolescente</i>	11
<i>3. Leucemias en adolescentes: Características, tratamiento y pronóstico</i>	12
<i>4. Influencia del cáncer en el desarrollo del adolescente</i>	17
<i>4.1. Afectos en el paciente adolescente oncológico</i>	22
<i>5. Planteamiento del problema</i>	26
Capítulo 2	
Metodología	28
<i>1. Participantes</i>	28
<i>2. Instrumentos</i>	32
<i>3. Procedimiento</i>	40
Capítulo 3	
Resultados	42

Capítulo 4	
Discusión	69
Capítulo 5	
Conclusiones	85
Referencias Bibliográficas	87
Anexos	98



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa única, donde el sujeto debe prepararse para la adultez. En esta etapa, el desarrollo del ser humano está caracterizado por un crecimiento físico, sexual y cognitivo acelerado (Erikson, 1976; Carvajal, 1993). Esta serie de cambios complejiza las tareas del desarrollo y supone una reevaluación del sujeto, produciendo una situación de desequilibrio y crisis durante el duelo que implica el paso de la infancia a la adultez. Este es el momento en el que se consolida la autoestima, se establece la autonomía y una imagen adecuada de sí mismo. El adolescente se enfrenta a las transformaciones propias de la etapa envuelto en un abanico de emociones contradictorias, cambios de humor frecuentes y una fuerte labilidad emocional, lo que lo confunde y coloca en una posición vulnerable.

Al combinar estos factores con una enfermedad crónica de alto riesgo como el cáncer, el adolescente se ve obligado a enfrentar una serie de retos y desafíos diferentes a los que su periodo de desarrollo le exige, aumentando la dificultad de esta etapa (Die Trill, 2000). Tener que afrontar la hospitalización, aprender a sobrellevar los tratamientos y lidiar con la posibilidad de muerte -aunque sea simplemente un temor- son algunas de las exigencias de un adolescente con cáncer.

Los cambios drásticos ocurridos a partir del diagnóstico afectan diferentes aspectos psicológicos del paciente, que es alejado bruscamente de sus padres, su

colegio, sus amigos y muchas veces -en el caso del Perú- de su ciudad natal, siendo sometido a diversos procedimientos invasivos, dolorosos e incómodos. A los cambios físicos y mentales propios de la adolescencia se suman las exigencias del medio en el que se desenvuelve un paciente con cáncer, por lo que el adolescente se enfrenta a la enfermedad con gran ansiedad, temor y desconfianza (Die Trill, 2000; García, 2000; Massie, Spiegel, Lederberg & Holland, 1996; Pfefferbaum, 1990).

Lo mencionado anteriormente nos plantea el reto y la responsabilidad que implica el trabajar con este tipo de población. A partir del trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y de la observación de pacientes del área de adolescentes nació el interés por trabajar en este tema, que ha sido poco investigado en nuestro país. A pesar del incremento de las investigaciones dedicadas al impacto del cáncer sobre el funcionamiento psicológico y social de los pacientes, en el Perú los trabajos dedicados a los adolescentes con cáncer son escasos, por lo que se hace necesario profundizar en los aspectos psicológicos -y particularmente en los afectos- de estos adolescentes.

El manejo de las emociones generadas por el diagnóstico y tratamiento ayuda al paciente a mejorar su calidad de vida, determinando la capacidad del adolescente para adaptarse posteriormente al regreso a la escuela, mantener relaciones interpersonales y conservar los sistemas de soporte social (Clark, Ichinosse, Maseck-Bushey, Perez, Hall, Gibertini & Crowe, 1992; Ritchie, 2001). Teniendo claridad respecto a los afectos de estos adolescentes se podrá optimizar los métodos de intervención psicológica con la finalidad de hacer que el adolescente pueda descubrir maneras efectivas de alcanzar su máximo potencial y regular de manera favorable sus estados afectivos en un momento particularmente difícil por la convergencia de la enfermedad y la etapa de vida en la que

se encuentran. Consideramos que esta investigación puede ser utilizada como base para desarrollar programas de intervención que busquen abordar los efectos psicosociales del cáncer en el adolescente, ya que al identificar cómo es la afectividad de estos adolescentes podemos tener un mejor alcance respecto a la vivencia que el sujeto tiene de su enfermedad y tratamiento.

A partir de lo anterior se nos plantea el problema de conocer cómo es la afectividad de un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia. Para ello buscamos identificar las semejanzas y diferencias de los afectos entre un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia y un grupo de adolescentes no pacientes. Como objetivo general se plantea explorar y describir la afectividad de un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia que se encuentran en pleno proceso de recuperación a su enfermedad y que tienen que afrontar las diversas situaciones que implica el tratamiento.

Para responder a la pregunta de investigación, este trabajo se inicia con la revisión teórica de los aspectos psicológicos y los afectos de los adolescentes en general y de los adolescentes con leucemia en particular, enfatizando en la aproximación y evaluación de la afectividad propuesta por el Sistema Comprehensivo de Exner (1994). En el segundo capítulo se desarrolla la propuesta metodológica, que define la presente investigación como no experimental, descriptiva y transeccional (Hernández, Fernández & Baptista, 1998). El grupo de estudio está compuesto por 10 adolescentes entre 14 y 17 años de edad, de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, diagnosticados con leucemia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Se hace uso de un grupo de comparación compuesto por 10 adolescentes sin cáncer y que poseen características sociodemográficas similares al grupo de estudio. Los instrumentos

seleccionados para objetivos de este trabajo son el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner (1994) y la ficha de datos sociodemográficos.

Los resultados obtenidos sugieren que a pesar de que la enfermedad puede inhibir el proceso de desarrollo de los adolescentes que la padecen, disminuyendo su producción y volviéndolos más reprimidos y negadores a nivel afectivo, los adolescentes con leucemia han encontrado como recurso saludable para afrontar la enfermedad la apertura hacia la solidaridad, formándose grupos sociales que les dan a estos sujetos el soporte emocional necesario durante los años de tratamiento contra la enfermedad, particularmente cuando tienen mayor tiempo de tratamiento.

Consideramos que, a pesar de las limitaciones de nuestro estudio -debido a las características específicas de nuestra población, el número pequeño de la muestra y la alta defensividad encontrada en los protocolos-, con el presente trabajo se abren nuevos cuestionamientos que permitirán enriquecer la investigación en Psicooncología y Rorschach, con la finalidad de optimizar los métodos de intervención psicológica en los pacientes con cáncer.

CAPÍTULO 1

AFECTIVIDAD EN ADOLESCENTES CON LEUCEMIA

Las preguntas acerca de la naturaleza y el funcionamiento de los afectos en la vida psíquica han sido objeto de estudio durante varias décadas. La elección de una definición particular del *afecto* depende de la orientación teórica del autor, lo que genera confusión con respecto al constructo. Cuando nos referimos a los afectos encontramos una serie de teorías que hacen uso de términos como “afectos”, “emociones” y “sentimientos” indistintamente, aumentando la imprecisión del concepto.

Para fines de la presente investigación buscaremos eliminar algunas de las imprecisiones conceptuales, diferenciando el término afecto de las emociones y sentimientos, tomando en cuenta la perspectiva psicoanalítica de las teorías del afecto. Para ello tomaremos como definición principal de nuestro constructo la señalada por Tyson y Tyson (2000), quienes concluyen que el afecto es una “estructura mental que posee componentes motivacionales, somáticos, expresivos, comunicativos y emocionales o de sentimientos, al igual que un componente cognitivo o idea asociada” (p.153). Los términos “emociones” o “sentimientos” -utilizados por los autores como sinónimos- estarán referidos a los aspectos conductuales o más propios de la experiencia de los afectos, es decir, sólo son una parte de esta estructura compleja.

1. Concepto de afecto a la luz del proceso de desarrollo

La comprensión psicoanalítica contemporánea del afecto toma como punto de partida las afirmaciones de Freud (1926), quien considera que los afectos están relacionados a los impulsos y el funcionamiento del yo y que son concebidos

conjuntamente con las relaciones de objeto (Tyson & Tyson, 2000). Actualmente las teorías psicoanalíticas se ocupan del significado intrapsíquico y la experiencia del afecto en su relación con uno o más de los aspectos mencionados anteriormente, ya que es en virtud de estas relaciones que los afectos pasan a tener un significado especial para cada individuo a lo largo del desarrollo. A pesar de que persisten los problemas con respecto a la teorización de los afectos, intentaremos disminuir las ambigüedades citando a algunos autores que aportan a la comprensión de nuestro constructo desde el punto de vista del desarrollo.

Tyson y Tyson (2000) nos proporcionan un acercamiento a la evolución del afecto durante el desarrollo. Estos autores señalan que la capacidad del recién nacido para expresar sus emociones a través del llanto u otras expresiones faciales es parte de los patrones de comportamiento innatos pero que el significado psicológico que se asocia a estas expresiones se adquiere gradualmente. Para ellos, las “expresiones emocionales” (como el llanto, la sonrisa, etc.) del recién nacido son útiles en tanto logran involucrar a la persona que asume el cuidado del niño (Bowlby, 1969; Rycroft, 1968; Wolf, 1959) a fin de que pueda establecerse una *reciprocidad* afectiva entre la madre y el niño a través del diálogo interactivo. El concepto de reciprocidad de madre-niño de Spitz (1962, 1963) nos permite comprender más claramente lo planteado por estos autores, ya que esta teoría nos señala que es la comunicación no verbal y la doble vía que constituye el diálogo afectivo madre-niño lo que provee la base para el establecimiento de las relaciones de objeto y el desarrollo del sentido del self.

Durante el desarrollo, el niño pequeño enlaza gradualmente las manifestaciones expresivas de placer y displacer con la satisfacción o frustración de sus necesidades de apetito y bienestar, para luego asociar la satisfacción de estas necesidades con la

presencia de la persona que está encargada de su cuidado (Tyson & Tyson, 2000). Es la conjunción de estos factores (necesidad de satisfacción, presencia de la persona que le proporciona cuidado maternal y sentimientos de placer) la que pasa a tener un significado psicológico de afecto para el niño. Tyson y Tyson señalan que -según las observaciones de McDevitt (1975) y Nachman & Stern (1984)- para que puedan conjugarse estos tres factores es necesaria la presencia de un sistema de “memoria afectiva”, dada alrededor de los siete meses, que promueva la evocación de la figura de la madre. Con la adquisición de este tipo de memoria y posteriormente con la aparición de la “desazón frente a los desconocidos” -respuesta aversiva del niño frente a un extraño y acto de replegarse hacia la persona familiar-, las respuestas de la madre asumen una nueva utilidad y significado para el niño, pues le brindan información emocional cuando se enfrenta a situaciones desconocidas. Entonces, el niño hará uso de la expresión afectiva de la madre como indicador de su apreciación de la seguridad o el peligro de la situación, siendo la señal afectiva de la madre la que orientará el comportamiento del bebé (Emde & Sorce, 1983, Tyson & Tyson, 2000).

Como se ha visto, a medida que se desarrolla, el niño va mostrando gradualmente una mayor cantidad de “patrones de comportamiento afectivo” diferenciado y más “expresiones emocionales” a través de las cuales obtiene respuestas del ambiente (madre o cuidador). Sin embargo, sus expresiones afectivas todavía no le permiten una adaptación al mundo orientada hacia la realidad e independiente de su madre, quien funciona como yo auxiliar frente a las situaciones desconocidas. Tyson y Tyson (2000) consideran que cuando el niño comienza a ser capaz de representar ideas y recuerdos mentalmente, empieza a asociar gradualmente las respuestas afectivas y su contraparte fisiológica con ideas y fantasías. Esta conexión de los patrones de respuestas afectivas con recuerdos e ideas es lo que hace que el afecto se convierta en una

experiencia psicológica. Una vez que el sentimiento queda ligado a una idea puede ser verbalizado y es más fácilmente reconocido y regulado. Para estos autores el uso del afecto como señal -motivadora de la acción- aparece cuando el niño ha logrado internalizar e identificarse con las funciones reguladoras y organizadoras de la madre ante su despliegue emocional, es decir, el afecto como señal aparece conjuntamente y en relación a la constancia del objeto libidinal. Cuando el niño tenga que superar la sensación de desamparo ante la ausencia de la madre, necesitará de la “presencia interna” de la madre al mismo tiempo que de sus funciones de regulación y mantenimiento de seguridad. En otras palabras, la función que cumplía el objeto de responder a las señales afectivas mediante actividades reguladoras y organizadoras pasa a ser desempeñada por el yo del niño y en consecuencia, permite que el niño sea capaz de reconocer sus propios estados afectivos, utilizarlos como señales y responder con actividades de protección, regulación y organización propias.

Como se mencionó anteriormente, a lo largo del desarrollo el niño adquiere el significado psicológico de los afectos, estableciendo una estructura mental con componentes motivacionales, expresivos, comunicativos e ideas asociadas. Entonces, al referirnos a los afectos, se hace evidente la importancia de tomar en cuenta el nivel de desarrollo del sujeto, puesto que el manejo de las emociones se relaciona con la maduración de los elementos cognitivos y el consecuente logro de un control adecuado de los impulsos (Carvajal, 1993; Exner & Sendín, 1998; Tyson & Tyson, 2000), es decir, un adulto es capaz de manejar y dirigir los afectos con mayor facilidad y eficacia que un niño en tanto ha logrado que el afecto trascienda el nivel de un mero despliegue emotivo para convertirse en una experiencia psicológica, ligando así el sentimiento a una idea, pudiendo verbalizarlo y, por consiguiente, regularlo.

1.1. Desarrollo de los afectos en el adolescente

La adolescencia constituye un periodo de desarrollo acelerado y caótico durante el cual los individuos luchan por desarrollar una identidad propia y una autoimagen, por ser independientes, por adaptarse y hacerse cargo de su sexualidad y de los cambios que se producen en su cuerpo, por establecer relaciones sociales y por planificar el futuro (Erikson, 1976). Es un periodo de transformaciones aceleradas a nivel biológico y psicosocial, es un proceso de crisis y desequilibrio -producida por las innumerables fuerzas que se ponen en juego- y es un momento de duelo, en el que el adolescente debe elaborar la pérdida de la infancia para incorporarse progresivamente a la adultez. Estos cambios y transformaciones abruptas responden, a decir de Carvajal (1993), a una crisis a tres niveles: crisis de identidad, crisis de autoridad y crisis sexual. Este proceso de desequilibrio y reestructuración trae consigo cambios de humor impredecibles e incontrolables (Tyson & Tyson, 2000).

Para un análisis más detallado de los afectos en el adolescente se hace necesario delimitar el desarrollo físico, cognitivo y emocional de esta etapa. Para fines de esta investigación tomaremos en cuenta las clasificaciones de Carvajal (1993), quien divide la adolescencia en tres etapas: puberal, nuclear y juvenil, señalando en cada una de ellas características específicas en la maduración física y cognitiva del sujeto y diferencias en el desarrollo de los afectos. Para este autor, es en la etapa puberal donde se da comienzo al proceso de la adolescencia, siendo en la etapa nuclear donde se instalan definitivamente las características propias del adolescente y la etapa juvenil donde se logra finalmente un comportamiento similar al adulto.

Tyson y Tyson (2000) señalan que el periodo puberal está caracterizado por una inquietud difusa, regresión e inestabilidad en el humor y el temperamento, durante el

cual los afectos y el comportamiento se vuelven impredecibles. Estos autores consideran que prácticamente de forma universal se observa un aumento de los impulsos, de la labilidad afectiva, fluctuaciones de humor y cierto grado de aspereza y defensividad, lo que hace evidente el estrés psíquico de este proceso.

Durante esta etapa, y a raíz del aumento de la carga de los impulsos, se activa un proceso de reorganización interna del sujeto en el cual la carga emocional se dirige al “íntimo amigo” -objeto especular e imagen narcisista del sujeto- lo cual le permite al adolescente lidiar con los cambios físicos y hormonales propios de esta etapa (Carvajal, 1993). Para el adolescente puberal el cuerpo es depositario de afectos, en esta etapa se establecen luchas narcisistas en relación a los rápidos y continuos cambios corporales, generándose reacciones afectivas que oscilan entre el orgullo y el regocijo y la vergüenza y el sentimiento de inferioridad (Tyson & Tyson, 2000).

En la etapa nuclear la posición defensiva ante el entorno, la labilidad afectiva e inestabilidad en el humor continúan siendo características, aunque -con el desarrollo de las habilidades cognitivas- se facilita la conciencia del sujeto sobre los afectos, logrando así un mayor control de los mismos (Tyson & Tyson, 2000). La intensidad afectiva se redirige del íntimo amigo hacia el grupo, generándose una necesidad y dependencia de los pares (Carvajal, 1993). La omnipotencia grupal y la rebelión aparecen como las emociones más intensas de esta etapa, intensificando la ruptura normativa y la posición “anti-adulto”. Erikson (1976) señala que la formación de grupos y pandillas permiten al adolescente soportar las dificultades de la etapa y poner a prueba su capacidad para la fidelidad, ayudándose unos a otros de manera temporal contra la confusión en el sentimiento de identidad. De manera simultánea se da inicio a la etapa de enamoramiento, aumentando el estrés psíquico de esta etapa y cargando la sexualidad

del adolescente de muchas paradojas y contradicciones que le generan ansiedad y confusión (Carvajal, 1993).

En la etapa juvenil se alcanza la estabilidad de la identidad y surge una personalidad adulta integrada. Esto implica una mayor estabilidad en el humor y un dominio de los impulsos instintivos relativamente libre de las fuerzas del ambiente, aunque no es indiferente a ellas (Carvajal, 1993; Erikson, 1976). Con el uso de estos recursos, el adolescente juvenil se encontrará en camino a lograr una autorregulación y control adulto de los afectos y su respuesta a ellos. Carvajal (1993) señala que el adolescente juvenil renuncia a su identidad grupal y comienza un proceso de ruptura a veces dolorosa con el grupo, lo que le produce molestia, sensación de soledad y sentimientos de culpa. Para este autor la dosis de narcisismo sigue siendo alta y la elección de la pareja es aún de idealización, enamoramiento e intensa auto-complacencia, generando celos y temor a perder el objeto. En este periodo el grado de fortaleza yoica de cada individuo decidirá si los afectos resultarán abrumadores o tendrán la función de señal, necesaria para una adecuada adaptación al medio (Tyson & Tyson, 2000).

Como se ha visto, durante la adolescencia los afectos tienden a ser lábiles, lo cual hace necesaria una variedad de defensas para enfrentar los cambios continuos de humor. Tyson y Tyson (2000) señalan que la conexión entre los afectos y el humor es un área que muestra cierta ambigüedad, sin embargo, intentan definir el humor como un estado afectivo complejo relativamente duradero que, según Weinschel (1970), estaría relacionado con recuerdos de eventos ocurridos tempranamente. En este sentido, cuando ciertas experiencias despiertan recuerdos tempranos, el estado temprano del yo resulta movilizado bajo un humor determinado, lo que condiciona la respuesta. El humor sería

entonces parte de la compleja estructura mental que son los afectos. Estos autores establecen que las oscilaciones de humor están particularmente relacionadas con la organización del yo y superyó durante la adolescencia, por lo que consideran que -al igual que los afectos- éstas podrían cumplir la función de señal, ser persistentes y desorganizar el funcionamiento del yo.

El proceso de desarrollo del adolescente permite que las emociones puedan ser más controladas y menos violentas en intensidad, al mismo tiempo que los elementos cognitivos se vuelven más fuertes y organizados (Exner & Sendín, 1998; Exner & Weiner, 1982; Tyson & Tyson, 2000). Por naturaleza, en el adolescente se darán fluctuaciones afectivas intensas que van entre el regocijo y la depresión, el narcisismo y el odio a sí mismo, el amor y el odio –generalmente dirigido hacia el mismo objeto-, entre el enamoramiento apasionado y devoción hacia la pareja y la fría indiferencia. El grado de ansiedad generado por estas fluctuaciones afectivas dependerá de la fortaleza del yo en relación a las presiones de los impulsos, del superyó y del mundo externo (Freud, 1926; Tyson & Tyson, 2000).

2. Evaluación de la afectividad según el Sistema Comprehensivo de Exner

Durante los años 70 se dieron las primeras aproximaciones que constituirían el Sistema Comprehensivo de Exner. Esta nueva aproximación teórica a la prueba consistía en integrar lo mejor de los modelos o sistemas Rorschach preexistentes a la vez que se añadían algunas variables nuevas y hallazgos que habían obtenido confirmación en la literatura (Exner, 2000). El objetivo era poner en marcha un enfoque del test que tuviera una base empírica sólida que pudiera aprenderse con facilidad y que se pudiera aplicar de un modo estandarizado.

Para Exner y Sendín (1998) los afectos representan los elementos más complejos, móviles e inasequibles del psiquismo humano. Estos autores consideran que los afectos -que no se rigen por leyes lógicas o comprensibles- son los que aportan el dinamismo necesario para el funcionamiento mental, impregnan toda actividad psicológica y se articulan con la ideación del sujeto. El Sistema Comprehensivo realiza una división artificial y esquemática entre los aspectos cognitivos y los afectivos para poder facilitar su estudio, sin embargo, Exner (1994) señala que al hablar del funcionamiento del sujeto y la complejidad del trabajo mental, cognición y afecto son aspectos absolutamente inseparables, que están constantemente interactuando e influyéndose mutuamente. Concluye entonces, que los afectos intervienen de manera esencial en cualquier actividad psíquica y conducta humanas, influyendo en la formulación de los juicios y la toma de decisiones.

En líneas generales, la agrupación de la afectividad del Sistema Comprehensivo supone la integración de diversos factores relacionados a (1) la influencia de las emociones en la actividad psicológica, (2) la expresión emocional, (3) el grado de modulación y descarga afectiva (intensidad del afecto), (4) las necesidades de cercanía y contacto, (5) la organización de las emociones en el procesamiento de la realidad, (6) la existencia de conflictos emocionales y (7) las respuestas del sujeto a los estímulos emocionales.

