

11241  
29/19

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

T E S I S

PSIQUIATRIA DE CONSULTA Y ENLACE DE  
Una Abordaje Holista a la Medicina

Dr. Juan Ignacio Romero Romo

Asesor: Dr. Carlos Castañeda G.  
México D.F. 30 de Enero de 1982

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## C O N T E N I D O

Pg.

1.-	Introducción.	3
2.-	Resumen del Movimiento de la Medicina Psicosomática Pasado, Presente y Futuro.	10
3.-	Psiquiatría de Consulta y Enlace.	31
4.-	Un Programa de Rehabilitación Integral en las Pacientes con Cancer de Mama.	36
5.-	COMENTARIOS.	48
6.-	BIBLIOGRAFIA.	51

"Paciente femenina de 33 años. Su tensión arterial está dentro de límites normales. Es posible entonces que la cifra reportada anteriormente, sea consecuencia de su estado de angustia. El problema es psicossomático; se canaliza al departamento de psiquiatría para valoración y tratamiento."

Depto. de Cardiología.

David T. Graham, en su discurso como presidente de la sociedad Psicossomática Americana, señala que a pesar del tiempo que ha transcurrido, aún se encuentra en la clínica actual el uso sutil de los contrastes: 'enfermedad emocional Vs. física; 'funcional Vs. orgánica'; 'real, física, orgánica, no emocional Vs. imaginaria, psicológica, emocional y funcional'.(1) Todos estos términos nos revelan, al igual que la nota tomada

del expediente de una paciente con una tumoración abdominal, una actitud que se basa en una concepción dualista de la enfermedad, como también del manejo del paciente. Es común encontrar interconsultas a psiquiatría en las que se clasifica la causa como psicossomática, dando a entender lo siguiente:

- 1.- Su conducta molesta a los médicos, enfermeras y a otros.
- 2.- Que no se encuentra ninguna anormalidad en la clínica, Rxs. o pruebas de laboratorio.
- 3.- Que los síntomas son emocionales. (2)

Simultáneamente esta misma actitud es muy reveladora, pues considera no solamente al médico psiquiatra y a dicha especialidad como una disciplina que colinda con lo imaginario, lo intangible y posiblemente lo no real, lo no científico. Esto a su vez desplaza a la psiquiatría a la periferia de la medicina. Sin embargo, es importante establecer, desde otro punto de vista, que se le ha creado al psiquiatra un entorno místico, mágico y filosófico; pues a pesar de haber estudiado medicina, como no se observa que la practique a través de la objetividad de aparatos y medios ampliamente corroborados, se desconfía de su procedimiento. A la vez, como él mismo participa poco de la vida hospitalaria de una institución, ya sea de medicina general o especializada, su colaboración no es tomada en cuenta como parte íntegra del estudio clínico y del manejo del paciente.

Hoy en día, el trato con el enfermo médico dá lugar a que el psiquiatra se confronte con una serie de dilemas, pues ya no es suficiente el enfrentarse con un paciente únicamente con un enfoque psiquiátrico, sino que ahora está obligada a conocer y manejar el desequilibrio fisiológico y las exigencias médicas que le rodean en un hospital general o instituto de especialidad. En ningún otro medio se podría observar el conflicto de tener que ser tanto médico general como especialista, pues en primer lugar está obligado no solamente a tener la capacidad de comprender conductas, síntomas, conflictos y las interacciones dinámicas; sino también, conocer, en segundo lugar, la alteración de la química corporal, la interacción medicamentosa y el mal funcionamiento de un órgano que puede dar como resultante una conducta aberrante.

El avance en la investigación médica ha sido un proceso progresivo aunque discontinuo desde inicios de este siglo. El cambio, el descubrimiento y la confirmación en la neurobioquímica, neuroontología, neurofisiología, psicofarmacología, inmunología y medicina nuclear ha podido esclarecer la fi-siopatología de muchas entidades psiquiátricas, por ejemplo: la depresión unipolar ha sido ampliamente estudiada y ahora se conoce su correlato neurobioquímico como también el neuroendocrino-lógico. Ante estos progresos, el psiquiatra se encuentra obligado a ser más flexible y a la vez nuevamente se vuelve a situar dentro del campo de la medicina interna.

La integración de estos campos de la ciencia al servicio del hombre contrastan con la visión atomista y mecanicista que aún influye hoy en día la enseñanza y la práctica médica; a.) Acentuando la falacia de que las partes son más importantes que la suma y b.) Restando importancia a la visión "holista" del individuo humano. (3)

El médico general como el especialista de cualquier rama debería valorar ante todo la personalidad del individuo pues "es la mejor y más evolucionada estructura en el universo, que incluye la mente y el cuerpo como elementos constitutivos." (4) Por consiguiente, el psiquiatra o médico que se dedique a la ciencia de la personalidad debería unificar e integrar en él todas las ciencias que manejan la mente y el cuerpo humano. (5) De esta manera se respetaría a la persona como un todo, un sistema que demanda del psiquiatra que sea médico, especialista, científico y artista.

Los años han transcurrido queriendo buscar el papel de los procesos psicológicos como parte del inicio o el curso del desorden médico. Esto ha dado lugar a que se desarrolle toda una escuela de medicina psicósomática desde hace más de 40 años. Casi en forma simultánea, también se desarrolló el movimiento de psiquiatría en hospitales generales y desde hace un par de décadas ha surgido la psiquiatría de interconsulta y de enlace. (6) Cada uno de estos movimientos ha apor-

tado importantes descubrimientos, estudios epidemiológicos, tratamientos, investigación y enseñanza. Se han usado diferentes marcos teóricos en muy variadas circunstancias. La literatura ya no es privativa de revistas psiquiátricas únicamente, sino los estudios realizados en dichas áreas se reportan en gacetas de diferentes especialidades comunicando a esos médicos especialistas los resultados de sus estudios, con la meta de crear una nueva actitud más abierta y que ofrece la posibilidad de instituir un tratamiento integral del paciente.

De los pacientes que más se han estudiado, encontramos a los cardiópatas y al paciente con Cáncer. (7) Se han investigado los grupos de pacientes coronarios y con infarto ampliamente y se han podido establecer múltiples correlaciones importantes entre los procesos psíquicos y la alteración médica. A la vez esto ha permitido crear programas de detección y prevención de esos individuos que presentan conducta tipo-A; (8) implementar nuevos modelos para el manejo integral del paciente durante y post-infarto y finalmente, desarrollar planes de rehabilitación que brindan la oportunidad para que el individuo se reintegre "ad-integrum" con su familia su vida laboral previa, y su grupo social dentro de sus nuevas limitaciones. Pero esto no ocurre en igual forma con aquellos paciente con Cáncer.



La literatura al respecto es amplia y muy variada, pero aún no se han podido establecer parámetros exitosos como ha ocurrido en otras áreas. La amenaza del cáncer sobre la sobrevivencia y la identidad propia desencadena reacciones múltiples. El proceso de estudio, a veces tan doloroso e intenso, dá lugar a que otras conductas florezcan o se desarrollen y posteriormente se manifiesten. Cuando se obtiene el diagnóstico definitivo la esperanza se convierte en desesperanza y la posible ayuda que creerían tener pareciera que se pierde con el simple hecho de oír: 'es cáncer'. Esto pudiera deberse a múltiples factores, todos ellos dignos de ser investigados. Ante el plan terapéutico expuesto de acuerdo al diagnóstico establecido, el paciente podría captar o una posibilidad de sobrevivida limitada o tener que pasar por un sin número de inconveniencias a que someterse. La reacción de uno y otro influyen en la disposición al tratamiento ya sea la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. La cirugía oncológica se caracteriza por ser amplia, deformante,... radical. Mucho depende del tipo de asistencia familiar o grupal que se le brinde antes, durante y después de este procedimiento. La quimioterapia provoca múltiples reacciones vegetativas que modifican el estado de ánimo del paciente. En cambio, cuando al paciente se le ofrece un programa de rehabilitación, es decir, una esperanza limitada pero salvadora, se ha reportado un mejor cooperación tanto al tratamien

to como a la recuperación. (9) También para aquellos pacientes cuyo estado evolutivo no permite más tratamiento que el paliativo, se les brinda la clínica del dolor y el manejo terapéutico grupal que les permitiera vivir bien ó mejor sus últimos meses, semanas o días.

El trabajo de interconsulta y Enlace psiquiátrico es pues, parte íntegra del manejo terapéutico en una institución especializada como lo es el Instituto Nacional de Cancerología.

"...porque hoy día, añadía, es un error de la mayor parte de los hombres, el creer que se puede ser me dico de una parte sin serlo de otra."

