

14
20



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN EL PACIENTE
ONCOLOGICO Y SU INTERRELACION
CON EL DOLOR**

FALLA DE CREEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DE LOURDES ASATO BAÑOS

México, D. F.

1990



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE**PAGINA**

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	PACIENTE ONCOLOGICO	3
1.1	ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE - EFECTO DE CANCER	3
1.2	PERPECTIVAS GENERALES	6
1.3	AREAS ESPECIFICAS DEL FUNCIONAMIENTO QUE LESIONAN LOS CANCERES	12
	1.3.1 LA IMAGEN DE SI MISMO Y EL - ESTADO GENERAL PSICOLOGICO	12
	1.3.2 EL SEXO Y LA SEXUALIDAD	16
	1.3.3 LA FAMILIA	15
	1.3.4 EL TRABAJO, LA ESCUELA Y LA- COMUNIDAD	19
1.4	EL RETO QUE REPRESENTA EL TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS DE CANCER	20
1.5	COMO AYUDAR AL PACIENTE DE CANCER A- ADAPTARSE A SU MAL	23
	1.5.1 ANSIEDAD Y RESAKOS DE CANCER EFECTO DEL PACIENTE	25
	1.5.2 LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	26
	1.5.3 TERAPIA DE CONDUCTA Y BICHA- "PROXIMIDAD".....	26
	1.5.4 LA ESPERANZA Y LA IMAGINACION GRUPO	27

	1.5.5	LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA O - AYUDA MUTUA Y LAS REDES DE APOYO - DE LA FAMILIA Y LOS CONOCIDOS DEL- PACIENTE	28
	1.5.6	UTILIZACION DE AGENTES PSI- COPHARMACOLOGICOS	28
CAPITULO II		DOLOR (ASPECTOS ENOCIONALES)	31
	2.1	OBSERVACIONES HISTORICAS	31
	2.2	CUESTIONES CONCEPTUALES	33
	2.3	INTERACCION ENTRE LA ANGUSTIA Y EL DOLOR	38
	2.3.1	LA TENSION ENOCIONAL COMO - CONSECUENCIA DEL DOLOR	38
	2.3.2	LA TENSION ENOCIONAL COMO - CAUSA DEL DOLOR	41
	2.4	DISTURBIOS ENOCIONALES QUE CONCU- RREN CON LOS TRASTORNOS DOLOROSOS. 44	
	2.5	VARIACION DE LA TENSION ENOCIONAL- DURANTE EL DOLOR	45
	2.6	INFLUENCIAS SOCIALES EN LA TENSION ENOCIONAL	47
	2.7	PERCEPCION COGNOSCITIVA Y ASPECTOS ENOCIONALES DEL DOLOR	49
	2.8	IMPLICACIONES CLINICAS	51
CAPITULO III		ANSIEDAD	53
	3.1	DISPARADORES DE LA ANSIEDAD	54

PAGINA

3.2	ANSIEDAD NORMAL	54
3.3	LA ANSIEDAD COMO REACCION ANTE- SITUACIONES DE TENSION	57
3.4	ANSIEDAD NEUROTICA	59
3.5	DIFERENCIAS FUNDAMENTALES ENTRE LA ANSIEDAD NORMAL Y LA NEUROTIC A	61
3.6	ANSIEDAD RASGO	61
3.7	ANSIEDAD ESTADO	63
3.8	SINTOMAS DE LA ANSIEDAD	64
3.9	CAMBIOS EN UNA PERSONA CON SINTOMAS DE ANSIEDAD	64
3.10	TRATAMIENTO DE LA NEUROSIS DE - ANSIEDAD	65
CAPITULO IV	DEPRESION	70
4.1	ANTECEDENTES HISTORICOS	70
4.2	CAUSAS DE LA DEPRESION	72
	4.2.1 CAUSAS GENETICAS	72
	4.2.2 CAUSAS PSICOLOGICAS ...	73
	a) CAUSAS DETERMINANTES	74
	b) CAUSAS DESENCADENANTES	74
	c) PERDIDA DEL OBJETO	75
	d) PERDIDA DEL OBJETO DURANTE - LA INFANCIA	75
	e) PERDIDA DEL OBJETO DURANTE - LA ADOLESCENCIA	76

PAGINA

	f) PERDIDA DEL OBJETO DURANTE	
	LA EDAD ADULTA	77
	4.2.3 CAUSAS ECOLOGICAS ...	78
	4.2.4 CAUSAS SOCIALES	79
4.3	CUADRO CLINICO	80
	4.3.1 TRASTORNOS AFECTIVOS.	80
	4.3.2 TRASTORNOS INTELECTUA-	
	LES	82
	4.3.3 TRASTORNOS CONDUCTUA-	
	LES	83
	4.3.4 TRASTORNOS SOMATICOS.	84
4.4	TRATAMIENTO DE LA DEPRESION..	85
	4.4.1 HOSPITALIZACION	85
	4.4.2 PSICOTERAPIA	86
	4.4.3 MEDICAMENTOS ANTIDE--	
	PRESIVOS	88
	4.4.4 ELECTROCHOQUETERAPIA.	89
	METODO	90
	RESULTADOS	94
	CONCLUSIONES	100
	LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	105
	ANEXO	
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

RESUMEN:

La presente Investigación consiste en detectar la relación existente entre los aspectos emocionales (Ansiedad y Depresión) con el Dolor. La población estudiada fue de 40 sujetos (Hombres y Mujeres indistintamente, sin importar edad ni características socioeconómicas y culturales) enfermos de cáncer con presencia de dolor. Los instrumentos aplicados fueron: a) Cuestionario General de Salud, b) IDARE, c) Cuestionario Clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Farvaz (Adaptación de la Escala de autoevaluación de la Depresión de Zung), d) Cuestionario -- McGill sobre el Dolor. Los datos se manejarán estadísticamente con el Coeficiente de Correlación de Pearson. Resultan de la aprobación de las Hipótesis Alternas en donde a mayor Ansiedad y Depresión mayor relación con el Dolor.

INTRODUCCION

Es importante para todo aquel que desee conocer más del -
enfermo crónico y en este caso del paciente oncológico, tener-
presente los aspectos emocionales más relevantes de éstos, --
entre los que se encuentran la depresión y ansiedad, desde el-
comienzo de la enfermedad hasta la proximidad de su muerte. Pa-
ra poder de alguna forma manejar mejor sus emociones y sentimien-
tos finales, ayudando a mitigar el dolor del enfermo, viendo
de que forma la relación que existe entre estos sentimientos y
sensaciones de dolor pueden aminorarse y manejarse, por lo que
las siguientes páginas intentarán mostrar lo antes mencionado,
y al mismo tiempo dar un panorama general del enfermo oncoló-
gico, estudiando en que forma las variables psicológicas inci-
den siempre, en alguna medida de forma directa o indirecta, po-
sitiva o negativamente, en todos los trastornos -y no únicamen-
te en los denominados psicosomáticos- desde el dolor crónico -
hasta el cáncer; así como en el mantenimiento y fortaleciami-
ento de los estados de salud. Tomando en cuenta que todos los -
trastornos y enfermedades así como los estados de salud, po-
seen repercusiones, grandes o pequeñas, favorables o desfavora-
bles en el ámbito psicológico.

CAPITULO I .

PACIENTE ONCOLOGICO

1.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE ENFERMO DE CANCER

La mayoría de las enfermedades a las que llamamos cáncer - forman parte de la categoría de enfermedades crónicas. La atención ilustrada del médico basada en cuestiones psicológicas es ahora un requisito básico, así como el conocimiento experto de la cirugía, la quimioterapia y la terapia de radiaciones. Existe para esta dimensión del tratamiento del cáncer un factor de complicación: la alegoría de la enfermedad llamada cáncer; esos sentimientos y significados que nuestra sociedad le ha atribuido y, por supuesto, todo el folclore que la rodea. La toma de conciencia de esta dimensión se ha vuelto una parte necesaria de la refinada preparación del médico.

El muy difundido temor que suscita la palabra cáncer, mucho menor que el diagnóstico del mal, está ampliamente reconocido. Hersh ha escrito que las dimensiones psicológicas del cáncer están fuertemente coloreadas por los temores que la sociedad proyecta sobre estos padecimientos. Tales temores se relacionan con la falta de control y con la mortalidad: "Hace parecer como si el propio cuerpo destruyera nuestro ser. En apariencia tiene el mal de no se sabe dónde, y fustiga sin previa advertencia, mostrando sus efectos en el paciente en cualquier parte del organismo y en cualquier momento... El cáncer representa el estado anormal del ser físico que simboliza al mismo tiempo nuestra tenue capacidad de conservar la vida y la frágil realidad de nuestro autocontrol". (1)

El cáncer evoca imágenes de soledad, abandono y desesperación. Pasar por alto su íntimo alegórico y simbólico convierte al médico más en un técnico que en un practicante de la Medicina.

En diferentes momentos de la historia humana, varias enfermedades han representado para el pueblo vulgar la realidad de la mortalidad de cada quien, y, más especialmente, las limita-

ciones que existen para el control de los acontecimientos de la vida. Las diferentes enfermedades que han servido como -- símbolos de esta falta de control (por ejemplo, la lepra, la peste bubónica, la fiebre de las aguas negras, la tuberculosis pulmonar) se han considerado, además, misterios de las diversas épocas. Incluso los sabios y curanderos de esos tiempos -- remotos ignoraron su etiología. Y, obviamente, eran relativamente impotentes para modificar el curso y el contagio de persona a persona de estas padecimientos. Tal misterio siempre lduce a las personas a formular racionalizaciones que explican su infortunio.

En nuestra cultura, con el concurso de las referencias ly deo-cristianas contenidas en la historia de Job, los misterios cuya consecuencia es el sufrimiento personal tienden a asociarse con el castigo por transgresiones conocidas o desconocidas (el pecado). Esta racionalización apunta hacia una causa-identificable, a una razón del mal. También forma, dada la asociación con el pecado, una de las bases del estigma --marca -- especial de la persona -- marca que se asocia a la desgracia, el reproche y la infamia. (2)

Pese a los esfuerzos educativos que han hecho la Sociedad Norteamericana de Lucha contra el Cáncer, sus afiliadas locales, el Instituto Nacional de Cancerología y las diversas organizaciones de autoayuda, tales como "Haz que este día cuente -- en tu vida", las enfermedades cancerosas siguen estigmatizando a las personas en su vida familiar, en sus amistades, grupos, -- vecinos y centros de trabajo. Esta estigmatización encuentran su expresión de muy diversas maneras. Por ejemplo: se -- expresa la morbida curiosidad que exteriorizan personas que antes no se interesaban en absoluto por quien ahora se ha convertido en un enfermo de cáncer; en el distanciamiento de otros -- que antes se relacionaban bien con ese individuo (tal distanciamiento, a menudo, se debe a secretos temores de contagiarse); en las ocasionales conductas de crueldad de patronos que despiden o se niegan a dar trabajo al que se ha diagnosticado un cáncer; en la conducta ostracista de vecinos que intentan impu

dir que en su comunidad una familia cuyo hijo tiene cáncer —
compre una casa en el vecindario.

De esta manera, al considerar los aspectos psicológicos del cáncer en el paciente afectado por este mal, el médico debe estar consciente de la marca, del estigma social que también padece el enfermo, y de los efectos potenciales que esta marca tiene en las interrelaciones humanas, en la vida laboral, en la imagen de sí mismo del paciente. Cuando ese estigma se convierte en el proceso social activo llamado estigmatización, el estrés que pesa sobre el paciente puede llegar a ser intolerable suficiente para causar depresión profunda, pérdida del apetito, retraimiento y poca tolerancia o ninguna reacción a los tratamientos. El estigma, combinado con los temores que genera la pérdida del control sobre la propia vida, resultante del conocimiento del diagnóstico confirmado, suscita muchas conductas ostensiblemente desconcertantes. Entre estas podemos citar la "conducta de morosidad", es decir la renuencia o la incapacidad del sujeto con síntomas cancerosos a acudir al médico para que le haga los estudios diagnósticos. (3)

Complican la mitología en torno del cáncer las muchas hipótesis y conjeturas que reciben tanta publicidad en la prensa leiga y en la científica acerca de las posibles causas del cáncer. Entre los ejemplos de esto están el señalamiento de agentes químicos como el alcohol, que pueden producir el cáncer; el descubrimiento de que cierta diferencia cromosómica incrementa la posibilidad de padecer cáncer en personas de ciertos grupos genéticos; los posibles relaciones de las infecciones de virus lentos o retrovirus con el cáncer humano, y la hipótesis de que ciertos estados emocionales que inducen el estrés pueden predisponer, por lo menos a ciertos seres humanos, a padecer alguna forma del cáncer.

El resultado de todo esto parece incrementarse mucho por la angustia, la vigilancia y el temor entre el público leigo a cerca de esta enfermedad. Actualmente el cáncer se asocia a

todo: desde el castigo por pecados, hasta problemas familiares, mala suerte, mal de ojo, malos pensamientos, malos genes, y a gente que maneja irresponsablemente el medio ecológico. El cáncer parece estar en todas partes y ser causado por toda clase de agentes. (4)

1.2 PERSPECTIVAS GENERALES

Consideremos el estrés como un estado alterado del organismo. Muchos factores ejercen influencia en la persona en cuanto a su capacidad de enfrentarse al estrés o superarlo. Entre tales variables podemos citar: la estructura genética del individuo; el estado de funcionamiento del sistema nervioso; las experiencias que haya tenido durante su crecimiento y desarrollo; el estado general de salud; el sexo; la edad; la cultura; los procesos psicológicos y la imagen de sí mismo; los recursos específicos fuera del yo (es decir, la vida familiar, el trabajo, la escuela, la comunidad en que vive); los acontecimientos que originan estrés (muertes de seres queridos, divorcio, cambio de empleo, mudarse de casa, ascensos en el trabajo).

Las reacciones de estrés al cáncer son universalmente conocidas. El tipo de cáncer que se padezca, la capacidad de localizarlo, en dónde se localiza, o la incapacidad para localizarlo; todos estos factores afectan al paciente o influyen en él en cuanto a su reacción psicológica a la enfermedad, además de influir en su familia, y a veces hasta en los médicos. Específicamente, la reacción inicial, si el cáncer está en un sitio muy visible y fuera de los órganos internos, tiende a infundir menos temor y mayores esperanzas de curación, sobre la base de que a veces el conocimiento, otras veces, la fantasía, hacen pensar que el control y la curación son posibles. Esto se aplica a cánceres que afectan a las extremidades y a la piel. El paciente reaccionará a menudo ante es---

tos cánceres, como los melanomas y los sarcomas, con más optimismo que el médico. La víctima inmediatamente se tranquiliza con la aparente realidad de que el tumor está localizado y circunscrito a una zona, lejos de la cabeza y de los órganos vitales, y por tanto, es algo que puede extirparse para curarlo. -

Los tumores asociados a los órganos vitales originan más temor y más retos a la esperanza de curación. Los tumores relacionados con los órganos sexuales tienen las adicionales dimensiones emotivas en cuanto a lo intacto de la propia femineidad o masculinidad. Los peores, desde el punto de vista psicológico, son aquellos cánceres que requieren del paciente la aceptación de la realidad de una enfermedad basada en sus propios sentimientos de "malestar general", en las afecciones del médico y en las pruebas de laboratorio. Los cánceres que nos referimos como "neoformaciones hematológicas malignas", -- son los más aterradores. Para el lego en la materia, están si multimedamente en todas partes y en ninguna parte. El paciente se siente mal, acaso tenga algunos síntomas o signos ostensibles, pero depende mucho de otra persona para explicarse qué le sucede. El médico dice al paciente que, según pruebas efectuadas, el malestar que siente se debe a una enfermedad maligna que no puede localizarse en un solo sitio para controlar la o extirpar la neoformación.

Se conocen otros factores que influyen en las reacciones de la persona al cáncer: la visibilidad del mal y el desfiguramiento y la capacidad disminuida de funciones que origina el tratamiento. Los cambios en los contornos de parte del cuerpo, los cambios en la pigmentación de la piel, la ronquera, los sangrados y la pérdida crónica de peso corporal son ejemplos de las diversas formas en que el cáncer se hace visible. El desfiguramiento y la pérdida de funciones acaso originen un cuello muy hinchado, un testículo muy agrandado, voz ronca o vitalidad y energía disminuidas. El tratamiento, por supuesto a menudo causa desfiguramiento o amputación, pérdida del cabello, ulceraciones en la boca y debilidad física, humor inesta-

ble y disminución de la libido.

Aunque extensos estudios de mujeres afectadas de cáncer mamario revelan que la mayoría de ellas se adaptan bastante bien a la enfermedad y al tratamiento, en realidad existen dificultades muy reales. Los ejemplos de reacciones documentadas incluyen ideas de suicidio, angustia intensa, cambios de humor y de conducta, y transitorios episodios de alcoholismo y abuso de los tranquilizantes. (5) Todas las pacientes de esta clase sienten mucha angustia, acompañada de cambios de humor y de conducta. Esto se manifiesta, desde un silencio estoico, hasta el retraimiento y la depresión, o bien como agitación incontentible. Estos cambios, en general, son episodios temporales. El equilibrio psicológico y social se restablece, en general, mediante la fuerza espiritual que la persona tiene en el contexto de sus creencias religiosas o filosóficas, y en el apoyo que les brinde su familia.

Quiénes tienen graves problemas para enfrentarse al estrés de su enfermedad y de su tratamiento, o más crónicas dificultades, generalmente presentan un estado premórbido que refuerza su vulnerabilidad. Los problemas de adaptación a estas circunstancias no son accidentales; no sólo deben tomarse en cuenta la estructura psicológica del paciente, su sistema de apoyo y las declaraciones del médico y su conducta, sino que estos factores deben analizarse y tratarse especialmente cuando las reacciones de estrés son más intensas o duran más de lo esperado.