Según M. Ráez, si bien se espera que la mayoría de estos signos sean muestra de los afectos estructurales del sujeto, para poder identificar la influencia de la situación actual en la afectividad del sujeto se debe tener en cuenta la combinación de signos de Afectividad del Rorschach con los signos referidos al Estrés Situacional (puntuaciones D y D Ajustada y las variables m, Y y T) (comunicación personal, 13 de junio del

2005). Exner y Sendín (1998) señalan -al referirse a la combinación de estos signos- que si la experiencia estresante adquiere mayor importancia y no puede resolverse en breve tiempo, las vivencias de impotencia resultantes provocarán una sobrecarga emocional significativa, que influirá notablemente en el funcionamiento del individuo.

El estudio de la afectividad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach ha sido objeto de investigación de diversos autores (Bridges, Wilson & Gacono, 1998; Elfhag, Barkeling, Carlsson & Rössner, 2003; Gacono, Meloy & Berg, 1992; Tibon & Blumberg, 2000), quienes han encontrado resultados interesantes en poblaciones tan diferentes como las de estudiantes, obesos y reclusos. Estas investigaciones ejemplifican la aproximación actual al estudio de los afectos a través del Psicodiagnóstico de Rorschach.

En el campo de la afectividad, Tibon y Blumberg (2000) utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach tomaron el indicador de Proporción Afectiva (Afr) para la interpretación de la afectividad en estudiantes israelitas. Estos investigadores se centraron en registrar y comparar la frecuencia de respuestas a las láminas de color (consideradas como un estímulo emocional) con el número de respuestas dadas en las láminas acromáticas (negras). En otra línea de investigación Bridges, Wilson y Gacono (1998), utilizando el mismo instrumento, estudiaron “los estados afectivos, la autopercepción y las respuestas defensivas” de 60 reclusos diagnosticados como pedofílicos y 60 reclusos sin este diagnóstico, dándoles especial importancia -para señalar dificultad en la modulación de los afectos- a los indicadores de Proporción Afectiva (Afr), Índice de Intelectualización (2AB+Art+Ay), Índice de Depresión (DEPI), Respuestas de Espacio en Blanco (S) y Respuestas de Color y Sombreado (Col-Shd). Elfhag et al. (2003) también aportan al estudio de la afectividad a través del

Psicodiagnóstico de Rorschach al investigar “los aspectos de personalidad” relacionados a los hábitos alimenticios de 32 personas obesas. Los investigadores señalan los indicadores más relevantes de la personalidad del grupo de estudio, encontrando diferencias significativas en el área de Afectividad, para la que consideraron relevantes los indicadores de “Proporción Afectiva” (Afr) y el número de respuestas de estrés (D).

Las investigaciones mencionadas anteriormente establecen la efectividad del uso del Psicodiagnóstico de Rorschach para el estudio de la Afectividad y sus indicadores en poblaciones adultas diferentes.

2.1. El Sistema Comprehensivo de Exner en la evaluación del adolescente

Los principios de interpretación del Rorschach son utilizados de igual manera en cualquier grupo de edad (Exner & Weiner, 1982). Sin embargo, existen diversas consideraciones clínicas que se deben tomar en cuenta para la interpretación de los protocolos de niños y adolescentes.

Exner y Weiner (1982) señalan cuatro factores básicos que influyen en las respuestas del niño y del adolescente y que deben ser considerados: (1) la naturaleza del estímulo por sí misma puede guiar al sujeto a clasificar una mancha de cierto modo, hay algunas respuestas claramente comunes y típicas basadas en las características específicas de las manchas, (2) las respuestas pueden ser influidas por el interés de formar una impresión particular, la cual puede conducir a la censura de alguna respuesta de una manera socialmente deseable, (3) las respuestas son influenciadas por rasgos de personalidad que predisponen a una persona para percibir las manchas de manera idiosincrática, (4) las respuestas son en parte una función de los estados psicológicos situacionales que afectan la percepción de la persona respecto al examen. Además, estos

autores indican que el Índice de Egocentrismo constituye una diferencia fundamental en los protocolos adolescentes, ya que la tendencia a permanecer centrados en sí mismos es característica de esta etapa de desarrollo.

Por otro lado, Raush de Traubenberg, Bloch-Lainé, Duplant, Martin y Poggionovo (1993) estudiaron lámina por lámina las respuestas de 73 casos de jóvenes de 16 a 19 años, centrando su análisis en los contenidos propios de temáticas adolescentes. Estos autores encontraron que los factores de contenido más importantes eran la expresión pulsional, la agresividad, imágenes del cuerpo, temática sexual, narcisismo, angustia, depresión y mecanismos de defensa.

La interpretación del Rorschach adolescente proporciona un cuadro útil y válido de las operaciones y la organización psicológica del sujeto, que se elabora mediante la combinación de elementos nomotéticos e idiográficos de tal manera que se resalta la especificidad del sujeto (Exner, 1998). Los datos del test convergen en una organización y un proceso interno, por lo que su mayor aporte es descriptivo, ilustrando cómo es el sujeto en ese momento. Esta característica particular de la prueba se suma al hecho de que es un instrumento poco intrusivo y amenazante para los sujetos, permitiendo que los investigadores hagan uso del Psicodiagnóstico de Rorschach para el estudio de poblaciones que se encuentran cursando por una crisis intensa, como sería en el caso de pacientes oncológicos (Georgoff, 1991; García, 2000; Harkness, Shields & Rousseau, 2003).

3. Leucemias en adolescentes: Características, tratamiento y pronóstico

El cáncer es el crecimiento de tejidos producidos por la proliferación continua de células anormales, que tienen la capacidad de invadir y destruir otros tejidos. Puede originarse en cualquier tipo de célula o tejido corporal y se clasifica en función del

tejido y célula de origen (Lesko, 1990). La leucemia es un tipo de cáncer que se origina en la médula ósea, donde una célula madre -capaz de autorrenovarse indefinidamente- se reproduce en su estado poco diferenciado e inmaduro, escapando al normal control que rige el crecimiento celular.

Este fenómeno impide el desarrollo de las células progenitoras de la sangre y produce en el organismo una falta de glóbulos rojos y plaquetas (Lozano, 2002). Esta enfermedad afecta los tejidos de las células sanguíneas e implica la destrucción del sistema de defensa de la sangre, dejando al organismo expuesto a toda clase de virus y bacterias. El paciente con leucemia se encuentra generalmente inmunosuprimido, es decir, con las defensas bajas o sin ellas, lo que hace que el sujeto se encuentre completamente vulnerable a cualquier amenaza del ambiente (Pui, 1996).

Para establecer el diagnóstico y el pronóstico del paciente y poder determinar el plan terapéutico más eficaz se realiza un estudio de las diferencias en la expresión de los antígenos de las superficies de las membranas o de los componentes citoplasmáticos lo que permite identificar y clasificar la enfermedad según su origen celular y su estadio de diferenciación (Pui, 1996). Las leucemias se clasifican en leucemias agudas y crónicas, siendo las leucemias agudas el tipo de leucemia más común en los adolescentes. Las leucemias agudas son clasificadas en linfoides (LLA) y no linfoides o mieloides (LMA) según el tipo de aberración de la célula hematopoyética observada en los exámenes de médula ósea (Jeha & Kantarjian, 2002; Lozano, 2002; Nachman, 2002; Pui, 1996).

En el caso de las LLA los factores pronósticos están bien diferenciados, pudiéndose establecer el riesgo que posee el paciente de tener una recaída. El factor pronóstico más importante es el recuento leucocitario inicial (a mayor recuento leucocitario peor pronóstico), teniendo como factores adicionales de mal pronóstico la

edad del paciente (cuanto mayor es el paciente peor pronóstico), las anomalías cromosómicas, la pertenencia a un grupo socioeconómico bajo y el sexo masculino (Behm, 2002; Jeha & Kantarjian, 2002; Pui, 1996). Al referirnos a adolescentes con LLA, el rango de remisión más alto (91%) se encuentra en los sujetos entre 11 y 15 años de edad (Jeha & Kantarjian, 2002).

En el caso de las LMA, diversos autores señalan que es el tipo de leucemia más agresivo (Behm, 2002; Creutzig, 2002; Lozano, 2002; Ludwig, Haferlach & Schoch, 2002; Pui, 1996), pues la proliferación de células hematopoyéticas es más acelerada y la enfermedad suele resistirse a los tratamientos con quimioterapia convencional, por lo que normalmente se intenta un enfoque terapéutico alternativo como el trasplante de médula ósea. En líneas generales las LMA suelen tener un pobre pronóstico, sin embargo, se sabe que el pronóstico del paciente se relaciona al sub-tipo de LMA, siendo las LMA subtipo M0 las que tienen un peor pronóstico y las LMA subtipo M3 las que tienen un mejor pronóstico dentro de las leucemias mieloides (Solidoro, 2005).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) del total de casos diagnosticados con cáncer anualmente, aproximadamente el 8% corresponde a personas menores de 19 años (Agreda & Alarcón, 2004). Datos estadísticos recientemente publicados indican que en el 2002 se diagnosticaron un total de 49 casos de leucemia en los pacientes entre 15 y 19 años, encontrando un mayor número de casos de LLA (37 pacientes) en comparación con LMA (12 pacientes) y un mayor número de varones (29) que de mujeres (20) (Información Estadística: Perfil Epidemiológico, 2005). De estos casos se estima que el número de pacientes que no sobrevive a la primera etapa de la quimioterapia o que abandona el tratamiento por motivos económicos y/o sociales es alto (E. Alarcón Matutti, comunicación personal, 08 de marzo del 2006). Aunque esta

información no ha sido sistematizada formalmente -pues resulta difícil hacer un seguimiento a los pacientes que regresan a su lugar de origen- los datos referidos al abandono y supervivencia al tratamiento son registrados de forma individual en cada Historia Clínica y por Departamento Médico.

Al respecto, Pinillos (2003a, 2003b) señala que el problema de la centralización de la atención médica en Lima dificulta la adherencia de los pacientes al tratamiento debido a los grandes costos sociales y económicos que implica, ya que las personas se ven obligadas a migrar para tener acceso a la atención oncológica. Esto genera una ruptura de la unidad familiar, ausentismo laboral o educativo y altos costos por la estadía en Lima, lo que acaba teniendo un impacto directo en la continuación del tratamiento y convierte la descentralización de la atención oncológica en una necesidad.

En cuanto al tratamiento, los pacientes con leucemia reciben principalmente quimioterapia. En el tratamiento de la leucemia a menudo se combinan entre 3 y 6 fármacos al mismo tiempo, cada uno de los cuales es eficaz de forma aislada (Nachman, 2002). Se puede acudir también al trasplante de médula ósea, aunque las posibilidades del rechazo huésped-injerto son considerables (Creutzig, 2002).

La quimioterapia busca erradicar células anormales y promover la regeneración de células normales. Sin embargo, generalmente el tratamiento viene acompañado de la reducción total de células, produciéndole al paciente periodos de bajas defensas así como cambios corporales drásticos -pérdida de peso (debido a vómitos, náuseas y falta de apetito) y caída del cabello- (Jeha & Kantarjian, 2002; Pui, 1996). Por ello, los pacientes que se encuentran bajo tratamiento, reciben además antibióticos y varios complementos sanguíneos y son aislados en ambientes libres de gérmenes.

Los protocolos terapéuticos se determinan en función del tipo de leucemia y de las características específicas de cada paciente (como edad, sexo y peso). La quimioterapia se administra por vía endovenosa, intramuscular, oral e intratecal. En general, según Solidoro (2005) los protocolos terapéuticos de las leucemias comprenden tres fases: inducción de la remisión, tratamiento de consolidación -llamado también de intensificación- y terapéutica de mantenimiento.

La inducción de la remisión se divide en dos etapas (Solidoro, 2005), siendo la primera etapa la que coincide con la primera hospitalización del paciente. Esta fase del tratamiento busca eliminar o disminuir con la mayor rapidez posible las células leucémicas, desapareciendo los signos y síntomas clínicos de la enfermedad (Lozano, 2002). Luego de cuatro semanas aproximadamente, el paciente es dado de alta. La segunda fase de la inducción generalmente se inicia en la quinta semana de tratamiento y culmina en la novena semana (Solidoro, 2005).

Seguidamente, dependiendo del protocolo terapéutico que siga el paciente, se inicia la fase de consolidación, donde el sujeto continúa recibiendo la dosis de quimioterapia por vía endovenosa, subcutánea y por inyección en el canal espinal (Pui, 1996). El tiempo de duración de esta fase es variable -en algunos casos dura entre nueve a diez semanas, llegando a durar en otros casos hasta 22 semanas- pues depende del tipo y subtipo de leucemia (Solidoro, 2005). En esta fase se realiza la “profilaxis del sistema nervioso central”, es decir, se intenta prevenir la infiltración por leucemia al cerebro y las meninges, manteniendo el estado de remisión completa en el paciente (Lozano, 2002).

Finalmente se inicia la fase de mantenimiento, donde el sujeto continúa recibiendo quimioterapia oral diaria con refuerzos trimestrales y se somete a estudios de

médula ósea y punción lumbar antes del refuerzo durante treinta meses (Pui, 1996). Esta etapa busca mantener en el paciente el estado de remisión completa -recuperación de la hemopoiesis normal y una médula ósea con más de 20% de celularidad y menos de 5% de blastos- y puede durar hasta 102 semanas (2 años) en el caso de algunos subtipos de LLA (Solidoro, 2005).

Si el paciente logra superar todas las fases del tratamiento manteniendo la remisión completa se le considera sin enfermedad pero debe mantener una rutina de controles anuales para detectar tempranamente la posible emergencia de clonas resistentes, llamada recaída (Solidoro, 2005).

4. Influencia del cáncer en el desarrollo del adolescente

Como se ha dicho anteriormente, en la adolescencia se producen una serie de cambios físicos, sociales, sexuales, cognitivos y afectivos simultáneamente. La principal tarea del adolescente en desarrollo es consolidar una identidad y una imagen de sí mismo, prepararse para el futuro como adulto y lograr independencia. En el caso del adolescente con cáncer la misma naturaleza de crecer y desarrollarse cumpliendo con las tareas de esta etapa está siendo trastocada en sí misma con una enfermedad que amenaza la vida de manera directa e intrusiva.

Debido al impacto que produce el diagnóstico de cáncer, en la actualidad los médicos recomiendan que el paciente se mantenga informado sobre su diagnóstico y tratamiento, ya que se ha comprobado que el tener la información suficiente reduce la angustia del paciente y mejora su afrontamiento a la enfermedad (Mack & Grier, 2004; Tebbi, Richards, Cummings, Zevon & Mallon, 1988). Al tratarse de un adolescente, la información que se le brinde es aún más importante ya que si no es debidamente informado tiende a desconfiar de lo que se le dirá después. El incluir al adolescente

desde el inicio ayuda a comprometerlo con el tratamiento, pues adquiere -en cierta medida- la posibilidad de decisión y control sobre su futuro tratamiento médico (Die Trill, 2000; Mack & Grier, 2004).

Die Trill (2000) señala que el cáncer coloca al adolescente en una situación en la que ha de equilibrar sus necesidades de independencia con las limitaciones impuestas por la enfermedad, que frecuentemente lo obliga a depender de otros. Al irrumpir con la posibilidad de control, deja al adolescente con sentimientos de vulnerabilidad y desvalía ante la enfermedad, perdiendo la independencia y privacidad, y produciendo como consecuencia desconfianza e ira que se manifiestan en una falta de cooperación al tratamiento y actuaciones impulsivas (acting out). Algunos autores (Massie et al., 1996; Pfefferbaum, 1990) señalan que incluso se pueden dar conductas regresivas y autodestructivas, retraimiento, ataques de pánico y terror a los hospitales, al personal médico y a los procedimientos.

Luego de la adaptación inicial a la enfermedad, la posibilidad de curación se superpone a la amenaza de muerte inminente y el paciente centra su pensamiento en la incertidumbre y los efectos secundarios al tratamiento (Massie et al., 1996; Rowland, 1990). Rowland (1990) considera que existen cinco preocupaciones o inquietudes principales en los adolescentes con una enfermedad crónica: preocupaciones relacionadas a la imagen corporal y la sexualidad -el temor a la desfiguración, que sus cuerpos queden destruidos o dañados para siempre, preocupaciones referentes a la fertilidad y a los cambios físicos producidos por el tratamiento-, la distancia del entorno social -que suele alterar las relaciones interpersonales-, la dependencia de otros -que se contrapone a la búsqueda de independencia dada en la adolescencia-, la interrupción en

el logro de metas planteadas a futuro -como el inicio de los estudios universitarios- y la muerte.

Como se estableció anteriormente, el cuerpo representa un elemento central en el adolescente, por lo que una de las fuentes de estrés más intensa e importante es el efecto que la enfermedad tendrá en su imagen corporal. Die Trill (2000) considera que los cambios físicos de la pubertad sumados a las alteraciones en la imagen corporal y autopercepción producidas por el cáncer y sus tratamientos acentúan la insatisfacción del adolescente con su propio cuerpo y producen dudas con respecto a su potencial sexual. Estas afirmaciones concuerdan con el estudio realizado por García (2000) en el Perú, quien -a través del Psicodiagnóstico de Rorschach- investigó la autopercepción de adolescentes amputados por sarcoma osteogénico en comparación con la de los pacientes diagnosticados con leucemia. Esta autora encontró que ambos grupos presentan aspectos marcados de desvalorización, observando en los pacientes amputados que estos elementos están más ligados a situaciones de ruptura y desgarramiento mientras que los jóvenes con leucemia presentan estos aspectos más relacionados con el tema de la muerte misma. Autores como Smith, Ostroff, Tan y Lesko (1991) consideran sin embargo que aunque el cáncer altera la manera en la que los pacientes se perciben a sí mismos, la naturaleza positiva o negativa de esta autopercepción depende menos de las circunstancias físicas y más del significado que le dieron a esa experiencia. Estos autores afirman que dependiendo de la experiencia subjetiva de la enfermedad, el tratamiento y la perspectiva propia y de sus vidas, el paciente con cáncer modificará su autopercepción.

Los cambios físicos asociados a la enfermedad y el tratamiento pueden llevar al adolescente a mantener distancia frente a sus vínculos, aislándose de su entorno social

(García, 2000; Rowland, 1990; Sammallahti, Lehto-Salo, Mäenpää, Elomaa & Aalberg, 1995). En el Perú, García (2000) encontró que los adolescentes con osteosarcoma poseen un mayor número de elementos paranoides en sus relaciones interpersonales siendo suspicaces en el establecimiento de sus vínculos. A diferencia de ellos, los adolescentes con leucemia poseen una mayor tendencia a mantener distancia en sus vínculos, corroborada tal vez con la experiencia clínica -ya que el grupo se mantiene aislado en ambientes estériles fuera del contacto de los familiares y amigos-.

Como puede verse, el cáncer es entonces una enfermedad cuyo tratamiento implica diversas limitaciones para el paciente. Actualmente, se ha comprobado que las condiciones en las que se da el tratamiento y las restricciones que implica el mismo -sobre todo en lo que respecta a la interacción con los pares- tiene efectos a largo plazo en los adolescentes con cáncer (Adams-Greenly, 1990; Clark et al., 1992; Ritchie, 2001; Sammallahti et al., 1995). Sammallahti et al. (1995) realizaron un estudio con 16 sobrevivientes de osteosarcoma en la adolescencia, pudiendo comprobar que si bien los sujetos se habían logrado ajustar adecuadamente a su entorno, tenían problemas para confiar en los otros y establecer relaciones interpersonales en las que se sintieran seguros. Encontraron que los sobrevivientes al cáncer tenían mayores necesidades de soporte, compañía y ayuda, siendo más demandantes y sintiéndose menos satisfechos en sus relaciones interpersonales. Sus resultados indicaron que el área más vulnerable en la identidad del paciente oncológico adolescente está conectada con ansiedades de pérdida, relacionadas con sentimientos de abandono y el miedo a no ser entendidos por su grupo de pares.

Montalbetti, Ruda, Luy y Cedrón (1996) al hablar de cáncer en la primera infancia señalan que luego de la adaptación inicial al diagnóstico, la hospitalización

suele generar reacciones emocionales intensas pues no sólo significa cambios en la rutina, desconexión con la escuela y el círculo social, sino también la disminución de la estimulación sensorial, social y perceptiva, ya que la mayor parte del día el paciente permanece en cama y es sometido a procedimientos invasivos y generadores de dolor. Estas afirmaciones pueden ser trasladadas a la población adolescente, tomando en cuenta que una enfermedad de largo tratamiento como el cáncer -y particularmente la leucemia, por el aislamiento y tiempo en cama que implica- coloca al paciente en riesgo de sentirse aislado (Adams-Greenly, 1990; Clark et al., 1992; Ritchie, 2001; Sammallahti et al., 1995).

Reportes de padres de adolescentes con enfermedades crónicas sugieren que los problemas psicosociales aumentan cuanto mayor sea el tiempo de ausencia al colegio y de separación de la vida escolar. Clark et al. (1992) encontraron en un grupo de adolescentes con cáncer que la oportunidad para interactuar con pares no enfermos en el contexto de un grupo de soporte social puede ayudar a los pacientes a reforzar el entendimiento de sí mismos, hacer frente a los problemas relacionados con la enfermedad y a mejorar su calidad de vida. En base a estos resultados los autores proponen la formación de grupos de soporte formados por adolescentes pacientes y no pacientes, ya que los datos obtenidos establecen que se da un mejor ajuste psicosocial en los pacientes que pertenecen a estos grupos.

De igual modo, existen investigaciones (Aragona, Mustacello & Mesiti, 1997; Hersh & Wiener, 1993; Spiegel, Sands & Koopman, 1994; Tebbi et al., 1988) que demuestran que la propensión a desarrollar síntomas depresivos en sujetos que sufren de algún tipo de enfermedad física es mayor en aquellos pacientes que no reciben el apoyo de sus familiares y de la institución donde es tratado. La importancia de la actitud de los

padres en el afrontamiento que el adolescente haga de la enfermedad y el tratamiento está ampliamente reportada (Adams-Greenly, 1990; Ritchie, 2001; Tebbi et al., 1988) y demuestra que a mayor comunicación entre los padres y el hijo enfermo hay una mayor confianza del adolescente en el tratamiento y la adherencia al mismo. La cantidad y la calidad de información que los padres le brinden al hijo enfermo elevarán o disminuirán los sentimientos de culpa, ansiedad y amargura en el paciente.