(Diálogos de Platón: Cármenes). (10)

La palabra psicossomático es ya un vocablo ampliamente utilizado en todo tipo de literatura y con lo que se quiere dar a entender que hay procesos mentales que influyen las funciones corporales y como las alteraciones corporales alteran las funciones mentales. Muchas explicaciones se han formulado que traten de explicar los mecanismos que fundamentan estos procesos: desde teorías que van de lo irracional a lo religioso y de lo filosófico a lo científico. No fue sino hasta hace apenas unas cinco décadas que el interés científico se ha desarrollado y continúa en la búsqueda con miras a obtener una explicación satisfactoriamente más objetiva, es decir, más real.

La historia de la medicina psicossomática se remonta a los orígenes de la historia del hombre. (11) Se hace mención de unos escritos chinos en los que se pueden percibir los inicios de una perspectiva psicossomática tanto en la búsqueda en la etiología, en la investigación como en el manejo y en el pronóstico de la enfermedad. (12) Para el hombre occidental, el dilema mente-cuerpo comienza a ser ampliamente manejado en el período clásico griego por Platón en sus diálogos y por Hipó

crates en sus escritos. Hay otras observaciones en siglos posteriores, por ejemplo; en el período medieval en España:

El alma está sujeta a la salud y a la enfermedad casi tanto como el cuerpo. La salud y la enfermedad de ambos, sin lugar a duda, depende de las creencias y costumbres que son características de la humanidad. (Maimónides) (13)

En el inicio del Renacimiento ante el empuje humanista, Sir Francis Bacon discute cual es la relación entre la mente y el cuerpo:

Se establece una nueva consideración: cómo y cuánto afectan los humores del cuerpo a la mente y a la vez, cómo y cuánto las aprensiones y las pasiones de la mente alteran al cuerpo. La primera parte es considerada como parte de la medicina. Con respecto al conocimiento recíproco, el modus operandi del engaño y las pasiones de la mente sobre el cuerpo, son consideradas en general por todos los facultativos sabios, en sus recetas a sus pacientes como accidentes de la mente, que tienen una gran fuerza que puede ayudar o estorbar los remedios o las recuperaciones. (14)

Simultáneamente, con el advenimiento del microscopio y el inicio del estudio en las autopsias, el interés desarrolló una actitud mecanicista hacia el hombre. Fué más importante conocer la fisiología, la mecánica de los huesos, la fí-

sica de las presiones, de la ventilación y el movimiento, en breve, fue conocer al hombre tal y cómo es anatómica y fisiológicamente. Los avances fueron grandiosos, pero a la vez, se sucedió en forma más aparente la escisión del binomio mente-cuerpo. (15)

René Descartes en su Discurso sobre el Método analizó la interacción mente-Materia como dos sustancias separadas y claramente definidas. (16) La consecuencia de su pensamiento dió lugar a un dualismo que hasta la fecha no se ha podido reconciliar satisfactoriamente. En los siguientes siglos, se realizaron grandes descubrimientos y se desarrollaron filosofías sobre la naturaleza del hombre, la sociedad, los sistemas de gobierno, la creación del estado, etc. Charles Darwin sacude al hombre al hacerlo dudar de su origen divino. Karl Marx, como una filosofía de protesta, proyecta otra faceta del hombre como un ente social que 'hace su propia historia a través de su autocreación por medio del trabajo y de su producción'. (17) Los descubrimientos en la medicina y en la investigación afinan la etiología y la fisiopatología de distintos cuadros morbosos; se abren nuevos campos como la bacteriología y la era de las vacunas. Todo y todos participan en la búsqueda intensa que permita comprender mejor quién y cómo es el ser humano. Francis Peabody escribió lo que se podría considerar como un resumen de la actitud que reflejaba su época:

La enfermedad da lugar a que se presente en casi cada persona que la sufre un estado emocional anormalmente sensible, y en muchas ocasiones, el estado emocional repercute sobre la enfermedad orgánica. La enfermedad que se sucede en el hombre nunca es exactamente la misma que la que se produce en el animal de experimentación, pues en el hombre la enfermedad, en forma simultánea, afecta y es afectada por lo que llamamos la vida emocional. Por consiguiente, el médico que trate de atender al paciente mientras descuida es te elemento es tan poco científico como el investigador que por descuido no controla todas las condiciones que puedan influir su experimento. (18)

En el siglo XIX, Heinroth fue el primero en utilizar el concepto de que existía un conflicto interno como base de la enfermedad mental. Más tarde, él fue el primero en utilizar el vocablo 'PSICOSOMÁTICO'. (19) A fines de ese mismo siglo, el aporte científico de Freud, Pavlov y Cannon dió lugar a que se desarrollara un enfoque psicosomático a la medicina y también se iniciara la investigación bajo el mismo rubro. (20)

En primer lugar, Freud hizo uso del razonamiento científico para el estudio de la personalidad y descubrió el inconciente estableciendo como resultado los principios dinámicos fundamentales en la causalidad psicológica. (21) Pero no limitó su conceptualización en el campo psicosomático úni-

camente a los mecanismos de conversión. En su ensayo de 1910; CONCEPTO PSICOANALITICO DE LAS PERTURBACIONES PSICOGENAS DE LA VISION, Freud consideró que existían otros mecanismos además de la conversión que se encontraba operando y que las actitudes inconscientes podrían alterar las funciones fisiológicas sin tener ningún contenido psíquico:

De la psicoanálisis, nace aún otra ruta mental, orientada hacia la investigación orgánica. Podemos preguntarnos si el sojuzgamiento de los instintos sexuales parciales, impuesto por las influencias de la vida, es suficiente por sí sola para provocar los trastornos funcionales de los órganos o si han de preexistir además especiales circunstancias constitucionales que impulsen a los órganos de los instintos. En estas circunstancias habríamos de ver la parte constitucional de la adquisición de perturbaciones psicógenas y neuróticas. (22)

Pavlov en su investigación del reflejo condicionado aportó el instrumento que permitiera estudiar la inducción del stress y señaló que el proceso cerebral más complejo era resultado de elaboraciones provenientes de simples reflejos condicionados y que dicho proceso, también está sujeto a la inhibición como a la estimulación. Llegó también a describir algunos tipos de personalidad utilizando su marco teórico de su reflexología mecanicista. (23)

W. Cannon, a través de sus estudios de los cambios fisiológicos que acompañan a las emociones, pudo elaborar la interacción entre las funciones del sistema nervioso vegetativo y dichas reacciones: observó que la excitación del sistema nervioso simpático junto con la secreción de adrenalina, dió lugar a una reacción de emergencia. Esto le permitió descubrir el mecanismo por el cual el organismo mantiene un equilibrio dinámico a pesar de los cambios ambientales, es decir, el concepto de HOMEOSTASIS. (24)

Los avances que estos tres científicos ofrecieron a través de sus estudios e investigaciones permitieron desarrollar el modelo unitario del organismo e impulsaron el movimiento psicosomático tanto en Alemania como en Austria. Sin embargo, a raíz de los cambios políticos de la preguerra, Erick Wittokower se refugió en Inglaterra a donde llevó consigo el interés psicosomático a los círculos académicos de Londres; Elly Jellife y Franz Alexander se dirigieron a U.S.A. donde este último fundó en Chicago en 1939 el Instituto de Psicoanálisis. (25) Alexander procedió junto con su grupo a investigar los problemas psicosomáticos dentro del marco teórico psicoanalítico. En los siguientes tres párrafos, el autor resume la historia de este movimiento y establece como se debe emplear el concepto psicosomático:



- A.- Aunque el origen de la investigación psicosomática es reciente, se confronta con uno de los problemas más antiguos; si no, el más antiguo del pensamiento científico: el problema MENTE-CUERPO. Es posible que esto explique el difícil 'porque' de tantos conceptos y suposiciones tradicionales que impidieron su desarrollo.
- B.- La psiquiatría empezó como un cuidador de aquellos que se encontraban totalmente incapacitados debido a su enfermedad mental. Hasta el siglo pasado, todo su progreso consistía principalmente en la humanización de este cuidado.
- C.- El abordaje psicosomático, aunque tan antiguo como la misma medicina, se ha desarrollado recientemente desde la orilla de la cama del paciente y del arte médico en un método que se basa en observaciones controladas y en conceptos científicos.... En mi opinión, se debe restringir el significado de PSICOSOMÁTICO al principio metodológico. En la actual fase de las técnicas de investigación, ciertas funciones corporales y sus alteraciones pueden ser estudiadas por medio de métodos psicológicos, mientras otras funciones pueden ser abordadas solamente a través de métodos fisiológicos. Sin embargo, para estudiar la totalidad de los procesos orgánicos, ambos métodos deben de ser utilizados para comprender el fenómeno global. (26)