Los problemas de adaptación y control de los enfermos del mal de Hodgkin no se han estudiado tan bien como los de las pacientes afectadas de cáncer mamario. El optimismo acerca de la capacidad de la comunidad médica para tratar la enfermedad ejerce mucha influencia en los pacientes y en sus familias. Hoy, este optimismo es considerable respecto a los enfermos del mal de Hodgkin. Sin embargo, la realidad de los pacientes de esta enfermedad es que los cambios que induce la quimioterapia en el funcionamiento sexual y la pérdida de fertilidad han

originado graves reacciones de adaptación. Estas reacciones — pueden contrarrestarse con éxito si se reconoce en etapa temprana el problema y con la adecuada intervención posterior del médico. Tal intervención ayuda al paciente a modificar su propia imagen y a disminuir los problemas resultantes de ello, como — los conflictos con los amigos o con los familiares. (6)

Los síntomas de los problemas externos presentan retos directos y especiales para la autoimagen corporal del individuo — y para su funcionamiento sexual. Las lesiones en el seno o en la vulva se tratan a menudo con cirugía radical, con el resultado de desfiguramiento y cambios funcionales. En esta clase de síndromes el riesgo de conductas nocivas es muy alto. Es tan predecible la presentación de sufrimientos emocionales y frustraciones emocionales, que es necesario por parte del médico una conducta responsable y de atención generada y abierta para cada paciente. El asesoramiento individual y en grupo han demostrado la disfunción resultante y física en estas enfermedades.

El cáncer de la laringe presenta una serie de retos que — van más allá de los retos propios físicos después de practicarse la disección y la laringectomía. La pérdida de las capacidades y funciones que consideramos lo más natural genera preocupaciones en los pacientes sobre el control de funciones como el habla, la masticación, la salivación y la deglución. La pérdida separadamente será un fenómeno permanente en los pacientes que han sufrido laringectomía total, por lo que la preparación apropiada preoperatoria y posoperatoria del paciente debe ser parte del cuidado rutinario. Tal preparación se logra mejor mediante un enfoque multidisciplinario, en el que intervienen — el cirujano, el médico del habla y el trabajador social. — También es muy aconsejable el acceso a un asesor psicológico, además, se debe trabajar tanto con el paciente como con su familia, ensayando los cambios generados y replicando las maneras de hacer recuperar el control y el funcionamiento con los medios — disponibles.

La edad del paciente de cáncer tiene mucho que ver con la

manera en que el enfermo y su familia se adapten y superen los problemas. Muchos problemas y recursos para contrarrestarlos pueden predecirse teniendo en cuenta este factor siempre y cuando el médico esté consciente de que la edad cronológica y la edad de desarrollo no siempre coinciden. Cualquiera que sea la edad del paciente, el diagnóstico y los tratamientos iniciales son para el paciente y para su familia experiencias que desequilibran la continuidad del ciclo vital, en alguna medida. Esto genera conducta regresiva en los sistemas del individuo y de su familia, como el apartamiento de las relaciones sociales, dependencia mayor de los integrantes de esa familia para ayuda en las actividades diarias, así como en cuanto a las decisiones que hay que tomar, y la actuación, en vez de la aceptación directa y la expresión auténtica de sentimientos. Tales conductas son a menudo limitadas, y se prestan a la guía directa del médico.

Los niños pequeños se enfrentan al problema adaptándose tan bien, que la experiencia se convierte en su norma de vida natural. Un ejemplo de esta clase de adaptación se ilustra con la anécdota de una madre, a la que dijo su hija de seis años de edad (a la que se le había diagnosticado una leucemia linfocítica): "¿Mamá, cuando tú eras pequeña y tenías leucemia, también tenías problemas para tener amigos?"

Como con los niños van creciendo, gradualmente van desarrollando las mismas capacidades cognitivas y el vocabulario de la defensa psicológica, como los adultos. Pueden racionalizar-intelectualizar, reprimir, sublimar, etcétera. Además, incorporan puntos de referencia culturales y sirve de orientación, así como niños que les ayudan a ellos y a sus familias a dar explicaciones plausibles de sus vivencias. (8) Los pacientes de cáncer infantiles, adolescentes y adultos suelen ser víctimas de la angustia, la intranquilidad y la conducta defensiva de los demás. Esos demás pueden ser la familia misma o el personal médico.

Algunas de las luchas más controvertidas se ven, en lo relativo al grado de edad, entre los adolescentes cancerosos. Esto se manifiesta en el necesario ajuste al proceso de los tratamientos,

a la aceptación, a la adquisición de control, requiere de toda la fuerza del individuo para superar las dudas por la autonomía y su independencia respecto de su familia.

El ajuste por las pérdidas de funciones o limitaciones no es necesariamente más fácil entre las personas de edad avanzada. La continuidad normal de la vida se interrumpe en ellas tal como sucede en las adolescentes jóvenes. Saber que contraer el cáncer es más común en las personas de su misma edad no convierte a la realidad del cáncer en algo más aceptable para la persona. Es posible que recupere con nostalgia sus niveles de energía y vitalidad que muestra, y sus capacidades para satisfacer sus necesidades y aspiraciones. Así, por ejemplo, puede ser decepcionante la aparentemente fácil adaptación del anciano a una pérdida importante de funciones corporales. La presentación de una creciente demencia semi-uragica es un resultado de la enfermedad desde la edad, sin una expresión de la grave depresión y la angustia que siente el enfermo, y que a veces raya en histeria. El tratamiento oportuno de tales pseudodemencias empieza con algo de amor desinteresado, no resulta muy obvio; el médico debe tener en cuenta la posible pseudodemencia en el diagnóstico diferencial cuando advierte el sustancial deterioro del funcionamiento psicosocial del paciente de edad avanzada. (9)

La hospitalización misma es una vivencia que genera angustia y predispone a la persona a la depresión y al retraimiento. Esto se advierte en especial en los niños pequeños. Por esta razón, debe darse la más posible atención a estos pacientes en convalta enferma. En los niños muy pequeños, un estilo de atención médica muy estrecho incluye la intensa identificación con médicos, enfermeras y otros integrantes del equipo de atención médica y, como parte de esta identificación, estos niños muestran las conductas no verbales y el vocabulario de los adultos profesionales que los rodean. Los niños absorben toda la información que pueden acerca de su enfermedad, y se vuelven muy directos en cuanto los detalles de su mal, su evolución y tratamiento. Herak llama a esta conducta o estilo de adaptación pseudosustentación. El médico encargado del caso debe a menudo hacer -

un esfuerzo especial para tomar conciencia de lo que el niño - está afrontando; de que tras el género de esta conducta de adaptación está un niño, con todos los conflictos y confusiones y necesidades de su grupo de edad.

1.3 AREAS ESPECIFICAS DEL FUNCIONAMIENTO QUE LESIONAN LOS- CANCERES .

1.3.1. La imagen de sí mismo y el estado general psicológico.

La imagen de sí mismo se define en cuanto a cómo se siente y cómo piensa la persona acerca de sí misma. La autoimagen influye en los niveles de comodidad de cada persona respecto a sí misma y en su trato con los demás. Se deriva de experiencias de desarrollo, desde la infancia, en el contexto de recursos físicos e intelectuales específicos. Los más importantes componentes son el ser físico, el ser psíquico y el ser social.

Cualquiera de los cánceres y sus tratamientos inducen --- cambios --- algunos temporales, otros permanentes--- en estas tres áreas del ser. Cuando ocurren estos cambios, se basan, tanto en la realidad inmediata, como en la anticipación de posibles cambios ulteriores. Por ejemplo: la amputación, la impotencia y la incapacidad para trabajar pueden ser cambios inmediatos a lo que tiene que enfrentarse la persona. Simultáneamente, el desfiguramiento, la futura incapacidad para ser compañero sexual de su pareja y la pérdida del empleo constituyen las más importantes preocupaciones. Las necesarias adaptaciones a tales cambios son considerables y, a veces, dramáticas. Los retos a la autoimagen de la persona, a pesar de las alteraciones que induce la enfermedad en los niveles de energía y vitalidad en las capacidades y en los estados anímicos, deben ser --- comprendidas por el médico como algo dramático, pero manejable. Los médicos pueden aplicar técnicas eficaces para tratar a esta clase de pacientes.

Como información y preparación adecuada, el médico debe -

recordar que el arsenal humanístico para contrarrestar los re-
tos a la imagen de sí mismo y las alteraciones del ánimo y de
las funciones vegetativas, así como otras formas de estrés, se-
basan en gran medida en mecanismos de defensa psicológica. Es-
tos consisten en procesos mentales de protección, generalmen-
te nocivos, que se utilizan para proteger al paciente de la
excesiva angustia. Al mismo tiempo, ayudan a la persona a con-
trarrestar el estrés externo o interno causante de la angustia.
Los mecanismos de defensa tradicionalmente identificados son: -
el desplazamiento, la negación, la proyección, la condensación,
la conversión, la disociación, la idealización, la identifica-
ción, la incorporación, la intelectualización, la introyección,
la formación reactiva, la represión, la represión, la sublimación,
la sustitución y la simbolización. (10)

En nuestra cultura, el mecanismo de defensa que más frecuen-
temente se moviliza entre los pacientes de cáncer es negación
seguida de la intelectualización y la racionalización. La ne-
gación puede extenderse a no el rechazo psicológico de senti-
mientos relacionados con ciertos acontecimientos o pensamientos.-
O puede generalizarse más a vivencias o realidades totales, ade-
más de constituir uno de los mecanismos de defensa más importan-
tes, adaptativos y eficaces. En general, el médico evitará con-
trarrestarlo, a menos que el mecanismo interfiera con el proce-
so del tratamiento o con las esenciales responsabilidades fami-
liares del paciente (por ejemplo, en lo financiero, en lo testa-
mentario, etcétera). La intelectualización y la racionalización
se relacionan estrechamente entre sí. La primera se refiere a
emplear procesos intelectuales para controlar o evitar la experi-
encia y la expresión de sentimientos. La segunda se refiere a
utilizar procesos intelectuales para ocultar a sí mismo y a
los demás las motivaciones instintivas de cierto tipo de con-
ducta. Por ejemplo, cuando una situación se percibe como peli-
grosa, una reacción instintiva será escapar de la realidad de
tal situación. Sin embargo, lo que se presenta ante sí mismo y
ante los demás será la necesidad de tomarse unas vacaciones.

1.3.E. El sexo y la sexualidad.

La sexualidad es una pauta de conducta humana aprendida, - una serie de habilidades y sentimientos que se relacionan, tanto con la identidad del género a que se pertenece (sentido de - femineidad o de masculinidad) como con la conducta específicamente sexual. Dada nuestra nacimiento en una comunidad determinada y la temprana nutrieute formación de nexos o vínculos, la sexualidad incluye aquellas conductas y aquellos sentimientos - relacionados con tocamientos, abrazos y arrullos o acunamientos, además de los actos sexuales penitales. Las necesidades y las expectativas de índole sexual de la gente varían a través de - las diversas etapas vitales. (11)

Hay más que nunca es necesario que el médico tenga en cuenta el complejo tema del sexo y de la sexualidad, por la tendencia de los pacientes y de sus familias a ponerse totalmente en manos de la comunidad médica en cuanto se diagnostica el cáncer. La atención de la comunidad médica a estas cuestiones es reciente, ahora, la sociedad ha tendido a estar orientada hacia el - tratamiento de los síntomas, concentrándose sobre todo en cuestiones como la libido y la incapacidad de funcionamiento sexual en los pacientes cardíacos y en los sometidos a hemodilísis. - En este aspecto, es necesario un enfoque educativo de los pacientes de cáncer. Tal enfoque se relaciona con el estrés específico que genera la enfermedad y los tratamientos. Además, para las personas con incapacidad o enfermedad crónica, sus niveles de conocimientos y habilidades referentes a sus capacidades se conciben en un factor importante, que incluye ex la autonomía, el control y el sentido de responsabilidad ante su propio ser.

Los cánceres y sus tratamientos pueden afectar cualquier aspecto de la autoimagen del cuerpo y a la fisiología relacionada con la identidad sexual. En el paciente que atraviesa por la prepubertad, los demoras o los cambios permanentes pueden ocurrir. En los pacientes posnóberes, los cambios en la capacidad y en los intereses sexuales (libido) varían en significación, según la edad, el estado de desarrollo del individuo, su-

personalidad, sus expectativas y su rol o papel social (padre de familia, cónyuge o amante). Tales cambios pueden ser predominantemente físicos (amputación o resección). O pueden ser fisiológicos, y a veces originan estrés o disturbios emocionales. Los cambios físicos incluyen caracteres sexuales secundarios alterados; más comúnmente, pérdida de glándulas mamarias y de pelo. Otros cambios físicos importantes que se han estudiado son: capacidades sensoriales alteradas, como la hipersensibilidad en la piel y otras parestesias. Los cambios fisiológicos resultantes en forma secundaria de la castración terapéutica ejercen gran influencia en la persona, en la cual también pueden manifestarse - inestabilidad vasomotora, cefalalgias, nerviosismo y depresión. (18)

Sentirse la persona incompleta como pareja sexual influye - considerablemente en su sentido de identidad, fuerza y salud. Esto se ve coloreado, además, por las expectativas de los demás - respecto al enfermo, y por los mensajes que recibe de su contexto cultural respecto a lo que es ser un individuo con plenas facultades y buena salud.

Hoy, el médico que trata padecimientos oncológicos ya no debe sumarse a la construcción de silencio acerca de la sexualidad, así como no debe formar parte de la construcción del silencio - respecto a la muerte. La sexualidad es parte de la vida y, por tanto, una parte de la existencia misma de los pacientes de cáncer y de sus familias.

1.3.3 La familia

Ante las diversas formas que adopta la vida familiar en la sociedad, conviene que el médico piense en ella en los términos - más amplios. Por tanto, la familia puede definirse como cualquier grupo de personas vinculadas entre sí con nexos legales o biológicos. La índole de la estructura familiar en que vive el paciente de cáncer así como la dinámica que se da dentro de esa estructura, determina, obviamente, muchas de las cuestiones en -

cuanto a de qué manera afecta el cáncer de uno de sus integrantes a la familia y al sistema familiar.

Las familias, o su vez, son sistemas que existen dentro de más amplios sistemas -vecindario, comunidad, cultura-, y estos más amplios sistemas influyen en ella. Los mitos culturales acerca del cáncer y la incorporación de esos mitos a la comunidad se han estudiado previamente como factores de influencia -- importantes. Colorean la asistencia que se proporciona, así como la estigmatización. Sobre todo, la que sufre la familia.

Las familias difieren en sus características estructurales y conductuales. Algunas constituyen sistemas cerrados, con --- fronteras perfectamente delimitadas. Tienen un "transporte de ideas" muy selectivo hacia el interior o hacia el exterior de ellas. Esta propiedad las hace menos sensibles a más amplios sistemas y, por tanto, menos dependientes de ellos. Otras familias tienen fronteras menos claramente definidas; a menudo, incluyen a integrantes no familiares(amigos) tanto o más vinculados al individuo que los integrantes biológicamente emparentados. Más vulnerables a los sistemas del exterior, estas familias tienen más flexibilidad que las cerradas.

Es necesario considerar también otras muchas características; por ejemplo: ¿Se trata de una familia con ambos padres, o con sólo padre o madre?, ¿Cómo son las relaciones entre esos adultos y niños?, ¿Qué actitud tienen sus integrantes en cuanto a sus carreras y ocupaciones?, ¿Es el paciente el principal sostén de la familia?, ¿Se trata de una familia en que la información se comparte fácilmente?, ¿Se comparten los sentimientos? y ¿De qué manera?.

Esta clase de toma de conciencia acerca de la familia del paciente da una interiorización sobre la índole del apoyo o del sistema de apoyo de que dispone el paciente.

Las familias tienen sus propios niveles o etapas de desarrollo, estas etapas están relacionadas con valores cambiantes. En general, la familia se une más en momentos de crisis. Enfoca la atención en el miembro familiar que enferma. Simultá--

noamente, la red de relaciones familiares y de amigos y conocidos se moviliza al enterarse de la enfermedad y se prepara para brindar apoyo, el cual puede manifestarse desde mayor interés y solidaridad, hasta donando sangre, plasma o médula ósea. Parece existir una jerarquía de intensidad en la inicial respuesta al cáncer una vez confirmado el diagnóstico, según el papel o la edad del paciente -sea niño, adolescente, joven adulto-, -si se trata del principal sostén de la familia, es objeto de las más fuertes reacciones de apoyo (Tal apoyo es igualmente fuerte si el enfermo es un anciano al que se quiere mucho). En cuanto pasa el primer momento de la crisis, la familia tiende a volver a sus actividades normales de vida, intereses y actividades normales. Sin embargo, el sistema de apoyo, que sostiene el núcleo familiar más allegado en cualquier forma que se manifieste, permanece inalterable al presentarse nuevas crisis.

Cuando el diagnóstico de lupar rápidamente al tratamiento y a la curación, el estrés de la familia se conserva en niveles de tolerancia; esto también suele ocurrir cuando después del diagnóstico se instituye el tratamiento y después, pese a todos los esfuerzos, sobreviene la muerte del paciente. Las situaciones que ponen a prueba dolorosa las capacidades de apoyo del sistema familiar y de amigos son aquellas en que el lapso entre el diagnóstico y la curación o la muerte se prolonga demasiado. En tales circunstancias, la atención y las energías de la familia se reducen; las relaciones sociales íntimas y distantes se apagan y se distancian más, y la gente cambia así por tener nuevas ideas y trato con otras personas. Hoy, estas situaciones crónicas constituyen la más común realidad para los pacientes de cáncer y para sus familias. En consecuencia, ocurren alteraciones importantes en el sistema familiar.

Aunque las familias responden bastante bien a los llamados que piden atención especial, es posible que la familia de un canceroso se desensibilice en parte y deje de prestarle apoyo, o lo dé muy débilmente. Un límite extremo de esto se ve en el síndrome de Lézar, que genera sentimientos de culpa, además de

ira y hostilidad sexiconsciente. (13) Salen a relucir deseos - de que muera el paciente, como reacción al estrés que causa lo impredecible, y se presenta un proceso de alejamiento doloroso. Los miembros sanos de la familia, sobre todo los adolescentes, pueden actuar con diversas conductas antisociales (promiscuidad sexual, drogadicción, huir del hogar).