Disminuir y controlar los efectos psicosociales del cáncer en el adolescente se ha vuelto un objetivo primordial dentro de los centros de salud. Ritchie (2001) afirma que a nivel mundial la aproximación al paciente adolescente con cáncer ha centrado su atención en desarrollar sistemas de cuidado y asistencia que ayuden al paciente a encontrar estrategias psicosociales para continuar con el colegio, mantener las relaciones interpersonales y conservar los sistemas de soporte social. Esta aproximación al paciente oncológico tiene como finalidad hacer que el adolescente pueda descubrir maneras para alcanzar su máximo potencial a pesar de pasar por la experiencia del cáncer.

Las limitaciones físicas, la separación de la familia y de los pares por la hospitalización, la pérdida de experiencias sociales y las limitaciones para desarrollar relaciones interpersonales e iniciar la actividad sexual pueden ser sentidas de manera más intensa por el adolescente que la amenaza misma contra la vida (Die Trill, 2000; Rowland, 1990). Estos problemas se hacen más patentes si se piensa en el caso del Perú, donde la migración se ve forzada por la enfermedad.

4.1. Afectos en el paciente adolescente oncológico

El cáncer amenaza al sujeto con separaciones y pérdidas, el diagnóstico puede producir reacciones de angustia, aflicción, hostilidad, culpa, dolor e incredulidad. La

enfermedad altera todos los aspectos de la vida familiar, así como las expectativas acerca del que se encuentra enfermo (Die Trill, 1999). El lidiar con la posibilidad de muerte y la pérdida de control del propio cuerpo generan gran angustia en los individuos, quienes deben manejar el impacto emocional que implica el diagnóstico y enfrentarse a los prejuicios y al cambio social que acompaña el ser una “persona con cáncer”.

El cáncer es una enfermedad que generalmente se asocia con la muerte (Sontag, 2003), por lo que conservar un sentimiento de control de la enfermedad se torna difícil. Al recibir el diagnóstico de cáncer es frecuente que se de un periodo inicial de incredulidad y rechazo a la enfermedad (negación), seguido por un estado de ánimo disfórico y una última fase de adaptación (Massie et al., 1996). Para los adolescentes, el diagnóstico de cáncer se vive con temor, amargura e ira debido a la posibilidad de muerte, al aislamiento social que lo acompaña y a las limitaciones que impone sobre el desarrollo de una identidad propia (Die Trill, 2000).

Si bien el cáncer no es considerada actualmente una enfermedad terminal, el estar enfermo de cáncer puede desencadenar en la muerte con mayor frecuencia que otras enfermedades. En este sentido, los aportes de Kübler (1969) respecto a los momentos por los que pasa un enfermo terminal pueden ser de gran valor para dar cuenta de los afectos que se ponen en juego en el paciente con cáncer que mentalmente convive con el temor y la idea de muerte. La autora describe cinco momentos en el proceso psicológico de un enfermo terminal, estos estados no son necesariamente sucesivos y pueden darse en retroceso o manifestarse algunos aspectos en distintas fases. Éstos son: (1) Negación y aislamiento, que es la reacción del enfermo tras ser informado de que su enfermedad es irreversible, pudiendo servir inicialmente como un

mecanismo amortiguador; (2) Indignación o ira, que se da cuando el enfermo no puede seguir negando su estado y empieza a preguntarse “¿por qué?”, lo que puede despertar desconcierto y agresividad; (3) Regateo o negociación, cuando el paciente empieza a afrontar la realidad y se somete dócilmente a las indicaciones de los médicos, realizando promesas de ser mejor con el fin de retrasar los hechos; (4) Depresión, cuando el enfermo comprueba que su negación, indignación y negociaciones no le han aportado ninguna mejoría y cae en una depresión con una doble vertiente como consecuencia de las pérdidas pasadas y como proyección hacia las pérdidas futuras; y (5) Aceptación, siempre y cuando el paciente haya tenido el suficiente apoyo durante las fases anteriores puede llegar a “aceptar la muerte con paz y serenidad” sin estar deprimido o tener sentimientos negativos.

En el caso de los adolescentes, la aceptación de la posibilidad de muerte es compleja. Aunque el sujeto logra reconocer las implicancias de la mortalidad, su comportamiento frecuentemente está basado en la creencia de que es inmortal y se vuelve reacio a admitir lo vulnerable que es él mismo (Die Trill, 2000). Para el adolescente, la fantasía de omnipotencia colude con la negación por lo que inicialmente le es difícil aceptar la enfermedad (Die Trill, 2000; Massie et al., 1996). Ésto, diría Freud (1915), no es un fenómeno extraño pues para él “nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad” (p.2110). Para Freud, si bien todos estamos dispuestos a sostener que la muerte es el desenlace natural de la vida, nos conducimos como si fuera de otro modo, mostrando una inclinación a prescindir de nuestra muerte, eliminándola de la vida.

Una de las líneas de investigación en los pacientes con cáncer es aquella que se interesa en estudiar el impacto psicológico del cáncer en los pacientes y sus familiares y la co-morbilidad psiquiátrica del paciente con cáncer (Porcelli, 2004). Las investigaciones realizadas a nivel mundial recogen diversos aspectos psicológicos que pueden relacionarse a la afectividad del paciente con cáncer (Georgoff, 1991; García, 2000; Harkness, Shields & Rousseau, 2003; Sammallahti et al., 1995; Spiegel, Sands, & Koopman, 1994; Tacon, Caldera & Bell, 2001; Tebbi et al., 1988), evaluando constructos como personalidad, autopercepción, control emocional, depresión, dolor y capacidad de expresión emocional. Sorprendentemente, existen pocas investigaciones publicadas que utilicen el Psicodiagnóstico de Rorschach para estudiar el funcionamiento psicológico y la personalidad de los pacientes con cáncer (Porcelli, 2004). A pesar de estas limitaciones, podemos encontrar conclusiones interesantes en la investigación de Georgoff (1991), quien evaluó la personalidad de pacientes con cáncer terminal y pacientes sobrevivientes al cáncer utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach. Este investigador encontró que las pacientes sobrevivientes al cáncer tenían personalidades cognitiva y emocionalmente más ricas que las pacientes con cáncer terminal, debido a que el grupo de sobrevivientes al cáncer tenía mejores recursos de ideación, eran más eficaces en la expresión de sus emociones y tenían mejores relaciones interpersonales que las otras pacientes, quienes presentaban constricción emocional y una mirada crítica de sí mismas, sintiéndose invadidas por las emociones y reaccionando de manera impulsiva en momentos de estrés.

Si bien en el Perú no se han realizado investigaciones centradas en el estudio de la afectividad en pacientes oncológicos, García (2000) -al estudiar la autopercepción en adolescentes amputados por sarcoma osteogénico- señala que estos adolescentes tienen dificultad en la expresión de los afectos y en la posibilidad de conectarse con ellos,

buscando defensivamente controlar todo estímulo que pueda perturbarlos. Al respecto, la autora indica que es posible que los adolescentes estén manejando la enfermedad con poca conexión y cuestionamiento debido a lo emocionalmente intenso que puede ser para ellos la vivencia del cáncer y la amputación. Añade además que es probable que los pacientes amputados se estén defendiendo en un inicio contra los sentimientos depresivos asociados al dolor y la desestabilización que implica la ruptura de los límites corporales -y sus consecuencias en lo psíquico- y que se estén mostrando agresivos como modo de defenderse.

5. Planteamiento del problema

El cáncer es una enfermedad que afecta a todas las generaciones y es especialmente temida por la mayoría de las personas. El hecho de que aún no se encuentre una causa específica conocida mitifica esta enfermedad (Sontag, 2003), generando temor en las personas que la padecen y en quienes sin padecerla son espectadores. El cáncer trae angustia y dolor a los pacientes y a sus familiares, generando diversas respuestas afectivas ante la enfermedad y el tratamiento, teniendo un gran impacto social y psicológico en el paciente.

Cuando se trata de un adolescente, el tener que enfrentar la hospitalización y el prolongado tratamiento así como la incertidumbre con respecto a su futuro dificultan e incrementan las tareas que su desarrollo le exige, produciendo una situación de desequilibrio y crisis durante el duelo del paso de la infancia a la adultez. Para el adolescente -emocionalmente lábil y propenso a cambios bruscos de humor (Carvajal, 1993; Tyson & Tyson, 2000)-, la experiencia hospitalaria es generadora de gran ansiedad, angustia y sufrimiento (Die Trill, 2000; Sammallahti et al., 1995). Las restricciones que impone el tratamiento generan emociones intensas y tienen efectos a

largo plazo en los adolescentes con enfermedades crónicas (Adams-Greenly, 1990; Clark et al., 1992; Ritchie, 2001; Sammallahti et al., 1995), produciendo un aumento en los problemas psicosociales y problemas relacionados a la imagen corporal.

Si bien los estudios en poblaciones extranjeras (Clark et al., 1992; Die Trill, 2000; Ritchie, 2001; Sammallahti et al., 1995) sugieren que el cáncer genera un impacto sobre el funcionamiento psicológico y social de los pacientes, en el Perú los trabajos dedicados a los adolescentes con cáncer son escasos. Tomando en cuenta que estamos frente a un sujeto que se ve obligado a enfrentar los desafíos que su periodo de desarrollo le exige a la par que los cambios drásticos ocurridos a partir del diagnóstico, se hace evidente y necesario profundizar en los aspectos psicológicos -y particularmente en los afectos- de los adolescentes con cáncer. En vista de ello surge la pregunta: ¿cómo es la afectividad de un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia?

El presente estudio tiene como objetivo general explorar y describir la afectividad de un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia.

Como objetivos específicos se plantea:

1. Identificar las semejanzas y diferencias de los afectos en un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia en contraste con un grupo de adolescentes no pacientes.
2. Establecer comparaciones respecto a los afectos de un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia en función a las variables sociodemográficas y de enfermedad.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo descriptivo con un diseño no experimental transeccional (Hernández, Fernández & Baptista, 1998), debido a que se realiza una sola medición del constructo en un tiempo único sin manipular las variables de investigación a fin de lograr describir la afectividad de un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia.

Debido a la ausencia de baremos peruanos del Psicodiagnóstico de Rorschach en adolescentes, se hace uso de un grupo de comparación (Kerlinger & Lee, 2002) compuesto por adolescentes sin cáncer que poseen características sociodemográficas similares a las del grupo de adolescentes con leucemia, que forma el grupo de estudio.

1. Participantes

La presente investigación se realizó con un grupo de pacientes adolescentes diagnosticados con leucemia que reciben tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en el área de hospitalización. El muestreo fue de tipo no probabilístico intencional (Kerlinger & Lee, 2002), debido a que la muestra está constituida por personas seleccionadas deliberadamente en función a características claramente definidas como de interés.

Los participantes del grupo de estudio fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: (1) Edad del paciente: Adolescentes entre 14 y 17 años, (2) Diagnóstico: Pacientes diagnosticados con Leucemia Linfática Aguda o Leucemia Mieloide Aguda, (3) Tipo de tratamiento: Quimioterapia y (4) Etapa del tratamiento en

la que se encuentran: Pacientes que hayan terminado la primera Inducción de quimioterapia (que coincide con la primera hospitalización), ya que es el tiempo en el que se espera que el adolescente haya logrado una adaptación al primer impacto producido por el diagnóstico de la enfermedad (Massie et al., 1996). Además, por razones éticas, se excluyeron de la muestra a los adolescentes que no tuvieron una buena respuesta a la primera Inducción de quimioterapia (disminución de blastos en la médula ósea) y a los pacientes que se encontraban en recaída de la enfermedad (presencia de blastos en la médula ósea luego de haber tenido una remisión completa de la enfermedad) debido a que estos sujetos presentan complicaciones médicas adicionales y suelen tener una mala evolución de la enfermedad.

El muestreo del grupo de adolescentes con leucemia fue realizado durante 7 meses (de setiembre del 2005 a marzo del 2006), logrando evaluar 12 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Del total de adolescentes evaluados se eliminaron dos casos: Uno debido a que el sujeto no proporcionó las 14 respuestas esperadas para que el Protocolo Rorschach sea válido (Exner & Sendín, 1998) y otro debido a que el paciente llevaba dos años y medio de tratamiento y estaba por concluir la quimioterapia, lo que difería del tiempo de tratamiento de los otros participantes.

El grupo de estudio quedó así constituido por 10 adolescentes (5 hombres y 5 mujeres) entre 14 y 17 años de edad, de NSE medio bajo y bajo, diagnosticados con leucemia en el INEN, que recibían quimioterapia como tratamiento en la institución. Todos los participantes habían interrumpido sus estudios de secundaria al momento de haber sido diagnosticados.

El grupo de comparación fue seleccionado de manera tal que pudiera ser equiparable al grupo de adolescentes con leucemia respecto a las variables

sociodemográficas de sexo, edad, nivel socioeconómico, grado de instrucción y lugar de procedencia. Para ello, se recurrió a dos colegios estatales de Lima de nivel socioeconómico similar al de la población que acude al INEN. Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional (Kerlinger & Lee, 2002), debido a que los participantes fueron elegidos deliberadamente en función a las características sociodemográficas de los adolescentes con leucemia evaluados.

El grupo de comparación quedó finalmente constituido por 10 adolescentes sin cáncer (5 hombres y 5 mujeres), que refirieron encontrarse sanos, de edad, grado de instrucción, lugar de procedencia y nivel socioeconómico similares a los de la muestra de adolescentes con leucemia.

A continuación se presenta una tabla que resume las características sociodemográficas de ambos grupos.

Tabla 1: Características sociodemográficas de ambos grupos

Variable	G. con Leucemia		G. de Comparación		Grupo Total	
	f	%	f	%	f	%
Sexo						
Masculino	5	50%	5	50%	10	50%
Femenino	5	50%	5	50%	10	50%
Edad						
14 - 15	6	60%	5	50%	11	55%
16 - 17	4	40%	5	50%	9	45%
Lugar de procedencia						
Lima	2	20%	3	30%	5	25%
Provincia	8	80%	7	70%	15	75%
Tiempo de residencia en Lima						
De 0 a 6 meses	3	30%	2	20%	5	30%
De 7 meses a 1 año	2	20%	2	20%	4	20%
Más de 1 año	3	30%	3	30%	6	25%
No migrante	2	20%	3	30%	5	25%

Como puede observarse en la tabla anterior, tanto el grupo de estudio como el grupo de comparación estuvo constituido por 10 adolescentes de características sociodemográficas similares, teniendo un grupo total de participantes predominantemente de provincia (75%) -la mayoría de ellos de zonas rurales de la costa- y con ligeras diferencias en el tiempo de migración (tiempo de migración menor en el caso del grupo de estudio). La edad de los adolescentes estuvo distribuida en dos grupos de forma casi semejante (entre los 14 y 15 años y entre los 16 y 17 años), teniendo un promedio de edad similar en ambos grupos (15.6 en los adolescentes con leucemia y 15.3 en el grupo de comparación), siendo equivalente el sexo de los participantes (50% de sexo masculino y 50% de sexo femenino).

Respecto a las variables de la enfermedad, el grupo de adolescentes con leucemia presenta las características señaladas en la siguiente tabla.

Tabla 2: Características de los aspectos médicos del grupo de adolescentes con leucemia

Variable	f	%
Diagnóstico Clínico		
LLA	8	80%
LMA	2	20%
Etapa del tratamiento		
2da. Inducción	3	30%
Consolidación	5	50%
Mantenimiento	2	20%
Tiempo de tratamiento		
De 3 a 12 meses	7	70%
De 12 a 18 meses	3	30%

Como puede verse en la tabla 2, el grupo de adolescentes con leucemia está constituido mayoritariamente por jóvenes con LLA, debido a que -como se mencionó

anteriormente- este tipo de leucemia tiene una mayor incidencia, posee un mejor pronóstico e índices de supervivencia más altos que la LMA. La mayoría de participantes del grupo (70%) se encuentra cursando el primer año de tratamiento, teniendo sólo un 30% de pacientes que han concluido el primer año de quimioterapia. Con respecto a la etapa de tratamiento en la que se encuentran, encontramos que la mitad del grupo se encuentra en la etapa de consolidación, teniendo un 30% de pacientes en la segunda inducción del tratamiento y un 20% en mantenimiento. Cabe señalar que las variables de tiempo y etapa de tratamiento se superponen en los casos evaluados, pues la mayor parte de los adolescentes que tienen un menor tiempo de tratamiento se encuentran en la etapa de inducción y consolidación, mientras los que se encuentran en etapa de mantenimiento o terminando la consolidación son los que han tenido un mayor tiempo de tratamiento.

2. *Instrumentos*

Los instrumentos seleccionados para la presente investigación son la ficha de datos sociodemográficos y el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner (1994).

La ficha de datos sociodemográficos (ver anexos A y B) fue construida especialmente para esta investigación y contiene tres áreas: (1) los datos generales del participante, (2) los datos sobre la enfermedad y tratamiento de los pacientes con leucemia y (3) los datos sobre la evaluación en sí misma. Esta ficha de datos nos permitió constatar que los criterios de inclusión de la muestra se cumplieran y tomar nota de las características sociodemográficas de la muestra.

Como instrumento principal se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner (1994) para identificar y describir la afectividad de

los adolescentes diagnosticados con leucemia. La elección de este instrumento se debe a la amplia gama de información que proporciona sobre la dinámica de la personalidad del sujeto -y particularmente sobre la afectividad, variable en la que se centra el presente estudio- sin que se vea interferido por las diferencias de edad, sexo, NSE y cultural (Ráez, 1998).

Cabe señalar que el Psicodiagnóstico de Rorschach es una de las técnicas más utilizadas en investigación y trabajo clínico (Ráez, 1999), pues es empleado en el Perú por aproximadamente el 35.5% por los profesionales. Esta prueba cumple con la mayor parte de las condiciones psicométricas que requiere una prueba psicológica y mantiene la riqueza y amplitud de datos que proporcionan el método proyectivo y el análisis de contenido.

La prueba consiste en 10 láminas con manchas de tinta estandarizadas. Estas láminas son presentadas al sujeto bajo la consigna “¿Qué podría ser esto?”, dando la opción al sujeto de un número infinito de posibilidades de respuesta. Basándose en las respuestas del sujeto, el evaluador realiza la codificación y posteriormente la interpretación de sus respuestas agrupadas en el Sumario Estructural de la prueba (Exner, 1994).

El Sumario Estructural es el conjunto de las frecuencias de los códigos más una serie de proporciones, porcentajes y derivaciones numéricas. Todo ello constituye el conjunto de datos del que se obtiene una serie de postulados sobre las características y el funcionamiento psicológico del sujeto. En la confección del Sumario Estructural se realizan tres procesos (Exner, 1995): (1) hacer la lista de la secuencia de las codificaciones, (2) anotar las frecuencias de cada variable, y (3) realizar los distintos

cálculos necesarios para obtener las proporciones, porcentajes y derivaciones numéricas.

El Sistema Comprehensivo incluye aproximadamente 90 puntuaciones posibles, divididas en siete categorías principales de códigos ubicadas en el Sumario Estructural: Localización, Determinantes, Calidad Formal, Actividad Organizativa, Respuestas Populares, Contenidos y Códigos Especiales. La interpretación de la personalidad del sujeto se realiza en base seis grandes agrupaciones: Afectividad, Auto percepción, Relaciones Interpersonales, Ideación, Mediación y Procesamiento de la Información. Además, se añade una Sección Principal donde se evalúan otros aspectos importantes de la personalidad como: el Estilo de Personalidad (EB), la Experiencia Accesible (EA), la Experiencia Base (eb) y la Estimulación Sufrida (es).

Exner y Sendín (1998) señalan que el proceso de interpretación de la personalidad a través del Sistema Comprehensivo supone un trabajo de análisis y síntesis de los aspectos cuantitativos y cualitativos de cada protocolo, que debe utilizar todos los tipos disponibles de material: estructural, secuencial y de contenido. Sólo tomando en cuenta todos estos aspectos se podrá establecer una descripción razonable, válida, matizada y realista del sujeto.

Para objetivos de esta investigación se tomaron en cuenta los indicadores de interpretación de la Afectividad (Exner & Sendín, 1998): (1) *Índice de Depresión (DEPI)*, que consiste en un conjunto de 15 variables que indican la presencia de un trastorno afectivo o depresión; (2) *EB (Extratensivo)* y *EB Per*, que señala la influencia que las emociones ejercen en la actividad psicológica del sujeto; (3) *Lado derecho de la eb*, compuesto por el Color Acromático (C') y la suma de los signos de sombreado ($V+T+Y$), cuyos componentes reflejan los estímulos de tipo emocional que actúan en el

interior del sujeto produciéndole malestar e incomodidad; (4) *Fórmula FC:CF+C* y *CPura*, que constituye un indicador del grado de modulación de las descargas e intercambios emocionales deliberadamente iniciados; (5) *Proporción Afectiva (Afr)*, que ofrece información sobre la responsividad (aumento o disminución de la productividad) del sujeto ante los estímulos emocionales; (6) *Proyección del Color*, que indica la tendencia del sujeto a negar la presencia de afectos displacenteros y sustituirlos por falsas emociones positivas; (7) *Número de respuestas de Espacio en Blanco (S)*, que señala la búsqueda de independencia y autoafirmación o un estilo de oposición y negativismo que favorecen o dificultan la adaptación del individuo; (8) *Composición y calidad de las Respuestas Complejas*, que indican la actividad de análisis y síntesis que realiza el sujeto de los elementos del campo estimular; (9) *Respuestas Complejas de Color-Sombreado (Color-Shd)* y *Complejas de Sombreado (Shd-Shd)*, que indican la existencia de incertidumbre, confusión o ambivalencia en torno a los sentimientos o la presencia de experiencias psicológicas con un alto nivel de malestar emocional; y (10) *SumC':SumPondC*, que indica la relación entre el grado de constricción afectiva y el nivel de procesamiento de emociones deliberadas que el sujeto habitualmente utiliza.