Otra de las grandes personalidades del movimiento es sin duda Helen Flanders Dumber quien estudió un gran número de pacientes con enfermedades orgánicas y en quienes notó ciertas similitudes muy marcadas en los perfiles de personalidad

de aquellos que padecían el mismo desorden, así pues describió la personalidad-coronaria; ulcerosa, artrítica, etc. Fué la primera editora de la Revista de Medicina Psicosomática de la misma sociedad. (27) A ella también se le adjudica el desarrollo del concepto de PERSONALIDAD-PROPENSA-A-ACCIDENTES que hoy en día ha sido descrita de la siguiente forma:

Persona incapaz de desarrollar y mantener relaciones interpersonales duraderas; poco exitosa en su intento para alcanzar un status social superior al suyo; agresivo hacia la autoridad; con conducta pobre y errática asociada a conductas histriónicas; impulsivo al actuar, y con poca tolerancia a la frustración; con fuertes tendencias orales-agresivas y con pobre resolución a las figuras de autoridad y por consiguiente con sentimiento de culpa; por eso los accidentes parecieran satisfacer la necesidad para autocastigarse y para fomentar la dependencia. (28)

Sin embargo, hubo una severa reacción por parte de otros grupos importantes tanto a su persona como a su teoría y trabajo. (29) Alexander y su grupo enfatizaron la importancia del conflicto psicodinámico sobre el del perfil de la personalidad con respecto a la naturaleza del desorden psicosomático, de esta manera pudo señalar que existan tres variables operantes como parte de la etiología de dicha alteración:

A.- Una vulnerabilidad heredada o adquirida del órgano o del sistema afectado.

- B.- Patrones psicológicos de conflicto y defensa que se formaron en una e tapa temprana de la vida.
  - C.- Una situación vivencial precipitante.
- ( 30 )

Durante los siguientes diez años, su grupo trabajó tratando de determinar la validez diagnóstica a través del estudio de pacientes que sufrían de asma bronquial, artritis reumatoide, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, neurodermatitis, tirotoxicosis y úlcera péptica duodenal. Los resultados de dichos estudios revelaron lo siguiente:

En resumen, el análisis estadístico parece indicar que se puede diferenciar entre los siete desórdenes específicos en base a patrones psicológicos asociados con cada uno de ellos. ( 31 )

En la década de los cuarentas, Engel, Green y Schmale hablaron del síndrome que se manifestaba cuando no existía un duelo adecuado posterior a la pérdida objetal y que daba lugar a un estado psicológico de desesperanza y de futilidad que permite la condición para que se desarrolle una alteración psicosomática como la colitis ulcerosa. (32) Engel lo describe de la siguiente manera: ante dicha situación, el paciente prefiere retirarse y ensimismarse a la vez que existe el deseo de desaparición, dando lugar a que esta persona sea

más vulnerable a la enfermedad. Durante el período de duelo hay una mayor vulnerabilidad a la enfermedad. (33)

Otro grupo de autores como Hinkle, Mead, Halliday y Lipowski hicieron notar que existían efectos adversos del ambiente sobre el cuerpo y la mente, en especial en la sociedad tecnológica actual. (34) Ellos enlistaron los siguientes eventos como sobresalientes: condiciones de trabajo, urbanización, comunicación masiva, exceso de población, contaminación ambiental, el ruido, etc. Al agregar esta nueva dimensión al estudio de la enfermedad psicosomática se abrieron nuevas avenidas de investigación.

Se habían explorado los aspectos psicológicos y fisiológicos esperanzados en que se podría encontrar la etiología para las enfermedades en las que no se conocía el origen; pero dichos esfuerzos no se materializaban. Así pues, el movimiento psicosomático decayó y nuevamente fue rechazado a la periferia de la medicina. Se podría resumir el pasado del movimiento de la siguiente manera: Se determinó que los desórdenes médicos podrían suscitarse por:

- A.- El mecanismo de conversión histérico.
- B.- Los mecanismos de memoria y aprendizaje conciente que dan lugar a respuestas adquiridas tanto somáticas como viscerales ya sea a los estímulos externos amenazantes o a través de la evocación de memorias de estímulos pasados.

- C.- El síndrome de adaptación vía estimulación aguda o crónica del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenocórtico.
- D.- Un aprendizaje inconciente u olvidado y por los mecanismos de memoria.
- E.- La disposición genética o congénita y por consiguiente, por sobre-reacción idiosincrática a los factores estresantes de la vida. ( 35 )

En los años sesentas y en los setentas, se crea un nuevo interés por la medicina psicosomática. Z.J. Lipowski consideró que era necesario el abordaje global de la enfermedad psicosomática, tomando en cuenta los factores; EXTERNOS, (ecológico, cultural y ambiental), INTERNO (emocional), GENETICO, SOMATICO y CONSTITUCIONAL; así como también los aspectos históricos del pasado y presente del individuo en cuestión, por un grupo multidisciplinario, cada uno desde el marco de referencia que mejor maneja. (36)

El paciente es un individuo que no permite que se le reduzca o se le limite. Por su naturaleza, cuando dicho paciente enferma, le sucede dentro de un contexto socio-cultural, laboral, emocional, intelectual, histórico, con un bagaje de memorias y conductas propias, algunas de ellas públicas, otras íntimas. El paciente es un complejo orgánico-mental-ambiental, es un sistema apoyado por otros subsistemas, la suma de los cuales hacen que sólo sea él y no otro. Por eso, dentro de un grupo interpersonal, con una trayectoria trazada espera conseguir un futuro.

Con estos aspectos, Lipowski desarrolla la siguiente definición de medicina psicosomática:

Es una concepción de nuestro campo de trabajo que tiene dos objetivos principales:

- 1.) Trata de unificar la teoría de las interrelaciones mente-cuerpo y ambiente.
- 2.) Aplicar el conocimiento que se ha obtenido para mejorar el cuidado del paciente para prevenir alguna enfermedad como finalmente mejorar la calidad de la existencia humana.

( 37 )

La dimensión ecológica humana dentro del campo de la investigación psicosomática se define como el estudio de la relación entre el ser humano y su ambiente tanto desde el punto de vista de la afección que él sufre, como lo que él mismo afecta en forma recíproca. Desde este nuevo abordaje se observa como los aspectos sociales y físicos del ambiente se relacionan con el factor psicosomático de cuatro maneras diferentes: En primer lugar, estos aspectos actúan como una fuente de estímulo o información proveniente del ambiente que el paciente valora otorgando un significado subjetivo a los eventos, las situaciones y los objetos, los cuales se podrían catalogar como de amenaza, de pérdida, de ganancia o de insignificancia. La información tiene ciertas variables que experimenta el sujeto y que son material de investigación, la cantidad, su aspecto

novedoso, su claridad, su uniformidad y su atractivo. Respecto a la cantidad, bastaría mencionar que existen ambientes médicos sobresaturados de estimulación que evocan conductas diferentes que van desde la sensación de seguridad hasta la angustia y el desarrollo de la úlcera de stress. En segundo lugar, el ambiente evoca actividad tanto a nivel cognocitivo como motor. Esto pertenece al área de las relaciones interpersonales, de los valores existentes, de las normas de conducta, de las motivaciones de competencia y de sus objetivos, de la retroalimentación en la forma de premio o castigo. Al parecer, existe un número creciente de estudios que intentan relacionar estas variables sociales a respuestas psicofisiológicas. En tercer lugar, el medio ambiente es fuente de percepciones somáticas que constituyen una entrada de información interna a la que se reviste con un significado personal. En cuarto lugar, los factores ambientales pueden causar cambios en el sustrato biológico de los procesos psíquicos y por consiguiente pueden alterar la forma habitual de percibir, de pensar y de sentir. Este es el tipo de factor ambiental que puede influir las relaciones psicosomáticas sin la intromisión de los estímulos simbólicos. (38 )

El medio ambiente externo, que no fue tomado en cuenta antes, adquiere hoy en día una gran importancia y comienza a ser estudiado en forma exhaustiva pues es necesario

determinar:

- 1.- El nivel óptimo individual tanto del estímulo o de la información que uno puede tolerar o procesar. Este nivel podría fluctuar dentro de la vida de una persona o en un momento dado.
- 2.- Cada individuo tiene como característica peculiar una necesidad permanente de estímulo o información, la cual se convierte en una fuerza motivadora que le permite buscar o evitar un nivel de estimulación que está correlacionada con la obtención del placer. Al parecer, esta necesidad es mayor en personas extrovertidas.
- 3.- Cada ambiente social se caracteriza por un nivel promedio de estimulación que afectaría a diferentes individuos según la necesidad o tolerancia individual al estímulo.
- 4.- Cuando existe un ingreso de estímulos en forma extrema, se produce una excitación excesiva de la corteza y del sistema autónomo originando alteraciones cognocitivas, sensaciones displacenteras y una marcada disminución de la ejecución mental y motora. Esto corresponde a un estado de stress psicológico que se desencadena ya sea por un exceso o déficit de estímulos simbólicos.
- 5.- La sociedad tecnológica contemporánea provee de numerosas oportunidades para que se dé la necesidad de ser estimulado, su satisfacción como también la sobrecarga de información.
- 6.- Una exposición repetida y sostenida puede dar lugar a cambios fisiológicos como a ciertas conductas que incrementan la susceptibilidad general del individuo a la enfermedad. La forma específica y la severidad de la misma está co-determinada por la vulnerabilidad somática específica intra-individual como también por un ambiente que por el momento sea nocivo. (39)

Estos puntos de vista brindan un marco teórico comprensible que señala la diversidad de áreas que existen para ser investigadas, experimentadas y utilizadas en la clínica ya



que se ha visto como la interrelación biológica, psicológica y social influye en la obtención de la salud como en el descenso de la enfermedad. Este abordaje unitario-integracionista acentúa el aspecto dual social de la medicina psicosomática; 1.- trata de establecer una teoría unitaria del hombre en un ambiente cambiante desde el punto de vista social y 2.- a la vez trata de delimitar los parámetros para la prevención y la acción curativa de la práctica médica.

Ante este nuevo aspecto, se han elaborado múltiples estudios que permiten entender mejor cómo y cuánto afecta a un individuo una situación o evento estresante que demanda de la persona un cambio en su vida ya sea de adaptación o un confrontamiento tanto en forma positiva como negativa. (40). Holmes y Rahe desarrollaron una escala de evaluación de reajuste social, en el que se mide la cantidad, la duración y la severidad del cambio requerido de los eventos enlistados a continuación, otorgándole en forma arbitraria a la situación de matrimonio, un puntaje de cincuenta sobre cien. A través del tiempo se han podido dar, en forma simplista en esta ocasión, las siguientes conclusiones:

- 1.- Mientras más cambios tenga la persona que hacer dentro de un período dado, mayor número de puntos se acumulan.
- 2.- Mientras más alto sea el resultado del puntaje, más probabilidades hay de que existan cambios de salud.

- 3.- Todo cambio de salud, ya sea severo como cirugías o accidentes, como también enfermedades psiquiátricas o embarazo, se han observado que son precedidos por puntaje alto que revelan cambios importantes en la vida.
- 4.- Si el resultado es menor de 150 puntos, entonces hay 1 en 3 probabilidades de que exista un cambio importante en la salud en los dos próximos años.
- 5.- Si el resultado es de 150 a 300 puntos, las probabilidades son de 50-50.
- 6.- Si el resultado es mayor de 300 puntos, existe un 90% de probabilidades de que existan cambios muy importantes en la salud.

( 42 )

La escala de Eventos Recientes de Holmes y Rahe en lista 43 diferentes cambios en la vida y a cada uno de ellos se le asignó un score al que se le llamó: UNIDAD DE CAMBIO DE VIDA. En sí, esta escala es solamente una forma de conceptualizar el 'Stress'.

El STRESS es un término utilizado para referirse a:

- 1.- Un evento que da lugar a un estímulo displacentero;
- 2.- Una respuesta fisiológica o psicológica específica y finalmente
- 3.- Una especie de transacción entre la persona y el ambiente.

( 43) Los estresores nunca han sido homogéneos por su naturaleza y pueden agruparse en base al tiempo-duración. En primer lugar se encuentran eventos con un límite de tiempo en cuanto a su inicio y terminación por lo que se denominan como

<u>EVENTOS DE LA VIDA</u>	VALOR MEDIO
1.- Muerte de esposo (a)	100
2.- Divorcio	73
3.- separación marital	65
4.- Periodo de encarcelamiento	63
5.- Muerte de un miembro cercano de la familia	63
6.- Accidente o enfermedad personal	53
7.- Matrimonio	50
8.- Corrido del trabajo	47
9.- Reconciliación marital	45
10.- Jubilación	45
11.- Cambios de salud en un miembro de la familia	44
12.- Embarazo	40
13.- Dificultades sexuales	39
14.- Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15.- Reajusta en los negocios	39
16.- Cambios en el estado financiero	38
17.- Muerte de un amigo cercano	37
18.- Cambio de línea de trabajo	36
19.- Cambio en número de discusiones con el cónyuge	35
20.- Hipoteca o préstamo mayor de \$10,000 (dólares)	31
21.- Vencimiento de la hipoteca o préstamo	30
22.- Cambios de responsabilidad en el trabajo	29
23.- Salida de la casa de un hijo o hija	29
24.- Dificultad con la ley	29
25.- Importante logro personal	28
26.- Que la esposa comience o deje de trabajar	26
27.- Inicio o terminación del período escolar	26
28.- Cambios en las condiciones de vida	25
29.- Cambios en los hábitos personales	24
30.- Dificultad con el jefe	23
31.- Cambios en las horas o condiciones de trabajo	20
32.- Cambios de domicilio	20
33.- Cambios escolares	20
34.- Cambios en la actividad religiosa	19
35.- Cambios en el tipo de esparcimiento o recreo	19
36.- Cambio en las actividades sociales	18
37.- Hipoteca o préstamo menor de \$ 10,000 (dólares)	17
38.- Cambios en los patrones del dormir	16
39.- Cambios en el número de reuniones familiares	15
40.- Cambios en los hábitos de alimentarse	15
41.- Vacaciones	13
42.- Navidad	12
43.- Pequeñas violaciones de la ley	11

AGUDOS: i.e.: La espera de una cirugía. En segundo lugar, una secuencia de eventos estresantes: un evento en particular desencadena una serie de diferentes eventos que se suceden en un período más o menos prolongado; i.e.: el duelo; haber sido cesado del trabajo. En tercer lugar, la existencia de estresores que se le denominan como crónicamente intermitentes, es decir que pueden suscitarse una vez al día, una vez a la semana, una vez al mes, una vez al año; i.e.: Conflictos o problemas sexuales; conflictos con vecinos o parientes. Finalmente, hay condiciones con un stress crónico, i.e.: invalidez; trabajo bajo un stress crónico: controladores de aviones en aeropuerto. ( 45 )

La mayoría del tiempo se habla de los efectos del stress como dañinos, sin embargo, también el stress puede ayudar al desarrollo personal pues permite el acrecentar la competencia; el incremento en el auto-estima; mejora las ejecuciones personales, etc. Para que esto último se pueda dar, son necesarios diversos factores como: 1.- La dominancia y persistencia del evento; 2.- El tiempo del evento; 3.- Los recursos personales; 4.- La naturaleza del medio que le rodea incluyen do las relaciones personales; 5.- Las oportunidades que se dan para actuar en ese ambiente y 6.- El significado que se le puede dar a esa experiencia. ( 46 ) Inclusive hay individuos

que a través de un ambiente altamente estresante se pueden sentir competentes, con un sentimiento de dominio. Esto último es una conducta que reduce las manifestaciones fisiológicas y psicológicas de una excitación emocional después o durante un evento estresante a niveles tolerables. Esto se lleva a cabo movilizand<sup>o</sup> sus recursos internos ó externos y desarrollando nuevas capacidades que le permitan cambiar su ambiente ó su forma de relacionarse con él, reduciendo de esta manera la amenaza ó encontrando los recursos alternos de satisfacción por lo que perdió. (47) Estos dos elementos deben de coexistir de lo contrario dicha excitación pudiera sobrepasar el umbral de tolerancia del individuo, reduciendo su eficacia para combatir la amenaza ambiental.