Sin embargo, muchas familias se adaptan bien a la nueva situación, pese a todos los retos y al dolor que esto implica. -- En realidad, hay motivos para poner en tela de juicio la creencia generalizada de que los padres de hijos cancerosos presentan más altos índices de separación y divorcio. Pero la adaptación también tiene su precio. Para algunas personas, este alto precio se paga cuando la familia del enfermo, tras su muerte, ven que hay cambios en su vida familiar y deben adaptarse a la nueva realidad en ausencia del difunto. Para estas personas -- cuando el enfermo sana, también suele haber retos tan dolorosos como en caso de muerte.

Las familias funcionan en forma de dinámica de grupo, con alianzas que se forman y se deshacen alternativamente. También se recurre a defensas psicológicas, pero la mayoría de las familias de los pacientes con cáncer ofrecen muchísimos recursos a sus seres queridos. Algunas familias son más vulnerables a los problemas previos a la aparición del mal, como conflictos conyugales, dificultades económicas, abuso de drogas o del alcohol, o casos francos de psicopatología (esquizofrenia, trastornos -- graves depresivos, etcétera). Las exigencias adicionales, como las mudanzas frecuentes o dificultades en la carrera o el trabajo, también refuerzan la vulnerabilidad de la familia. Los apoyos más comunes a los sistemas familiares en este caso incluyen el apuntalamiento de sus valores morales, de la tradición, los valores religiosos y el papel que desempeñan en la comunidad. -- Todos estos factores pueden aprovecharse positivamente en épocas de estrés.

1.3.4. El trabajo, la escuela y la comunidad.

El trabajo, la escuela y la comunidad son importantísimos para los pacientes de cáncer. Las escuelas de cualquier nivel desde el materninfantil hasta la universidad, son, tanto como su nombre indica, centros de trabajo; constituyen medios especiales donde la gente se encuentra interactuando en estrecha relación con las demás personas. Todos los integrantes de estos medios reaccionan entre sí y ejercen influencia unos en otros. Cuando a uno de estos integrantes del medio se le diagnostica el cáncer y este diagnóstico llega a ser del conocimiento público, las conductas dentro de la escuela o centro de trabajo cambiarán. Hay que tener en cuenta que estos lugares reciben la influencia, no sólo de las personas que allí interactúan, sino también de los valores de su cultura. Por ello se convierten estos sitios en escenarios de conducta positiva y negativa. A veces se manifiesta como apoyo, y a veces como estigmatización. Puede haber solidaridad de algunas personas, pero también se da el caso de malentendidos inocentes, -- que pueden lastimar al enfermo. Allí es posible que el enfermo encuentre bondadosa comprensión y asistencia, más también puede ser objeto de una franca y cruel actitud de rechazo.

El médico, el psicólogo, la enfermera o la trabajadora social deben recabar información acerca de lo que realmente está ocurriendo en la escuela o en el centro de trabajo del enfermo. Otras fuentes de información, además del paciente, son: los miembros de su familia, y (si se obtiene la autorización) los maestros y los supervisores. Es posible intervenir en cualquier problema de interrelación que surja en estos sitios. Los principios básicos para el médico se relacionan con hacer que el enfermo de cáncer esté lo más involucrado posible y por todo el tiempo que sea posible en las actividades de la escuela, del trabajo y de la comunidad, en general.

La comunidad se refiere al barrio inmediato en que vive el paciente, el lugar de culto religioso y actividades de su --

se, y a las organizaciones sociales y cívicas en que participa la persona. Para los pacientes de cáncer, la comunidad ofrece grandes oportunidades de apoyo económico, social y emocional.- La primera responsabilidad del médico hacia una comunidad en favor del paciente de cáncer consiste en compartir con ella la información precisa, y al mismo tiempo respetar la vida privada del paciente. Esto puede lograrse mediante la educación pública acerca del cáncer y sus tratamientos, enfocada a disminuir la incomprensión basada en la mala información y los prejuicios.

1.4 EL RETO QUE SIGNIFICA EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS DE CÁNCER.

Ya sea que el médico se especialice en oncología, en hematología, en cirugía o en atención inicial, el tratamiento de los enfermos de cáncer constituye un reto, tanto personal como profesional. En este reto se combinan los significados simbólicos del cáncer en esta sociedad, y las limitaciones y la falta de los tratamientos disponibles, además de la intolerancia de nuestra sociedad a las incapacidades, el miedo a la muerte y el control de las obsesiones. Juntos, todos estos elementos son la base del reto que implica tratar a los cancerosos. Por supuesto, la magnitud de este reto varía, según el papel del médico (según sea consultor, médico general o especialista en casos terminales). También depende de la estructura psicológica y del sistema de apoyo disponible. La atención del cáncer es un asunto mucho más complejo para el médico que los tradicionales lamentos acerca de la mala calidad o las carencias del adiestramiento de los médicos (14). Estos lamentos parecen basarse en realidades patentes; sin embargo, la atención del cáncer exige mucho de los encargados de darla. Las muchas historias sobre médicos oncólogos que se vuelven crónicamente gruñones y retraídos, o que se deprimen y tienden al suicidio están basadas en hechos verdaderos.

Los médicos deben educarse a sí mismos mediante una continua toma de conciencia de por lo menos tres dimensiones de su trabajo en oncología: las exigencias y los efectos de tales demandas que se nos imponen como seres humanos; nuestras propias reacciones psicológicas y conductuales; las defensas psicológicas que ponemos en práctica para lidiar con el estrés resultante.

Son muchísimas las exigencias que pesan sobre el médico;— entre ellas hay que citar el control y el cuidado de los procesos patológicos. Para cumplir con los objetivos, el médico tiene otras exigencias menos articuladas, pero no menos importantes, para que el enfermo y su familia tengan la menor incomodidad posible, las menores molestias e incurran en pocos gastos.— Los médicos se enfrentan a esta serie de exigencias sabiendo — en realidad que los tratamientos requieren frecuentemente de — cambiar una clase de mal por otra (por ejemplo: eliminar un miembro sarcomatoso, con lo resultante incapacidad que origina la amputación), e incluso a veces deben optar por una causa de mortalidad (por ejemplo: muerte resultante de la cardiotoxicidad inducida por la quimioterapia, en vez de la muerte a consecuencia de la caquexia causada por metástasis). Inarticuladas, pero intensas, siempre hay constantes expectativas para el médico, — en el sentido de ofrecer asistencia y apoyo al funcionamiento — social y psíquico de sus pacientes. Estas expectativas proporcionan los medios con los que el médico se convierte en la primera persona con la que el paciente y la familia comparten sus angustias, temores, ira, desesperación y desesperanza.

Todos reaccionamos consciente e inconscientemente a estas exigencias. Temos que nuestros propios deseos de controlar la enfermedad y rescatar al paciente vibran y se reaccionan con los — de los pacientes y sus familias, e incluso con los deseos de otros integrantes del personal médico. Las angustias, los temores y los estados de ánimo cambiantes del médico se colorean — con la situación, así como los estados psicológicos paralelos — del paciente. La fatiga que siente el médico se relaciona a ne-

nudo, no sólo con las largas horas de trabajo, sino con la tensión somática y otros cambios psicológicos que se sienten como reacción a los factores que se han descrito. Tal fatiga y tensiones probablemente se agravan por el adiestramiento, y esto lo contienen al aislamiento y a encerrarse en sí mismo. El médico al igual que los pacientes y los familiares de estos, no tiene un confidente con quien desahogarse de sus angustias, temores, iras, desesperación y desesperanza.

El médico, entonces, moviliza automáticamente e inconscientemente defensas conductuales. Su adiestramiento lo lleva a poner en juego la intelectualización y la sublimación. Gran parte del tiempo aplica estas defensas intensa y apropiadamente. -- Un ejemplo típico es la lucha que emprende para interiorizar -- un enfoque intelectual de lo que se sabe acerca de la enfermedad y sus tratamientos. Otro ejemplo lo vemos en muchos médicos que se involucran en varias formas de investigación y procedimientos para resolver problemas. Otras defensas a las que recurren son: el desplazamiento, la proyección, la represión, -- la racionalización. Las conductas que se expresan en humorismo exagerado, bromas de tipo médico, conversaciones prolongadas a la hora del almuerzo, chistes en el vestíbulo o camaradería bulliciosa después de las rondas de visita médica, son expresiones de estas defensas psicológicas.

Se ven con mucha frecuencia conductas de aislamiento y retraimiento entre los médicos dedicados a atender cancerosos. Estas defensas hacen a veces que el médico no permita a los pacientes o familiares hacer preguntas, o que no puedan diferenciar sus mensajes abiertos de sus mensajes cerrados u ocultos en las respuestas a las preguntas de los enfermos. Con estas conductas, a menudo el médico se distancia de sus pacientes al ambruxarlos con informaciones técnicas (la racionalización utilizada es el consentimiento informado) (15).

Por supuesto, las defensas conductuales no pueden separarse de las defensas psicológicas. Sin embargo, tales conductas son fáciles de detectarse en los demás, y a veces, en uno mismo. --

Estas conductas se manifiestan en: estallidos de impaciencia o ira, contra cualquier persona o entidad (contra el sistema hospitalario, contra la familia, el paciente mismo, las enfermeras, otros miembros del personal médico, asesores, etcétera), en respuesta a insignificantes o no identificables retos; tristeza callada y retraimiento y una gran intensidad agresiva en actividades de relajamiento (golf, tenis, squash, etcétera).-- Las defensas conductuales también pueden manifestarse en --- compras suntuosas; comer en exceso; reacciones de rabia en el hogar, y varias formas de conducta autodestructiva (roerse las uñas, tirarse del pelo o tricotilomanía), manejar el auto salvajemente, abusar de drogas estimulantes o calmantes, cosas -- que pueden llevar hasta el suicidio.

Cuanto mejor se enfrenten los médicos al estrés, servirán mejor a sus pacientes y a las familias de éstos. A esto ayuda mucho el placer y el orgullo que el facultativo deriva de su trabajo. Un necesario primer paso en el control del estrés consiste en que el médico acepte su propia persona, como un ser humano con respuestas humanas que impone su trabajo con pacientes oncológicos.

1.5 COMO AYUDAR AL PACIENTE DE CANCER A ADAPTARSE A SU MAL

La información sobre los principios básicos y los técnicas generales para ayudar a los pacientes a adaptarse al cáncer la presenta en todo detalle la obra de Rosenbaum y Kelly, a continuación se presenta un esbozo de los puntos principales: 1.- El proceso de asistir al paciente para adaptarse al cáncer comienza informándolo del diagnóstico.

2.- Los médicos deben facilitar la autonomía del paciente. Esto implica la participación en el cuidado de sí mismo, en los tratamientos médicos y la conservación en lo posible de los papeles que desempeñaba antes de enfermarse (estudiante, padre o madre, cónyuge, amante, jefe de la casa).

3.- Los problemas de ajuste psicológico y social deben identi-

ficarse y atenderse en cuanto sea posible.

4.- Debe tenerse conciencia plena de la tremenda angustia potencial y la realidad atemorizante de un paciente de cáncer, el cual se siente aislado y segregado.

5.- Es necesario vigilar y aprovechar los sistemas de apoyo del paciente; los amigos, el trabajo, la familia, la escuela, la comunidad en que vive y la participación de la congregación religiosa a que pertenece.

6.- Hay que alentar la participación de los sistemas de apoyo: entre ellos, de los grupos de ayuda mutua y de autoayuda, así como las redes telefónicas de los pacientes en el mismo caso.

7.- Conviene utilizar asesoría especializada y recursos especiales cuando puedan mejorar la calidad de vida del paciente. (16)

Existe toda una gama de recursos especiales y técnicas apropiadas para asistir a los cancerosos a su situación. Para utilizarlos adecuadamente, el especialista debe estar consciente todo el tiempo de las sutiles interacciones humanas, en sus dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Todo esto influye en cada aspecto de la existencia del paciente. Para nombrar unos cuantos aspectos físicos, las funciones renales, hepáticas, pulmonares y pancreáticas afectan al funcionamiento del cerebro. También afectan al cerebro el desequilibrio de electrolitos y las concentraciones de esteroides en la sangre. Todas estas funciones alteran de muy diversos modos con la administración de analgésicos, de otros agentes de quimioterapia, con la intervención quirúrgica y las radiaciones. Todo repercute en el cerebro en las circunstancias que llamamos "estados psicológicos". Se añaden a esta maravillosa complejidad variaciones en las que ejercen influencia la edad, el trasfondo genético, las experiencias y patologías previas, la inteligencia y los sistemas de creencias.

Es obvio que las técnicas y los recursos terapéuticos especiales deben emplearse de maneras creativas y personalizadas, para tratar problemas específicos, que pueden ser, desde la depresión y las disfunciones sexuales hasta trastornos del sueño. Muchos recursos terapéuticos y técnicas especiales están a disposi-

ción del especialista y pueden emplearse en varios grados como parte del tratamiento normal de los pacientes.

1.5.1 Asesoría y ensayos de conocimiento del paciente.

Se refiere este encabezado a las técnicas utilizadas por todos los profesionales de la atención médica. La asesoría incluye interactuar con el paciente para compartir sus sentimientos y reacciones. El proceso ayuda al paciente a identificar conscientemente las preocupaciones y los temores que siente. Sanciona las expresiones de ansiedad, preocupación, temores, etcétera, -- proceso que se llama "de ventilación". En presencia de otra persona, pueden darse consejos y también indicaciones conscientes para corregir conceptos erróneos y malas interpretaciones. A si este proceso es un alivio del paciente para resolver muchos problemas.

Mediante la asesoría del especialista el paciente puede dominar por sí mismo una técnica llamada "ensayo de conocimiento". Esta técnica ayuda al paciente a anticiparse a sucesos constantes de tensión y situaciones difíciles (por ejemplo, un procedimiento terapéutico, dar información venosa sobre impotencia sexual, sobreponerse a cirugía desfigurante, a la toxicidad de la quinta terapia o a las radiaciones, o a un recrudecimiento del mal); de tal manera que realizan estos ensayos antes del suceso lo a la persona defensas psicológicas y se movilizan otros recursos. Si se utilizan bien, la asesoría y esta técnica especial de autoayuda dan al paciente una mayor sensación de control de su vida. -- Aunque todos los profesionales pueden utilizar estos medios de apoyo, hay el peligro de cometer errores por falta de preparación especial o por no existir la activa supervisión del personal calificado (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales especialmente adiestrados o clérigos). La asesoría puede darse individualmente o en presencia del conyuge, mediante los sistemas de apoyo familiares o de grupos de ayuda mutua. El enfoque apropiado debe adaptarse a cada situación y a cada indivi-

duo.

1.5.2 La Psicoterapia individual.

Se utiliza generalmente en situaciones en que los síntomas psicopatológicos y las conductas relacionadas con ellos parecen intensos, cuando no ha habido reacción a la asesoría y no se deben a disfunciones cerebrales debidas a causas tóxicas o metabólicas que afectan al cerebro. Puede ser útil la psicoterapia individual para tratar la angustia crónica o el estado de angustia permanente, la depresión, la desesperación, las preocupaciones autodestructivas, el retraimiento, la renuencia a seguir — el tratamiento, disfunción sexual. Debe haber una comunicación eficaz entre el psicoterapeuta y el médico que trate al paciente canceroso.

1.5.3 Terapia de conducta y biofeedback.

Implican la utilización de técnicas especiales para modificar las reacciones de la persona por ciertos problemas de conducta. Resulta muy útil este procedimiento en pacientes muy jóvenes, en pacientes con reacciones de fobia, en náusea psicógena y vómitos o diarrea, en ciertas formas de disfunción sexual y en ciertas modalidades de trastornos del sueño y de la alimentación. Los psicoterapeutas no deben ser necesariamente expertos en medicina, pero deben poseer el adiestramiento especializado adecuado. De lo puesto una parte básica del adiestramiento de estos psicoterapeutas conocer bien las técnicas de relajación (saber controlar los músculos, el control de la temperatura de pies y manos, ejercicios de respiración, control de los ritmos alfa y theta). Los mejores psicoterapeutas son los psicólogos titulados.

1.5.4. La hipnosis y la imaginación guiada.

Las técnicas relacionadas con un enfoque especial de la atención. Esq. se emplea en medicina y en psiquiatría casi siempre - se combinan con el adiestramiento del paciente en relajación muscular y somática. Ambas técnicas son muy útiles para tratar a niños y adultos con problemas de angustia, ansiedad y dolor. La imaginación o formación de imágenes mentales guiada es una experiencia nueva conocida que la hipnosis para la mayoría de los médicos, consiste en adiestrar al paciente en la creación para sí mismo de un estado de relajación durante el cual el paciente está viviendo, tan intensamente como él mismo lo época, un lugar o un objeto placentero. Las metas a menudo consisten en imágenes en que visualiza partes sanas de su cuerpo que atacan y vencen al cáncer (por ejemplos fagocitos o células asesinas que circulan por el torrente sanguíneo para destruir a las células cancerosas, o la secreción de grandes cantidades de timosina que ven por todo su organismo destruyendo a las células cancerosas). Los doctores Simon y sus partidarios informan de gran mejoría en la morbilidad y en la mortalidad de pacientes de cáncer que utilizan estas técnicas (17). La hipnosis, la imaginación guiada, la meditación o - acompañada de relajación se están explorando activamente como auxiliares importantes de los enfermos graves. (psicológicamente, estas técnicas se relacionan, según se ha demostrado, con la liberación de endorfinas beta en el sistema nervioso central, así como con una influencia considerable en el torrente sanguíneo periférico, la permeabilidad vascular y, quizá, con algunos aspectos del sistema inmunológico). La popularidad de estas técnicas aumenta - el riesgo de caer en manos de charlatanes sin escrúpulos o de médicos mal preparados. Las técnicas son legítimas, pero no se adquieren de la noche a la mañana, por lo que es necesario que el personal médico se someta a adiestramiento bien supervisado en este campo.