A su vez, el *Índice de Depresión* está compuesto por 15 variables, entre las cuales se encuentran siete de las variables descritas anteriormente (*Afr*, *S*, Suma de las respuestas de Sombreado y Color Acromático, Respuestas de Vista, Respuestas Complejas, *Col-Shd*, y *SumBrutC'*) y ocho variables adicionales: (1) *Respuestas de Forma Dimensión (FD)*, que representa el uso de la introspección y la toma de distancia con el entorno (2) *Índice de Egocentrismo (3r+(2)/R)*, que proporciona una estimación de la autopreocupación de la persona y su nivel de autocentramiento; (3) *Respuestas de Reflejo (Fr+rF)*, que señalan la existencia de componentes narcisistas en la personalidad; (4) *FM+m*, que representa la estimulación sufrida por el sujeto en forma

de disparadores internos de tensión tipo ideacional; (5) *Contenido Mórbido (MOR)*, que se relaciona con la percepción interna de elementos disfóricos; (6) *Índice de Intelectualización (2AB+Art+Ay)*, que señala la tendencia a neutralizar el efecto que producen las emociones utilizando los procesamientos cognitivos; (7) *Movimiento Cooperativo (COP)* que representa la tendencia a establecer vínculos positivos con los demás y (8) *Índice de Aislamiento (Aislamiento/R)*, que se relaciona con el aislamiento o retraimiento social.

A fin de ubicar los aspectos de la afectividad dentro del marco de las características más estructurales de la personalidad de estos jóvenes, se consideró importante analizar algunas variables generales como el estilo vivencial (EB), Lambda y el número de respuestas (R).

Además, considerando que la literatura reporta el cáncer como una enfermedad con un alto potencial de estrés, se incluyeron también variables que dan cuenta del estrés situacional y de contenidos referidos a la preocupación por el cuerpo. La combinación de los indicadores D y D Adj; y los signos m, Y y T fueron considerados para el estrés situacional, mientras que las variables An+Xy (anatómicos y radiográficos) fueron elegidas por señalar una preocupación en torno al cuerpo (Exner & Sendín, 1998).

Cuando se trata de adolescentes, la prueba se administra y califica de la misma manera que con los adultos. Sin embargo, Exner y Weiner (1982) señalan como eje central para la interpretación de un protocolo Rorschach adolescente tomar en consideración las teorías del desarrollo.

Para Exner y Weiner (1982) en el caso de evaluar a un adolescente o un niño, es muy importante que el evaluador se tome el tiempo suficiente para lograr una confianza mínima y disminuir los niveles de ansiedad. Si bien esto es una norma general para cualquier evaluación, en el caso de adolescentes evaluados a través del Psicodiagnóstico de Rorschach, Exner y Weiner (1982) lo consideran de vital importancia debido a que los adolescentes suelen resistirse a los estímulos de la prueba por encontrarse en una etapa de oposicionismo y rebeldía ante la autoridad y el adulto.

Para la interpretación de los protocolos adolescentes deben tomarse en consideración los siguientes factores (Exner & Weiner, 1982): (1) Al igual que con los protocolos de los adultos, el protocolo de un adolescente es válido si es que el sujeto ha dado como mínimo 14 respuestas. Sin embargo, se deben considerar las conductas de oposición y evasión -típicas conductas adolescentes- que disminuyen el número de respuestas dadas al evaluador. Al obtener un protocolo adolescente con un número de respuestas menor a 14 se recomienda volver a repetir la administración antes de realizar la encuesta. Se espera que el adolescente entre en confianza con el evaluador, disminuyendo la conducta oposicionista y dando un mayor número de respuestas. (2) Se recomienda tomar en cuenta como punto de partida para la interpretación la Constelación de Suicidio (S-CON) para identificar desde el inicio el potencial de conducta autodestructiva del adolescente, ya que se considera como una característica normal y básica en esta etapa. Se considerará como signo de alarma si dicha constelación tiene ocho o más variables positivas y si se relaciona con el índice de Depresión (DEPI) o con las respuestas de Movimiento Agresivo (AG). (3) La interpretación seguirá de la misma manera que en el adulto, sin embargo, los autores sugieren el siguiente orden: Controles – Procesamiento de la Información – Mediación

Cognitiva – Ideación – Afecto – Autopercepción – Relaciones Interpersonales. Este orden no es un modelo estricto por lo que puede ser modificado.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, diversos investigadores (Ganellen, 2001; Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry & Brunnel-Neuleib, 1999; Viglione & Taylor, 2003) han realizado múltiples estudios con diferentes poblaciones de sujetos no pacientes y pacientes que comprueban que este instrumento es psicométricamente estable y válido, lo que lo convierte una prueba ideal para la investigación. Entre los hallazgos más significativos, Exner (1994) comprueba la consistencia de la prueba en un estudio test-retest aplicado después de un año a 50 personas adultas. En dicha investigación se encuentra una consistencia que oscila entre 0.81 y 0.9 para la mayoría de las variables, obteniendo sólo para 5 variables una correlación $< 0.72.$, lo cual es esperable debido a que dichas variables estaban relacionadas con estados psicológicos o características temporales y no estructurales de la personalidad. El test-retest aplicado nuevamente al cabo de tres años arrojó resultados similares, comprobando la confiabilidad de la prueba. Con respecto al porcentaje de concordancia entre jueces (confiabilidad), Exner (1994) hace mención a un porcentaje superior al 90%, lo que señala una reducida imprecisión de la codificación.

Hiller et al. (1999) realizaron un estudio de validez de criterio entre el MMPI y el Rorschach, encontrando que la validez global de los coeficientes para las dos pruebas era de 0.29 para el Rorschach y 0.30 para el MMPI, índice que los autores consideran aceptable para una prueba de personalidad. Así mismo señalan que el Psicodiagnóstico de Rorschach tiene un coeficiente de validez superior que el MMPI para estudios de personalidad que utilizan variables objetivas de criterio, como la predicción del comportamiento.

Con respecto a la validez y confiabilidad del Rorschach en adolescentes y niños, Exner y Weiner (1982) señalan que si bien se espera que los cambios dados en el desarrollo de un sujeto afecten la consistencia de la prueba, en el caso del Rorschach para adolescentes los resultados son más estables. Entre las investigaciones más específicas, Exner y Weiner (1982) verifican la confiabilidad de la prueba en un estudio test-retest con adolescentes de 15 años de edad en un periodo de nueve meses, encontrando coeficientes de confiabilidad entre 0.95 y 1.0 para la mayoría de las variables estructurales de la personalidad. Los resultados de este estudio mostraron consistencia a través del tiempo de las variables Rorschach en un intervalo de nueve meses. Inclusive, muchas de las correlaciones fueron encontradas similares a las obtenidas en retest con adultos en periodos mayores de tiempo. Los autores señalan que es esperable pensar que los resultados pueden variar en un periodo mayor a 5 años, sin embargo agregan que éstos cambios serán menores en los sujetos que se encuentran en la adolescencia media y tardía, encontrando variables psicológicas más estables en el tiempo.

En la presente investigación se utilizó el Sistema Comprensivo de Exner (1994) para la codificación e interpretación de cada protocolo, considerándose válidos sólo aquellos protocolos que tuvieron 14 respuestas como mínimo (Exner & Sendín, 1998). Para asegurar la confiabilidad de los resultados se realizó un análisis de confiabilidad entre codificadores (Hernández, Fernández & Baptista, 1998), eligiendo ocho protocolos al azar (4 del grupo de estudio y 4 del grupo de comparación) que fueron calificados por 3 especialistas en el tema y la investigadora. A fin de homogenizar los criterios de calificación en función a lo establecido por Exner (1995) se realizó una reunión con los jueces que calificaron los protocolos. Se obtuvo así un nivel de concordancia mayor o igual a 0.75 -un acuerdo de 3/4 codificadores de acuerdo

al Sistema Comprehensivo de Exner- en cada signo Rorschach perteneciente a la agrupación de la Afectividad y una confiabilidad total del cluster de 0.97. La confiabilidad total que se obtuvo en la prueba es de 0.90, teniendo la mayoría de los signos Rorschach un índice de acuerdo >0.70 , obteniendo sólo tres signos (DQ+, DQo y FQo) >0.60 y dos indicadores (FQu y FQ-) con una confiabilidad baja (0.33).

3. *Procedimiento*

El acercamiento a esta población fue a partir del trabajo clínico de la investigadora en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y de la observación de pacientes con leucemia en el área de adolescentes. A fin de obtener la autorización para llevar a cabo esta investigación se envió el proyecto y una carta dirigida a la Oficina de Investigación del INEN, quien aprobó la realización del presente estudio.

El contacto con los pacientes se realizó personalmente durante su hospitalización o en la consulta ambulatoria. Se les explicó a los adolescentes los lineamientos generales de la investigación, el carácter anónimo y voluntario de su participación y se solicitó su autorización para aplicar la prueba. Una vez obtenida la autorización del paciente se procedió a citarlos para la evaluación y llenar la ficha de datos en base a la Historia Clínica. Tomando en cuenta las recomendaciones de Exner y Weiner (1982), se conversó con cada participante antes de la aplicación de la prueba, esperando lograr una confianza mínima y disminuir los niveles de ansiedad. Se aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner (1994) de manera individual y en condiciones favorables (un consultorio con adecuada luz, ventilación y espacio).

Para la formación del grupo de comparación se acudió a dos colegios estatales de Lima de nivel socioeconómico similar al de la población que acude al hospital y se

realizó el contacto con las autoridades de dichos colegios. Una vez obtenida la autorización de la institución, se procedió a la elección de los participantes en base a su edad, sexo y grado de instrucción, buscando evaluar una muestra de adolescentes con características sociodemográficas similares a las de los pacientes con leucemia. En ambos colegios se contactó a los estudiantes durante el horario escolar y se les explicó los lineamientos generales de la investigación y el carácter anónimo y voluntario de su participación. Una vez obtenida la autorización del sujeto se procedió a completar la ficha de datos y a aplicar el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner (1994) de manera individual. Las condiciones de las aplicaciones de la prueba en ambos colegios fueron favorables y similares a las de los adolescentes con leucemia (oficina con adecuada luz, ventilación y espacio).

Seguidamente se procedió a entregar el material a los jueces para llevar a cabo el proceso de confiabilidad. Una vez calculada la confiabilidad entre codificadores se llevó a cabo la codificación total de los protocolos.

Para realizar el análisis estadístico se utilizaron estadísticos descriptivos. Para ello, se tomaron en cuenta las medidas de tendencia central, así como frecuencias y porcentajes. Para realizar las comparaciones y observar si existen diferencias entre los grupos se realizó un análisis estadístico no paramétrico, utilizando los indicadores descriptivos señalados por Cohen (1988) para hallar el "tamaño del efecto" en muestras pequeñas que no obtienen una distribución normal: d , w y h . Se consideró, según lo planteado por el autor, que si $0.2 \leq d < 0.5$ el efecto es "pequeño", si $0.5 \leq d < 0.8$ el efecto es "mediano" y si $0.8 \leq d$ el efecto es "grande", se utilizaron los mismos intervalos para w y h .

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

A continuación presentaremos los resultados de la afectividad de los adolescentes con leucemia en comparación con los adolescentes sin cáncer. La organización de los resultados está estructurada en dos grandes áreas, consideradas relevantes para esta investigación: (1) Resultados de la afectividad de los adolescentes con leucemia y (2) Resultados de la afectividad en el grupo de adolescentes con leucemia en relación a algunas variables sociodemográficas y de enfermedad.

Los resultados de la afectividad de los adolescentes con leucemia están divididos a su vez en cuatro partes: (a) Algunas variables generales que permiten describir los elementos más estructurales de personalidad, los cuales darán sentido al resto de indicadores de afectividad que se abordarán posteriormente; (b) Los indicadores de la agrupación de la afectividad; (c) Los signos de estrés situacional; y (d) Los elementos de contenido referidos a la preocupación por el cuerpo.

En cada caso, debido a la ausencia de baremos con adolescentes peruanos, se partirá del reporte de los resultados de los adolescentes con leucemia en comparación con un grupo similar de adolescentes sin cáncer. El contar con un grupo de comparación permitirá en este sentido señalar las diferencias entre ambos grupos respecto a las variables de estudio. Adicionalmente, se ha considerado valioso reportar también las similitudes entre ambos grupos, en tanto consideramos que aquello nos puede dar luces respecto a las características relacionadas al periodo de desarrollo, que trascienden a la variable “leucemia”.

Estos resultados serán contrastados con los criterios de Exner (1994, 2000) y los indicadores para adultos de Ráez, Maguiña, Iza, Jara y Velásquez (1999) para nuestro medio, teniendo presente que la valoración de las similitudes y diferencias entre los resultados deberá hacerse con cautela en tanto se refieren a una población adulta. Para el caso de algunos indicadores específicos, se retomarán los resultados reportados por García (2000) en su investigación por la similitud de las características de su muestra con la nuestra, sabiendo sin embargo que sus resultados no pueden ser generalizables en tanto provienen de una muestra no probabilística intencional.

Con este marco general, iniciaremos la descripción de los resultados de los adolescentes con leucemia con el grupo de indicadores que dan cuenta de los elementos estructurales.

En primer lugar, presentaremos los resultados obtenidos según el Lambda de los sujetos evaluados. Para este efecto señalaremos primero el Lambda obtenido en ambos grupos y luego el Lambda según los intervalos propuestos por Exner (1994) para poder establecer de esta manera la proporción de sujetos con un Lambda bajo, medio o alto.

A continuación presentamos la tabla con los resultados respecto al Lambda para ambos grupos.

Tabla 3: Lambda (L)

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
Lambda	2.48	3.38	5.08	8.61	0.43

$d \geq 0.5$

Con respecto al Lambda (L) -que mide la proporción de respuestas de forma pura (F) que el sujeto ofrece, señalando las ocasiones en las que el sujeto utiliza un

control intelectual y evita procesar las emociones y dar complejidad- no se encuentran diferencias entre ambos grupos, habiendo un Lambda promedio alto en el caso de los dos grupos evaluados (G. con Leucemia: 2.48; G. de Comparación: 5.08). Los resultados obtenidos por el grupo con leucemia son similares a lo reportado por García (2000), quien señala un Lambda = 2.00 (DS = 1.52) en los adolescentes con LLA de su investigación. Sin embargo, llama particularmente nuestra atención el Lambda del grupo de comparación (L = 5.08, DS = 8.61), el cual llega a ser excesivamente alto en relación a lo reportado por Ráez et al. (1999) en población adulta peruana (L = 0.80, DS = 0.69).

A fin de poder analizar de manera más fina estos resultados, describiremos el Lambda según los intervalos señalados por Exner, para poder establecer cuántos sujetos obtuvieron un Lambda bajo (< 0.60) -que indica en el sujeto un estilo de acercamiento a los datos excesivamente recopilador- y un Lambda alto (> 0.99) -que señala que el sujeto simplifica excesivamente sus percepciones y evita con ello procesar la emoción y dejarse invadir por los afectos-. Presentaremos para este efecto la siguiente tabla.

Tabla 4: Distribución por intervalos para el Lambda

Lambda	G. con Leucemia		G. de Comparación	
	f	Porcentaje	f	Porcentaje
$L < 0.6$	1	10%	1	10%
$0.6 < L < 0.99$	4	40%	2	20%
$L > 0.99$	5	50%	7	70%
Total	10	100%	10	100%

Como se establece en la tabla anterior, en el grupo de adolescentes con leucemia se encuentra 5 sujetos (50%) con un Lambda alto y sólo 1 sujeto (10%) con un Lambda bajo. De los sujetos que obtuvieron un Lambda alto, 2 casos llamaron nuestra atención de manera particular por haber obtenido un valor del Lambda excesivamente elevado

($L = 6.75$, $L = 10.50$), lo cual nos indica en estos dos sujetos una fuerte defensividad o inhibición ante la prueba. Los resultados obtenidos en el caso de los adolescentes del grupo de comparación son similares a los de los adolescentes con leucemia. Se observa que hay 7 sujetos (70%) con un Lambda alto y 1 adolescente (10%) con un Lambda bajo. De los adolescentes que obtuvieron un Lambda alto, 3 casos se alejaron excesivamente del grupo ($L = 4.44$, $L = 10.50$, $L = 28.00$), lo cual nos indica nuevamente el alto nivel de defensividad e inhibición frente a la prueba. Cabe señalar que los resultados obtenidos en el grupo de adolescentes con leucemia se asemejan a los reportados por García (2000), quien señala en su muestra total de adolescentes con cáncer ($n = 16$) un grupo mayoritario de sujetos con un $L > 0.99$ (6 pacientes con LLA y 5 con osteosarcoma).

Al observar estos resultados en el grupo total de adolescentes, encontramos que más de la mitad del total de los sujetos evaluados (60%) obtuvieron un Lambda alto, teniendo un 10% de sujetos con un Lambda bajo y sólo un 30% de sujetos de la muestra total en el rango $0.60 < L < 0.99$. Estos resultados llaman particularmente nuestra atención cuando son contrastados con los resultados de la población peruana adulta (Ráez et al., 1999) en la que sólo se reporta un $L > 0.99$ en el 25% de los sujetos.

Habiendo establecido los resultados del Lambda, presentaremos a continuación los resultados referidos al Estilo Vivencial (EB) en base a frecuencias y porcentajes. Describiremos entonces los porcentajes de los estilos Introversivo, Extratensivo y Ambientante en función al Tipo Evitativo, tomando en cuenta que el tipo evitativo puede encontrarse en los tres estilos vivenciales indistintamente (evitativo-extratensivo, evitativo-introversivo y evitativo-ambientante).

Se obtiene el gráfico presentado a continuación respecto al estilo vivencial de los sujetos evaluados.

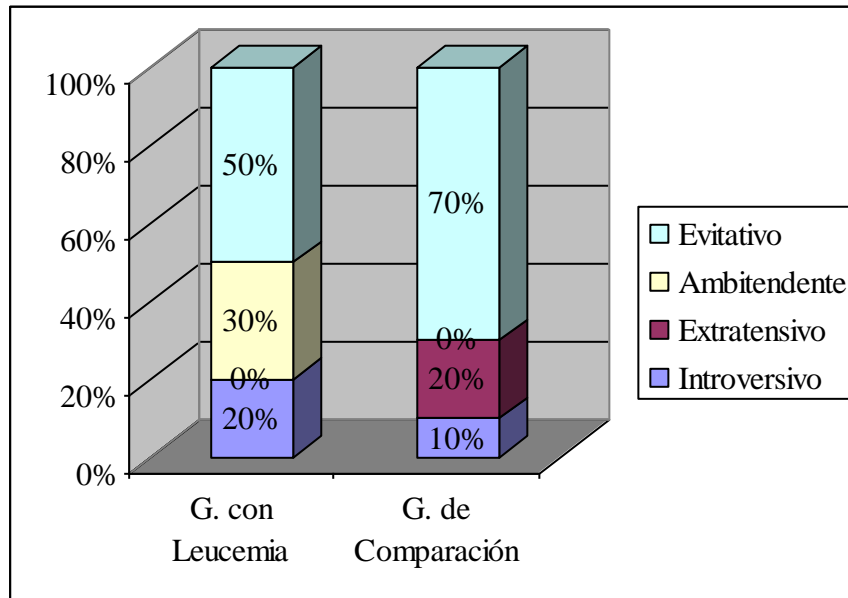


Gráfico 1: Estilo Vivencial por grupo

Como se puede observar en el gráfico anterior, en cuanto al Estilo Vivencial se encuentra en el grupo de adolescentes con leucemia un porcentaje mayoritario con un estilo evitativo (5 sujetos = 50%), teniendo sólo 2 sujetos (20%) introversivos, 3 (30%) ambitendentes y ningún sujeto extratensivo. De igual manera, el grupo de comparación es mayoritariamente evitativo (7 sujetos = 70%), teniendo 2 sujetos (20%) extratensivos, sólo 1 introversivo (10%) y ningún sujeto ambitendente. Estos resultados no arrojan diferencias entre ambos grupos ($w = 0.33$).

Cabe señalar que en el caso del grupo de adolescentes con leucemia que presenta un tipo evitativo (5 sujetos), 3 sujetos son evitativos-introversivos y 2 sujetos son evitativos-ambitendentes. En el caso del grupo de comparación, encontramos que del grupo que presenta un tipo evitativo (7 sujetos), 3 sujetos son evitativos-introversivos y 4 sujetos son evitativos-ambitendentes.

Tomando en cuenta que ambos grupos son similares en cuanto al estilo vivencial, pasaremos a graficar los datos obtenidos en la muestra total de sujetos.

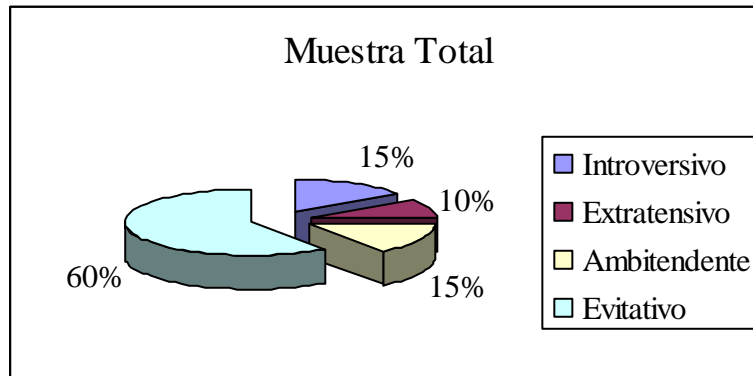


Gráfico 2: *Estilo Vivencial en la muestra total*

Observando los resultados obtenidos en la muestra total de sujetos evaluados, tenemos que el estilo vivencial predominante es el evitativo (12 sujetos = 60%), lo cual nos indica que la mayoría de sujetos tienen una tendencia a evitar la profundización en la resolución de problemas y un pensamiento simple y superficial. Esta característica señala en los adolescentes evaluados una estructura de personalidad vulnerable y frágil, pues al hacer uso de un pensamiento simple tendrán mayor posibilidad de error al intentar solucionar sus tareas. Por otro lado, el 40% restante se divide en proporciones medianamente similares: 15% de sujetos introversivos, 15% de ambivalentes y 10% con un tipo extratensivo.

Cabe señalar que debido al Lambda alto obtenido en ambos grupos muchos de los determinantes esperados no aparecieron en los protocolos, por la considerable presencia de Forma pura, lo cual generó limitaciones en los resultados del resto de indicadores.

Teniendo los resultados del Lambda y el Estilo Vivencial, presentaremos a continuación la tabla de resultados en relación al número de respuestas (R).