En resumen, el stress psicológico no solamente aumenta la autoestima para unos individuos sino que también pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo o persona a una enfermedad física o mental. Esto último se puede prevenir si es que existe el mecanismo de apoyo social que le permita el dominio de dicha situación estresante. (48)

Las respuestas al stress pueden presentarse a nivel fisiológico, psicológico y social como ya se ha visto. Ahora bien, los cambios fisiológicos se suceden principalmente a nivel del sistema nervioso autónomo, hormonal, inmunológico y a nivel de neurotransmisores y neuromoduladores. La literatura

de los años cuarenta describió los diferentes cambios a nivel del sistema nervioso autónomo, como sus reacciones se manifestaban por aumento de la frecuencia cardíaca, por aumento de presión, de la frecuencia respiratoria y de la resistencia eléctrica en piel. Actualmente, los estudios hormonales revelan un incremento de secreción de hormonas adre<sub>n</sub>ocórtico de la hipófisis (ACTH), de las hormonas suprarrenales (catecolaminas en especial norepinefrina y epinefrina), de la hormona del crecimiento y de prolactina. Como una res<sub>p</sub>uesta bifásica de la hormona luteinizante y de la testosterona. Simultáneamente se ha venido presentando un mayor interés en las respuestas del sistema inmunológico a los diferentes estresores. Tanto la respuesta celular (linfocitos T) y la respuesta humoral (linfocitos B) han sido objetos de múltiples estudios. El sistema nervioso central, el endócrino y los neurotransmisores junto con otros procesos fisiológicos parecen estar involucrados como procesos intermedios entre el stress y la respuesta inmune. ( 49 )

Hemos visto a través de este resumen histórico como cada nivel de organización que va desde lo social a lo molecular, está involucrado en la predisposición, la precipitación y la perpetuación de las diferentes alteraciones clínicas que plagan al hombre y la sociedad.

La medicina psicosomática ha investigado al hombre en su medio FÍSICO-PSICOBIOQUÍMICO y SOCIAL y nos revela la estrecha vinculación que existe en el individuo. Querer separarlo, es fraccionarlo, atomizarlo. La medicina psicosomática intenta hacer de la caótica diversidad que existe de las ciencias que tienen como objetivo al hombre fragmentado, un intento lógicamente ordenado de servirle y restaurarlo en su integridad.

El retorno de la psiquiatría al medio médico no psiquiátrico a través de la psiquiatría de Consulta y Enlace tiene un breve historial pero ya ofrece ventajas significativas a la medicina: 1.) Como un proceso a través del cual las interrelaciones tan buscadas en la medicina psicosomática se identifican, se formulan y son clínicamente probadas. 2.) Como vía de comunicación con otros colegas de las diferentes disciplinas de la medicina. 3.) La psiquiatría de Consulta y Enlace tiene como material: a la ó al paciente medicamente enfermo; quirúrgico, obstetrica, de consulta externa, de unidades especializadas de nutrición, de unidad coronaria, de unidad de quemados, de terapia intensiva y de rehabilitación crónica. 4.) Fomenta la investigación en áreas como la neurobioquímica, la psicofarmacología, la inmunología, la psiconeuroendocrinología y otras neurociencias. 5.) Como especialista en problemas psico-sociales, promueve la enseñanza tanto a nivel de médicos y paramédicos para comprender y mejorar la relación médico-paciente, como también a través de programas de adiestramiento para el estudiante médico de pregrado como de postgrado. 6.) Brindando una diversificación de terapias. 7.) Interviniendo con el equipo terapéutico y el paciente a que se confronte, identifique y maneje los aspectos psicológicos de ambos lados. 8.) Desde el punto de vista administrativo, ha afectado la estancia hospitalaria, acortando el



tiempo de tratamiento y rehabilitación. ( 50)

Lipowski nos brinda una definición que abarca to  
dos los conceptos previos de lo que es la psiquiatría de Con  
sulta y Enlace:

Se define como el área de psiquiatría clínica que abarca las actividades clínicas, de enseñanza y de investigación de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, en áreas no psiquiátricas de un hospital general o instituto de especialidades. (51)

Los conceptos de consulta y enlace se complementan. En la Consulta se contemplan tres aspectos importantes:

A.- La interconsulta con el paciente es más efectiva si existe un contacto personal conjuntamente con el paciente y el e  
quipo terapéutico. B.- Se toma en cuenta a la familia y a otros allegados del paciente que tengan significado en su me  
dio. C.- Se valora el grado de invalidez provocado por la enfermedad y la conducta externada a causa de la misma, ya que de lo contrario, se presentan desórdenes emocionales y desviaciones de la conducta que dan lugar a una invalidez psi  
cogénica, con rechazo de las órdenes médicas y una sobreutilización de las facilidades que promueven su salud. ( 52 )

El aspecto de Enlace, en primer lugar, aplica los principios psicossomáticos al trabajo clínico por medio de una adecuada recolección y aplicación de la información obtenida



trumentos necesarios para su realización. Hay en la literatura algunos artículos que comienzan a brindar este tipo de comunicación en que se diseñan estudios e instrumentos apropiados que fomentan el desarrollo de las técnicas de investigación de la psiquiatría de Consulta y Enlace. ( 56 ) .

Existe un vasto panorama en donde escoger para realizar un programa de psiquiatría de Consulta y Enlace; en particular nos atrae la atención el área de cancerología. Aquí se conjugan diferentes especialidades médicas que son necesarias para ofrecerle al paciente un cuidado integral y óptimo.

El diagnóstico de CANCER inunda la conciencia de posibles conexiones y conductas anteriores como etiología de dicha entidad nosológica. Se crea todo tipo de explicación, se busca febrilmente una solución empírica, desgraciadamente, el miedo impide en ocasiones buscar ese medio que no solamente diagnostica sino que también brinda la posibilidad de tratamiento y rehabilitación. El objetivo final de dicha especialidad: Cancerología, consiste en impedir el proceso de crecimiento anormal de las células malignas, pero siempre bajo la meta de causar el mínimo de incapacidad con la esperanza de una reintegración a su medio.

De los estudios ya realizados por diferentes departamentos de psiquiatría de Consulta y Enlace, se reporta que hay diferentes estresores y respuestas psicofisiológicas que se asocian a una depresión del sistema inmunológico; inclusive, algunos de ellos hablan de la posibilidad de la interacción que se presenta entre una respuesta emotiva depresiva por pérdida objetal importante y la incapacidad de los mecanismos del cuerpo para prevenir el crecimiento y esparcimiento de células malignas. ( 57 ) Sin embargo, esto no llega a ser una conclusión.

Hay muchos otros estudios que se están realizando actualmente; i.e.: la creación de la clínica del dolor: programas que utilizan el litio para la estimulación de la médula para la producción de granulocitos en niños y adolescentes con leucemia agranulocítica linfoblástica. A continuación, se presenta un programa, ya aprobado a partir de Enero 4 de 1982, con la finalidad de estudiar en forma longitudinal a las pacientes con cáncer de mama que van a ser tratadas de acuerdo al protocolo establecido en el Instituto Nacional de Cancerología.

PSIQUITRIA DE ENLACE

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL DE  
LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN EL  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

En el Instituto Nacional de Cancerología en el Distrito Federal, se discutió la necesidad de establecer un programa de psiquiatría de Consulta y Enlace con el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, como parte del programa de adiestramiento para los residentes de tercer año; para que pudiera brindar la ayuda necesaria según la circunstancia que priva en dicha institución.

Inicialmente se exploraron algunas áreas tanto en consulta externa: clínica de mama... pacientes de primera vez y de seguimiento; como también en hospitalización: pacientes post-operados... amputados, colostomizados, laringectomizados, pacientes en quimioterapia y en fase terminal.

Posterior a un escrutinio detallado, se decidió iniciar dicho programa de psiquiatría de consulta y enlace - que trata de establecer:

En primer lugar, un acercamiento que propicie la comprensión global de la enfermedad del paciente desde su inicio, desarrollo y diferentes fases - del tratamiento haciendo especial énfasis en el medio o circunstancia en la cual se encuentra el paciente en el momento.

En segundo lugar, brindando la enseñanza necesaria para un mejor entendimiento de la naturaleza del problema en cuestión por medio de las entrevistas, la observación del paciente, del medio que le rodea y a través del diálogo con el equipo terapéutico. (58-59-60)

Con esto en mente, se procedió a establecer como primer programa multidisciplinario: la asistencia integral de la paciente mastectomizada.