1.5.5 Los grupos de autoayuda o ayuda mutua y las redes de apoyo de la familia y de los conocidos del paciente.

Estos son potentes y reconocidos sistemas de apoyo, muy recomendables. Constituyen un sistema de apoyo de persona a persona, una extensión de la familia sana, en los que predominan la ayuda mutua. Proporcionan situaciones en que los pares (las personas de igual estrato social y económico) se ayudan mutuamente, permitiendo, además el entrecruzamiento de barreras sociales, económicas, basada todo ello en los mismos intereses, en compartir experiencias y motivos de estrés. Se comprenden estos grupos con las necesidades inmediatas de las personas, - por lo cual son auxiliares ideales para los enfermos de cáncer y sus familias. Más que otra forma de terapia, permiten compartir la información, la ventilación de conflictos y la disminución de los sentimientos de aislamiento. La actividad de solución de problemas tiene más vigencia en estos grupos que en cualquier otra situación.

Como apoyo de estos grupos se ha creado una red telefónica que combate la sensación de aislamiento, sobre todo para los pacientes confinados al lecho y para quienes viven en las zonas rurales. También existen grupos y redes telefónicas para los supervivientes de los enfermos. (16)

1.5.6 Utilización de agentes psicofarmacológicos.

La aplicación debe hacerse con prudencia y respeto; abarca un gran espectro de sustancias. Los halos para los que se prescriben son muy anchos. Estos agentes incluyen los analgésicos, los agentes antiangustia (tranquilizantes de efecto leve), antidepresivos, hipnóticos o barbitúricos, tranquilizantes de efecto fuerte (neurolepticos) y los estimulantes (anfetaminas y metilfenidato).

Todos los fármacos psicoactivos deben considerarse auxiliares de las intervenciones médicas, psicológicas. Utilizados-

solos no mejoran en forma duradera los problemas de angustia, depresión, hiperactividad, manía, dolor, psicosis o insomnio. Si se emplean apropiadamente, son herramientas potentes para el especialista pues contribuyen a mitigar síntomas o a eliminarlos, facilitando las reacciones favorables a las intervenciones diseñadas para mejorar el funcionamiento físico, psicológico y social del enfermo.

Se estima que un 15 por ciento de la población norteamericana necesita cuidados contra males mentales (19). En ese contexto, no son tan abrumadores los datos de que el 20 por ciento de los pacientes de cáncer presentan trastornos que imponen la intervención psiquiátrica. Pueden notarse muchos y variados síntomas relacionados con la disfunción del sistema nervioso central. El paciente puede presentar angustia, cambios frecuentes de estado de ánimo, o irritabilidad y falta de atención, confusión y hasta alucinaciones. Cualquiera que sean los síntomas, la primera responsabilidad del médico es, obviamente, considerar qué cambios patológicos secundarios como seuela del cáncer, del tratamiento, de la infección o del metabolismo (diabetes, disfunción tiroidea, etc.) podrían ser causa de estos síntomas. Todas las reacciones a los tratamientos (quimioterapia, radiaciones, cirugía) implican cambios conductuales, de humor y perceptivos. De especial importancia son los efectos de la quimioterapia en el sistema nervioso central. Todos los agentes (como los alcalinizantes, los antimetabólicos, los vinca-alcaloides y los antitúberculosos especiales, como la actinomicina D o la daunorrubicina, la L-esporraginasa y el cisplatino), pueden originar cambios que expresan modificaciones en el sistema nervioso central (20). Estos síntomas pueden ser, desde las clásicas encefalopatías tóxicas, hasta la acústica, depresiones, manía, humor inestable o conducta esquizofrénica.

Las etiologías médicas de los cambios conductuales y de humor no se contraponen a la utilización de los fármacos psicoactivos. Claramente, tales causas imponen el uso de estos-

agentes como auxiliares de los demás tratamientos. Ahora bien, todos estos fármacos causan efectos secundarios; por tanto, deben administrarse con mucha cuidado, para no crear confusión en la situación clínica ni mayor estrés. Las personas presentan muy diversas reacciones en la manera de absorber y metabolizar los agentes psicofarmacológicos, por lo cual es necesario prescribir dosis que se van aumentando paulatinamente, esperando con los niveles medios eficaces que se recomiendan en las especificaciones [21] .

CAPÍTULO IIDOLOR
(ASPECTOS EMOCIONALES)

Los informes verbales de vivencias dolorosas se enfocan más comúnmente en el malestar emocional. Con de mayor importancia para la persona que sufre dolor físico consecuencia del trauma o de la enfermedad, las manifestaciones de malestar, angustia y otras expresiones afectivas. La mayoría de las personas expresa estos sentimientos con lenguaje muy dramático y afectivo, que describen el dolor en términos de tensión, miedo, fatiga extrema e inquietud aguda. Según Metzack y Torgerson, 1971, estas expresiones son acompañadas de vocalizaciones para lingüísticas de quejidos y lamentos y de signos no verbales de malestar afectivo.

Los factores concomitantes más comunes de dolor en la esfera emocional son la angustia, el miedo y la depresión. Es posible observar en los enfermos otras conductas que abarcan la gama negativa y positiva de los estados afectivos, como la ira, la agresividad, la sumisión, la excitabilidad sexual y -- hasta la risa.

2.1 OBSERVACIONES HISTÓRICAS.

A lo largo de las observaciones históricas de las manifestaciones del dolor físico, el dolor se ha caracterizado como sentimientos, es decir en la esfera afectiva, más que como sensaciones físicas (Dallenbach, 1939, Koels, 1957). Para los griegos era el dolor un componente emocional esencial del espíritu humano: la contraparte negativa del placer. Aristóteles -- fue responsable de difundir ideas que prevalecieron largo tiempo al clasificar el dolor como un sentido diferente de los clásicos cinco sentidos. Se reconoció como una cualidad de la experiencia humana, como la tristeza, la amargura o la condicionalidad, y como un estado de afectividad que señalaba algo que debía evitarse. Luego se consideró diferente a un sentido, por-

no poderse referir a ninguna cualidad de objetos exteriores -- (Hardy y col., 1952).

El modelo sensorial del dolor se fue aceptando gradualmente, a partir de Descartes, en el siglo XVII. Descartes propuso que los nervios sensoriales que llevan al cerebro llevan copias no corpóreas de los objetos percibidos.

En el siglo XIX hubo desacuerdo entre los tratadistas en cuanto a si el dolor debía considerarse una emoción o una sensación. Marshall, en 1894, declaró que "los placeres y los dolores no pueden clasificarse propiamente como sensaciones". También hubo precedentes históricos de la posición mixta: es decir, que la experiencia del dolor estaba compuesta de factores tanto afectivos como sensoriales. Por ejemplo: Strong, en 1895, aseveró que el dolor físico no está compuesto de sensación indiferente y sensación de malestar o desagrado, sino -- que es en sí mismo una sensación que origina malestar. Hoy -- pruebas de que la resolución razonable del conflicto entre formulaciones sensoriales y afectivas era acortar un papel preponderante de lo afectivo como propiedad intrínseca de la experiencia del dolor.

En los siglos VII y XI, en la explosión del conocimiento científico, la cualidad sensorial del dolor se enfatizó, y se dio menor importancia a las dimensiones afectivas.

Engel, en 1977, estableció los modelos bioquímicos de las enfermedades humanas, y en el pensamiento occidental originó lo bioquímico, con la exclusión relativa de los modelos holísticos (totalizadores) de relaciones conductuales-biofísicas.

Se crearon modelos de especificidad sensorial del dolor. Se analizarán en detalle las cualidades sensoriales y psicofísicas del dolor.

Keele, en sus clásicas monografías, en 1977, observó que las culturas no occidentales asignaban mayor peso a las cualidades emocionales del dolor. Declaró que el pensamiento hindú aunque reconocía que el dolor era una sensación, daba más importancia al nivel emocional del dolor. La especificidad -

cultural del concepto emocional del dolor y la importancia de una orientación alternativa hacia el dolor en las tradiciones de culturas no occidentales han sido descritas por Tu (1980). En la cultura occidental el enfoque sensorial prevaleció hasta que se demostraron sus fallas (Melzack y Wall, 1965), y surgieron así formulaciones multidimensionales de la experiencia del dolor, que asignaron importancia a dimensiones cognoscitivas y emocionales, así como a los componentes sensoriales (Melzack y Casey, Torperson 1971).

2.2 CUESTIONES CONCEPTUALES

La afirmación de que los componentes emocionales desempeñan un papel esencial es consistente y válida en la experiencia del dolor de la mayoría de las personas. Por desgracia, es difícilísimo conciliar el análisis a fondo del dolor con la descripción de la experiencia subjetiva del dolor. Porque el dolor es intensamente personal y no se reduce fácilmente al lenguaje descriptivo. Lewis, en 1942, observó que el dolor como similares sentimientos subjetivos, nos es conocido por la experiencia y se describe mediante ilustraciones. Y aun el lenguaje descriptivo tiende a referirse a cualidades sensoriales y no afectivas.

Las relativamente ricas descripciones del dolor y sus asociaciones se refieren primordialmente a propiedades físicas del medio externo, no a estados subjetivos internos. Esto limita mucho el problema del diagnóstico para conocer y entender bien las experiencias de otra persona en cuanto al dolor mismo. El observador debe comparar las descripciones que da el enfermo con sus propias experiencias o vivencias del dolor, y con las de otras personas. Los investigadores han llegado a determinar que hay diferencias individuales en la experiencia del dolor y en la conducta que se origina en diversas circunstancias patológicas.

El componente emocional del dolor es según los más influ-

yentes científicos un componente de reacción o secundario del componente sensorial. El dolor se concibió como una experiencia sensorial con pensamientos relacionados con ese dolor. Va acompañado con conductas y sentimientos que constituyen una reacción al dolor. (22)

El énfasis en los procesos sensoriales condujo a investigar las propiedades psicofísicas y los mecanismos fisiológicos así como los procesos cognoscitivos y afectivos como factores concomitantes o fuentes de error experimental que necesitaban controlarse.

Aunque esta perspectiva ya no se acepta, (Wall, 1979) se decía que había en ella ciertas implicaciones para poder manejar el dolor. Era compatible con la especificidad sensorial y la formulación biomédica del dolor. Apoyaba las intervenciones médicas tradicionales (el empleo de analgésicos y de la cirugía) destinadas a eliminar la sensación del dolor.

Existen, en contraste, crecientes y atractivas perspectivas teóricas que caracterizan las cualidades afectivas del dolor como factores sine qua non predominantes de estas vivencias Melzack y Wall (1965) y Melzack y Casey (1968) crearon un modelo del dolor en el que los tejidos celulares sometidos a tensión o a lesiones activan la estimulación nerviosa de los componentes afectivo-motivacionales y sensorio-discriminativos de la respuesta conductual. Esta formulación alterna era atractiva, porque la intervención médica tradicional sólo ha tenido éxito parcial y dejaban un gran residuo de pacientes tratados deficientemente que estaban propensos a sufrir dolor durante mucho tiempo. Las formulaciones exclusivamente sensoriales del dolor pasaban por alto los componentes afectivos, cognoscitivos y conductuales más importantes, que pueden controlarse de otras formas. Tratar el dolor requiere de un modelo más amplio, diferente del no dejó basado en la teoría de lo sensorial-específico.

Es necesario tomar en cuenta el papel de los sistemas centrifugos nervioso y hormonal al modular los sustratos biológicos de las experiencias de dolor. Aunque la estimulación afe--

rente es un requisito previo para activar los sistemas neurofisiológicos de la percepción de dolor, con raras excepciones no explica bien la transmisión aferente como sensación, en el sentido de que esto se refiere a la experiencia cíclica somática. - Desde el punto de vista de la teoría del control de la puerta - del dolor (Melzack y Wall, 1965), la inicial estimulación neural de entrada puede desencadenar el funcionamiento de sistemas de control central que pueden inhibir o facilitar la estimulación dolorosa de entrada. Los mensajes centrales que reflejan factores cognoscitivos, atencionales y emocionales descienden desde el cerebro a través de la médula espinal e influyen en los mensajes nociceptivos que proceden de la periferia. En este sentido, la estimulación de entrada sería una reacción a mecanismos cognoscitivos y afectivos.

Los aspectos emocionales del dolor son diferenciables de las cualidades sensoriales y sensibles a las influencias sociales y a la intervención terapéutica. Mediante el análisis introspectivo, la persona que siente dolor puede dar cuenta separadamente de las dimensiones sensoriales y afectivas (23). Además, las estrategias de intervención psicológicas y físicas pueden ejercer influencia en algún componente, y no ejercerla en otros (Barber, 1959, Johnson y Rice, 1974). Por ejemplo: varias intervenciones con analgésicos parecen moderar la gravedad de los malestares afectivos, dejando las cualidades sensoriales relativamente intactas. Frecuentes informes sobre el impacto potente de leucotomías prefrontales, hipnoanalgesia, analgésicos-opiáceos llevaron a Barber (1959) a la conclusión siguiente: -- "Al parecer, la sensación de dolor no es en sí misma dolorosa". Por consiguiente, los procedimientos analgésicos pueden tener efectos de disminución o eliminación del malestar afectivo, más que cambiar la experiencia somática.

La descripción de experiencias del dolor humano no hará justicia a su potencial de gravedad y movilidad a menos que se reconozca lo que parece ser la capacidad única del ser humano para el sufrimiento. Las especies subhumanas despliegan muchos signos de malestar emocional doloroso cuando se someten a esti-

reacciones nocivas, pero los humanos parecen tener mayor capacidad de profundas respuestas psicológicas. Esto puede deberse a un desarrollo evolutivo mayor, que confiere a los seres humanos la capacidad de anticipar las consecuencias de los acontecimientos. La capacidad de prever estas consecuencias contribuye a mayores cavilaciones sobre capacidades disminuidas y metas frustradas, además de la angustiosa anticipación de malestar prolongado, invalidez física, desfiguramiento y hasta muerte (Melsack y Dennis, 1980).

Además, hay que tener en cuenta los diversos estados psicológicos mórbidos ya descritos y el impacto psicológico de los síntomas no dolorosos y las consecuencias de lesiones y enfermedades, tales como náuseas, inmovilización, diarrea o vómitos. Los daños emocionales y conductuales pueden complicarse con reacciones al tratamiento.

Los procedimientos de diagnóstico y las modalidades específicas de tratamiento para una gran gama de síntomas, incluidos las quemaduras y el cáncer, con mucha frecuencia se caracterizan por dolor, náusea y otros efectos debilitantes. Las personas que sufren de dolores agudos e intratables son particularmente susceptibles a estos factores adicionales de la angustia (24).

Los procesos emocionales son más aparentes cuando se prevén dolores recurrentes o más agudos. Se presentan cuadros de conducta histérica y desorganizada, estrategias inapropiadas de huida del dolor, o cambios fisiológicos negativos. En estas circunstancias, el observado puede darse cuenta de que no existe motivo perceptivo para la expresión emocional intensa, pero presencia conducta vigorosa de malestar y angustia que parece no tener relación directa con un acontecimiento nocivo. La capacidad de prever y anticipar el dolor aparece muy temprano en la vida humana. Levy (1960) observó que los niños de pecho exteriorizan miedo intenso al advertir que los médicos y las enfermeras están a punto de vacunarlos desde los seis meses de edad.

En algunos casos la conducta anticipatoria del dolor es de algún valor terapéutico, y no en otros. El temor preoperatorio-

moderado puede beneficiar al paciente, al disminuir la angustia posoperatoria y las necesidades de cuidados especiales; por ello se han creado procedimientos de preparación del paciente -- previos a los cuidados médicos o de odontología (Melamed y Stegel, 1986). En contraste, la anticipación angustiosa del dolor agudo puede tener graves efectos debilitantes, entre ellos, considerable temor, desorganización conductual, problemas de rechazo del tratamiento o manifestaciones somáticas, y negarse a someterse al tratamiento y a los cuidados médicos. Muchas personas temen auténticamente la perspectiva de sentir dolores agudos y se afanan mucho en evitarlos, aunque esto redunde en su perjuicio. Bond (1980) ha sugerido que las culturas occidentales han errado al pensar que la medicina puede liberarnos del dolor. Sternbach (1974) en ciertos pacientes ha notado tendencias a anticipar el dolor que intensifican la percepción de dolor con el tiempo, a pesar de que llegan a tener niveles sintomáticos tolerables.

Los extraordinarios efectos de autoprotección asociados -- a la anticipación del dolor se asocian a mayores experiencias de atención al acentuarse la angustia por el dolor. El componente afectivo de dolor parece estar íntimamente relacionado con esfuerzos de autoprotección. Phillips (1982) observó que entre los pacientes con migraña cuanto más angustia, más quejas e insistencia de analgésicos. La relación entre la conducta afectiva y las propiedades funcionales del dolor pueden corresponder a menores niveles de vigor, de movilización del paciente y de atención mayor a las amenazas del dolor que a la atención hacia la acción eficaz. En todo caso, la reacción emocional intensa redundará en conducta desorganizada e ineficaz.

Saber distinguir entre las expresiones del dolor originadas en estados patológicos físicos y las que sólo se originan -- en aspectos emocionales y sociales plantea problemas graves a los médicos que hacen diagnóstico y a otras personas que se ocupan de atender al enfermo. Hasta ahora, las fuentes emocionales de tal conducta se ha diagnosticado por exclusión: en ausencia

cia de patología orgánica, los clínicos han optado por achacar esa conducta a fuentes emocionales. Por fortuna, las técnicas modernas para determinar el dolor en pacientes han mejorado, - hasta el punto de que ahora pueden identificarse bien las fuentes y los estados emocionales como temor irracional, angustia anticipatoria, depresión, cavilación enfermiza, estilos defensivos y otras anomalías psicológicas en estos pacientes.

2.3 INTERACCIONES ENTRE LA ANGUSTIA EMOCIONAL Y EL DOLOR.

Hasta ahora se ha subrayado el análisis fenomenológico de las dimensiones afectivas negativas de la experiencia del dolor; pero las interrelaciones son más complejas de lo que parece. La percepción del dolor puede atenuarse o acentuarse por los procesos emocionales. Además, se ha identificado la tensión emocional no sólo como un componente fundamental del dolor, sino como un problema concomitante, que llama la atención de los médicos que diagnostican durante el estudio de los trastornos acompañados de dolor (25).