Tabla 5: Número de respuestas

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
Número de respuestas <i>d</i> ≥ 0.5	19.70	7.10	25.70	10.32	0.69

Al observar el número de respuestas (R) obtenidas en los protocolos, encontramos que los adolescentes con leucemia dan en promedio un menor número de respuestas ($R = 19.7$) que los adolescentes sin cáncer ($R = 25.7$), hallando entre ambos grupos una diferencia mediana en relación al número de respuestas. Los resultados obtenidos en el grupo de adolescentes con leucemia se asemejan a los encontrados por García (2000) en adolescentes con cáncer, quien señala $R = 20.37$ ($DS = 5.55$) en adolescentes con LLA y $R = 17.87$ ($DS = 4.66$) en adolescentes con osteosarcoma. Cabe señalar además que el promedio de respuestas dadas por los adolescentes sin cáncer es similar a lo encontrado por Ráez et al. (1999), quienes señalan en nuestro medio para población adulta $R = 22.01$ ($DS = 7.12$).

Del grupo de adolescentes con leucemia 6 sujetos (60%) produjeron entre 14 y 16 respuestas, mientras sólo 2 sujetos del grupo de comparación (20%) se encontraron en este rango. A diferencia de ello, la mayoría de adolescentes sin cáncer (7 sujetos) produjo entre 21 y 32 respuestas, habiendo sólo 1 sujeto que se alejó de la media con 49 respuestas. Estos resultados nos indicaría una mayor productividad en el grupo de comparación que en el grupo de adolescentes con leucemia.

Habiendo establecido un marco referencial de las características estructurales de la personalidad de los adolescentes evaluados, pasaremos a describir los resultados de la agrupación de la Afectividad, partiendo del reporte de la proporción en que se presenta el índice de depresión (DEPI) para luego dar cuenta de las medias y desviaciones

estándar del resto de las variables que conforman esta agrupación (EB Extratensivo y EBPer, lado derecho de la eb, FC, CF+C, C Pura, Afr, CP, SumBrutC', SumPondC, Respuestas S, Respuestas Complejas, Complejas de Color-Sombreado y Respuestas Complejas de Sombreado) y finalmente describir los indicadores particulares del DEPI (FD, Índice de Egocentrismo, Fr+rF, FM+m, MOR, Índice de Intelectualización, COP y el Índice de Aislamiento). En todos los casos, se reportarán comparativamente los resultados de ambos grupos, determinando si existen diferencias medianas o grandes entre los adolescentes con leucemia y los adolescentes sin cáncer.

Respecto al Índice de Depresión (DEPI) -que señala la presencia o ausencia de rasgos que se encuentran habitualmente entre los diagnosticados con este trastorno afectivo- obtenemos la siguiente tabla.

Tabla 6: Índice de Depresión

DEPI	G. con Leucemia		G. de Comparación		Total	
	f	%	f	%	f	%
Sí	1	10%	0	0%	1	5%
No	9	90%	10	100%	19	95%
TOTAL	10	100%	10	100%	20	100%

Como puede observarse en la tabla anterior, en relación al Índice de Depresión (DEPI) no se encuentran diferencias entre ambos grupos ($h = 0.64$), teniendo en la muestra total sólo 1 adolescente con leucemia (varón de 17 años, con menos de 1 año de tratamiento) que presenta el índice positivo con un DEPI = 5.

Sabiendo entonces que en general estamos frente a un grupo de adolescentes sin depresión clínica pasaremos a presentar los promedios y desviaciones estándar de las variables de la afectividad restantes.

Respecto a nuestro segundo indicador (EB Extratensivo y EBPer), cabe señalar que -como se mencionó anteriormente- en el caso de los adolescentes con leucemia no se encuentran sujetos con un EB extratensivo, por lo que no hay una influencia mayoritaria del afecto en la actividad psicológica. A diferencia de ello, en el grupo de comparación hallamos 2 sujetos extratensivos, para los cuales el contacto con los demás y el procesamiento de la emoción es prioritario, siendo más lábiles en los intercambios y descargas emocionales.

Iniciaremos entonces el análisis de los componentes del lado derecho de la eb, tomando en cuenta primero la relación con el lado izquierdo de la proporción para luego analizar cada variable de forma individual. En relación a la proporción de ambos lados de la eb, Exner y Sendín (1998) esperan que el lado derecho de la eb ($C'+T+V+Y$) sea menor que el lado izquierdo ($FM+m$). Esta proporción representa la estimulación sufrida por el sujeto en forma de disparadores internos de tensión de tipo ideacional ($FM+m$) en relación a los estímulos que actúan en el interior del sujeto provocándole malestar de tipo emocional ($C'+T+V+Y$).

Tabla 7: Variables de la proporción eb

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
Lado izquierdo de la eb	4.00	2.75	4.30	4.62	0.08
Lado derecho de la eb	1.00	0.94	1.50	2.01	0.34

$d \geq 0.5$

Como puede verse en la tabla anterior, en el caso de ambos grupos se mantiene una proporción similar a la sugerida por los autores, lo cual nos indicaría en principio que no se ha provocado una situación de sobrecarga emocional en los sujetos evaluados.

Si bien no encontramos mayores signos de sobrecarga emocional en ambos grupos, hallamos algunas diferencias al observar individualmente cada uno de los componentes del lado derecho de la eb.

Tabla 8: Componentes del lado derecho de la eb

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
Rptas. de Color Acromático (C')	0.60	0.70	0.80	1.32	0.20
Rptas. de Textura (T)	0.10	0.32	0.00	0.00	0.63
Rptas. de Vista (V)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Rptas. de Sombreado Difuso (Y)	0.30	0.48	0.70	1.06	0.52

$d \geq 0.5$

Las respuestas de Sombreado Difuso (Y) -que implican sentimientos de indefensión y desvalimiento- señalan una diferencia mediana entre ambos grupos, siendo un poco más elevadas en el grupo de comparación (Media = 0.70, DS = 1.06), sin llegar a tener un valor elevado si se toman como referencia los parámetros de Exner ($Y > 1$).

Se encuentran diferencias pequeñas entre ambos grupos en relación a las otras variables del lado derecho de la eb, por lo tanto, no se consideran relevantes.

Habiendo descrito los resultados relacionados a los estímulos que provocan en el interior del sujeto malestar de tipo emocional, continuaremos el análisis con las variables relacionadas a las respuestas de color, las cuales se toman como indicadores del grado de modulación de la descarga afectiva del sujeto.

Tabla 9: Variables del color

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
FC	0.20	0.42	0.50	0.53	0.63
CF+C	0.50	0.53	1.30	1.42	0.82
C PURA	0.20	0.42	0.30	0.67	0.18
Afr	0.52	0.23	0.52	0.21	0.00
CP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
SumBrutC'	0.60	0.70	0.80	1.32	0.20
SumPondC	0.70	0.75	1.70	1.55	0.87

 $d \geq 0.5$

Los resultados obtenidos indican una diferencia en ambos grupos en relación a la combinación de las respuestas de color. Se obtiene una diferencia mediana ($d = 0.63$) en la variable FC y una diferencia grande ($d = 0.82$) en la fórmula CF+C. En ambos casos, los valores obtenidos por los adolescentes con leucemia ($FC = 0.20$, $CF+C = 0.50$) son menores que los obtenidos por el grupo de comparación ($FC = 0.50$, $CF+C = 1.30$). La presencia de C Pura es baja en ambos grupos, encontrando 2 sujetos en el grupo con leucemia y 1 en el grupo de comparación que presentan C Pura = 1 y sólo 1 sujeto del grupo de comparación que presenta C Pura = 2. Esto nos indica que en el grupo de adolescentes con leucemia se encuentran más fácilmente indicadores que señalan inhibición y menor espontaneidad al momento de expresar sus afectos, siendo los adolescentes del grupo de comparación los que presentan un despliegue afectivo mayor.

La Proporción Afectiva (Afr) nos ofrece información sobre la responsabilidad del sujeto a los estímulos emocionales y se relaciona al Estilo Vivencial del sujeto. En el caso de la muestra de sujetos evaluada, no se encuentran diferencias entre ambos grupos en relación a este indicador (G. con Leucemia: Media = 0.52, DS = 0.23; G. de Comparación: Media = 0.52, DS = 0.21). Cabe señalar que estos resultados se encuentran entre lo esperado por Exner (1995) (ambitendentes: Afr = 0.67;

introversivos: $Afr = 0.62$; extratensivos: $Afr = 0.79$) y lo reportado por Ráez et al. (1999) ($Afr = 0.49$, $DS = 0.17$) para nuestro medio. Esto nos indica que ambos grupos presentan una responsividad promedio a los estímulos emocionales.

En cuanto a las respuestas de Proyección del Color (CP), reportadas por Exner y Sendín (1998) como infrecuentes e indicadoras de cierta simpleza emocional, observamos que en el caso de los adolescentes evaluados no se dieron respuestas de este tipo.

Los resultados obtenidos en la fórmula introducida por Exner (1995) que relaciona el grado de constricción afectiva ($SumBrutC'$) con el nivel de procesamiento de emociones deliberadas que el sujeto habitualmente utiliza ($SumPondC$), indican una diferencia entre ambos grupos. Se espera que $SumBrutC'$ sea mucho menor que $SumPondC$, lo cual ocurre en el grupo de comparación ($0.80 : 1.70$) pero no en el grupo de adolescentes con leucemia ($0.60 : 0.70$). Esto nos indicaría que en el grupo de adolescentes con leucemia se encuentran más indicadores de constricción emocional que en el grupo de adolescentes sin cáncer.

Se observa una diferencia grande entre ambos grupos en la fórmula $SumPondC$, la cual da cuenta de la descarga afectiva del sujeto. Se encuentra en el grupo de adolescentes sin cáncer una mayor descarga del afecto ($Media = 1.70$, $DS = 1.55$) que en los adolescentes del grupo de estudio ($Media = 0.70$, $DS = 0.75$). Cabe señalar que en el caso de los adolescentes con leucemia, 5 sujetos (50%) presentan $SumPondC = 0$ y 5 adolescentes (50%) obtienen un puntaje $1.00 \leq SumPondC \leq 1.50$. A diferencia de ello, en el grupo de comparación sólo 2 (20%) obtienen $SumPondC = 0$, encontrando 2 (20%) sujetos sin cáncer con $SumPondC = 0.5$ y el resto (6 sujetos = 60%) con un puntaje $1.00 \leq SumPondC \leq 4.00$.

Continuaremos el análisis de las variables de la Afectividad presentando los resultados obtenidos en las respuestas de Espacio en Blanco (S), Respuestas Complejas, Respuestas Complejas de Color-Sombreado (Col-Shd) y Respuestas Complejas de Sombreado (Shd-Shd).

Tabla 10: Respuestas de Espacio en Blanco, Complejas, Col-Shd y Shd-Shd

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
Rptas. S	2.10	1.52	1.50	1.78	0.36
Rptas. Complejas	0.80	0.79	1.70	2.16	0.61
Compl. Col-Shd	0.10	0.32	0.20	0.63	0.21
Compl. Shd-Shd	0.10	0.32	0.00	0.00	0.63

$d \geq 0.5$

Como puede observarse en el cuadro anterior, no encontramos diferencias entre ambos grupos en las respuestas de Espacio en Blanco (S), que señalan una búsqueda de independencia y autoafirmación. Ambos grupos presentan respuestas S sin llegar a tener, según el criterio de Exner y Sendín (1998), una predisposición al negativismo ni un estilo de oposición ($S < 3$). Cabe señalar que $S > 3$ se encuentra sólo en el caso de 3 adolescentes con leucemia (30%) y 2 sujetos (20%) del grupo de comparación.

En relación a las Respuestas Complejas, cuya presencia señala una actividad cognitiva más elaborada con una considerable actividad de análisis y síntesis, encontramos una diferencia mediana entre ambos grupos, habiendo una media mayor en el grupo de comparación (Media = 1.70, DS = 2.16) en relación al grupo de adolescentes con leucemia (Media = 0.80, DS = 0.79).

En cuanto a las respuestas complejas de Col-Shd y Shd-Shd, que representan una experiencia emocional confusa, ambivalente y generadora de sufrimiento para el sujeto, se obtuvo en ambos grupos un promedio bajo en las respuestas complejas de Col-Shd y

complejas de Shd-Shd. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Ráez et al. (1999) en adultos peruanos, quienes señalan para las respuestas de Col-Shd una media de 0.26 (DS = 0.57). Sin embargo, cabe señalar que a pesar de tener una media pequeña, 3 sujetos con leucemia (30%) presentaron respuestas indicadoras de un alto nivel de malestar emocional, mientras sólo 1 adolescente del grupo de comparación (10%) presentó este tipo de respuesta.

Resumiendo hasta aquí la información sobre los indicadores de la agrupación de la afectividad, presentaremos el siguiente gráfico con los perfiles de ambos grupos, señalando con un círculo aquellos signos en los que se aprecia una diferencia mediana o grande.

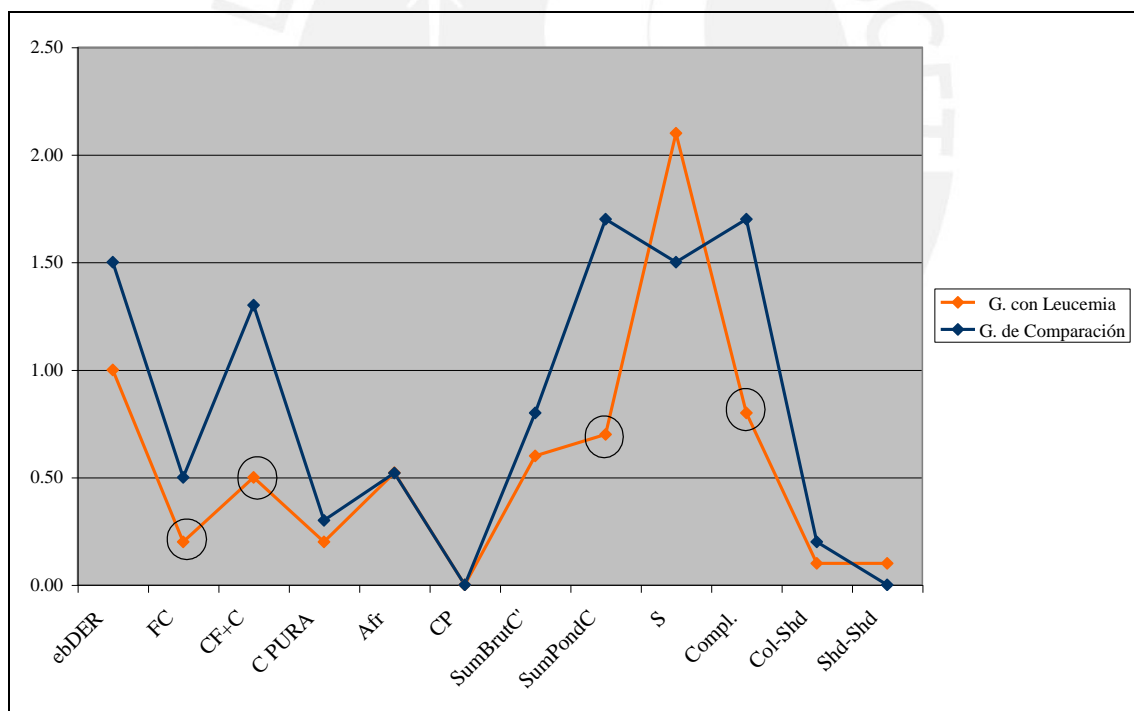


Gráfico 3: Perfiles del cluster de Afectividad

Pasaremos entonces a continuación a presentar los resultados de las variables que permiten un estudio más fino del Índice de Depresión y que complementan el análisis de la agrupación de la Afectividad. El Índice de Depresión está compuesto por

15 variables: Respuestas de Vista (FV+VF+V), Forma Dimensión (FD), Respuestas Complejas de Color-Sombreado (Col-Shd), Respuestas de Espacio en Blanco (S), Índice de Egocentrismo (3r+(2)/R), Respuestas de Reflejos (Fr+rF), Proporción Afectiva (Afr), Respuestas Complejas, Suma de las Respuestas de Sombreado y Color Acromático (SumShd), SumBrutC', FM+m, MOR, Índice de Intelectualización (2AB+Art+Ay), COP y Aislamiento/R. Describiremos sólo aquellas variables que no han sido explicadas anteriormente, resaltando las que presentan una diferencia mediana y grande entre ambos grupos.

Tabla 11: Variables del Índice de Depresión

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
FD	0.10	0.32	0.40	0.84	0.52
3r+(2)/R	0.41	0.10	0.35	0.21	0.43
Fr+rF	0.10	0.32	0.10	0.32	0.00
FM+m	4.00	2.75	4.30	4.62	0.08
MOR	1.00	1.56	0.90	1.45	0.07
2AB+Art+Ay	0.60	0.70	1.00	1.49	0.00
COP	1.20	1.23	0.20	0.42	1.21
Aislamiento/R	0.21	0.12	0.16	0.10	0.54

d ≥ 0.5

En relación al signo FD, indicador de la capacidad del individuo para separarse de los estímulos externos y realizar tareas de autoexamen, se encuentra una diferencia mediana entre ambos grupos, siendo mayor la media (0.40) en el grupo de comparación en relación al grupo de adolescentes con leucemia (0.10). Este indicador es considerado por Exner y Sendín (1998) como un signo saludable de introspección cuando aparece, siempre y cuando $FD \leq 2$. Los resultados encontrados en nuestro grupo de adolescentes con leucemia se asemejan a los encontrados por García (2000) en adolescentes con LLA (Media = 0.25, DS = 0.46) y adolescentes con osteosarcoma (Media = 0.12, DS = 0.35), lo que nos indicaría en el grupo de pacientes poca tendencia a la introspección.

El índice de egocentrismo ($3r+(2)/R$), que estima el nivel de autocentramiento de la persona, no presenta diferencias entre ambos grupos, teniendo una puntuación media según los criterios de Exner ($0.32 < Ego < 0.45$) tanto en el grupo de adolescentes con leucemia (Media = 0.41, DS = 0.10) como en el grupo de comparación (Media = 0.35, DS = 0.21). Los resultados del grupo de adolescentes con leucemia se asemejan a los encontrados por García (2000) en adolescentes con cáncer, quien reporta Ego = 0.31 (DS = 0.17) en adolescentes con LLA y Ego = 0.45 (DS = 0.13) en adolescentes con osteosarcoma. Del grupo de sujetos con leucemia evaluados 2 sujetos (20%) obtuvieron un índice de egocentrismo alto y 3 sujetos (30%) un índice bajo, mientras que en el grupo de comparación 4 sujetos (40%) obtuvieron un índice alto y 3 (30%) un índice bajo.

Ambos grupos obtienen resultados similares en relación a la fórmula $Fr+rF$ (Media = 0.10, DS = 0.32), indicándonos una influencia baja de reflejos ($Fr+rF \leq 1$).

La fórmula $FM+m$, indicadora de un malestar de tipo ideacional, presenta una media similar en ambos grupos. Se encuentran similitudes entre los resultados obtenidos por ambos grupos (G. con Leucemia: Media = 4.00, DS = 2.75; G. de Comparación: Media = 4.30, DS = 4.62) y lo hallado por Ráez et al. para población peruana (1999) (Media = 5.51, DS = 2.73), lo que nos indicaría que ambos grupos tienen un patrón similar al encontrado en adultos.

Los contenidos mórbidos (MOR), que señalan un tono pesimista que tiñe la ideación del sujeto ($MOR > 2$) no arrojan diferencias, obteniendo una media baja en ambos grupos. Esto nos indicaría que la mayoría de sujetos no presentan rasgos negativos o sensaciones de imperfección relacionados a su autoimagen. Del total de sujetos evaluados 5 del grupo de estudio (50%) y 4 del grupo de comparación (40%)

dieron respuestas MOR. Del grupo total de adolescentes sólo 3 (15%) obtuvieron un MOR > 2 (un sujeto del grupo de estudio con MOR = 5 y dos sujetos del grupo de comparación con MOR = 3 y MOR = 4).

Respecto al índice de intelectualización, no se encuentran mayores diferencias entre ambos grupos, hallando un índice bajo ($2AB+Art+Ay < 5$).

En relación a las respuestas de movimiento cooperativo (COP), indicadoras de la tendencia del sujeto a establecer vínculos positivos en los que predominan los aspectos amables y acogedores hacia los demás, encontramos resultados interesantes. Los adolescentes con leucemia presentan una media mayor (1.20, DS = 1.23) a la encontrada en los adolescentes del grupo de comparación (0.20, DS = 0.42), habiendo una diferencia grande entre ambos grupos ($d = 1.21$). Del grupo de adolescentes con leucemia 7 sujetos (70%) presentaron respuestas COP, 3 de ellos $COP \geq 2$. A diferencia de esto, sólo 2 sujetos del grupo de adolescentes sin cáncer (20%) presentaron COP = 1. Esto nos indicaría que existe una mayor tendencia a la apertura hacia la solidaridad en los adolescentes con leucemia.

Los resultados encontrados en el grupo de adolescentes con leucemia se asemejan a lo reportado por García (2000), quien señala haber encontrado únicamente en los adolescentes con LLA respuestas cooperativas (3 de 8 jóvenes), obteniendo una media = 0.75 (DS = 1.10), y ninguna respuesta COP en los adolescentes con osteosarcoma. Por otro lado, llama la atención que los resultados del grupo de comparación se asemejen a lo encontrado por Ráez et al. (1999) en adultos sanos, quienes señalan COP = 0.43 (DS = 0.85) y sólo un 5% de sujetos con COP > 2.

A fin de ilustrar algunos elementos cualitativos del modo como se presentan las respuestas cooperativas en el grupo de adolescentes con leucemia, presentamos a continuación algunos ejemplos de las respuestas ofrecidas.