La glándula mamaria es una área reducida en cuanto a corporeidad pero que por sus funciones fisiológicas, estéticas y emocionales, como también por su relación con el sexo como elemento más externo y conspicuo, simboliza dos aspectos principales de la identidad femenina:

- a.) Sensualidad-Sexualidad.
- b.) Capacidad reproductora-maternidad. (4)

La importancia que tiene dicho órgano ha obligado a que se realicen campañas para la detección temprana de - cualquier cambio que pudiera existir. El objetivo primordial es ofrecerle a la paciente el tratamiento oportuno y la reha-

bilitación más propicia para el caso. ( 61 )

En esta institución se ha detectado a través de la consulta de primera vez que un 80% de las pacientes que acuden a dicho servicio, detectan ellas mismas los cambios, ya sea en la consistencia de la mama, como por la presencia de - tumoraciones en diferentes estadíos. Se reporta en la clínica, que a partir de ese día se suscita una serie de fenómenos importantes como parte de la respuesta de las pacientes:

En primer lugar, se da un período de latencia - muy variable en el que se observan las siguientes características:

- a.) Una respuesta psíquica inmediata: Ansiedad-negación. (62)
- b.) El significado que podrían tener estos cambios para consigo mismo por medio de una confrontación del problema y su subsecuente redefinición. Como corolario se plantean las consecuencias que podrían tener a corto y largo plazo. (63)
- c.) La respuesta de los familiares ante la comunicación del hallazgo y el tipo de expectación que se origina. (64)
- d.) Los cambios que se suscitan en la práctica de la vida sexual. (65)
- e.) La relación que podría tener esto con cáncer y por ende con la muerte.
- f.) Simultáneamente se está llevando a cabo una gran gama de conductas: desde la utilización de fomentos para disminuir la inflamación, consumo de cápsulas de víbora e inicio del peregrinar de co madronas y curanderos. Habiendo entonces tratado todo lo que está a su alcance como parte de una negación del cuadro, finalmente desmoralizados porque no ha habido mejoría, acuden con el médico. (66)



Este período, en promedio, se ha estimado que abarca generalmente 6 meses.

En segundo lugar, la respuesta por lo general varía con el grado de información que gozan dentro de su marco social que comúnmente es medio-bajo a bajo.

En tercer lugar: depende de la edad de la paciente y de la repercusión familiar-reproductora, sexual-erótica.

- a.) Paciente adulta joven con expectativas de reproducción.
- b.) Paciente adulta joven sin expectativas de reproducción, que ha revestido a la glándula con matices eróticos.
- c.) Paciente adulta mayor con vida sexual activa.
- d.) Paciente adulta mayor sin vida sexual activa.
- e.) Otros.

Normalmente una vez que acuden al servicio de primera vez, se les explica brevemente lo que se ha detectado clínicamente y también se les dá a conocer el plan a seguir:

Se realiza biopsia y se les mandan estudios de laboratorio. Se les cita en un período relativamente corto. Si el resultado es positivo a malignidad, se les canaliza de acuerdo al estadio a que reciban un tratamiento de terminado de quimioterapia. A la vez se les explica el riesgo existente y la posibilidad de tener que continuar con cirugía radical, nuevamente según el estadio en que se encuentran post-quimioterapia.

Algunas de las pacientes ante el eminente acto

quirúrgico mutilante y la advertencia de tener cáncer, manifiestan una serie de conductas que se catalogan dentro del "Síndrome de respuesta al Stress". El autor da la siguiente explicación:

El ajuste ideal a la pérdida consiste en aceptarlo, en reemplazarlo y continuar viviendo, sin embargo, entre las primeras advertencias dolorosas por la pérdida ( en esta ocasión mutilación y asimetría) y la adaptación a la circunstancia como debería de ser, se desarrolla un intervalo doloroso e importante, que se caracteriza tanto por el entrometimiento a nivel poco usual de ideas repetitivas, como también por la idea de negación y el aplanamiento en las emociones o frecuencia de emociones displacenteras. Lo que da lugar a estos cambios en este estado, se debe a su vez a cambios en los modelos interiorizados de uno mismo, de otros, y del mundo. Esto se debe a la alteración en la dominancia entre los modelos ya establecidos que no satisfacen y la necesidad de crear nuevos modelos. En conclusión, el proceso gradual de la nueva información a la que se confronta, da origen a tales cambios. (67)

Estas nuevas conductas de la paciente evocan una respuesta a nivel del médico adscrito, residente, interno como también de enfermería y trabajadora social, que se manifiesta por ansiedad, frustración, tristeza-compasión, enojo y fatiga. Pero observando más de cerca podríamos esclarecer que la interacción que se da entre unos médicos con la paciente no es la misma que se da con otros médicos del mismo equipo, generando a su vez un círculo vicioso. Esto da lugar a que haya difi--

cultades en el manejo de la paciente y a la larga en su rehabilitación como objetivo final. Hacemos hincapié, que un 50% de las interconsultas que más se hacen al departamento de psiquiatría son por la dificultad del manejo de este tipo de pacientes en el piso. (68)

Cuando estas pacientes se dan de alta, su manejo a través de la consulta externa es difícil. El período de readaptación familiar, sexual, oscial y laboral está matizado por múltiples fracasos, sentimientos de culpa, agresividad, fnatasías, rumiaciones, preocupaciones, aislamiento, depresión, etc. Hasta la fecha, estas pacientes son manejadas primordialmente por aquellos médicos que se atreven a hacerlo.

Ante este problema, se decidió implementar un programa específico que abarque tres fases: Pre-cirugía, post-quirúrgico inmediato y post-quirúrgico tardío-rehabilitación.

#### A.) PERIODO PRE-QUIRURGICO:

Detección del estadio de la tumoración: Si se considera que la cirugía electiva serpa la mastectomía radical, el mismo médico explicará el plan a seguir desde el punto de vista quirúrgico y a la vez, conseguirá el permiso y preparará a la paciente a que acuda al departamento de psiquiatría y psicología donde se:

- a.) elaborará una historia clínica psiquiátrica breve.
- b.) Efectuará una entrevista de 5 minutos grabada y dirigida con el fin de analizar el contenido de acuerdo a los criterios específicos establecidos por Gottschalk y Gleber:

ANÁLISIS DE ANSIEDAD y sus 6 subtipos: de muerte, de mutilación, de separación, de culpa, de vergüenza e inespecífica.

ANÁLISIS DE HOSTILIDAD: hacia consigo misma y hacia otros a través del pensamiento, acción, sentimientos y forma de ejercer su crítica.

ANÁLISIS DE LA ESPERANZA: con respecto a su bienestar y del tipo de vida en el futuro. Esto se observará por medio de las expresiones de optimismo y pesimismo. (69)

- c.) Se llevará a cabo una batería de pruebas psicológicas autoadministrables y de rápida evaluación.
  - 1.) El inventario de Ansiedad-Rasgo / Ansiedad-Estado: como un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada en el momento. Rasgo: permite identificar aquellas personas que son propensas a la ansiedad y permite evaluar el grado hasta el cual son afectadas por problemas de ansiedad neurótica. (70)
  - 2.) Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión. (71)
  - 3.) Escala de autoevaluación de Zung para la depresión.
  - 4.) Cuestionario de Premisas Socioculturales del Dr. Díaz Gallardo para detectar el rol social de la mujer dentro de la sociedad Mexicana.
- d.) Inventario Multifásico de la Personalidad de Hathaway (MMPI). Esta última prueba psicológica nos permitirá conocer la personalidad de la paciente para poder colocarla a un grupo de rehabilitación determinado. (72)
- e.) Pasará al departamento de trabajo Social donde se estudiará a la paciente y donde se establecerá el familiograma. A través de la Trabajadora Social se llevará a cabo la promoción para la formación de los grupos de pacientes Post-operadas. Fomentará la investigación con respecto al rol de los factores familiares, sociales y laborales de las pacientes con cáncer de mama y mastectomizadas. Formará parte íntegra del equipo terapéutico.

Una vez internada la paciente, se le visitará en piso con el objetivo específico de que:

- a.) Se permita aceptarse como persona enferma.
- b.) Se permita verbalizar su miedo, tristeza, enojo y otras preocupaciones o quejas.
- c.) Comprenda sus defensas.
- d.) Hable de sus expectativas. (73)

A la vez se hablará con los familiares para tratar de conocer como ha respondido la paciente ante enfermedades previas.

B.) PERIODO POST-QUIRURGICO INMEDIATO.

Dentro de los dos primeros días, ante el equipo terapéutico: cirujano, psiquiatra, trabajadora social y enfermera, se le explicará a la paciente el tipo de cirugía realizada, los hallazgos, el diagnóstico definitivo, la preparación al pronóstico definitivo y el tipo de rehabilitación. (74)

Dependiendo de la severidad del tipo de respuesta al stress, se podrá establecer un tratamiento de psicoterapia breve que se enfoque a establecer una relación de alianza, en la que se ventilen sus síntomas y sentimientos, asistiéndola a que confronte su situación limitante con los planes de su vida sin pérdida de la esperanza o del sentido de vivir: traba-

jando a través de sus reacciones y finalmente preparándola para su alta hospitalaria y su integración a un grupo de rehabilitación, donde:

- 1.- Hablarán de la elaboración de prótesis.
- 2.- Ventilarán miedos y expectativas.
- 3.- Compartirán posibles soluciones a problemas brindando disminución de la ansiedad, esperanza para su adaptación y el desarrollo de nuevos modelos. (75)

Dichos grupos estarán formados por una consejera: paciente mastectomizada y las pacientes mismas. Serán asistidas por el psiquiatra/psicóloga/trabajadora social. Se invitará al cirujano a que también acuda para que valore y se sensibilice. La hora y el lugar se determinará de acuerdo a las necesidades de las pacientes y a la estructura física de la institución.