2.3.1 La tensión emocional como consecuencia del dolor.

Melzack y Dennis (1980) han distinguido tres formas del dolor que se caracterizan por sus cualidades temporales. Al parecer distintos estados afectivos se asocian a cada una de estas formas:

a.- dolor físico: es de breve duración, y ocurre ordinariamente poco después de aparecer la lesión. En sus manifestaciones conductuales se caracteriza primordialmente por el alejamiento de la fuente de la lesión o herida. Con algunas excepciones - (Tall, 1978), las heridas traumáticas, como las quemaduras o las laceraciones, provocan alejamientos reflejos y pautas de conducta expresiva verbal y no verbal reconocibles para los observadores (Craig y Ibrakich, 1982). La urgencia de los ac-

tos sugiere tensión subjetiva que motiva intentos de aliviar - el dolor. Sin embargo, parece inapropiado considerar a las ex periencias de dolor como algo inevitable y como consecuencia - inmediata de las heridas traumáticas. Yall (1979) ha propues- to que las heridas promueven la curación, mas que conductas de ale jamiento y rechazo de la fuente. Bolles y Fanselow (1980)- han utilizado una hipótesis similar a la anterior de que la -- percepción de la amenaza traumática, incluida la herida nocer- tiva, motiva esfuerzos de autoprotección y defensa concentrada. En esta etapa el dolor no sería útil, pues motiva conducta re- cuperativa; de así que se inhibe el miedo, que sólo ocurre una vez que el peligro ha pasado. Después, las conductas de recu- peración, como el descanso y la inmovilización, ya no amenazan a la vida. Hay anécdotas que apoyan la conducta observada en- ciertas personas ocupadas en actividades que no interrumpen el- dolor y sanaron las heridas sin quejarse. En el campo de ba- talla los soldados a menudo pasan por alto las heridas, lo mis- mo que los desertista, las personas dedicadas a actividades e- róticas sado-masochistas e incluso al jardinero que no hace ca- so de una arañala al estar trabajando. Es preciso explorar -- más las interacciones entre dolor, ira, excitación sexual, sen- timientos de culpa y placer.

b.- Dolor agudo: lo provoca el daño a los tejidos celulares y abarca las fa ces físicas y tónica, que persisten por variable - tiempo hasta que sobreviene la curación. El daño agudo de te- jidos celulares tiende a provocar temor y preocupación angusti- osa. En general, la observación de que cuanto mayor es la an- gustia ante la estimulación dolorosa, mayor será la reacción, - parece apropiada; aunque existen informes que esto no va aso- ciado a la mayor sensibilidad y a las estimulaciones que cau- san dolor (Wallon, 1961, Martínez-Urrutia, 1975). Si el daño o la fuente de agresión celular persisten, el dolor puede perci- birse como insupportable, incontrolable, y esto puede desencar- nar altos niveles de angustia.

c.- Dolor crónico: esta clase de dolor persiste más allá del -- tiempo requerido para curarse de la herida o de la agresión a-

Los tejidos celulares, y es el más destructivo, porque tiene el potencial de ejercer gran impacto en el bienestar psicológico y social del paciente. La falla de los mecanismos biológicos de autorregulación y los esfuerzos de autorregulación externa y terapéuticos pueden dejar muy debilitado al enfermo. Los trastornos emocionales y conductuales que provocan los dolores crónicos se han documentado (Sternbach, 1976; Bonica, 1978). Cuanto más persistente el dolor, más probabilidades hay de que la víctima se vuelva una persona deprimida, temerosa, irritable, somáticamente preocupada y errática en la busca de alivio. Estos cambios afectan no sólo al paciente, sino a sus allegados (la familia, los amigos, el patrón y el personal médico). En casos extremos, el dolor crónico puede redundar en depresión anímica grave, ya que el paciente acaso haya perdido toda esperanza en los medios de curación y considere que el dolor y los cambios que impone en su vida persistirán indefinidamente. Pero no todo el enfermo afectado de dolor crónico despliega conductas de depresión grave, ni de extremo debilitamiento. Pilowsky y sus col. (1977) observaron que sólo el diez por ciento de una serie continua de pacientes con dolor crónico tratados en una clínica del dolor presentaron síntomas de depresión, y esta muestra de pacientes presentó menos depresión que los casos psicópatológicos. Cuando los pacientes estaban muy deprimidos, había otras características de enfermedad, como la conducta que implica la fuerte convicción de estar muy grave y de preocuparse por sus síntomas somáticos.

Las reacciones de los pacientes a los cambios del estilo de vida impuestos por trastornos con dolores agudos y crónicos pueden ser muy variables (50). Mientras que algunos enfermos desarrollan conductas de terribles ansias, otros permanecen notablemente inmovilizados ante el dolor incapacitante. Los resultados de los estudios sugieren que los trastornos del dolor les permiten escapar las crisis y controlar la depresión, la ira o el resentimiento, al tratar de superar la insatisfacción de la existencia. Una porción menor de pacientes de dolor crónico se vuelven irritables y coléricos, exigentes y manipuladores en el curso de la enfermedad.

Los análisis de factores del dolor y su relación con la personalidad en 119 pacientes con síndrome de dolor crónico hicieron -- concluir a Timmermans y Sternbach (1974) que la variabilidad de un factor de alineación interpersonal y manipuleo era una característica central en pacientes de esta índole. Se han diseñado programas especiales de manejo de estos enfermos para el pequeño porcentaje de pacientes con dolor crónico que se vuelven coléricos, exigentes y manipuladores (Sternbach, 1974).

2.3.2 La tensión emocional como causa del dolor.

Las pruebas de que la tensión emocional persistente o grave puede desencadenar nuevo dolor o recrudecer el dolor viejo en ausencia de estados patológicos orgánicos no van más allá de los informes clínicos. Por ejemplo: en el síndrome de Coupage, o de empatía, el embarazo de la esposa puede precipitar malestar en el esposo. En este caso, los esposos, por su relación íntima -- con la esposa, pueden interpretar claves somáticas y sentirse afectados por empatía. El fenómeno se parece a los niños que se hieren y no dan muestras de dolor hasta que observan que su herida alarma o preocupa a los adultos. Otras instancias provocadas por reacciones de empatía fueron estudiadas por Craig (1978), -- (Nersky 1968), que describieron dos formas de dolor psicogénico-derivado de factores psicológicos: los que ocurren durante las alucinaciones, como en casos de esquizofrenia, y los asociados a la histeria de conversión.

Existe mayor apoyo y hay modelos explicativos mejores respecto a más refuerzo del estrés por patologías físicas preexistentes o concurrentes. Las personas crónicamente angustiadas y deprimidas parecen en especial vulnerables al dolor. El temor, la angustia y la depresión pueden amplificar el dolor. Es un hecho que algunos porcentajes farmacológicos y conductuales que aminoran la angustia y la atención a menudo disminuyen sustancialmente el dolor clínico.

Se ha observado con frecuencia que los factores de estrés -

del medio originan o exacerban el dolor (Sternbach, 1974, Feinberg, 1977). En este contexto, el término factor de estrés, o estresor, se utiliza para referirse a un sustancial cambio en la manera de vivir, o exigencias extraordinarias, independientes del trastorno físico responsable del dolor. Las fuentes del estrés externo podrían variar, independientemente del estado patológico, y exacerbarían o inhibirían la índole y la gravedad del dolor. Las experiencias estresantes de la vida del individuo tendrían impacto primordialmente en los componentes afectivos de la experiencia dolorosa. Lemitt y sus col. (1980) observaron que los pacientes con dolor en la parte baja de la espalda que tenían trastornos psíquicos tenían una mayor incidencia de acontecimientos recientes estresantes. Veskey y Boyd (1978) observaron que una niñez despreciada, problemas premaritales, de personalidad y problemas conyugales eran más característicos en enfermos con dolor crónico sin demostrable patología orgánica, que aquellos con lesiones orgánicas a las que podía achacarse el dolor. También hay que notar que la reducción del estrés o evitarlo como consecuencias de quejas de dolor pueden promover o reforzar la conducta del dolor (Fordyce, 1976).

El estrés emocional puede estar asociado a la agudización del dolor, al precipitar actividad en los sistemas biológicos, sistemas que también reaccionan a las estimulaciones dafinas. La angustia, la depresión, la ira y otras emociones pueden provocar actividades importantes en los sistemas autónomo, visceral y esquelético. Estos cambios físicos pueden exacerbar el dolor. Varios investigadores han propuesto un ciclo de "dolor-angustia-tensión" para explicar algunas formas del dolor agudo y crónico. Este círculo vicioso se ha observado frecuentemente en trastornos del sistema músculo-esquelético. Los factores de tensión, o estresores, inducen prolongadas contracciones musculares, seguidas de espasmos en el sitio doloroso. Los "dolores fantasmales" de los miembros se han aliviado mediante instrucciones de relajación (Sherman y col., 1979). Las jaquecas resultantes de contracciones musculares se han visto como resultado de continuas contracciones musculares de la cara, el cuero cabellu

do y el sueño, es ausencia de cambios estructurales permanentes, casi siempre como reacción a las tensiones de la existencia. Sin embargo, Phillips (1968) ha observado en este diagnóstico se hace muy a menudo referencia en la existencia de otras posibilidades diagnósticas, y no como demostración de excesiva tensión en los músculos de la cabeza y del cuello. Muchos estudios actuales sugieren que los síntomas de migrañas de tensión no presentan correlativamente niveles elevados de actividad de electroencefalograma, y que la conducta de dolor no está directamente relacionada con índices psicofisiológicos de activación (27). De manera similar, el dolor durante las contracciones de labor de parto, según estos estudios, se relaciona con la tensión músculo-esquelética, y se supone que la relajación musculoesquelética interrumpe el estímulo físico de tensión y dolor. Debe insistirse en que este modelamiento de grupo estático, y probablemente se debe a una super-simplificación de los hechos. Por ejemplo las contribuciones al proceso cognoscitivo del dolor en el alumbramiento requieren de ulterior estudio, porque hay que tener en cuenta los tiempos interrelacionados entre el dolor en este trance, la habilidad de la parturienta para actuar y la salud del producto; todo ello contribuye a los temores y angustias que siente la mujer (Beck y Siegel, 1969).

Varios estudios han sugerido que hay un impacto de los estados emocionales positivos en la percepción del dolor. Horan y Dellinger (1974) observaron mayor tolerancia al presión por frío en sujetos experimentales a los que se animó a utilizar la "imaginación emotiva" que en otros sujetos de control durante la estimulación dolorosa. La imaginación o creación de imágenes positivas consiste en inducir imágenes que originan sentimientos como la ausencia de una nariz, el orgullo o la entereza anímica. Otros investigadores han observado que la distracción controlada centrada en imágenes placenteras origina mayor tolerancia al dolor (Charles y Barber, 1974), pero otros más no observan este efecto (Greene y Repper, 1974).

El estrés emocional puede causar cambios condiciones patológi-

cos que en sí resultan dolorosos. Los cambios del sistema autónomo y del sistema neuroendócrino provocados por estrés psíquico se han asociado con enfermedades de los sistemas cardiovascular-digestivo, respiratorio y excretor (Seyle, 1976). Entre los más dramáticos ejemplos de esto se puede citar el efecto del dolor a pudo no tratado del infarto del miocardio, que evoca respuestas anómalas reflejas que pueden ocasionar complicaciones y, posible mente, la muerte.

2.4 DISTURBIOS EMOCIONALES QUE CONCURREN CON LOS TRASTORNOS-
DOLOROSOS.

Los disturbios emocionales también pueden originar quejas - de dolor, pues dan acceso legítimo a las fuentes de cuidado médico. Los pacientes que se quejan de sentir dolores frecuentemente descartan los conflictos personales e interpersonales como -- causa del dolor, a pesar de la manifiesta evidencia de ello, y -- recalcan los aspectos somáticos del dolor. Esta pauta de conduc -- ta se ha identificado con poco éxito en los cuidados médicos -- tradicionales (Sternbach, 1974, Wilfling y col., 1973). También existe el riesgo de no advertir los orígenes de las quejas en el estrés emocional, lo cual lleva a tratar al enfermo exclusivamen -- te con fármacos o mediante la cirugía (Blenda y col., 1978). -- Los clínicos sensibles a los múltiples determinantes de los sín -- tomas de dolor pueden detectar las quejas como diagnóstico de es -- trés emocional, expresadas de manera socialmente aceptable, y -- prescribir el tratamiento adecuado.

Los síntomas de dolor coexistentes con otros trastornos se -- han identificado como prevalentes en los pacientes psiquiátri -- cos, sobre todo. Hershey (1968) observó que el dolor se asocia -- ba muy frecuentemente con trastornos de neurosis. Phillips y Hen -- ter (1982) vieron que las taquias de tensión no eran más preva -- lentes en las poblaciones hospitalarias de psiquiatría que en los otros pacientes, pero la intensidad de los dolores en los pa -- cientes de psiquiatría era considerablemente mayor. Por desgra --

cia, el diagnóstico de causas físicas en las poblaciones de psiquiatría resultan difíciles, porque el paciente emplea un lenguaje difuso para poder establecer las causas reales del dolor. Atkinson y col. (1962) han concluido que el lenguaje relativo al dolor no es preciso para basar en él los diagnósticos médicos en pacientes que padecen de disturbios mentales. Propusieron que el cuestionario de McGill sobre el Dolor (Melzack, 1975) debiera utilizarse para detectar los trastornos dolorosos psíquicos, y no para auxiliar al médico en el diagnóstico diferencial de los trastornos físicos.

2.5 VARIACION DE LA TENSIÓN EMOCIONAL DURANTE EL DOLOR.

Los alínicos se han beneficiado tradicionalmente al prestar cuidadosa atención a los rasgos de las quejas (verbales) de dolor. Por ejemplo la distinción entre quejas o quejas por tensión emocional o por otras causas depende, generalmente, de las quejas sobre los síntomas, junto con las propiedades experimentales del dolor; unas se refieren a dolor o sensación de tensión, y otras quejas se refieren a pulsaciones, entre otras propiedades (Hunter y Philips, 1961). Más recientemente se han concentrado los esfuerzos para sistematizar las impresiones de los alínicos en cuanto a describir los trastornos dolorosos en términos de sus propiedades sensoriales, afectivas y evaluativas.

La larga historia de estos intentos sobre la experiencia subjetiva del dolor (Gracely, 1978, Melzack, 1975, Reading, 1980), ha redundado ahora en descripciones verbales estandarizadas, con escalas descriptivas. Gracely y sus col. (1978) crearon escalas de índices independientes de descripciones de dolor que son diferencialmente sensibles a los placebos, a los tranquilizantes y a las narcóticas. Un tranquilizante leve (el diazepam) específicamente usado contra el estrés emocional resultó en cambios en la utilización de verbalizaciones afectivas pero no sensoriales. En contraste, el narcótico fentanil redujo considerablemente la intensidad sensorial, pero no los efectos desagradables del dolor inducido experimentalmente. Este descubrimiento contradice las suposiciones pre-

valientes anteriormente, de que los narcóticos producen analgesia sobre todo al influenciar al malestar de origen afectivo (Beecher, 1959).

El cuestionario McGill sobre el Dolor (Melzack, 1975) ha facilitado mucho la detección fina de las propiedades del dolor según lo describen los pacientes. Se caracteriza por tres factores principales: sensoriales, afectivos y evaluativos. Se ha comprobado su validez, pues los pacientes pueden diferenciar entre los componentes de la experiencia dolorosa; los dolores se clasifican estructuralmente, y los componentes coinciden en su síndrome con las variaciones de estas dimensiones (Crockett y col., 1978). También han comprobado esta eficacia del cuestionario, Reading, Kremer y Melzack, en diversos estudios. Varios estudios de factores analíticos han indicado que los factores emocionales son responsables en gran medida de las más comunes variaciones en los componentes significativos obtenidos de este cuestionario. Los estudios se han hecho experimentalmente en pacientes que se quejan de dolores de estimulación por electrochoque y del dolor de espalda.

Los análisis de gran número de síndromes de dolor han dado interesantes conclusiones sobre el papel que desempeña lo afectivo en el dolor. Melzack (1975) observó que la agudeza del dolor en algunos síndromes es peor que en otros. El dolor debido a las lesiones cancerosas tenía un gran valor en la dimensión sensorial, pero el componente afectivo no fue mayor que en los malestares menstruales, a pesar de la muy marcada diferencia -- entre ambos tipos de dolor, como amenaza para la vida. Kremer y sus col. (1962) observó que el dolor de espalda crónico y agudo y los dolores por afecciones cancerosas estaban asociados con cargas afectivas especialmente altas. Reading y Newton (1979) analizaron el dolor que causan los aparatos y artefactos intrauterinos y las dismenorreas; hubo gran dolor expresado verbalmente en el caso de los aparatos intrauterinos, pero predominó el componente afectivo en las dismenorreas; esto se atribuyó a la influencia de la cultura, de la crianza y de las actitudes,

mientras que el dolor por artefactos intrauterinos se atribuyó más a componentes sensoriales, pues había un estímulo de dolor-tangible que daba origen a sensaciones de dolor. Hunter y Phillips (1981) descubrieron que los dolores de cabeza y las migrañas de tensión podían distinguirse de manera clara en una variedad de escalas sensoriales y afectivas. (28)

2.6 INFLUENCIAS SOCIALES EN LA TENSION EMOCIONAL.

La reacción emocional del paciente responde a más propiedades que a las intrínsecas del estímulo dañino. Aunque existe siempre una base orgánica objetiva del dolor, los factores psicológicos y sociales son muy probables determinantes de la índole y la gravedad de la experiencia dolorosa, de su expresión y de la total incapacidad. Woodforde y Hershey (1971) informaron que los disturbios emocionales entre pacientes con demostrable patología orgánica eran tan agudos como los que presentaban pacientes sin patología tisular. Roberts y Reinhart (1980) informaron que aun los enfermos con bases orgánicas para sus dolores crónicos respondieron bien a un programa operante de manejo de dolor. Actualmente hay muchas pruebas de que los datos físicos y los factores no orgánicos que contribuyen a las incapacidades por causas del dolor son independientes -- unos de otros.