LAM I, rpta.1: Varón con Leucemia (17 años)

Fase de respuesta	Fase de encuesta
Bueno, lo que veo acá son dos personas igualitas y acá una en el medio.	Algo como unas personas (D4), sosteniéndolos (D2), algo así. (W)

LAM III, rpta. 5: Mujer con Leucemia (16 años)

Fase de respuesta	Fase de encuesta
Parece que están en la cocina, están que cocinan, quieren coger algo.	Acá esto parece como una olla (D7) y acá cada una (D9) está como que mueve. Es que se agachan a recoger algo también, lo que tienen. (?) Las que cocinan se agachan. (D1)

En relación al índice de aislamiento (Aislamiento/R), que señala cuánto se involucra el sujeto en las interacciones con el entorno y si presenta un mayor retraimiento social, se obtiene una diferencia mediana entre ambos grupos hallando un índice mayor en los adolescentes con leucemia (Media = 0.21, DS = 0.12). Sin embargo, al presentar ambos índices un valor menor a lo señalado por Exner (Aislamiento > 0.25) para hablar de un retraimiento social, se considera que no tiene una relevancia interpretativa. A pesar de ello, llama la atención encontrar en el grupo de sujetos con leucemia 4 adolescentes que presentan un índice alto (dos de ellos > 0.33, lo que indica aislamiento social) y sólo 1 sujeto del grupo de comparación con Aislamiento = 0.29.

A manera de resumen, presentaremos en paralelo los perfiles de las variables del Índice de Depresión que han sido descritas anteriormente, señalando con un círculo los signos que presentan diferencias.

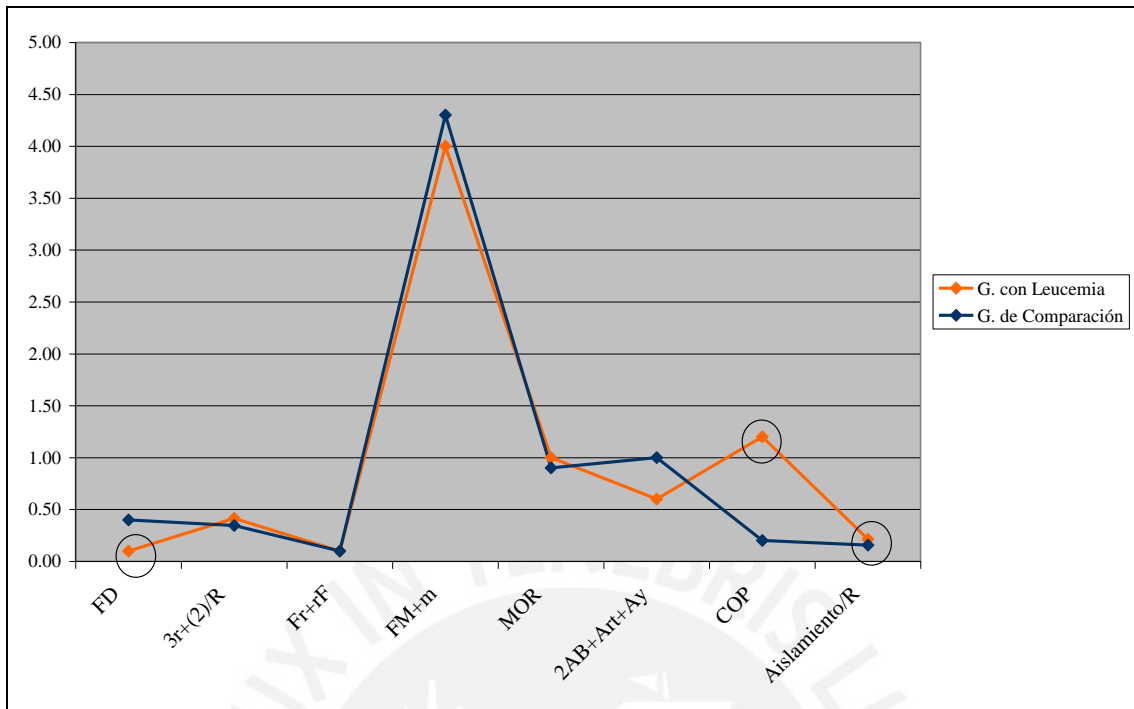


Gráfico 4: Perfiles del Índice de Depresión

De manera complementaria, presentamos a continuación las medias y desviaciones estándar de las variables adicionales asociadas al estrés situacional y a los contenidos referidos a la preocupación por el cuerpo que fueron tomadas en cuenta para esta investigación.

Inicialmente describiremos las variables que de Estrés Situacional (D, D Adj, m, Y y T), las cuales hemos considerado relevantes por ser indicadores de la capacidad de control del sujeto en un momento o periodo de tiempo específico.

Tabla 12: Variables de Estrés Situacional

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		d
	Media	DS	Media	DS	
D	-0.30	0.67	-0.50	1.84	0.16
D Adj	-0.30	0.67	-0.20	1.55	0.09
m	0.80	0.79	0.70	0.95	0.12
Y	0.30	0.48	0.70	1.05	0.52
T	0.10	0.31	0.00	0.00	0.65

$d \geq 0.5$

Según Exner y Sendín (1998), los indicadores básicos de sobrecarga del sujeto son las variables D y D Adj, que representan la capacidad de control y tolerancia al estrés que el sujeto posee en la actualidad y la capacidad de control rutinaria o habitual. Estos autores señalan que se espera que ambas variables tengan un signo positivo en adultos y sean muy semejantes entre sí. En el caso de los adolescentes evaluados, ambas variables presentan un signo negativo, lo que implica la existencia de una sobrecarga. Estos resultados son similares a los encontrados por Ráez et al. (1999) en nuestro medio con adultos, quienes señalan $D = -0.85$ ($DS = 1.63$) y $D \text{ Adj} = -0.46$ ($DS = 1.37$).

La combinación de las variables m, Y y T reflejan la presencia de experiencias de malestar psicológico asociado a circunstancias externas. En el caso de los adolescentes evaluados, no se encuentran valores elevados de estos signos, ya que se espera que la situación del test provoque la aparición de una m y una Y por sujeto. Del mismo modo, encontramos en ambos grupos poca presencia de respuestas de Textura (T) -indicador que se relaciona con las necesidades de cercanía y contacto emocional en relación a lo esperado por Exner ($T = 1$). Cabe señalar que la única diferencia que se encuentra en ambos grupos está referida a las respuestas de Sombreado Difuso (Y), siendo la media mayor en los adolescentes del grupo de comparación. Sin embargo, según lo señalado por Exner y Sendín (1998), estos resultados no ofrecen mayor relevancia interpretativa por tener un valor ≤ 1 .

A continuación se presentan los resultados de los contenidos Anatómicos y Radiográficos ($An+Xy$), los cuales se relacionan con un aumento de la preocupación en torno al cuerpo y aportan información sobre determinadas alteraciones en la autoimagen.

Tabla 13: Contenidos Anatómicos y Radiográficos

Variables Rorschach	G. con Leucemia		G. de Comparación		<i>d</i>
	Media	DS	Media	DS	
An+Xy	1.10	1.20	1.30	2.21	0.12

$d \geq 0.5$

Los contenidos anatómicos (An) y radiográficos (Xy) suelen aumentar en determinados momentos vitales como en la pubertad, embarazo o situaciones de enfermedad orgánica (Exner y Sendín, 1998). En el caso de la muestra de adolescentes evaluados, no se encuentran diferencias entre ambos grupos ($d = 0.12$). Sin embargo, se encuentra en ambos grupos $An+Xy > 1$ (Leucemia: Media = 1.10, DS = 1.20; G. Comparación: Media = 1.30, DS = 2.21), lo que indicaría para Exner (2000) una preocupación mayor a lo habitual por el funcionamiento corporal, sin llegar a ser una preocupación excesiva ($An+Xy > 3$).

A pesar de no hallar diferencias estadísticas, se encuentran algunos resultados interesantes en la utilización de los contenidos anatómicos en los adolescentes con leucemia: (1) Se halla una mayor proporción de sujetos con leucemia (6 sujetos) que dan respuestas anatómicas con una distorsión perceptual (FQ-); y (2) Las respuestas anatómicas en el caso del grupo con leucemia tienden a concentrarse en las láminas III y IX -siendo la lámina IX la que presenta un mayor número de distorsiones perceptivas asociadas a los contenidos anatómicos “calavera” o “cráneo” y “columna”-, mientras que en el grupo de comparación éstas aparecen dispersas en las diferentes láminas, sin encontrar una agrupación de respuestas en una lámina especial.

Exner (2000) señala que cuando las respuestas FQ- se agrupan en contenidos homogéneos, indican que es alguna preocupación particular lo que está provocando la disfunción mediacional. En el caso de los adolescentes con leucemia evaluados, las

respuestas An se encuentran claramente asociadas a FQ- y a las láminas III y IX, lo que nos llevaría a decir que existe una preocupación en torno al cuerpo que está siendo causa de una dificultad en la *mediación cognitiva* -definida por Exner como el proceso por el cual el sujeto traduce la información recogida del ambiente- ante la que el adolescente se siente más bien indefenso.

A fin de ejemplificar los elementos cualitativos señalados anteriormente, presentaremos a continuación algunas viñetas donde se observa el uso de los contenidos anatómicos en el grupo de pacientes.

LAM III, rpta. 4: Mujer con Leucemia (14 años)

Fase de respuesta	Fase de encuesta
Dos pollitos que se les está saliendo el cerebro.	Acá están los dos pollitos (D9) y acá sus cerebros (D2), bueno y también el corazón (D3). (?) Acá están sentaditos y acá esto rojito (D2) parece que se estuviera saliendo y el pecho medio salido (Dd27) parece que se le hubiera salido el corazón también. (D9+D3+D2)

LAM IX, rpta. 14: Varón con leucemia (17 años)

Fase de respuesta	Fase de encuesta
Una calavera con ojos de fuego que de los ojos les está chorreando así como pus.	Esta es la calavera (DS8), su nariz, lo naranja (D3) es el fuego y ésta (D1) es la pus que está chorreando de los ojos. (D2)

Luego de haber concluido con esta primera parte, pasaremos a la presentación de los resultados que dan cuenta de las relaciones entre los indicadores de afectividad, estrés situacional y preocupación por el cuerpo y algunas variables sociodemográficas (edad y sexo) y de enfermedad (tiempo de tratamiento) en el grupo de pacientes.

Habiendo establecido que sólo hay un adolescente en este grupo que presenta el Índice de Depresión positivo -por lo que no pueden hablarse de diferencias en DEPI- y que no se encuentra un EB extratensivo en el grupo de adolescentes con leucemia, se presentan a continuación las variables de la afectividad restantes en base a las medias y desviaciones estándar, describiendo sólo aquellas que presentan una diferencia mediana o grande.

Empezaremos por la descripción de las variables Rorschach según la edad del paciente. Si bien se considera que el grupo de edades es homogéneo, compararemos al grupo de adolescentes más jóvenes (de 14 y 15 años) con el grupo de adolescentes de mayor edad (de 16 y 17 años) a fin de señalar algunas diferencias.

Describiremos sólo aquellos indicadores de la afectividad, estrés situacional y preocupación por el cuerpo que presentaron diferencias medianas o grandes entre ambos grupos. Se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 14: Variables que presentan diferencias por edad

Áreas	Variables Rorschach	14 a 15 años		16 a 17 años		<i>d</i>
		Media	DS	Media	DS	
Variables DEPI	FM+m	2.83	2.32	5.75	2.63	1.18
Variables de Estrés Situacional	D	-0.17	0.75	-0.50	0.58	0.50
	D Adj	-0.17	0.75	-0.50	0.58	0.50
	Y	0.17	0.41	0.50	0.58	0.68

$d \geq 0.5$

Los resultados obtenidos respecto a las variables de afectividad y de contenido (An+Xy) no muestran en general diferencias por edad entre ambos grupos, sólo arrojan diferencias en algunas variables DEPI y de estrés situacional. Sin embargo, las diferencias encontradas en las variables de estrés situacional D, D Adj e Y no ofrecen

relevancia interpretativa, debido a que en el caso de D y D Adj las medias que ambos grupos obtuvieron tienen un valor negativo y en el caso de Y la media obtenida es < 1 . Esto nos indica que tanto los adolescentes más jóvenes como los de mayor edad presentan una sobrecarga en el funcionamiento habitual y que no encontramos mayores sentimientos de indefensión y desvalimiento en el grupo.

En relación a las variables DEPI, la fórmula FM+m -indicadora de ideación periférica que puede contribuir en la sobrecarga interna del sujeto- presenta una diferencia grande entre ambos grupos, siendo el grupo de adolescentes entre 16 y 17 años los que presentan una media mayor (Media = 5.75, DS = 2.63). Los resultados obtenidos por el grupo de adolescentes mayores (16 a 17 años) concuerdan con los baremos para adultos presentados por Ráez et al. (1999) (Media = 5.51, DS = 2.73), lo que nos indicaría que los adolescentes de mayor edad tienen un patrón similar al encontrado en la población adulta.

Habiendo descrito los resultados según la edad del paciente, pasaremos a describir la tabla obtenida de las variables que presentan diferencias según el sexo del adolescente con leucemia.

Tabla 15: Variables que presentan diferencias por sexo

Áreas	Variables Rorschach	Masculino		Femenino		<i>d</i>
		Media	DS	Media	DS	
Variables Afectividad	SumBrutC'	0.40	0.55	0.80	0.84	0.58
	Rptas. S	3.00	1.58	1.20	0.84	1.49
Variables DEPI	3r+(2)/R	0.46	0.11	0.37	0.07	1.02
	Aislamiento/R	0.16	0.09	0.27	0.13	1.02
Variables de Estrés Situacional	D	0.00	0.71	-0.60	0.55	0.96
	D Adj	0.00	0.71	-0.60	0.55	0.96

$d \geq 0.5$

Los resultados obtenidos nos indican diferencias en algunas variables de la afectividad, del DEPI y de estrés situacional.

Se encuentran diferencias en relación a la fórmula SumBrutC', indicando mayor constricción emocional en las mujeres. Sin embargo, al observar la proporción SumBrutC' : SumPondC, no hallamos diferencias entre ambos grupos, pues tanto mujeres como hombres se caracterizan por inhibir los afectos (0.40 : 0.60 para los varones y 0.80 : 0.80 para las mujeres).

Encontramos resultados interesantes en las respuestas de espacio en blanco (S), habiendo una diferencia grande entre ambos grupos que nos indica que los varones presentan un mayor número de respuestas S que las mujeres (Varones: Media = 3.00, DS = 1.58; Mujeres: Media = 1.20, DS = 0.84). Esto nos sugiere que este grupo busca independencia y autoafirmación desde un estilo que puede llegar a ser opositorista, sin llegar a tener componentes hostiles ($S < 3$).

El índice de egocentrismo presenta una diferencia grande entre ambos grupos, teniendo una puntuación alta en el grupo de varones ($Ego > 0.45$) y una puntuación media en el de mujeres ($0.32 < Ego < 0.45$). Esto nos señala que al interior del grupo de adolescentes con leucemia evaluados existe una mayor preocupación por el propio self en los varones que en las mujeres.

En relación al índice de aislamiento, encontramos una diferencia grande entre ambos grupos, siendo las mujeres en este caso las que presentan este índice más alto (Media = 0.27, DS = 0.13) que los varones, lo que nos indica que el grupo de mujeres evaluado se encuentra menos implicado de lo habitual en las interacciones sociales y presentan un mayor retraimiento ante los contactos o intercambios con el entorno.

Se obtiene una diferencia grande entre ambos grupos en relación a las variables D y D Adj, encontrando que los adolescentes varones presentan una tolerancia adecuada frente a las situaciones de la vida cotidiana ($D = 0.00$; $D \text{ Adj} = 0.00$) mientras las adolescentes mujeres presentan una sobrecarga habitual que las predispone a un funcionamiento menos eficaz ($D = -0.60$; $D \text{ Adj} = -0.60$).

Bajo la misma lógica, pasaremos entonces a describir los resultados obtenidos en relación al tiempo de tratamiento del paciente. A continuación se presenta la tabla de las variables que obtuvieron diferencias medianas y grandes entre ambos grupos.

Tabla 16: Variables que presentan diferencias por tiempo de tratamiento

Áreas	Variables Rorschach	De 3 a 12 meses		De 12 a 18 meses		<i>d</i>
		Media	DS	Media	DS	
Variables Afectividad	Lado derecho de la eb (ebDER)	1.29	0.95	0.33	0.58	1.25
	SumBrutC'	0.71	0.76	0.33	0.58	0.57
	SumPondC	0.86	0.80	0.33	0.58	0.76
Variables DEPI	COP	0.71	0.76	2.33	1.53	1.42

$d \geq 0.5$

Como vemos, los resultados obtenidos por tiempo de tratamiento nos señalan diferencias en algunas variables de la afectividad y del DEPI. Sin embargo, no se encuentran diferencias entre ambos grupos en las variables de estrés situacional y los contenidos anatómicos y radiográficos (An+Xy).

En relación a las variables de afectividad, el lado derecho de la eb muestra una diferencia grande entre ambos grupos, observando una media más alta (1.29) en los adolescentes que llevan entre 3 y 12 meses de tratamiento en comparación a la media obtenida por los que tienen más de un año de tratamiento (0.33). Esto nos indicaría

mayores afectos irritativos o perturbadores -que se registran como sufrimiento psíquico- en los adolescentes que tienen menor tiempo de tratamiento.

Los resultados obtenidos en las fórmulas SumBrutC' y SumPondC indican una diferencia mediana entre ambos grupos, habiendo obtenido valores más altos para cada uno de estos indicadores de manera independiente en el grupo de adolescentes que llevan menor tiempo de tratamiento. En cuanto a la relación SumBrutC' : SumPondC, ambos grupos obtienen proporciones similares (0.71 : 0.86 y 0.33 : 0.33), lo cual nos indica constricción emocional y poca descarga afectiva en ambos grupos.

Las respuestas de movimiento cooperativo (COP) presentan también una diferencia grande entre ambos grupos, teniendo una media mayor el grupo de adolescentes que llevan más de un año de tratamiento ($2.33 > 0.71$). Esto nos indica que en el grupo de adolescentes evaluados existe una mayor tendencia a establecer vínculos positivos en los pacientes que tienen un mayor tiempo de tratamiento.

Antes de terminar, es necesario recordar que los resultados de esta investigación no pueden generalizarse a otros grupos similares debido a las características específicas de nuestra población y el número pequeño de la muestra. Sin embargo, consideramos que con los resultados obtenidos ofrecemos algunas luces que permitirán optimizar los métodos de intervención psicológica con los pacientes, pues al haber identificado cómo es la afectividad de estos adolescentes podemos desarrollar programas de intervención que se ajusten a la forma en la que estos adolescentes viven su enfermedad y tratamiento.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

La presente investigación busca reflexionar sobre las características particulares de la afectividad de los adolescentes con leucemia, que deben afrontar además de los cambios y tareas propias de esta etapa, las exigencias y limitaciones que impone la enfermedad y el tratamiento. La literatura revisada (Clark et al., 1992; Ritchie, 2001) nos señala que la capacidad del adolescente para adaptarse posteriormente al regreso al colegio, mantener relaciones interpersonales y conservar los sistemas de soporte social depende del manejo que se dé a las emociones generadas por el diagnóstico y tratamiento. Es por esta razón que consideramos importante describir la afectividad de un grupo de adolescentes con leucemia y compararlos con un grupo de adolescentes sin cáncer.

Cabe señalar que debido a las características específicas de nuestra población, el número pequeño de la muestra y el alto nivel de defensividad frente a la prueba no se puede generalizar lo encontrado a otros grupos similares, sin embargo, se nos abren algunas perspectivas que pueden ser orientadoras para la intervención con estos adolescentes. A partir de ello pretendemos ofrecer algunas posibilidades de respuesta sobre esta población tan específica, con el fin de optimizar los métodos de intervención psicológica y con ello lograr que el adolescente pueda regular de manera favorable sus estados afectivos así como descubrir maneras efectivas de alcanzar su máximo potencial en un momento particularmente difícil.

Iniciaremos la discusión de los resultados dando un marco general de la personalidad de los adolescentes evaluados, lo cual nos ofrece datos significativos sobre el papel que juegan los afectos en la toma de decisiones y el manejo de una situación determinada.

Un primer elemento a destacar es el alto nivel de defensividad e inhibición mostrado por ambos grupos. En el caso del grupo de adolescentes con cáncer, creemos que es posible que el factor de la enfermedad interfiera en la prueba, pues Porcelli (2004) sostiene que la evaluación psicológica a sujetos con cáncer suele ser difícil debido a la gran defensividad y negación que presentan. Sin embargo, llama la atención los resultados obtenidos en el grupo de adolescentes sin cáncer. A pesar de que se espera encontrar cierto nivel de defensividad en los adolescentes, pues la literatura reporta (Exner & Weiner, 1982) que al evaluar este tipo de población es común encontrar oposición y evasión en la prueba, sorprende que sobre todo los sujetos del grupo de comparación se hayan alejado excesivamente del lambda promedio. Creemos que esto se debe a que tres sujetos del grupo de comparación obtuvieron lambdas excesivamente altos, lo cual generó ciertas limitaciones en los resultados estadísticos y produjeron una desviación en la media. Sin embargo, a pesar de las limitaciones debido a la poca aparición de algunos determinantes, se encontraron elementos importantes y se pudieron llegar a algunas conclusiones interesantes sobre la afectividad de los adolescentes evaluados.

Dentro de los aspectos que podrían considerarse como estructurales de la personalidad, es interesante observar que no existen mayores diferencias entre ambos grupos en cuanto a los estilos vivenciales y que el grupo total de adolescentes evaluados fue mayoritariamente evitativo, lo que nos indica vulnerabilidad y fragilidad en la

estructura de personalidad. La presencia de un estilo evitativo incrementa la posibilidad de hacer juicios equivocados, ya que tiende a oscurecer ciertas características, tanto en el estilo introversivo como en el extratensivo y ambigüal (Exner, 2000). Cuando se trata de un adolescente o un adulto, el producto final es una mayor ineficacia y una posición más vulnerable frente al medio, por lo que el sujeto tiene una mayor tendencia a sufrir problemas de adaptación en entornos complejos. Esto se debe a que las personas con un estilo evitativo suelen tener una marcada disposición a simplificar la complejidad o la ambigüedad, descartando -o incluso negando- los aspectos de un hecho estimular.