C.) PERIODO POST-QUIRURGICO TARDIO.

Se efectuarán a los 6 y 12 meses de la primera valoración, otras evaluaciones con la misma batería de test psicológicos y entrevistas ya sea con el psiquiatra o la psicóloga en áreas como las siguientes:

- 1.- Readaptación familiar-aceptación.
- 2.- Rol en la familia: desempeño.
- 3.- Readaptación sexual con la pareja.
- 4.- Readaptación laboral.
- 5.- Readaptación social.

Además se realizará una valoración individual y grupal utilizando cuestionarios diseñados para evaluar la eficacia de dicho proceso terapéutico.

Dentro de este período, también se ha considerado la preparación de la paciente que ha evolucionado satisfactoriamente para que sea candidata a cirugía reconstructiva que le permita tener una mejor imagen corporal y por ende - autoimagen. (76)

Finalmente, las pacientes no mastectomizadas, pero que presentan cáncer de mama más metástasis y que están siendo tratadas por quimioterapia o radioterapia forman un grupo sui generis que ameritan una atención integral por lo que se les ha incluido en el programa.

#### CONCLUSIONES:

Nuestros objetivos son: 1.) brindar desde un inicio el apoyo necesario para que se conozca a la paciente en su nuevo ambiente hospitalario por todo el equipo terapéutico. 2.) Detectar aquellas pacientes que pudiesen tener un alto o bajo riesgo ante el stress quirúrgico. 3.) Asistir a la paciente a que se acepte como tal y establecer una relación de alianza para la formulación de nuevos modelos de adaptación.

- 4.- Asistencia continúa a través de los grupos de  
pacientes mastectomizadas.

Programa sometido y aprobado  
por la Dra. Ramirez, Jefa  
de la Clínica de Mama.  
Instituto Nacional de Cancerología.



## COMENTARIOS

La incesante búsqueda del hombre como hombre, lo ha llevado a estudiar su mundo desde el macrocosmos hasta el microcosmos. Los resultados han sido fascinantes, pero aún no se ha podido comprender la totalidad de su naturaleza. La medicina se ha embarcado en el mismo proyecto, pero aún se encuentra fragmentada su respuesta debido a la actitud dualista prevalente. La historia de la medicina psicossomática nos revela las diferentes etapas por las que ha pasado el movimiento psicossomático. Se han abandonado esas investigaciones sobre la psicogénesis de los padecimientos somáticos, pues reflejaba una actitud reduccionista. La corriente actual acentúa que la enfermedad tiene aspectos biospiciosiales en su etiología, curso y resultado. Esta visión holista de la medicina persevera hoy en día bajo el aspecto de la psiquiatría de Consulta y Enlace, la cual es una división de la psiquiatría clínica. Su campo de acción únicamente tiene como límite el que se desarrolle dentro del ambiente de un hospital general, en un medio no psiquiátrico, sin embargo, mas que limite, esto convierte al psiquiatra en una persona que debe conocer bien la medicina general, que conosca y maneja varios marcos teóricos, que se desenvuelva y utilice el modelo médico.

Este abordaje holista libera al médico del cautiverio de trabajar bajo una sola teoría y cultiva una actitud más abierta y ecléctica.

El equipo, como una colectividad terapéutica, atiende al paciente quien ha acudido en su impotencia y necesidad por la enfermedad. Esto permite que se de un encuentro con múltiples repercusiones. El medio médico y hospitalario con su estructura y equipo humano fortalece el ser un símbolo de esperanza y de vida.

Para la ciencia filosófica del hombre, esta realidad nos ofrece el punto de partida desde el cual podemos avanzar, por un lado, hacia una comprensión nueva de la persona y, por otro, hacia una comprensión nueva de la comunidad. Su objeto central no lo constituye ni el individuo ni la colectividad sino el hombre con el hombre. Únicamente en la relación viva podremos reconocer inmediatamente la esencia peculiar al hombre. También el gorila es un individuo, también una termitera es una colectividad, pero el "yo" y el "tú" sólo se dan en nuestro mundo, porque existe el hombre y el yo, ciertamente, a través de la relación con el tú. La ciencia filosófica del hombre, que abarca la antropología y la sociología, tiene que partir de la consideración de este objeto: el hombre con el hombre. Si consideramos al individuo en sí, entonces llegaremos a ver tanto del hombre como vemos de la luna; sólo el hombre es una imagen cabal. Si consideramos la totalidad en sí, entonces veremos tanto del hombre como vemos de la Vía Láctea; sólo el hombre es una forma perfilada. Si consideramos el hombre con el hombre veremos, siempre, la dualidad dinámica que constituye al ser humano: aquí el que da y ahí el que recibe, aquí la fuerza agresiva y ahí la defensiva, aquí el carácter que investiga y ahí el que ofrece información y siempre los dos a una, completándose con la contribución recíproca, ofreciéndonos, conjun

tamente, al hombre. Ahora podemos dirigirnos al individuo t reconocerlo como el hombre según sus posibilidades de relación; podemos dirigirnos a la colectividad, y reconocerla como el hombre según su plenitud de relación. Podremos aproximarnos a la respuesta de la pregunta "¿Qué es el -- hombre?" si acertamos a comprenderlo como el ser en cuya dialógica, en cuyo "estar-dos-en recíproca-presencia" se realiza y se reconoce cada vez el encuentro del " UNO " con el " OTRO ".

¿Que es el Hombre?  
Martin Buber.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- GRAHAM, D.T.: Presidential Address-1979: What Place in Medicine for Psychosomatic Medicine? Psychosomatic Medicine, Vol. 41 # 5 August 1979 Pp. 357-367.
- 2.- GRAHAM, D.T., Opus cit.
- 3.- ENGEL, G.L.: The Clinical Application of the Biosychosocial Model. Am. J. Psychiatry 137:5, 535-543, May 1980.
- 4.- LIPOWSKI, Z.J.: Holistic-Medical Foundation of American Psychiatry: A Bicentennial. Am. J. Psychiatry 138: 7, 888-895, July 1981.
- 5.- Lipowski, Z.J.: Opus cit.
- 6.- De la Fuente Ramirez J.R.: La Psiquiatría del Hospital General. Salud Mental, Vol. 2, año 2, # 3 17-18, Septiembre de 1979.
- 7.- HURST, M.W.: The Relation of Psychological Stress to Onset of Medical Illness. Annu Rev. Med 27:301-312 1976.
- 8.- FRIEDMAN, M.: Qualities of Patient and Therapist Required for Successful Modification of Coronary-Prone (type A) Behavior. The Psychiatric Clinics of North America V 2, # 2, 243-248, August 1979.
- 9.- BURDICK, D.: REHABILITATION OF THE BREAST CANCER PATIENT. Cancer, Vol. 36, Supplement 645-648, August 1975.
- 10.- PLATON + DIALOGOS: Carmides o de la Templanza. Editorial Porrúa, S.A. # 13, 77-94, México D.F., 1976.
- 11.- SPAULDING, W.B.: THE PSYCHOSOMATIC APPROACH IN THE PRACTICE OF MEDICINE. Int'l. J. Psychiatry in Medicine, Vol. 6 (1/2). 169-181. 1975.

B I B L I O G R A F I A

- 12.- WITTKOWER, E.D.: Historical Perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine.  
Int'l J. Psychiatry in Medicine Vol. 5 # 4,  
309-318, 1974.
- 13.- SPAULDING, W.B.: Opus Cit.
- 14.- Benton, W., publisher.: SIR FRANCIS BACON: Advancement of Learning, Second Book:  
Encyclopaedia Britannica, Inc. P. 50  
Chicago, 1952.
- 15.- DORFMAN, W.: Psychosomatic Medicine: Some Past and Current Concepts.  
Psychother. Psychosom. 31:33-37, 1979.
- 16.- Benton, W., publisher.: René Descartes: Meditations on First Philosophy. Meditation 11: of the Nature of the Human Mind; and that it is more easily known than the Body.  
Encyclopaedia Britannica, Inc. P. 77-81-81  
Chicago, 1952.
- 17.- Fromm, E.: Marx y su Concepto del Hombre.  
F.C.E.: Breviarios. Cap. 4 : La Naturaleza del Hombre. Pp. 36-54.  
Mex. D.F., 1961.
- 18.- SPAULDING, W.B.: Opus Cit.
- 19.- KAPLAN, H.I.: History of Psychosomatic Medicine.  
Chapter 26; Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1848-1862 Baltimore 1980.
- 20.- Gottschalk, L.A.: PSYCHOSOMATIC MEDICINE-PAST, PRESENT AND FUTURE.  
Psychiatry, Vol 38, 334-344 November 1975
- 21.- WITTKOWER, E.D.: Opus Cit.
- 22.- ....OBRAS COMPLETAS DE SIGMUND FREUD: Santiago Rueda Editor. Concepto Psicoanalítico de las perturbaciones Psicógenas de la Visión.  
151-157. Buenos Aires, Argentina, 1953.