Las interacciones entre los estados emocionales y el dolor expresado son evidentes en la etapa temprana de la vida (Craig - 1980). Utilizando criterios basados en la anatomía para reconocer expresiones faciales discretas de dolor en niños de 1 a 9 meses de edad, Izard y sus col. (1980) informaron que los observadores detectaron con éxito una respuesta característica expresiva como reacción al dolor que podría distinguirse de las expresiones emocionales, incluso de emociones positivas y de tristeza, de ira y de miedo. Durante las inyecciones de inmunización, hubo una transición a la edad de 7 u 8 meses, de una pauta de conducta espontánea de expresión que sugería anticipa

ción del dolor hacia una secuencia que superó miedo de la aguja antes de la picadura, reacción ante el evento y también iradepués del evento. La íntima asociación entre el dolor y la capacidad de maduración para sentir el dolor fue documentada posteriormente por Uzard y sus col. (1991), los cuales notaron que la expresión del dolor provocada por la penetración de la aguja era aparente en infantes de menos de 4 meses, pero decrecía en severidad con la edad, mientras que las expresiones de ira aumentaban hasta los 19 mese, y las expresiones de ira predominaban en los niños de esta edad. Craig y sus col. (1982) han documentado transformaciones en expresión de dolor en infantes durante las inoculaciones; desde reacciones difusas y reflejas hasta reacciones localizadas y pautas socialmente sensitivas de respuesta. Los ejemplos de muestreos cruzados de niños entre el primero y el segundo año de vida se observaron durante la inoculación rutinaria con inyecciones. Los infantes entre 2 y 12 meses de edad difirieron de los de entre 13 y 25 mese de edad, -- pues lloraban, gritaban y pateaban más tiempo, respondiendo con más difusas reacciones de actividad motora, y sin concentrarse en el sitio en que había penetrado la aguja antes o después de las inyecciones. En contraste, los niños de entre 13 y 25 meses de edad presentaron verbalizaciones no causadas por el dolor en mayor frecuencia, observaban fijamente a la enfermera antes y después de la inyección y se protejían con movimientos del brazo o retrayendo el torso.

Con el desarrollo de la capacidad del niño para codificar y procesar información, y para interactuar con el medio, las --facciones de socialización llevan a tener mayor impacto en la --conducta de expresión de emociones. Las pruebas indican que la expresión emocional abarca ciertas conductas estereotipadas, --que probablemente son pautas conductuales de comunicación innatas y socialmente aprendidas, que conforman las normas sociales en varios medios y circunstancias (Ekman y Frieson 1969). El --contexto social en que se experimenta el dolor y se manifiesta se ha demostrado que tiene una influencia importante en la seve

ridad y la índole del dolor manifestado. En todas partes se han encontrado pruebas de que los factores familiares y etnoculturales tienen un impacto importante en los estilos de la expresión del dolor.

Engel (1977) ha apuntado que el "modelo biomédico" de las enfermedades humanas prevaletentes en la cultura occidental no es sino una formulación, que pasa por alto componentes esenciales que abarcaría un modelo Bio-psico-social. Las discrepancias entre las enfermedades tal como se experimentan por el paciente y como se conceptualizan por el modelo biomédico requieren que se tome en cuenta el conjunto de factores psicológicos, sociales y culturales, los cuales con frecuencia se pasan por alto.

2.7 PERCEPCION COGNOSCITIVA Y ASPECTOS EMOCIONALES DEL DOLOR

La intensidad emocional y la calidad de las experiencias de dolor han llegado a reconocerse como aspectos de interacción con la interpretación del individuo y la percepción de los acontecimientos que precipitan el dolor, con la índole del trastorno y su impacto en su vida. Los pensamientos y los sentimientos, organizados mediante procesos cognoscitivos complejos, se generan con mucho vigor cuando la gente anticipa, observa o cavila en una vivencia de agudo dolor. La atención al papel del modo de percepción y otros procesos del pensamiento fue indicada por Beecher (1959), quien observó que graves heridas sufridas por soldados durante la batalla y por civiles durante accidentes redundaban en notables diferencias en la conducta expresiva del dolor. Los soldados se quejaban y pedían atención médica mucho menos que los civiles, al parecer porque la herida era señal de que el sujeto había escapado de las exigencias que ponen en peligro la vida en la batalla, y anuncian el regreso del sujeto a casa, mientras que los civiles interpretan las heridas y la hospitalización como graves amenazas a sus vidas cómodas. Este estudio -- dio pruebas incontrovertibles de que la apreciación cognoscitiva afectaba a las respuestas durante el dolor y a la manera en que-

Los individuos respondían a las exigencias de las heridas y la enfermedad.

Ahora se sabe que las personas que sufren de dolor buscan ansiosa y desesperadamente información que de sentido a su vida, le mitigen el dolor y refuercen su recuperación (Craig, 1978). Como las expectativas falsas acerca del dolor tienden a precipitar inquietud emocional, las técnicas que dan información apropiada sobre el impacto del trauma físico han probado su eficacia para evitar o reducir el estrés en niños y adultos, con el objetivo de no emprender procedimientos nocivos de diagnóstico o de tratamiento (Johnson y Rice, 1974).

Los estilos idiosincráticos de interpretar el significado del dolor influyen en su impacto emocional. Los pacientes con dolor en la región inferior de la columna vertebral y que también padecían de depresión han interpretado mal, sistemáticamente, la índole y el significado de su problema, y adoptan una actitud negativa. En esta investigación, los errores cognoscitivos sobre la catástrofe (anticipación o mala interpretación de los acontecimientos, como especialmente graves), la generalización excesiva (suponer que el resultado de diversas experiencias será la misma para todos) y la abstracción selectiva (fijarse sólo en los aspectos negativos de la experiencia) eran en especial cuando los pacientes con dolores en la parte baja de la espalda enfocaban la atención en sus padecimientos. Hay alguna posibilidad de que los procesos cognoscitivos negativos sean causa de depresión en ese segmento de la población afectada por el dolor; los individuos se deprimen, y el dolor tiende a recrudecer la predisposición a deprimirse. El tratamiento de elección, en estos casos, consiste en la aplicación de técnicas cognoscitivas (Turk y col., 1982).

Junto con las pruebas de que la percepción subjetiva del poder o la potencia propias son determinantemente importantes en los estados emocionales, la habilidad para controlar las vivencias tiene impacto en lo emocional. La pérdida del control es indudablemente importante en las situaciones de dolor crónico.

Al recorrer el enfermo consultorio tras consultorio para librarse del dolor, si no consigue su objetivo, el enfermo tiene sentimientos de impotencia, desolación, desesperación y pesimismo sobre su vida futura. Es muy difícil para las personas resignarse a seguir con su dolor crónico. Y las medidas más desesperadas prestan el riesgo de exacerbar el dolor y la incapacidad, en vez de atacar el problema de origen.

2.6 IMPLICACIONES CLINICAS.

El papel central de la vida afectiva en el dolor y en el comportamiento del enfermo indica un estudio más profundo del tema y el desarrollo de estrategias de tratamiento para contrarrestar los procesos emocionales. La aceptación de las formulaciones multidimensionales de dolor ha redundado en estrategias innovadoras (Gracely, 1979, Nelsak, 1975) que abarcan el dominio emocional. Los informes unidimensionales de la gravedad del dolor, tan usados en la investigación clínica no han tenido en cuenta la compleja organización de los sistemas sensorial, afectivo, motivacional y cognoscitivo que interactúan dinámicamente durante cualquier experiencia de dolor.

Hay pruebas irrefutables de que las intervenciones terapéuticas diseñadas para reducir o eliminar el dolor pueden ejercer influencia en varios componentes de la respuesta. La distinción entre las cualidades sensoriales y afectivas es importantísima. Al parecer, más frecuentemente de lo que se ha reconocido, el impacto de los analgésicos ha sido cambiar las propiedades emocionales del miedo, la angustia y la depresión, más que la atenuación sensorial (29). La psicoterapia puede ayudar a dar apoyo y tranquilidad; muchas drogas psicotivas sirven para disminuir la angustia; los antidepresores reducen el estrés emocional, más que los componentes sensoriales; el adiestramiento en relajación, las estrategias de distracción y la biorretroalimentación pueden romper el círculo vicioso de angustia-tensión; los placebos también pueden disminuir la ansiedad; las estrategias quirúrgicas,-

entre ellas, la lobotomía prefrontal y las simpatectomías, interrumpen los estados de ánimo destructivos y la tensión emocional. La distinción es importante, ya que existen descripciones de estrategias y recursos cada vez más abundantes para las intervenciones conductistas y cognoscitivas cuyo objetivo es inducir cambios en los componentes afectivos y cognoscitivos de la experiencia del dolor y de la conducta relacionada con los procesos dolorosos.

CAPITULO III.ANSIEDAD.

Definimos ansiedad como una emoción que se caracteriza por sentimientos de peligro, tensión y sufrimiento por algo que su-nuestamente, habrá de suceder y por una activación del sistema nervioso simpático. Se caracteriza este efecto como una sensación negativa y tensa. La ansiedad y el temor se suelen distinguir entre sí por dos dimensiones: 1) el objeto de temor es fácil de especificar, mientras que el objeto o razón de la ansiedad no siempre es claro, 2) la intensidad de un temor determinado está en proporción de la magnitud del peligro correspondiente. La intensidad de una ansiedad suele ser mayor que el peligro objetivo (si es que se conoce).

La vida humana se ha caracterizado por su intensa e íntima relación que tiene con la tensión. Considerando que ésta es una reacción normal del organismo que implica tanto procesos físicos como psicológicos, puede darse en cualquier suceso, estímulo, necesidad e incluso conducta interna como externa que nos afecte directamente.

En la vida moderna, como podemos observar, el vivir cotidiano de cada uno de nosotros está salpicado de diferentes estímulos, tanto agradables como desagradables, y ambos causan tensión; la tensión del tiempo, tensión sexual, tensión del tráfico, tensión del trabajo, tensión económica, etc., podríamos enumerar tantas cosas que causan tensión en nuestra vida. Pero, como podemos observar, esto no se da solamente una o dos cada día, casi siempre existen factores que presentan un carácter agradable pero también debido a la vida activa y veloz, tan llena de peligros y amenazas reales y objetivas, se vive en un estado de estrés, que van acumulando tensiones que provocan ansiedad en los individuos.

Como se ha visto, esta ansiedad, es un estado de aprehensión, en el cual la persona se siente molesta, tensa, nerviosa, que va minando poco a poco nuestra energía (Fentiche 1971). Podríamos decir que toda nuestra vida desde que nos conciben hasta que morimos estamos esclavizados a la tensión y su consecuen-

te ansiedad de cada día.

3.1 DISPARADORES DE LA ANSIEDAD.

Se han señalado muchos disparadores de ansiedad. Freud enumera dos: 1) peligro de mundo real y 2) anticipar un castigo por expresar impulsos sexuales, de agresividad u otros prohibidos o por conducta inmoral. En el primer caso, la causa de la ansiedad son situaciones reales que traen consigo dolor físico; en el segundo caso, la causa son las cogniciones. Los científicos de la conducta tienden a destacar una u otra de las fuentes. Los psicólogos cognoscitivos hacen hincapié en los conflictos entre expectativas, creencias, actitudes, percepciones, información, concepciones y cosas similares que conducen a disonancia cognoscitiva. Los psicólogos humanistas también se fijan en los conflictos mentales, especialmente en los que surgen cuando el sujeto se propone escoger un estilo de vida que tenga sentido y que satisfaga sus aspiraciones. En cambio los psicólogos conductistas creen que la mayor parte de las ansiedades se contraen por condicionamiento, al asociar accidentalmente un objeto de cierto tipo con una experiencia que provoca ansiedad. Por consiguiente, tanto los conflictos cognoscitivos como las situaciones potencialmente peligrosas parecen capaces de provocar ansiedad. La investigación reciente sugiere que cada tipo de ansiedad tiene su propio patrón fisiológico (30).

3.2 ANSIEDAD NORMAL.

Es evidente que la estructuración de la propia vida interior y el modo de conducción exterior de cada hombre está influido por fuerzas de muy diversa índole. La vida diaria de trabajo está ya en principio determinada por la tendencia a asegurar en general la propia existencia. Ciertamente no siempre nuestro esfuerzo por ganar la existencia se identifica con el auténtico sentido o el contenido de nuestra vida. Deseos profundos, secretos y esperanzas, planes, incertidumbres o ansiedades mueven al hombre tanto, como la necesidad de comprender intelectualmente al mundo.

Toda persona consciente, que no haya sido irrevocablemente echada a perder en lo más íntimo de su ser, desarrolla a este respecto un sentimiento de responsabilidad frente a sí mismo y frente a los otros. La madurez y la integridad de la propia persona se convierten así en una tarea interior y un deber, y con este deber se vincula para cada hombre de una manera irrevocable la cuestión del sentido de la vida, la confrontación con la muerte y la soledad, con una actitud ética fundamental (Kolb 1977).

Biológicamente considerado, deberíamos ser capaces de existir, aún cuando faltase a esta actitud consciente la valoración de nosotros mismos. Podríamos así considerar las transformaciones de nuestra vida psíquica con igualdad de ánimo como tales transformaciones, sin que en ello se mezclaran para nada apreciaciones de valor. Pero en realidad sentimos los cambios a que está sometida nuestra vida psíquica a través de los años (el desarrollo de la capacidad de juicio intelectual, las consecuencias de nuestras decisiones, las transformaciones de la vida afectiva), no simplemente como si con ello se realizara el paso de una situación antigua a otra nueva y distinta. ¡Al contrario; tenemos subjetivamente la sensación de caminar, en cuanto persona, hacia la madurez. Vivimos este proceso de maduración al mismo tiempo como una tarea responsable, que lo mismo puede terminar en logro que en fracaso. Las tareas que el hombre tiene que solucionar en el curso de su vida, si quiere desarrollar una forma de vida madura, armónica y soberana, tiene múltiples aspectos, las que corresponden al orden de cosas dado, en el que nace todo individuo. Después, los problemas que crea la propia naturaleza del hombre con sus tendencias contradictorias. La confrontación con los factores del mundo exterior, — predestinadamente fijados de antemano, está esencialmente determinada por el doble hecho de que el mundo en torno es en parte influyente y modificable, pero por otra se escapa en muchos aspectos a nuestro control y modificación. Toda evolución vital-individual exige la adquisición de los conocimientos necesarios

para poder influir y cambiar el medio ambiente, conocimientos que nos proporcionarán al mismo tiempo la visión de los límites impuestos a nuestro afán transformador. Todo hombre tendrá que afrontar una y otra vez, en el curso de su vida la tarea de realizar lo posible y de soportar lo inmodificable y ello a través de una ininterrumpida cadena de decisiones particulares.

Las exigencias que la vida exterior nos impone no son ciertamente pequeñas. Pero los conflictos que se desarrollan en el escenario interior de nuestra vida psíquica no les van en zaga; todos sabemos que en todo hombre viven impulsos y deseos, que en sí mismos implican una inseparable contribución. Nadie puede llevar una vida animada con todo el colorido de la variación y al mismo tiempo gozar de la elegria de la quietud, la calma y la constancia. Nadie puede apetecer desarrollar una actividad directiva, poniendo con ella en práctica sus deseos de dominio, si al mismo tiempo quiere satisfacer con sus subordinados las necesidades provocadas por su sentimiento de soledad y por su ansia de protección. La antinomia íntima de la vida instintiva humana trae consigo el que todo hombre se vea precisado constante e inevitablemente a renunciar a muchas cosas, si quiere al menos satisfacer algunos de sus deseos, planes y esperanzas. Todo hombre llega a conocer alguna vez en sí mismo esa problemática que nace de la coexistencia en él de sentimientos y deseos incompatibles entre sí. -- Cuanto más profundamente vive y se describe, cuanto más difícil ha de ser para un hombre dominar esta antinomia intrapsíquica. En realidad solo podremos hablar de una verdadera madurez y una integridad personal cuando se ha desarrollado cabalmente esta capacidad y esta disposición para tomar desde dentro decisiones responsables (Cheell 1956). Estas decisiones son las que van a provocar ansiedad en los individuos, lo que implica un conflicto y por lo tanto una tensión, pero debe quedar bien claro que esta ansiedad es proporcional al estímulo que lo esta ocasionando, o sea, no se exagera con temores-

y miedos infundados ante situaciones que en una persona neurótica provocarían angustia exagerada e infundada. Por lo tanto, tanto los conflictos o situaciones causantes de tensión externos o internos, pueden provocar ansiedad en los individuos,—pero la ansiedad normal está proporcionada al peligro o situación causante de una manera real y objetiva (31).

3.3 LA ANSIEDAD COMO REACCION ANTE SITUACIONES DE TENSION.

En tiempos primitivos, las reacciones de tensión tenían un fin vital, cuando el hombre primitivo oía un ruido que lo atemorizaba, su química corporal se movilizaba para que pudiese defenderse, arrojando piedras o escapando. A medida que se fue teniendo conocimiento de fenómenos que eran inexplicables, se fue teniendo más control sobre ciertos aspectos que causaban tensión. Pero el peligro o situación de tensión que tienen los sujetos es algo real, que muchas veces pasa desapercibido por el sujeto, ya que su relación con la vida diaria es algo cotidiano, típico, que se vive día a día.

Particularmente, cuando los estímulos que provocan tensión entrañan relaciones con otras personas, hay otra respuesta posible que la de luchar o huir y es de adaptarse al estrés.—En muchos casos, la gente que se recupera con bastante rapidez de los efectos inmediatos de una experiencia causante de estrés; es que tiene una buena provisión de energía de adaptación superficial que utiliza y repones según sea necesario, como si fuera dinero en una cuenta corriente. No obstante, el estrés tiene ciertamente un precio, cuando las reservas de energía se agotan, es sumamente difícil reponerlas.

El estrés excesivo, o estados de tensión graves, prolongados y constantes, pueden provocar un estado de ansiedad en el sujeto, que le pueden contraer serios problemas, tanto físicos como emocionales. Entre los problemas físicos puede presentarse presión arterial alta, úlceras, ataques cardíacos, etc. sin embargo, los problemas emocionales que el sujeto puede te

ner son quizá más graves e impredecibles que los físicos, puesto que muchas veces se esconden precisamente detrás de un problema físico, como son las enfermedades psicosomáticas, las cuales el sujeto no logra distinguir de las reales, y a la larga, con el ir y venir del doctor llega a creerse sus enfermedades, generalizando y ampliando cada vez más sus enfermedades imaginarias, llegando incluso a presentar desajustes psiconeuróticos como podrían ser hipocondriasis, histeria, depresión crónica, fobias, etc..