Por otro lado, encontramos un porcentaje menor de sujetos -tanto del grupo de estudio como del grupo de comparación- con un estilo vivencial no evitativo. Dentro de ellos, un grupo mayoritario con un tipo introversivo o ambitendente y un grupo pequeño de extratensivos. Esto nos indica que en el grupo de adolescentes evaluados que no presentaron un tipo evitativo existen dos tendencias principales en cuanto al estilo vivencial: (1) sujetos que priorizan el pensamiento y mantienen los sentimientos de forma periférica en la toma de decisiones y resolución de problemas o (2) sujetos con un enfoque aún no definido, siendo inconsistentes en términos de cuánto influyen las emociones en el pensamiento o en los procesos de toma de decisiones y solución de problemas. Curiosamente, estas dos tendencias son también observadas por Ráez et al. (1999) en un estudio con adultos peruanos, entre quienes también se encuentra una pequeña proporción de sujetos que se ven influenciados por las emociones en los procesos de pensamiento (extratensivos) y una mayor tendencia al estilo introversivo y ambigüal.

La similitud encontrada con respecto al estilo vivencial de ambos grupos y la evidencia de un grupo mayoritariamente evitativo podría ser un indicador de que existen

elementos característicos de la población -tanto en el grupo de adolescentes con leucemia como en el grupo de no pacientes- que llevan a estos sujetos a simplificar la complejidad del campo estimular. Cabe preguntarnos entonces qué factores podrían explicar esta manifestación. En este sentido cobra relevancia la variable socioeconómica y cultural, así como la situación de inmigrantes de los adolescentes evaluados.

En relación a estas variables podríamos preguntarnos, en la línea de lo que plantea Velásquez (1998) -quien señala que la precariedad económica, la marginación por la ubicación en la sociedad (zonas rurales) y el género son factores comunes que ejercen una influencia en el funcionamiento psicológico- si es que la pobreza y las privaciones que ello implica podrían tener un efecto sobre el funcionamiento psicológico general de nuestros adolescentes. Esta autora reporta casi en la tercera parte de su grupo de estudio (31%) -mujeres adultas de zonas rurales- una tendencia a simplificar el campo estimular, limitaciones en los recursos y la creatividad y un escaso interés en los estímulos emocionales y en procesar la información del medio ambiente.

Teniendo en cuenta las diferencias existentes entre la muestra evaluada por la autora y nuestro grupo, pero tomando en consideración que tenemos un grupo de adolescentes compuesto mayoritariamente por inmigrantes de zonas rurales de un estrato socioeconómico medio bajo y bajo, podríamos preguntarnos si es que la cultura estaría actuando en la configuración de la personalidad de los adolescentes evaluados. Sin embargo, a fin de poder confirmar o negar esta hipótesis sería conveniente continuar con las investigaciones en población peruana, pues hasta el momento no se ha establecido que el estilo evitativo de la personalidad sea característico de las zonas rurales y pobres del Perú (M. Ráez, comunicación personal, 07 de noviembre del 2006).

Una segunda hipótesis estaría relacionada a la situación de migración de los adolescentes evaluados. En este sentido podríamos preguntarnos si es que la inhibición y simplificación del campo estimular tienen que ver con el proceso de ajuste de los jóvenes inmigrantes, quienes al mudarse a la ciudad se han visto forzados a adaptarse a una cultura occidental.

Otro punto importante que se ve sugerido por nuestros resultados es que no existen diferencias en la personalidad de los adolescentes con y sin el diagnóstico de cáncer. Este hallazgo cuestiona sin embargo la debatida hipótesis que asocia cáncer y personalidad, particularmente aquella que sostiene que existe un perfil psicológico premórbido (personalidad Tipo C) que genera mayor vulnerabilidad al cáncer (Kissen, 1996; Kissen & Eysenk, 1962, citados en Porcelli, 2004). Vemos pues que si bien es cierto que nuestros adolescentes con leucemia denotan un alto nivel de defensividad que puede llevar a dificultad para expresar emociones negativas (sobre todo la rabia), represión emocional y baja autoestima -las cuales son características de la personalidad tipo C según Sanderman y Ranchor (1997)-, estas particularidades están presentes también en el grupo de comparación. Cabe señalar además que esta postura es altamente criticada y aún no cuenta con evidencia sostenible (Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Kodama & Okawa, 2003; Sanderman & Ranchor, 1997).

Nos ubicamos entonces más bien del lado de la postura que asume que el cáncer es una enfermedad que genera un gran impacto a nivel psicológico y psicosocial en los pacientes, sin llegar a cambiar los aspectos estructurales de la personalidad, y que produce incluso manifestaciones clínicas como la depresión y la ansiedad (Tarlou & Smalheiser, 1951; Csirszka & Hegedus, 1964; Bahnson & Bahnson, 1964, citados en Porcelli, 2004).

Al referirnos a nuestros resultados, es interesante el hecho de no encontrar grandes signos de depresión en el grupo de adolescentes con leucemia, ya que investigaciones realizadas en diferentes contextos culturales y geográficos (Carroll, Kathol, Noyes, Wald & Clamon, 1993; Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs, Carnicke, 1983; McDaniel & Nemeroff, 1993; Razavi, Delvaux, Bredart, Paesmans, Debusscher, Bron & Stryckmans, 1992) señalan que entre un 30% y 40% de pacientes con cáncer -sin importar el tipo o fase en la que se encuentra la enfermedad- reportan síntomas compatibles con un trastorno psiquiátrico, siendo la ansiedad y la depresión los trastornos más comúnmente diagnosticados en este tipo de pacientes. Esto nos genera diversos cuestionamientos con respecto a lo hallado en el índice de depresión del grupo de pacientes. Podemos entonces preguntarnos si es que las diferencias encontradas con las mencionadas investigaciones se deben a que las afirmaciones se han planteado en base al estudio de pacientes adultos y no adolescentes, o si es que los resultados obtenidos en nuestra investigación se deben a la gran defensividad y tendencia a la simplificación que muestran los sujetos evaluados frente a la prueba (Lambda alto y tipo evitativo), más aún cuando a nivel clínico se observa un aumento en la labilidad afectiva y cambios continuos de humor que ejercen influencia en la adaptación y motivación a continuar con el tratamiento.

Al parecer, nos atreveríamos a decir que si bien no existe evidencia de síntomas clínicos que lleguen a configurar un trastorno psicológico propiamente dicho, encontramos indicadores a nivel de la productividad, algunos elementos afectivos específicos y variables de preocupación por el cuerpo que nos advierten de determinados conflictos y recursos presentes en el grupo de adolescentes con leucemia, en los que eventualmente se observan algunas diferencias por sexo y tiempo de tratamiento, más no por edad.

Observamos entonces que el número promedio de respuestas obtenidas en los protocolos por los adolescentes con leucemia es menor que el número de respuestas proporcionadas por los adolescentes del grupo de comparación, lo que nos sugiere que el factor de la enfermedad podría estar disminuyendo la productividad de los sujetos con cáncer. Estos resultados concuerdan con lo hallado por García (2000) en una muestra de adolescentes con cáncer y con lo encontrado por Pukko, Hirvonen, Aalberg, Hovi, Rautonen y Siimes (1997) en adolescentes mujeres mayores de 14 años sobrevivientes a leucemia infantil. Si bien la presente investigación no cuenta con una evaluación previa al diagnóstico, en tanto el cáncer es considerado por diversos investigadores como una enfermedad que inhibe los recursos (Adams-Greenly, 1990; Clark et al., 1992; Ritchie, 2001; Sammallahiti et al., 1995), nos inclinamos a interpretar que esta baja productividad de los adolescentes con leucemia se encontraría asociada probablemente a la enfermedad. Sería interesante sin embargo lograr confirmar esta hipótesis en futuras investigaciones longitudinales, donde se podría observar si es que con la finalización del tratamiento estos jóvenes logran alcanzar el mismo nivel de productividad que los adolescentes sin cáncer.

Otra diferencia importante se da a nivel del manejo afectivo, donde encontramos que el grupo de adolescentes con leucemia es más inhibido, reprimido y negador en relación a sus afectos (pocas respuestas de color) y tiene poca tendencia a la introspección (FD). Esto se asemeja a lo encontrado en diversas investigaciones realizadas en pacientes con cáncer con el Psicodiagnóstico de Rorschach (Aragona, Mustacello & Mesiti, 1997; García, 2000; Georgoff, 1991), que señalan que estos sujetos presentan constricción emocional, tienden a ser represivos y rígidos en la expresión del afecto y evitan involucrarse emocionalmente a fin de defenderse contra lo

afectivamente intenso que puede ser para ellos cuestionarse sobre su enfermedad y de esta manera evitar conectarse con los sentimientos depresivos que pudiera implicar.

En términos generales, puede decirse que el grupo de adolescentes con leucemia teme o desconfía de cualquier expresión abierta del afecto. Se puede hipotetizar que la experiencia de enfermedad y lo displacentero que ello supone podría estar aumentando en estos adolescentes los mecanismos de control y modulación del afecto, por lo que tienden a dirigir la expresión afectiva a través de elementos más cognitivos, llegando a ser rígidos y menos espontáneos. Estas características son propias del grupo de adolescentes con leucemia y se dan independientemente del sexo, la edad o el tiempo de tratamiento del paciente. En este sentido, la constricción emocional y poca tendencia a la introspección estarían funcionando al parecer como mecanismo de defensa, permitiendo a los adolescentes con cáncer afrontar la enfermedad y evitar verse invadidos por los afectos.

La evitación como tipo de afrontamiento a la enfermedad, fue investigado por Zúñiga (2002), quien evaluó a través del CASQ-Reorganizado (Coping-Across-Situations-Questionnaire) una muestra de 31 adolescentes entre 13 y 19 años que se encontraban recibiendo quimioterapia hospitalizados en el INEN. Esta autora, si bien señala un empleo mayoritario del estilo de *aproximación* (67.5%), indica que un 32.4% de la muestra utiliza un estilo de *evitación* frente a las situaciones problema. Seiffge-Krenke (citado en Zúñiga, 2002) señala al estilo de evitación como un modo de afrontamiento disfuncional que ayuda a controlar los sentimientos pero que no permite la resolución del problema en el momento que éste ocurre.

A diferencia de los adolescentes con leucemia, encontramos que los sujetos sin cáncer descargan el afecto de manera más espontánea y relajada, expresando sus

emociones con mayor intensidad, teniendo un mayor gusto por expresar sus afectos sin esforzarse por controlar sus emociones y sin que ello implique problemas serios en el control de los mismos (pocas respuestas de C Pura). Estos resultados concuerdan con lo señalado en la literatura (Carvajal, 1993; Tyson & Tyson, 2000) pues durante la adolescencia se espera una mayor intensidad en la expresión del afecto hasta que se logre un control del mismo con el desarrollo de las habilidades cognitivas.

Si bien se encontraron diferencias en relación a la expresión de los afectos, llama la atención hallar en ambos grupos igual tendencia al oposicionismo y autoafirmación (presencia de respuestas S), sin llegar a tener componentes hostiles acentuados. En tanto se ha evaluado a un grupo adolescente, se espera que exista una tendencia al oposicionismo y a la búsqueda de individualidad (Erikson, 1976; Carvajal, 1993), pero al referirnos a adolescentes con cáncer, diversos autores plantean (Die Trill, 2000; Massie et al., 1996; Pfefferbaum, 1990) que las limitaciones impuestas por el tratamiento generan en el adolescente desconfianza e ira, las cuales se manifiestan en una falta de cooperación con el tratamiento, actuaciones impulsivas (acting out) e incluso conductas regresionadas y autodestructivas. Este tipo de emociones y conductas se corroboran con la experiencia clínica, ya que se observa la dificultad que genera en estos adolescentes el manejo de los sentimientos hostiles hacia el tratamiento y la enfermedad. Podríamos hipotetizar que la constricción emocional y la defensividad mostrada frente a la prueba estarían jugando un papel importante en la represión de los sentimientos hostiles hacia la enfermedad y el tratamiento.

Respecto a esta variable, vale decir sin embargo que existen diferencias según el sexo del paciente en el grupo de adolescentes con leucemia, siendo los varones los que presentan un estilo de oposición y negativismo que indica rechazo a las demandas de la

situación actual (las limitaciones del tratamiento, por ejemplo). Las mujeres en cambio, no sólo se presentan como menos opositoras que los varones, sino que también poseen una mayor tendencia a la constricción emocional y se muestran menos activas en la interacción social (índice de aislamiento alto), evitando conectarse con los sentimientos hostiles que les podría generar la enfermedad.

Esta diferencia encontrada por género es interesante, pues tanto las investigaciones con sujetos sanos (Brody, 1985; Polce-Lynch, Myers, Kilmartin, Forssmann-Flalck & Kliewer, 1998) como las realizadas con pacientes con cáncer (Zakowski, Harris, Krueger, Laubmeier, Garrett, Flanigan, & Johnson, 2003) señalan mayor constricción emocional en los varones que en las mujeres. Estas investigaciones plantean que son las mujeres quienes logran una mayor expresión del afecto, con excepción de las emociones “socialmente inaceptables” -como la cólera e ira, cuya expresión genera mayor vergüenza y culpa (Driscoll, Zinkivskay, Evans, & Campbell, 2006; Lutwak, Panish, Ferrari, & Razzino, 2001)-, y que los hombres poseen una mayor constricción emocional, la cual va aumentando con la edad.

Las investigaciones revisadas generan dudas con respecto a lo encontrado, sin embargo, consideramos que es posible que en el grupo de adolescentes mujeres evaluadas exista mayor aislamiento y constricción emocional debido a que los sentimientos hostiles generados por las limitaciones que implica el tratamiento (Die Trill, 2000) son considerados como “socialmente inaceptables” (Driscoll et al., 2006; Lutwak et al., 2001). Creemos que los varones podrían estar expresando -sin sentir culpa o vergüenza- la hostilidad e ira generada por las limitaciones del tratamiento.

Es interesante observar que a pesar de que el cáncer es considerado como una enfermedad generadora de gran estrés debido a las restricciones e implicancias del

tratamiento (Massie et al., 1996; Rowland, 1990), no se encuentren diferencias entre el grupo de estudio y el grupo de comparación. Sin embargo, en el caso de los adolescentes con leucemia, se encuentran nuevamente diferencias según el sexo del paciente, siendo los varones los que logran una tolerancia adecuada frente a las tensiones, mientras las mujeres se encuentran sobrecargadas debido a que no logran manejar la estimulación irritativa del entorno. Creemos que estos resultados están relacionados a la existencia de una mayor tendencia en las mujeres a la constricción emocional, ya que la literatura (Iwamitsu et al., 2003; Zakowski et al., 2003) plantea que cuanto mayor expresión afectiva logren los pacientes, menor estrés generará la enfermedad.

En cuanto a las respuestas que indican preocupación por sí mismo (Ego) y por el propio cuerpo, no se hallan diferencias entre el grupo de estudio y el grupo de comparación, teniendo ambos grupos un interés promedio en el propio self y una preocupación mayor de lo habitual en el funcionamiento corporal. Llama la atención que en el grupo de adolescentes con leucemia no se den mayores respuestas relacionadas a la preocupación por el cuerpo y respuestas mórbidas asociadas a estos contenidos, ya que Exner (2000) señala que son bastante frecuentes en los sujetos que sufren problemas físicos.

A pesar de las similitudes encontradas entre el grupo de estudio y el grupo de comparación, en el grupo de adolescentes con leucemia se haya una mayor preocupación por el propio self en varones que en las mujeres (índice de egocentrismo alto). Esto es considerado típico de la etapa adolescente, ya que los cambios físicos propios de este periodo generan en el sujeto un mayor interés en sí mismo y su cuerpo (Carvajal, 1993; Erikson, 1976; Tyson y Tyson, 2000).

Vemos además que en el grupo de adolescentes con leucemia la preocupación por el cuerpo va acompañada de distorsiones perceptivas (FQ-), lo cual nos hace pensar que los cambios físicos dados durante la adolescencia sumados a los cambios producidos por el cáncer y su tratamiento generan una preocupación por el funcionamiento corporal que llega incluso a interferir de manera esporádica en la mediación cognitiva -proceso por el cual el sujeto identifica o traduce la información recogida del ambiente-, provocando una disfunción mediacional ante la que el sujeto se siente indefenso. Es interesante observar además que la asociación entre la preocupación por el funcionamiento corporal y las distorsiones cognitivas se dan en las láminas III y IX, particularmente en esta última asociada a los contenidos anatómicos de “calavera”, “cráneo” y “columna”. En el caso de los adolescentes con leucemia, dicha lámina por ser de las más inestructuradas de la prueba podría estar enfrentándolos a las ansiedades relacionadas con la muerte (desestructuración), que podría explicar la distorsión observada.

Al parecer los adolescentes se sienten vulnerables y frágiles (“pollitos”, “un conejo llorando, muy excesivo su llanto”) frente a la experiencia de enfermedad, que los invade y destruye desde adentro hacia fuera (“se les está saliendo el cerebro”, “un bofe - pulmón- todo destrozado, derretido”). En este caso, estaríamos observando lo señalado por Rowland (1990), en tanto el temor a la desfiguración (cuerpos destruidos o dañados) aparecería como una preocupación principal que tiñe la cognición del adolescente con leucemia y activa diversas ansiedades de muerte.

Nos encontramos entonces ante una muestra de adolescentes con cáncer que a pesar de no presentar síndromes clínicos específicos (depresión), muestra malestar y constricción emocional, así como una escasa productividad y una tendencia a generar

distorsiones cognitivas al referirse a contenidos relacionados a la preocupación por el cuerpo. Cabe preguntarnos si a pesar del malestar emocional el hecho de no encontrar patología en el grupo nos indica que estos adolescentes han encontrado formas saludables de afrontar la enfermedad y el tratamiento (presencia de COP) de tal manera que no han desarrollado mayores signos de depresión.

Esta hipótesis surge debido a la notable presencia de respuestas cooperativas en el grupo de adolescentes con leucemia, pues estos resultados no se encuentran en el grupo de comparación y se alejan de lo señalado por Exner (2000), tomando en cuenta que tenemos un grupo mayoritariamente evitativo donde se espera un porcentaje bajo de este tipo de respuestas.

En vista que tenemos una muestra compuesta mayoritariamente por inmigrantes de zonas rurales podríamos preguntarnos si es que el predominio de respuestas cooperativas se debe a la noción de comunidad y colectividad que existe en estas poblaciones, en tanto la identidad es definida en función al vínculo y al grupo (Ortiz, 2001). En este sentido entenderíamos al grupo de adolescentes evaluados como individuos que se ven a sí mismo como parte de un todo, sea esta una familia, un grupo de pares o una comunidad (Triandis, 1995). Sin embargo, si las respuestas cooperativas se relacionan a la noción de colectividad ¿por qué no las encontramos en los adolescentes inmigrantes del grupo de comparación?

Una hipótesis podría referirse a que los adolescentes sanos aún no han encontrado un grupo de referencia en Lima -pues se encuentran en colegios donde la población es mayoritariamente de la capital-, mientras los adolescentes con leucemia han podido encontrar un grupo de referencia en el hospital, con el que comparten no sólo la enfermedad sino también características particulares de la cultura.

Otra hipótesis podría estar referida a que existe en los adolescentes con leucemia una búsqueda de un sistema de soporte social que esté compuesto por personas que sufran lo mismo que ellos -más aún cuando el soporte familiar es escaso por la distancia de su lugar de origen-. Este soporte tendría la función de favorecer el afrontamiento de la enfermedad y disminuir el malestar emocional que les genera. Es interesante notar también que dentro del grupo de estudio, son los adolescentes que llevan un mayor tiempo de tratamiento los que poseen una mayor apertura a las interacciones sociales (COP) y un malestar emocional inferior (lado derecho de la eb), en oposición al grupo de adolescentes con menos de un año de tratamiento que presentan mayores afectos irritativos y perturbadores, mayor malestar emocional y un interés promedio por las interacciones sociales. Esto último concuerda con lo reportado por García (2000) en su investigación, quien señala la presencia de un interés adecuado en las interacciones sociales del grupo de adolescentes con LLA que fueron evaluados durante los primeros 6 meses de tratamiento.

Lo anteriormente mencionado nos lleva a concluir que es posible que con el avance del tratamiento estos adolescentes puedan encontrar a través del establecimiento de vínculos positivos entre pares un recurso que les brinde soporte emocional y social, lo cual les permita manejar de forma más efectiva sus ansiedades y preocupaciones frente al tratamiento, disminuyendo el malestar emocional inicial. Ejemplo de ello son las respuestas como “tres personas agarradas de las manos, (...) parecen que estuvieran agarrados de las manos y dando vueltas”, “... dos personas igualitas y acá una en el medio, (...) sosteniéndolos”, “dos personas que se quieren dar algo, como un beso”, “dos personas cargando algo, (...) inclinadas como si llevaran una bolsa de flores”, etc. que fueron dadas por los adolescentes con mayor tiempo de tratamiento.

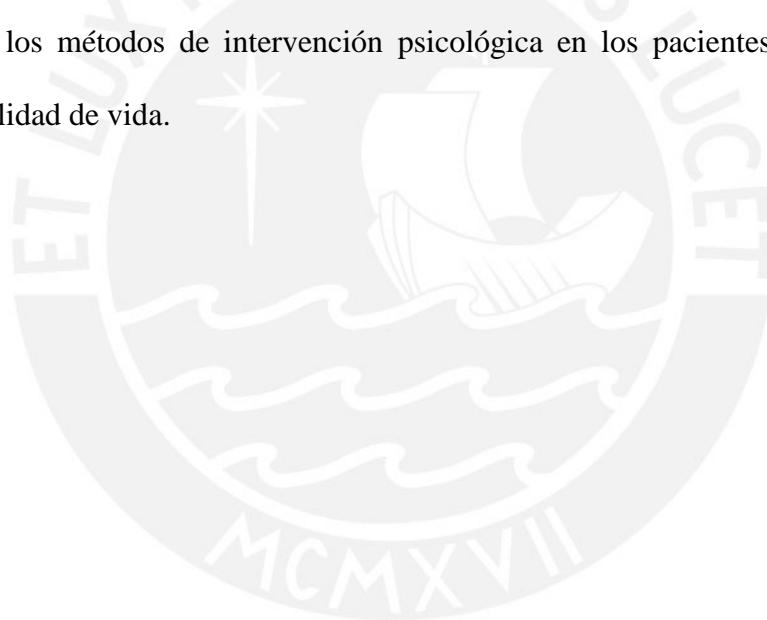
Esto se corrobora con la experiencia clínica, ya que se ha observado que los adolescentes con leucemia suelen formar grupos de soporte entre pares, lo cual se ve favorecido por las condiciones externas (ya que están lejos de sus familias) y el sistema de atención del INEN, pues los adolescentes no sólo se relacionan durante el transcurso del tratamiento y las hospitalizaciones (por ser internados en habitaciones comunes y compartir espacios de reunión grupal) sino que incluso en algunos casos conviven fuera del hospital (en los albergues para pacientes del INEN y en diversas actividades recreativas organizadas por la “asociación de damas voluntarias” del hospital).