B I B L I O G R A F I A

- 23.- Kaplan, H.I.: Opus Cit.
- 24.- DORFMAN, W.: Opus Cit.
- 25.- GOTTSCHALK, L.A.: Opus Cit.
- 26.- ALEXANDER, F., FRENCH, T.M.: Studies in Psychosomatic Medicine. Pp. V-45  
The Ronald Press Company 1948 N.York.
- 27.- HACKETT, T. PSYCHOSOMATICS.  
Conferencia Magistral del Simposium Internacional de Psiquiatría, 1980. N. York.
- 28.- JOSEPH, E.D., SCHWARTZ, A.H.: ACCIDENT PRONENESS  
Chapter 26.11; Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1953-1957 Baltimore, 1980
- 29.- HACKETT, T. Opus Cit.
- 30.- KALUCY, R.S.: Psychosomatic Medicine: A Review of the Discipline. Australian and New Zealand J. pf Psychiatry 13:85-101, 1979.
- 31.- WITTKOWER, E.D.: Opus Cit.
- 31.- Kimball, C.P.: Teaching Medical Students Psychosomatic Medicine: Of substances and Approaches.  
Biblithea Psychiat. No. 159 23-31  
Kargel, Basel, 1979.
- 32.- KIMBAL, C.P.: Opus Cit.
- 33.- GOTTSCHALK, L.A.: Opus cit.
- 34.- Kaplan, H.I.: Opus Cit.
- 35.- Kalucy, E.D.: Opus Cit.
- 36.- LIPOWSKI, Z.J.: Psychiatry of Somatic Diseases: Epidemiology, Pathogenesis, Classification.  
Comprehensive Psychiatry Vo. 16, # 2  
105-124, March/April 1975.

B I B L I O G R A F I A

- 37.- LIPOWSKI, Z.J.: Consultation-Liaison Psychiatry:  
An Overview. Am. J. Psychiatry 131:6  
623-630 June 1974.
- 38.- LIPOWSKI, Z.J.: Current Trends in Psychosomatic  
Medicine. INT'L J. Psychiatry in Medicine.  
Vol. 5 # 4 1974
- 39.- LIPOWSKI, Z.J.: Psychosomatic Medicine in a Changing  
Society: Some Current Trends in Theory and  
Research.  
Comprehensive Psychiatry, Vol. 14, # 2  
203-215. May/JUNE 1973.
- 40.- HURST, M.W.: The assessment of Life Change Stress:  
A comparative and Methodological Inquiry.  
Psychosomatic Med. Vol 40, # 2  
126-141. March 1978.
- 42.- HOLMES, T.H., RAHE, R.H.: The Social Readjustment Scale.  
Journal of Psychosomatic Research: 11:213-218:19  
1967.
- 43.- Cohen Frances.: Stress and Bodily Illnesses.  
Psychiatric Clinics of North America  
Vol: The Medically Ill Patient. Vol 4, # 2  
269-286. August 1981.
- 44.- HOLMES, T.H., RAHE, R.H.: Opus Cit.
- 45.- COHEN, F.: Opus Cit.
- 46.- CAPLAN, G.: MASTERY OF STRESS: PSYCHOSOCIAL ASPECTS.  
An. J. Psychiatry 138: 4 413-420 April 1981.
- 47.- CAPLAN, G.: Opus Cit.
- 48.- COHEN, F.: Opus Cit.
- 49.- STEIN, M.: A Biopsychosocial Approach to Immune Function  
and Medical Disorders. Psychiatric Clinics of  
North America. Vol: The Medically Ill Patient.  
Vol 4, # 2 203-221. August 1981.

B I B L I O G R A F I A

- 50.- LIPOWSKI, Z.J.: Consultation-Liaison Psychiatry...
- 51.- LIPOWSKI, Z.J.: Psychosomatic Medicine in a....
- 52.- KIMBALL, C.P.: LIAISON PSYCHIATRY: Of Approaches and  
Ways of thinking about Behavior.  
Psychiatric Clinics of North America.  
Vol. LIAISON PSYCHIATRY Vol. 2 # 2  
201-210 August 1979.
- 53.- KIMBAL, C.P.: Opus Cit.
- 54.- LIPOWSKI, Z.J.: Holistic-Medical Foundation ....
- 55.- GRAHAM, D.T.: Opus Cit.
- 56.- HOLLAND, J.C., et Alii.: REACTIONS TO CANCER TREATMENT.  
Assessment of Emotional Response to Adjuvant  
Radiotherapy as a Guide to Planned Intervention  
Psychiatric Clinics of North America  
Vol: LIAISON PSYCHIATRY Vol. 2 # 2  
347-358 August 1979.
- 57.- GREENBERG, R.P. & DATTORE, P.J.: THE RELATIONSHIP  
BETWEEN DEPENDENCY AND THE DEVELOPMENT OF CANCER.  
Psychosomatic Medicine Vol. 43, # 1  
35-43 February 1981.
- 58.- LIPOWSKI, Z.J.: Consultation-Liaison Psychiatry...
- 59.- KIMBAL, C.P.: Opus Cit.
- 60.- ENELOW, A.J.: CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY.  
Chapter 26.15. Comprehensive Textbook of  
Psychiatry. Vol. 2 1980-1985  
Baltimore 1980.
- 61.- NUEHRING, E.M., BARR, W.E.: MASTECTOMY: Impact on  
Patients and Families. Health and Social Work  
51-58 1980.
- 62.- WORDEN, J.W., SOBEL, H.J.: EGO STRENGTH AND PSYCHOSOCIAL  
ADAPTATION TO CANCER.  
Psychosomatic Medicine, Vol. 40 # 8  
585-592 Dec. 1978.



B I B L I O G R A F I A

- 63.- SILVERMAN, J.J., COHEN, I.K.: PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF BREAST CANCER AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. Virginia Medical, Vol 106. 140-142. Feb. 1979.
- 64.- GOTTHEIL, W., et Alii.: AWARENESS AND DISENGAGEMENT IN CANCER PATIENTES. Am. J. Psychiatry, 136, 5 632-635 May 1979.
- 65.- NUEHRING, E.M.: Opus Cit.
- 66.- SILVERFARB, P.M.: PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF NEOPLASTIC DISEASE: I. Functial Status of Breast Cancer Patients during different Treatment Regimens. Am. J. Psychiatry, 137-4 450-455, April 1980.
- 67.- FRANK, J.: PSYCHOTHERAPY: Persuasion and Healing. Conference at the San Francisco Psychiatric International Symposium, 1981.
- 68.- HOROWITZ, M.J.: BRIEF THERAPY OF THE STRESS RESPONSE SYNDROME. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 2 # 2. 2 365-377 August 1979.
- 69.- GOTTSCHALK, L., GLESE, G.C.: THE MEASUREMENT OF PSYCHOLOGICAL STATES THROUGH THE CONTENT ANALYSIS OF VERBAL BEHAVIOR. University of California Press. 1969.
- 70.- Inventario de la Ansiedad Rasgo- ESTADO (IDARE) (Version en Español del STAI). Dr. Spielberger. Martinez-Urrutia. El Manual Moderno, S.A. Mexico D.F.
- 71.- HAMILTON, M.: DEVELOPMENTO OF A RATING SCALE FOR PRIMARY DEPRESSIVE ILLNESS. Brit. J. Soc. Clin. Psychol. 6, 278-298. 1967.

B I B L I O G R A F I A

- 72.- ANASTASI, A.: TEST PSICOLÓGICOS: Cap. 17,  
Inventarios Autodescriptivos.  
451-481. Aguilar, Mex. D.F. 1976.
- 73.- KIMBALL, C.P.: Opus Cit.
- 74.- Gottheil, E., et Alif.: Opus Cit.
- 75.- SPIEGEL, D., YALOM, I. GROUP SUPPORT FOR PATIENTS  
WITH METASTATIC CANCER. Arch. Gen. Psychiatry  
Vol. 38, May, 527-533, 1981.
- 76.- KLEIN, R.: A CRISIS TO GROW ON.  
Cancer, Vol. 28:6  
1660-1671, Dec. 1971.
- 77.- SILVERMAN, J. J., COHEN, I.K.: Opus Cit.