El estrés a menudo lleva al alcoholismo, lo cual lleva al sujeto a descender en su vida cada vez más. La ansiedad, como resultado del estrés, con frecuencia ocasiona pérdida del impulso sexual o bien puede provocar también hiperactividad sexual. Los efectos de estrés son peores cuando la persona afectada siente que no tiene control sobre su situación. El mismo tipo y nivel de estrés afecta a distinta gente en forma diferente, como el corazón, los riñones, el tubo digestivo, o también el bienestar psicológico de una persona puede depender de su condición interna, vg., la predisposición genética, la edad y el sexo; así como de factores externos, como la dieta o el tratamiento con ciertas drogas y hormonas, así como el fumar demasiado, la falta de ejercicio, etc.. El eslabón más débil de la cadena es el que se rompe bajo el estrés, aún cuando todas las partes hayan estado expuestas por igual. La gente necesita cierta cantidad de tensión para ser feliz. Por supuesto, hay grandes diferencias en cuanto a la cantidad que se necesita de acuerdo al porcentaje de tensión gratificadora. Por lo tanto, es importante que cada uno halle el nivel particular de esta tensión en el cual se siente más cómodo.

Los trastornos de estrés habitualmente se desarrollan en forma lenta a menudo, furtivamente, sin que la víctima se percate claramente de lo que le está sucediendo. Los síntomas de un trastorno de estrés son frecuentemente contradictorios y desorientadores, ya que algunas personas tienen síntomas de un tipo y otras personas presentan síntomas diferentes. En cada grado de

estrés, por lo general los síntomas empeoran, sin embargo, a veces ciertos síntomas disminuyen o desaparecen y otros ocupan su lugar. Un trastorno de estrés es esencialmente un agotamiento paulatino de las reservas de energía del cuerpo. El principal síntoma de alguna gente es la fatiga, y de otra gente son la ansiedad y desesperanza. Esto conlleva a un estado de ansiedad que se caracteriza por una sensación de tensión constante, acompañada de temores exagerados, debido a la aceleración de los procesos corporales, que conlleva un consumo constante de energía --- (Tiegelberg 1980).

3.4 ANSIEDAD NEUROTICA .

El intento de describir con palabras la dinámica interna de un desarrollo neurótico, en sí será siempre una empresa arriesgada. Pero partiremos para lo que sigue del proceso de represión, colocado por Freud (1921) tomado después el concepto más general de mecanismo de defensa. Una represión, es pues, una reacción que afecta al mundo externo de los impulsos e instintos. En general se dice con razón, que, cuando un impulso es obstaculizado en su ejecución, el sujeto renuncia a él o da lugar a una acción sustitutiva. En el primer caso hay renuncia o autodominio, aunque se conserve la propia intención, tales serán las formas --- conscientes de elaboración de impulsos de que dispone el hombre cuando no puede poner en práctica sus deseos, instintos e impulsos espontáneos.

Freud (1921), describió bajo el nombre de represión otra --- forma de defensa frente a los impulsos. Él observó que un --- impulso impedido en su ejecución por una defensa puede, en determinadas circunstancias ser de tal modo realizado fuera de la conciencia, que debe ser percibida su existencia. Una característica importante de la represión es que el impulso desahogado (o el pensamiento), ya no puede ser evocado activamente en la conciencia. Pero al mismo tiempo una serie de diferentes manifestaciones psíquicas anuncian que el dinamismo interno del impulso re---

primido permanece intacto.

Existen dos fuentes de peligro que son el mundo exterior y el interior. El neurótico reacciona ante el peligro externo con una ansiedad exagerada e infundada, aún cuando el peligro no se a real y objetivo, provocando una reacción de miedo y aprehensión ante una situación que a una persona normal no provocaría tanta ansiedad. La fuente de peligro interior son los impulsos internos prohibidos e inaceptables, que provocarían estados intensos y constantes de ansiedad en el neurótico, lo cual tratará de manejar por medio de mecanismos de defensa que lo llevarán a aliviar en cierta forma su ansiedad. Al neurótico se le puede conocer e identificar por medio de sus síntomas y mecanismos de defensa, los cuales nos pueden decir por medio de la interpretación y en análisis, cuales fuerón los orígenes de dichos síntomas y cuando aprendió su yo a utilizar los mecanismos de defensa de forma neurótica. Los mecanismos de defensa van a bloquear al neurótico, el cual manejará sus ansiedades, las cuales nacieron así desde su infancia, y durante toda su vida manejará las situaciones estresantes y de ansiedad con las defensas que le brindaron cierto alivio en la niñez. Por lo cual se observa que un estímulo externo puede ser percibido como amenazador debido precisamente a que éste simboliza algún conflicto reprimido del individuo, por lo cual reacciona con ansiedad exagerada y muchas veces o casi siempre el neurótico no sabe a que atribuir esta ansiedad, adjudicando muchas veces este miedo o ansiedad al objeto que simboliza su conflicto neurótico (Freud -- 1971).

Así pues, los individuos neuróticos casi todo el tiempo, si es que no lo tienen siempre, se encuentran en un estado de ansiedad, muchas veces creando defensas contra la misma ansiedad, y ni aún así logran liberarse de ella, por lo cual, como se ha visto, el neurótico presenta una ansiedad que no es proporcional al peligro o situación que provoca esta ansiedad.

No hay que confundir, con esto, las reacciones de un sujeto normal y un neurótico. Pueden parecer las mismas, pero es--

tudiando y observando adecuadamente cada una de ellas se verá que difieren totalmente.

3.5 DIFERENCIAS FUNDAMENTALES ENTRE LA ANSIEDAD NORMAL Y LA NEURÓTICA.

Como pudimos observar las diferencias fundamentales entre ambos son: 1) La reacción de ansiedad ante una situación amenazante o de tensión es proporcional al peligro o situación de una manera real y objetiva en una persona normal. 2) - El individuo normal puede controlar de una manera madura y re al los conflictos que se presentan en su vida. 3) El individuo normal presenta ansiedad ante situaciones reales y objetivas de amenaza o tensión, en cambio el neurótico presenta ansiedad ante cualquier situación. 4) El índice de ansiedad será siempre mayor en el neurótico que en el individuo normal.- 5) El neurótico responde casi siempre a conflictos reprimidos y siempre dará a las situaciones una interpretación simbólica de estos conflictos. 6) El individuo normal sabe porque está ansioso, el neurótico no lo sabe o le da una interpretación errónea a la causa de la ansiedad (Fenichel 1971).

3.6 ANSIEDAD RASPO.

Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia o intensidad con las que las experimenta.

El término ansiedad raspo o neurótico se ha empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo. Las personas que padecen una alta ansiedad ("A raspo") tienden a-

ver más peligroso el mundo comparado con los que tienen ansiedad baja y responden a su percepción de la amenaza con un mayor incremento a sus estados de ansiedad ("A" estado). Como las personas con "A" rasgo tienden a ver una amenaza en muchas situaciones, también son particularmente vulnerables a la tensión (Diaz 1975). También es más probable que experimenten la ansiedad neurótica, en la cual, las derivaciones del pensamiento o recuerdos reprimidos de situaciones peligrosas dan lugar a reacciones del tipo "A" estado.

El Dr. Otto Fenichel (1971), afirma que la capacidad de -- control depende de factores constitucionales así como de toda la experiencia previa del individuo.

Cantidades de excitación no controlada, originadas ya sea en abrumadores acontecimientos repentinos o en una tensión crónica, crean sensaciones de ansiedad súbitamente dolorosas y ponen en marcha intentos patológicos y arcaicos de controlar lo que no pudo ser controlado en forma habitual. Se crea una especie de reacción de descarga de emergencia en parte como una función automática contra la voluntad del yo, y sin ninguna -- participación de éste, y en parte de las fuerzas reservantes -- (y las restauradas) del yo.

Las personas con una ansiedad rasgo muy alta, tales como los neuróticos o los depresivos, casi todo el tiempo se encuentran en un estado de ansiedad, sin embargo, tienen defensas -- contra la ansiedad que rara vez los libran de ella.

El estudio del desarrollo de la ansiedad en este tipo de personas demuestra que todos los accesos posteriores de ansiedad son reacciones de estados traumáticos de una época temprana (Fenichel 1971). Las diferencias individuales en la propensión a la ansiedad, es decir, la "A" rasgo, también contribuyen a la evaluación de la amenaza. Mientras que la mayoría de las personas o niños amenazados una situación que -- implique peligro físico, es mucho más probable que las circunstancias en las que se evalúa la capacidad personal sea percibida como algo más amenazador por las personas con un tipo de "A"

rasgo alto comparadas con las de tipo "A" rasgo bajo. En general, las personas con alto "A" rasgo son más vulnerables a la evaluación de las demás porque se subestiman y les falta confianza en sí mismos. Mientras que las pruebas importantes y las entrevistas de trabajo se consideran moderadamente angustiosas por la mayoría de las personas, las intensas reacciones de ansiedad experimentadas por estas personas con "A" rasgo son mayor que su peligro real. Tales reacciones de ansiedad neurótica se dan frecuentemente en las personas con un alto nivel de "A" rasgo, particularmente en las situaciones donde existe el riesgo de un fracaso o que implican la evaluación de los demás.

Los orígenes de las diferencias individuales en la "A" rasgo, entonces son especialmente importantes, las experiencias infantiles y las primeras relaciones entre padres e hijos, relativas al retraso del afecto y la evaluación negativa de maestros y compañeros (Spielberger, 1980)

3.7 ANSIEDAD ESTADO.

El surgimiento de un estado de ansiedad ("A" estado), incluye una secuencia completa de acontecimientos internos. Este proceso puede ser activado por un estímulo externo o interno. El estímulo interno que lleva a un individuo a anticipar una situación dañina también le puede provocar un alto nivel de ansiedad. Cualquier estímulo interno o externo, evaluado cognoscitivamente como algo amenazador, provoca reacciones del tipo "A" estado.

La intensidad y duración de dicha reacción emocional será — proporcional a la cantidad de amenaza que la situación representa para el individuo y a la persistencia del estímulo provocador. — Las características objetivas de la situación, los pensamientos y los recuerdos que se insinúan, la capacidad que el individuo tiene para enfrentarseles, así como las experiencias anteriores con circunstancias similares contribuyen a la evaluación de una situación como amenazante en menor o mayor grado.

3.8 SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD.

Las primeras señales de advertencia de la existencia de una ansiedad que por su nivel puede considerarse como consecuencia de un problema son a menudo fisiológicas (considerando la ansiedad normal, por supuesto, solo -pulsos rápidos (incluyendo el tener conciencia de los latidos), -transpiración excesiva, -frecuente necesidad de orinar, -diarrea o constipación aunque esta es más probable que sea señal de depresión, -alta presión sanguínea, -sensación de tensión constante.

Al hacerse un examen médico de rutina, puede ser que le digan que no es alguna enfermedad física precisa.

Además de síntomas físicos la ansiedad produce síntomas psicológicos que se manifiestan en los hábitos de vida y de trabajo. Los temores exagerados, el insomnio, sueños aterradores, son algunos de los síntomas más comunes.

3.9 CAMBIOS EN UNA PERSONA CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD.

El Dr. John F. O'Connor (1976), destaca que cualquier cambio o hábito, importante e inexplicable en la vida personal o profesional de cualquier persona puede ser una señal de peligro que indique que esa persona está en situación de estrés excesivo. He aquí algunos ejemplos típicos de lo que se manifiesta en una persona que sufre ansiedad: -mucho beber o fumar en una persona que anteriormente no había fumado o que lo hacía moderadamente, -cambio en los hábitos sexuales, ya sea aumentando la frecuencia de la actividad sexual o impotencia sexual, o bien disminución de la actividad sexual, -dificultad de toma de decisión por parte de una persona que previamente las adoptaba con rapidez y eficiencia, tiende a optar por lo más seguro, en lugar de hacerlo por lo mejor, -irritabilidad frecuente en una persona que habitualmente había sido oprimable y de humor tranquilo, -actividad excesiva. De repente, quedarse a trabajar hasta tarde en la oficina varias veces por semana, -rápido aumento o disminución de peso, -comenzar una dieta o programas de protección de la salud que es

te de moda, -rehuir responsabilidades, una persona que antes a
tendía conscientemente sus deberes, -cambio en las pautas mora-
les o éticas, -reacciones exageradas ante problemas de poca im-
portancia, -fantasear acerca de que vendrán días mejores, u-
na persona que siempre fue realista, -cometer errores y olvi-
dos una persona que anteriormente era certera y confiable.

En casos graves de ansiedad, estos síntomas se agravan más y pueden haber otros tipos de problemas que como ya ha-
mencionado anteriormente pueden llevar al sujeto a presentar
psiconeurosis, que resultan de la reactivación de antiguos me-
canismos de defensa utilizados contra la creciente tensión y
ansiedad que el sujeto no puede controlar debido a conflictos
emocionales en la infancia no resueltos adecuadamente.

3.10 TRATAMIENTO DE LA NEUROSI DE ANSIEDAD.

Los trastornos prominentes son los ataques de ansiedad, -
cuya frecuencia varía en grado sumo. En el intervalo entre --
los ataques el paciente puede sentirse completamente bien. Con
más frecuencia, tiene una sensación de tensión que se expresa --
en inquietud e irritabilidad, síntomas leves de ansiedad y los
llamados equivalentes de la ansiedad. Las causas de las neuro-
sis de ansiedad son múltiples, cualquier situación que produce
una tensión considerable durante un período suficientemente --
prolongado, puede ser un factor causante o influente en algu-
nas personalidades.

Con el progreso de la enfermedad, los ataques se hacen --
más frecuentes y la tensión aumenta hasta alcanzar un grado --
perturbador, manifestándose en diversas situaciones condiciones que
pueden convertirse fácilmente en el núcleo de preocupaciones -
hipocondríacas.

La inquietud y la ansiedad por los ataques recurrentes --
lleva a la aprehensión y la anticipación de los ataques, lo --
cual a su vez, los precipita. Pueden producirse reacciones le-
ves e incidentales de pánico, que generalmente se controlan --

con facilidad por medio de la reaseguración. En algunos casos, la ansiedad y la tensión son el comienzo de una seria reacción de pánico. Cuando tal complicación se produce habrán de tomarse inmediatamente las medidas de precaución y terapéuticas necesarias. Un error frecuente es considerar las fobias como si se tratara de ataques de ansiedad y pasar por alto el método terapéutico correcto. Los ataques de ansiedad se producen frecuentemente en las depresiones acompañadas por mucha tensión, en las reacciones psicopatológicas o en las reacciones psicopatológicas asociadas a lesiones corticales. Siempre debe investigarse con cuidado una posible relación con causas tóxicas. Las drogas, el alcohol y el exceso de nicotina, pueden ser factores importantes. El diagnóstico de hipertiroidismo todavía se hace con mucha frecuencia y un metabolismo basal elevado se considera prueba suficiente de su existencia, sin tener para nada en cuenta la posible influencia de emociones intensas. La ansiedad es una reacción emocional que puede complicar y agravar cualquier enfermedad somática. Su tratamiento es por ello importante, y todo médico debe estar familiarizado con sus manifestaciones.

Pueden considerarse dos aspectos en el tratamiento: el de la ansiedad aguda y los ataques de ansiedad, y el tratamiento de las neurosis de ansiedad. Para este último es necesario estudiar al individuo. Tal investigación puede revelar mucho o poco material psicopénico.

Durante la ansiedad aguda, los pacientes ubican sus síntomas en la zona cardíaca. Para reasegurarlos completamente, debe practicarse inmediatamente un examen cardíaco completo. Si están indicados los estudios de laboratorio y una observación más detallada, deben aconsejarse sin demora, en cuanto el paciente se haya tranquilizado. Se han de evitar los sedantes o la administración de alcohol. Cuando el médico acude a causa de ataques repetidos, debe evitar nuevos exámenes cardíacos, porque reducen la confianza que el paciente ha desarrollado durante el primer examen. La confianza será fácilmente restablecida mediante la reaseguración tranquila y convincente del médico. Se

incita al paciente a que no llame al médico para aumentar así su independencia, se le aconseja ver al médico solo en consultas convenidas con anterioridad y tratar de ignorar sus síntomas. Es útil explicarle la forma en que la molestia, la preocupación y la anticipación aumentan su actividad y precipitan los ataques, debe señalarse el aumento en la intensidad de las sensaciones, especialmente de los síntomas cardíacos, cuando el paciente se dirige a sí mismo. Desde el comienzo se realizarán todos los esfuerzos posibles para evitar una reacción hipercorrida a los síntomas de ansiedad. Es necesario dedicar suficiente tiempo a la investigación de los factores precipitantes. No se ha de esperar el reaseguramiento médico; de lo contrario el paciente comenzará a depender de él y lo exigirá cada vez que se sienta molesto. La meta terapéutica es establecer la confianza en sí mismo.

El tratamiento de la neurosis de ansiedad consiste en el estudio de la personalidad del paciente, de los posibles factores psicodinámicos, y en la reeducación de los hábitos defectuosos. Es mejor investigar el contenido de la enfermedad y prestar menos atención a los ataques recurrentes. A medida que la enfermedad progresa, una tensión cada vez menor será suficiente para producir un ataque. Debe prestarse especial atención a los factores de la personalidad que producen ansiedad, tales como aspiraciones que pueden estar en conflicto con la realidad y actitudes que causan tensión. Deben investigarse las situaciones que provocan frustración y tensión. El deseo de hacer algo que está contra los propios principios y la necesidad de poseer bienes a principios demasiado elevados suelen ser factores importantes.