Podríamos suponer que esta apertura a las interacciones sociales favorecería el ajuste psicosocial de los adolescentes evaluados, en tanto se ha encontrado que a mayor tiempo de enfermedad, mayores respuestas cooperativas y menor malestar emocional. Esta hipótesis podría verse sustentada con lo reportado en la literatura (Clark et al., 1992; Grassi, Rosti, Lasalvia & Marangolo, 1993; Ritchie, 2001), que indica que la oportunidad para interactuar con un grupo de pares o encontrarse en un sistema de cuidado y asistencia que ayude al paciente a obtener estrategias para conservar los sistemas de soporte social o simplemente la percepción del individuo de estar recibiendo soporte de alguna o todas las fuentes que lo rodean (amigos, familiares, pareja, equipo médico y asistencial, etc.), facilita el ajuste psicosocial del paciente con cáncer.

Para concluir, sólo nos queda señalar que si bien no existe evidencia de síntomas clínicos que configuren un trastorno psicológico, encontramos determinados indicadores específicos que nos advierten de conflictos y recursos presentes en el grupo de adolescentes con leucemia, lo cual nos sugiere que a pesar de que la enfermedad puede inhibir el proceso de desarrollo de los adolescentes que la padecen -disminuyendo su producción y volviéndolos más reprimidos y negadores a nivel afectivo- los

adolescentes con leucemia han encontrado como recurso saludable para afrontar la enfermedad la apertura hacia la solidaridad, formándose grupos sociales que les dan a estos sujetos el soporte emocional que necesitan durante los años de tratamiento.

El trabajo con adolescentes con cáncer nos plantea un reto, pues se trata de jóvenes que se encuentran en un momento de crisis y vulnerabilidad por la convergencia del periodo de desarrollo en el que se encuentran y la enfermedad, que amenaza su vida de manera indirecta e intrusiva. Consideramos que -a pesar de las limitaciones de nuestro estudio- con el presente trabajo se abren nuevos cuestionamientos que permitirán enriquecer la investigación en Psicooncología y Rorschach, con la finalidad de optimizar los métodos de intervención psicológica en los pacientes con cáncer y mejorar su calidad de vida.

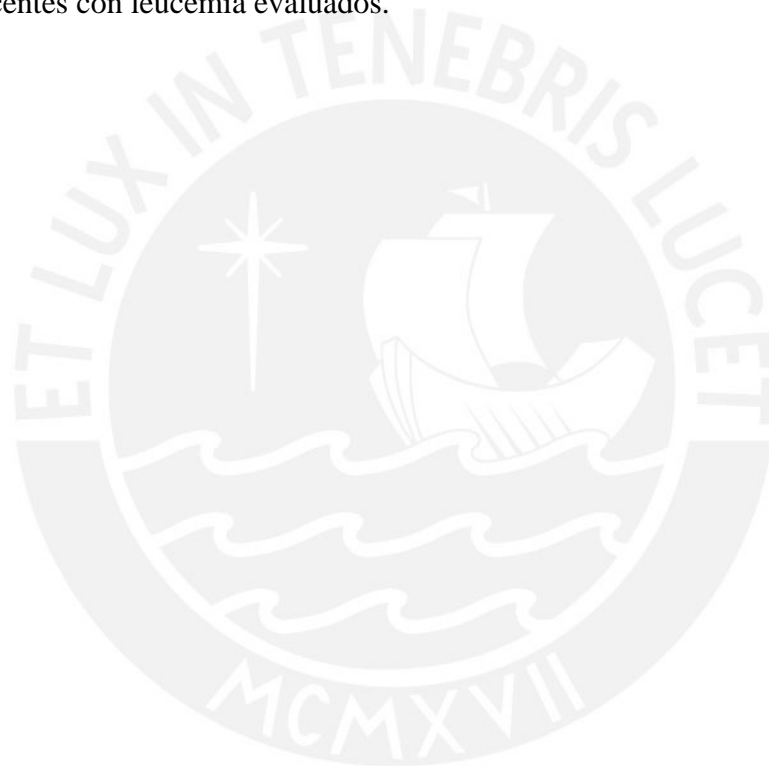


CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

- 1) Se encuentra un grupo de adolescentes mayoritariamente evitativo, que tiende a la sobresimplificación de tipo cognitivo y afectivo.
- 2) Al parecer, el factor de la enfermedad podría estar disminuyendo la productividad de los adolescentes del grupo de estudio.
- 3) A nivel afectivo, el grupo adolescentes con leucemia se muestra más inhibido, reprimido y negador en relación a sus afectos. Estos resultados se dan independientemente del sexo, la edad o el tiempo de tratamiento del paciente.
- 4) Se encuentra en ambos grupos una preocupación mayor de lo habitual en el funcionamiento corporal, lo cual es típico de la etapa adolescente.
- 5) La preocupación por el cuerpo en el grupo de adolescentes con leucemia va acompañada de distorsiones perceptivas, siendo esto una cuestión prioritaria en la organización psicológica del sujeto que llega incluso a provocar una disfunción mediacional.
- 6) Si bien no se encuentran mayores signos de depresión en el grupo de adolescentes con leucemia, existen indicadores afectivos de sobrecarga, constricción y malestar emocional, particularmente en mujeres que en varones.
- 7) En el grupo de adolescentes con leucemia, se encuentra una mayor tendencia al opositorismo y sentimientos hostiles en varones que en mujeres.
- 8) Encontramos diferencias interesantes en relación al tiempo de enfermedad, en tanto a menor tiempo de tratamiento mayor malestar emocional y sentimientos irritativos.

- 9) Se observa en el grupo de adolescentes con leucemia una mayor apertura a las interacciones sociales, percibiéndolas de manera positiva y gustando de participar de los intercambios con otras personas.
- 10) La apertura hacia la solidaridad y las interacciones sociales se encuentra sobre todo en los adolescentes con mayor tiempo de tratamiento, lo que nos hace pensar en el desarrollo de ciertos recursos para lograr afrontar la enfermedad.
- 11) La apertura hacia las interacciones sociales favorecería el ajuste psicosocial de los adolescentes con leucemia evaluados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams-Greenly, M. (1990). Psychosocial Interventions in childhood cancer. En: J.C. Holland y L.M. Lesko (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp.562-573). New York: Oxford.
- Agreda, F. & Alarcón, E., (2004). Epidemiología descriptiva de neoplasias malignas en el INEN – Periodo 1997-2001. *Boletín del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”*, 26, 1, 11-32.
- Aragona, M., Mustacello, M. R. A. & Mesiti, M. (1997). Depressive mood disorders in patients with operable breast cancer. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 16, 111-118.
- Behm, F. (2002). Classification of Acute Leukemias. En: Ch. J. Pui (Ed.), *Current Clinical Oncology: Treatment of Acute Leukemias: New Directions for Clinical Research* (pp.43-58). New Jersey: Humana Press Inc.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. *Attachment*, Vol 1. New York: Basic Books.
- Bridges, M., Wilson, J. & Gacono, C. (1998). A Rorschach investigation of defensiveness, self-perception, interpersonal relations, and affective states in incarcerated pedophiles. *Journal of Personality Assessment*, 70, (2), 365-385. Artículo de Ebsco Publishing.
- Brody, L. (1985). Gender differences in emotional development: A review of theories and research. *Journal of Personality*, 53, 2, 102-149.

- Carroll, B., Kathol, R., Noyes, R., Wald, T. & Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Santafé de Bogotá: Printing Service Network.
- Clark, H., Ichinose, C, Maseck-Bushey, S., Perez, K., Hall, M., Gibertini, M. & Crowe, T. (1992). Peer support group for adolescents with chronic illness. *Children's Health Care*, 21, 4, 233-239. Artículo de Ebsco Publishing.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Creutzig, U. (2002). Treatment of Acute Myeloid Leukemia in Children. Classification of acute leukemias. En: Ch. J. Pui (Ed.), *Current Clinical Oncology: Treatment of Acute Leukemias: New Directions for Clinical Research* (pp.237-254). New Jersey: Humana Press Inc.
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., Henrichs, M. & Carnicke, C., (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Die Trill, M. (1999). La familia del paciente con cáncer. En: E. García-Camba (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 359-381). Madrid: Nova Sidonia Oncología.

- Die Trill, M. (2000). El reto de enfrentarse a un cáncer infantil: Trastornos psicológicos y psiquiátricos más frecuentes y su tratamiento. En: F. Gil (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 109-135). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Driscoll, H., Zinkivskay, A., Evans, K. & Campbell, A. (2006). Gender differences in social representations of aggression: The phenomenological experience of differences in inhibitory control? *British Journal of Psychology*, 97, 139-153.
- Elfhag, K., Barkeling, B., Carlsson, A. & Rössner, S. (2003). Microstructure of eating behavior associated with Rorschach characteristic in obesity. *Journal of Personality Assessment*, 81, (1), 40-50. Artículo de Ebsco Publishing.
- Emde, R.N. & Sorce, J.F. (1983). The rewards of infancy : Emotional availability and maternal referencing. En: J.D. Call, E. Galenson & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (pp.17-30). New York: Basic Books.
- Erikson, E. (1976). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Exner, J.E. & Sendín, C. (1998). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. (2da. ed.) Madrid: Psimática.
- Exner, J.E. & Weiner, I.B. (1982). *The Rorschach: A Comprehensive System. Assessment of children and adolescents*. (2nd. ed., Vol. 3) New York: John Wiley y Sons, Inc.
- Exner, J.E. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. (3ra. ed., Vol. 1). Madrid: Psimática Cea Bermúdez.

- Exner, J.E. (1995). *Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. (4ta. ed.) Madrid: Psimática.
- Exner, J.E. (2000). *Principios de Interpretación del Rorschach: Un Manual para el Sistema Comprehensivo*. (1ra. ed.) Madrid: Psimática.
- Freud, S. (1915). *Consideraciones sobre la guerra y la muerte*. Biblioteca Nueva, II.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Biblioteca Nueva, III.
- Gacono, C., Meloy, J. & Berg, J. (1992). Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline, and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59, (1), 32-49. Artículo de Ebsco Publishing.
- Ganellen, R.J. (2001). Weighing evidence for the Rorschach's validity: A response to Wood et al. (1999). *Journal of Personality Assessment*, 77, (1), 1-15. Artículo de Ebsco Publishing.
- García, V. (2000). *Autopercepción en adolescentes amputados por sarcoma osteogénico a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar el título de licenciada en psicología clínica. Lima: PUCP.
- Georgoff, P. (1991). The Rorschach with hospice cancer patients and surviving cancer patients. *Journal of Personality Assessment*, 56, 2, 218-226. Artículo de Ebsco Publishing.
- Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A. & Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.

- Harkness, J., Shields, C. & Rousseau, S. (2003). Disengaging communication in later-life couples coping with breast cancer. *Families, Systems & Health*, 21, 2, 145-162. Artículo de ProQuest: ISSN: 392051051.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (1998). *Metodología de la investigación* (2da. ed.). México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Hersh, S. & Wiener, L. (1993). Psychosocial support for the family of the child with cancer. En: P.A. Pizzo & D.G. Poplack (Eds.), *Principles and practice of pediatric oncology* (pp.1141-1156). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Hiller, J.B., Rosenthal, R., Bornstein, R.F., Berry, D.T.R. & Brunnel-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, 11, 278-296. Artículo de Ebsco Publishing.
- Información Estadística: Perfil Epidemiológico. (2005). Recuperado el 10 de Enero del 2006, de la página web del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M. & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 289-294. Artículo de Ebsco Publishing.
- Jeha, S. & Kantarjian, H. (2002). Treatment of Acute Lymphoblastic Leukemia in Adolescents and Young Adults: Lessons Learned and Future Directions. En: Ch. J. Pui (Ed.), *Current Clinical Oncology: Treatment of Acute Leukemias: New Directions for Clinical Research* (pp.113-120). New Jersey: Humana Press Inc.

- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ta. ed.) México: Mc Graw-Hill.
- Kübler, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Grijalbo
- Lesko, L.M. (1990). Hematological Malignancies. En: J.C. Holland & L.M. Lesko (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp.218-231). New York: Oxford.
- Lozano, J.A. (2002). Leucemias Agudas. *Oncología*, 1, 6, 117-122. Artículo de Ebsco Publishing.
- Ludwig, W-D., Haferlach, T. & Schoch, C. (2002). Classification of Acute Leukemias. En: Ch. J. Pui (Ed.), *Current Clinical Oncology: Treatment of Acute Leukemias: New Directions for Clinical Research* (pp.3-42). New Jersey: Humana Press Inc.
- Lutwak, L., Panish, J., Ferrari, J. & Razzino, B. (2001). Shame and guilt and their relationship to positive expectations and anger expressiveness. *Adolescence*, 36, 144, 641-653.
- Mack, J. & Grier, H. (2004). The day one talk. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 3, 563-566.
- Massie, M.J., Spiegel, L. Lederberg, M.S. & Holland, J.C. (1996). Complicaciones psiquiátricas de los pacientes con cáncer. En: R.E. Lenhard, W. Lawrence, R.J. & Mckenna (Eds.), *Oncología Clínica* (pp.768-783). Washington D.C.: OPS.
- McDaniel, J. & Nameroff, C. (1993). Depression in the cancer patient: Diagnostic, biological, and treatment aspects. In Chapman, C. & Foley, K. (Eds.). *Current*

- and emerging issues in cancer pain: Research and practice* (pp.1-19). New York: Raven Press.
- McDevitt, J.B. (1975). Separation-individuation and object constancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 713-743.
- Montalbetti M., Ruda, L., Luy, G. & Cedrón, Y. (1996). Importancia del trabajo psicológico con infantes. En: *Primera infancia, el reto de una nueva vida*. Lima: UNIFE.
- Nachman, J. (2002). Treatment of Adolescents and Young Adults with Acute Lymphoblastic Leukemia: Children's Cancer Group Trials. Classification of Acute Leukemias. En: Ch. J. Pui (Ed.), *Current Clinical Oncology: Treatment of Acute Leukemias: New Directions for Clinical Research* (pp.121-128). New Jersey: Humana Press Inc.
- Nachman, P.A. & Stern, D.N. (1984). Affect retrieval: A form of recall memory in prelinguistic infants. En: J.D. Call, E. Galenson & R.L. Tyson (Eds.), *Frontiers of infant psychiatry* (Vol. 2) (pp.95-100). New York: Basic Books.
- Ortiz, A. (2001). *La pareja y el mito: Estudios sobre la concepción de la persona y de la pareja en los andes*. Lima: Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pfefferbaum, B. (1990). Common psychiatric disorders in childhood cancer and their management. En: J.C. Holland & L.M. Lesko (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp.544-561). New York: Oxford.

- Pinillos, L., (2003a). Camino a la descentralización. *Boletín del Instituto de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Eduardo Cáceres Graziani"*, 25, 1, 58-65.
- Pinillos, L., (2003b). La descentralización de la atención oncológica: Un proceso en marcha. *Boletín del Instituto de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Eduardo Cáceres Graziani"*, 25, 2, 49-53.
- Polce-Lynch, M., Myers, B., Kilmartin, C., Forssmann-Flalck, R. & Kliwer, W. (1998). Gender and age patterns in emotional expression, body image, and self-esteem: A qualitative análisis. *Sex Roles*, 38, Iss.11/12, 1025-1049.
- Porcelli, P. (2004). *Psychosomatic Medicine and the Rorschach Test*. Madrid: Psimática.
- Pui, Ch.H. (1996). Leucemias infantiles. En: R.E. Lenhard, W. Lawrence, R.J. & Mckenna (Eds.), *Oncología Clínica* (pp.561-586). Washington D.C.: OPS.
- Pukko, L. R., Hirvonen, E., Aalberg, V., Hovi, L., Rautonen, J. & Siimes, M.A. (1997). Impares body image of young female survivors of childhood leucemia. *Psychosomatics*, 38, 54-62.
- Ráez, M. (1998). Estado actual del Psicodiagnóstico de Rorschach y los métodos proyectivos en el Perú, perspectivas futuras. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 3, 5, 49-72.
- Ráez, M. (1999). Situación actual de la enseñanza del Psicodiagnóstico de Rorschach y los métodos proyectivos en el Perú. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 17, 2, 147-167.

- Ráez, M.: Maguiña, D., Iza, M., Jara, L., Velásquez, T. (1999). *Internacional Symposium on Rorschach nonpatient data. Findings from around the world I, II, III*. No publicado.
- Raush de Traubenberg, M., Bloch-Lainé, F., Duplant, N., Martin, M. & Poggionovo, M-P. (1993). Le Rorschach a l' adolescence: La clinique du normal. *Bulletin de la Société du Rorschach et des. Méthodes Projectives de Langue Française*, 37, 7-39.
- Razavi, D., Delvaux, N., Bredart, A., Paesmans, M., Debusscher, L., Bron, D. & Stryckmans, P. (1992). Screening for psychiatric disorders in a lymphoma outpatient population. *European Journal of Cancer*, 28, 1869-1872.
- Ritchie, M.A. (2001). Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues and Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 165-175. Artículo de ProQuest: ISSN: 01460862.
- Rowland, J.H. (1990). Developmental stage and adaptation: child and adolescent model. En: J.C. Holland & L.M. Lesko (Eds.), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp.519-543). New York: Oxford.
- Rycroft, C. (1968). *Imagination and reality: Psychoanalytical essays, 1951-1961*. London: Hogarth.
- Sammallahti, P., Lehto-Salo, P., Mäenpää, H., Elomaa, I. & Aalberg, V. (1995). Psychological defenses of young osteosarcoma survivors. *Psycho-oncology*, 4, 283-286. Artículo de Ebsco Publishing.

- Sanderman, R. & Ranchor, A. (1997). The predictor status of personality variables: Etiological significance and their role in the course of disease. *European Journal of Personality, 11*, 359-382. Artículo de Ebsco Publishing.
- Smith, K., Ostroff, J., Tan, C. & Lesko, L. (1991). Alterations in self-perceptions among adolescent cancer survivors. *Cancer Investigation, 9*, 581-588.
- Solidoro, A. (2005). *Apuntes de cancerología*. Lima: Editorial Hozlo S.R.L.
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Spiegel, D., Sands, S. & Koopman, D. (1994). Pain and depression in patients with cancer. *Cancer, 74*, 2570-2578.
- Spitz, R.A., (1962). Autoerotism reexamined. *The Psychoanalytic Study of the Child, 17*, 283-315.
- Spitz, R.A., (1963). Life and the dialogue. En: H.S. Gaskill (Ed.), *Counterpoint: Libidinal object and subject* (pp.154-176). New York: International Universities Press.
- Tacon, A., Caldera, Y. & Bell, N. (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems & Health, 19*, 3, 319-327. Artículo de Ebsco Publishing.
- Tebbi, C., Richards, M., Cummings, M., Zevon, M. & Mallon, J. (1988). The role of parent-adolescent concordance in compliance with cancer chemotherapy. *Adolescence, 23*, 91, 599-611. Artículo de Ebsco Publishing.

- Tibon, Sh. & Blumberg, H. (2000). The affective dimension of response elicitation data: A projective measure. *The Journal of Psychology*, 134, 2, 185-197. Artículo de ProQuest.
- Triandis, H. (1995). *Individualism & Collectivism*. Colorado: Westview Press, Inc.
- Tyson, P. & Tyson, R. (2000). *Teorías psicoanalíticas del desarrollo: Una integración*. Lima: Publicaciones psicoanalíticas.
- Velásquez, T. (1998). *Cultura y personalidad en mujeres a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar el título de licenciada en psicología clínica. Lima: PUCP.
- Viglione, D.J. & Taylor, N. (2003). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System coding. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1, 111. Artículo de ProQuest: ISSN: 00219762.
- Weinshel, E.M. (1970). Some psychoanalytic considerations on moods. *Internacional Journal of Psychoanalysis*, 51, 313-320.
- Zakowski, S., Harris, C., Krueger N., Laubmeier, K., Garrett, S., Flanigan, R. & Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8, 271-286.
- Zúñiga, C. (2002). *Afrontamiento en un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia que se encuentra recibiendo quimioterapia*. Tesis para optar el título de licenciada en psicología clínica. Lima: PUCP.



ANEXOS

ANEXO A

Ficha de datos de pacientes con leucemia

1 Datos generales

Código:

Edad:

Sexo:

NSE: 1__ 2__ *

Lugar y fecha de nacimiento:

Lugar de residencia:

Ha migrado a Lima por enfermedad: SI__ NO__

Tiempo de residencia en Lima:

Grado de instrucción:

Composición Familiar:

Personas con las que vive en Lima:

Religión: Católica__ Otras_____

Practicante SI__ NO__

2 Datos sobre la enfermedad

Número de Historia Clínica:

Diagnóstico médico:

Tratamiento actual:

Quimioterapia: SI__ NO__

N° de quimioterapia:

Fecha en la que llega a la institución:

Tiempo de diagnóstico:

Condición médica / psicológica adicional: SI__ NO__

Persona que acompaña al tratamiento:

3 Datos sobre la evaluación

Fecha:

Lugar:

Hora de inicio:

Hora de término:



* 1: No pobre: Su familia puede solventar el acceso a servicios de salud privado.

2: Pobre: Su familia hace uso del servicio de salud público.

ANEXO B

Ficha de datos de no pacientes

1. Datos generales

Código: _____ Edad: _____

Sexo: _____ NSE: 1__ 2__ *

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

Ha migrado a Lima: SI__ NO__

Tiempo de residencia en Lima: _____

Grado de instrucción: _____

Composición Familiar: _____

Personas con las que vive en Lima: _____

Condición médica / psicológica adicional: SI__ NO__

Religión: Católica__ Otras _____

Practicante SI__ NO__

2. Datos sobre la evaluación

Fecha: _____ Lugar: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

* 1: No pobre: Su familia puede solventar el acceso a servicios de salud privado.

2: Pobre: Su familia hace uso del servicio de salud público.