Una actitud de excesiva escurralosidad u orgullo que no permite aceptar derrotas, origina una lucha contra obstáculos a los cuales estas personas no pueden adaptarse. Los mismos principios elevados se aplican a la salud y el paciente observa con inquietud y alarma los síntomas de tensión. La tendencia a anticipar dificultades es, con frecuencia, un rasgo que forma parte de la personalidad de tales pacientes. Ellos deben hacerse-

conscientes de esa tendencia por medio del tratamiento, reduciendo la anticipación a una previsión constructiva. Cuando se presente un problema sobre el futuro, el paciente debe resolverlo inmediatamente, tratar de alejarlo de su mente y no permitirse volver sobre él. Aprenderá a correr el riesgo de cometer errores y comprender que la anticipación mina su autoconfianza y su tranquilidad, y lo prepara menos para afrontar una emergencia -- que una actitud más espontánea. De ese modo desarrollará la capacidad de reaccionar con espontaneidad y de confiar razonablemente en ella. Se investigarán las reacciones a las tensiones y responsabilidades y se modificarán las actitudes del paciente hacia ellas. La realidad y la imaginación son de importancia similar. En una vida sana son necesarias la comprensión de uno mismo y el control de los propios pensamientos y acciones. Las frustraciones de la excitación sexual, especialmente el coitus interruptus, son indeseables, pero no producen necesariamente síntomas de ansiedad, ello depende de la personalidad y del significado que esas reacciones tienen para el individuo. Los mejores ejemplos de frustración de deseos no expresados abiertamente se encuentran en la vida sexual.

Las reacciones de ansiedad son frecuentes y bien conocidas por cualquier médico general, quien casi siempre puede tratarlas en su consultorio. Es mejor que el paciente siga trabajando, y cuando eso no es posible, debe reemplazarse el trabajo por una rutina bien planeada. Los sedantes han de evitarse, si el médico cree que el paciente los necesita, aconsejar los bromuros, -- 0.3 a 0.5 gr., o barbital, 0.15 gr., una o dos veces al día. Si existen dificultades para dormir, está indicado enseñarle la técnica de la relajación. Cuando el dormir está perturbado por pesadillas, el estudio del material del sueño proporcionará guías importantes. El auge de la actividad física, como caminatas, golf, natación es aconsejable y ayuda a combatir la fatiga provocada por la tensión. Como los ataques se producen fácilmente en ambientes congestionados o en lugares que el enfermo teme no poder abandonar con rapidez, el paciente limita por lo general sus

actividades. Se le debe aconsejar que ignore sus síntomas y, — después de haber advertido, que se exponga a esas situaciones. La anticipación produce los ataques, que no deben confundirse con fatigas reales. Debe indicarse, por lo menos temporalmente, la abstinencia de alcohol y de relaciones sexuales. De otro modo, es casi imposible determinar que papel desempeñan esos factores. en la mayor parte de los casos se aconseja también que se suspenda el fumar dos semanas, porque generalmente se abusa de este hábito — para contrarrestar a los síntomas de tensión e inquietud. El médico debe recomendar a las personas que padecen el enfermo porque es muy común que se sientan alarmadas por los ataques, deben ayudar a crear una atmósfera saludable. Cuando ello no es posible o cuando el paciente está tan perturbado que no puede someterse a la rutina prescrita, está indicado el tratamiento hospitalario (33).

CAPITULO IV.DEPREION.4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

Aun cuando el uso del término depresión se remontó a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma más severa fue descrito desde la época grecoromana con el nombre de melancolía. Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis(33).

Hipócrates afila tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía (Figerist, 1961). La melancolía se caracteriza, en la versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad, conciencia y somnolencia. Como puede observarse, Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente somática (Larntz, 1964). Sin embargo el médico de Cos supiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan mucho tiempo pueden transformarse en melancolía. Galeno de Pérgamo apenas habla de la melancolía, al menos en el sentido nosopatológico que posteriormente llegó a adquirir. Para Galeno la discusión ha que establecería en torno a si la melancolía es apenas un síntoma o más bien un estado fisiológico. Muchas de las afirmaciones que en relación con la melancolía se atribuyen a Galeno proceden de un error, haber confundido las afirmaciones de Galeno de Pérgamo con las precedentes del escrito pseudogalénico On medical Definitions -- (34). En esta obra se describe la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre. Los pacientes melancólicos se presentan como temerosos, suspicaces, melancólicos y cansados de la vida. En la etiología depresiva aquí descrita se pone especial énfasis en la denominada "melancolía hipochondriaca" un cuadro en el que principalmente se destaca la flatulencia o las alteraciones digestivas. Se destaca también el --

componente delusivo de algunas depresiones en las que los pacientes se experimentan como "sujetos hechos de cristal o sin cabeza o habiendo sido envenenados" (Siegel, 1968). Estas aportaciones galénicas acentúan más la sintomatología hipocóndriaca.

Sorano de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suscitancia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad. (35)

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualizó como acedia. Sin embargo, a pesar de que el uso de este término se extiende alrededor de diez siglos, su significación no es constante. Al principio la acedia se va a configurar, siguiendo la tradicional denominación como un vicio capital.

Santo Tomás de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales.

Durante los siglos XV y XVI la melancolía sustituye a la acedia; la sintonología que en el pasado caracterizaba a la acedia se metamorfosea y adquiere una nueva titularidad bajo el concepto de melancolía.

A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio; como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar las psicológicas (p. ejem. el miedo, los engaños anóricos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares) y en segundo, las físicas (p. ejem. la anorexia y el puerperio) (36)

Kraepelin acuñó en 1896 el término psicosis maniaco depresiva, por lo que estudios posteriores genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de las psicosis maniaco depresivas. Por lo que el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

En el presente siglo Lange (1928) trabajó sobre algunos conceptos que proponía Kraepelin, proponiendo que además de la-

enfermedad endógena o maníaco depresiva y de las depresiones exógenas, podían existir formas mixtas con componentes dominantes - endógenos o exógenos. Dió el nombre de reactivos al grupo de depresiones endógenas que sucedían a ciertas tensiones de origen - ambiental (37).

Años más tarde Gillespie propuso tres grados de depresión: reactiva, autónoma (independiente de estímulos ambientales) e inactiva. En este mismo siglo Freud dice que la melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, en el que cesa el interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la autoconstricción, la pérdida de amor propia, traduciendo esta última en autoreproches y autoacusaciones que inducen a veces al sujeto a la delirante espera del castigo y el suicidio.

4.2 CAUSAS DE LA DEPRESION .

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico. Por lo que se puede decir que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y de determinantes sobre otros según el cuadro. Aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión dividiremos las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

4.2.1 Causas Genéticas.

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maníaco depresiva (38). Estos investigadores han tratado de demostrar que

La tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se toma como referencia. Hay estudios del investigador Kallmann que proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizá no podríamos hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Igualmente es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguna de sus allegados. Hay datos que indican al menos aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de respuesta al tratamiento. Investigaciones realizadas al respecto parecen demostrar que si un enfermo deprimido responde bien al tratamiento con tricíclicos, con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), o con otras drogas antidepressivas, sus parientes deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamentos.

4.2.2 Causas psicológicas.

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente arraigados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

a) Causas determinantes.

Existe la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y de que, para entender la neurosis de un paciente, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia. Lo anterior es cierto en muchas ocasiones, y en este aspecto habrá que estar de acuerdo con Freud en que el analista maneja más --- bien cicatrices que heridas sangrantes (39). Se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. En muchos casos se encontrará que una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas.

b) Causas desencadenantes.

Entre las causas inmediatas de las neurosis con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Esta angustia, engendrada por un superego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Las neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte porque en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rígida; sin embargo, la vida psicosexual con sus tabúes y restricciones sociales, no constituye el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo opresivo y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva puede originar síntomas neuróticos.

c) Pérdida del objeto.

En la depresión neuótica el elemento "pérdida" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentada en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante, o un poder sexual declinante. Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto de ellos (40). La pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que la sobortan sin inmutarse.

d) Pérdida del objeto durante la infancia.

En las etapas de desarrollo, el cuidado materno es importante; si el niño no tiene una relación satisfactoria con su madre, - podría volverse reservado y ser incapaz de tener relaciones adecuadas en otras etapas de la vida. Los estudios de privación materna explican el tipo y la magnitud del problema. La ausencia de la madre por hospitalización del niño origina el problema de "hospitalismo", nombre que se le dá a los síndromes producidos por la permanencia prolongada en un hospital, asilo, orfanato o en cualquier institución que rompa con los lazos familiares y sociales.

Fallejo Adiera (41) señala que es curioso que a nadie le haya llamado la atención el que un niño criado desde sus primeros días en un orfanato, al salir haya alcanzado una personalidad destacada; y que en cambio, ya habido hombres ilustres con todo tipo de variaciones en su infancia, para unos fue feliz y llena de comodidades; otros padecieron hambre, malos tratos y penurias de toda índole, pero casi ninguno se crió en un hospicio. Hace notar igualmente, que entre los miles de niños que a lo largo de los siglos fueron abandonados en conventos, asilos, orfanatos y hospicios, muchos lo fueron por causas previas sociales, o e-

ran bastardos de personas ilustres, y por lo menos uno de los progenitores podía transmitir por herencia cualidades notables, sin embargo ellas nunca se desarrollaron.

En 1919, y casi en forma simultánea, Pfandler en Europa y Chant en Estados Unidos, denominaron hospitalismo al síndrome de deterioro progresivo cuyo índice de mortalidad alcanzaba el 70%, que aparece en los niños hospitalizados desde sus primeros días de vida y que no puede atribuirse a infecciones ni deficiencias nutricionales, sino al trato impersonal y a la falta de estímulos afectivos que normalmente proviene de la madre o de su adecuado sustituto.

Una figura destacada en el estudio de hospitalismo fue René Spitz, quien a partir de 1945 mostró en numerosos congresos impresionantes películas sobre el tema. Estudios más recientes realizados por Bender, Levy y Gelfarb han demostrado la relación etiológica entre la carencia afectiva en la primera infancia y determinados trastornos de la personalidad que pueden persistir hasta la edad adulta. Tanto o temprano el niño descubre que la madre y él no forman parte de un todo. Con base en una clara diferenciación entre el propio ser y el mundo, el niño aprende a decir "yo" y comienza su autoafirmación. Cuando el niño no recibe el cuidado adecuado por parte de la madre, -- trata de evitar que ella se aleje, estableciéndose relaciones simbióticas entre niños y progenitores, las cuales podrían originar serios problemas psiquiátricos.

el Pérdida del objeto durante la adolescencia.

La adolescencia es la etapa de la vida en que el individuo deja de ser niño para ser adulto; sus esfuerzos por alcanzar -- la madurez y lograr su independencia pueden originarle un período de turbulencia emocional.

La pérdida de objeto en la adolescencia coincide con la -- la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles

le origina depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío. Por fortuna, estos trastornos son transitorios, pues al llegar a la edad adulta el individuo vuelve a establecer relaciones cordiales con las personas que lo rodean, afortunadamente desaparece con los años. No obstante, hay factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente, originándole severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio. Estos factores son: ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros. Lograr la propia identidad es una de las metas del adolescente; sin embargo no es fácil dejar de depender y de estar protegido por los mayores, sobre todo cuando es tan poco lo que se tiene que dar a cambio.

f) Pérdida del objeto durante la edad adulta.

La pérdida del objeto en el adulto es más fácil de identificar para poder establecer la relación de causa a efecto. Puede ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de poder o de salud.

La muerte de un familiar cercano, por ejemplo, de la esposa-madre, hijo, etc., afecta en todas las circunstancias, si el deceso es inminente, ya sea por la edad de la persona, o por una enfermedad grave y sin esperanzas de recuperación, el hecho se acepta con mayor resignación, sobre todo cuando el ser querido tiene sufrimientos intensos, pues la muerte se considera como una solución al dolor. Cuando el fallecimiento sucede repentinamente, es preciso establecer la diferencia entre duelo y depreción. La intensidad de la respuesta y la duración del cuadro suelen ser los factores que ayudan al médico y a la familia a diferenciar un estado afectivo normal y una enfermedad. Cuando la pérdida de la persona no es por muerte sino por ausencia, como en los casos de divorcio, abandono, requerimiento laboral o militar, etc., la magnitud de la respuesta está condicionada por la intensidad de los lazos de afecto entre las dos personas. En otras ocasiones -

la pérdida de la persona no es por muerte ni por ausencia; vive en su hogar, pero está presente en forma esporádica, o bien asiste allí para mantener una situación de prestigio personal y evitar la desaprobaria social. Esta situación de convivencia indiferente o apocada suele ser más dañina que las anteriores.

La pérdida del poder es otro factor importante que altera las estructuras afectivas del individuo, pues determina actitudes hostiles y conductas inadecuadas ante una situación de hipertrofia de la personalidad. La pérdida determina quebranto, angustia e inseguridad tanto más importante cuanto más alta haya sido la posición que se tuvo.

La pérdida de la salud con frecuencia produce depresión. - Enfermedades graves, como el cáncer; incapacidades físicas, como las amputaciones; alteraciones estéticas, como quemaduras, - heridas y algunas enfermedades cutáneas; e incapacidades que afectan la autonomía del paciente, como la impotencia sexual, - suelen desencadenar severos cuadros depresivos que se superponen al cuadro clínico preexistente y que agravan un doble enfoque en la atención terapéutica del enfermo. Por lo anterior nos damos cuenta de que las causas psicológicas de la depresión son diversas, y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida. En el tratamiento de cuadros de este tipo, la utilidad de los antidepresivos suele ser limitada, requiriéndose además un apoyo psico-terapéutico, que puede ser individual, familiar o de grupo según el caso.

4.4.3 Causas ecológicas.

El desarrollo proporciona mayor bienestar al hombre, pero también tiene consecuencias negativas: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación irracional de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exponencial de desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y el deterioramiento ecológico consiguiente. De esta manera, es la medida en que el hombre de

teriora al medio ambiente, disminuye la calidad de su vida (42). Es inútil suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de este torbellino, y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

Cada día, el hombre moderno está expuesto a una serie de choques que le suscitan tensión, encefalopatía, hipertensión, angustia e inseguridad. A esta tensión, a este ajuste de síntomas, - el profesor Walter Cannon, de la Universidad de Harvard, le denomina "síndrome del hombre para escapar o pelear" (43). La criatura primitiva se enfrentaba a situaciones de choque por la violencia natural escapaba o peleaba; en cambio el hombre contemporáneo, sometido al rigor y al compromiso psicológico del precepto moral, debe utilizar otros medios distintos de la riña y de la huida física: los de la represión sistémica, que por su carácter conduce a circunstancias conflictivas. El hombre posee delicados mecanismos de adaptación a su medio físico. La naturaleza, empero no pudo prever la vorágine, la estampida de la tecnología que en la segunda mitad del siglo XX habría de avasallar al hombre, avanzando tan de prisa que ha superado con creces la máxima velocidad de la capacidad orgánica para la adaptación. Hasta hace poco, el ritmo tecnológico era tolerante con el ritmo de adaptación psicobiológica de la criatura humana.

4.3.4 Causas sociales.

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Un aspecto interesante de estos sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando -

generalmente con manifestaciones físicas y psicológicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importante han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la disintegración de estas tres fuentes de apoyo.

4.3 CUADRO CLÍNICO.

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

4.3.1 Trastornos afectivos.

El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado al ánimo, ahora abatido, no son efectivas. En algunas ocasiones la aflicción está relacionada con situaciones más o menos problemáticas que el enfermo percibe considerablemente, y en otras sin ningún motivo se muestra optimista en relación con problemas subjetivos o reales, y con frecuencia se ve pensando y catastrofista.

Al referirse a la tristeza el paciente utiliza frecuentemente otros adjetivos como desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable; es preciso en es-

tos casos tratar de averiguar cuál es el estado anímico real del enfermo. La tristeza puede ir acompañada de llanto, situación - que se presenta con más frecuencia en la mujer que el hombre. A veces la tristeza no es percibida como tal en sus inicios, sino que el enfermo manifiesta que ha perdido el sentido del humor, - que los chistes que antes le hacían gracia ahora le parecen tontos, y cuando asiste a reuniones, se retrae, no participa y se - retira con el menor pretexto en la primera oportunidad que se le - presenta. Conforme avanza la depresión el paciente no sólo pierde de todo interés por los eventos sociales, sino que también se - niega categóricamente a concurrir. Fiestas, espectáculos deportivos, cine y teatro le son ahora indiferentes; puede ver la televisión, pero por lo general lo hace a instancias de sus familiares.

Queda más frecuente que la tristeza es la inseguridad. El - enfermo depresivo que presenta este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y - que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y orientación.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, - da origen a sentimientos de devaluación personal, que los más de las veces se manifiestan con frases como "Soy un inútil", "Para mí ya no hay nada", "Todo lo hago mal", "Mi vida no tiene sentido etc. Es importante considerar esta actitud negativa, sobre todo cuando el enfermo se niega a cooperar con el tratamiento por - creer que su mal no tiene remedio, que nadie puede ayudarlo y - que no vale la pena luchar.

La inseguridad y el pesimismo hacen que el enfermo se torne dependiente de sus familiares; otro síntoma frecuente es el miedo, que a veces se presenta en forma no precisa; el paciente siente temor, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a todo o a nada en especial. El miedo puede presentarse ante el enfrentamiento a determinadas circunstancias, como el asistir al trabajo a la escuela, o en ocasiones al volver al hogar, o bien ante determinadas situaciones de lo más desagradables; salir a la calle, bajarse

etc.. Como es fácilmente comprensible, este síntoma limita en forma considerable sus actividades.

La ansiedad suele presentarse en grado variable; con frecuencia aparece en la mañana y disminuye en el transcurso del día. Es preciso identificarla claramente desde el punto de vista clínico, ya que el enfermo y a veces el médico suelen confundir este síntoma con los del cuadro depresivo, lo que tiene trascendencia para la selección del tratamiento farmacológico adecuado. Para esta fin ayuda el diagnóstico de el hecho que la acompañen -- componentes orgánicos, como sensación de "nudo en la garganta", "peso en el estómago", "constricción en el pecho" o "falta de aire". Finalmente la irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta.

4.3.2 Trastornos intelectuales.

Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de depresión sin embargo, pueden presentarse síntomas importantes. Es frecuente que la sensorpercepción se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener respuesta.

Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria; existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiestan por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea, lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal, pero que ante la reiteración de la búsqueda produce en estos sujetos un sentimiento de ansiedad.

La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta en el deprimido como un síntoma de inhibición, lo que inevitablemente repercute sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial, o en ocasiones no se hace (44).

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes --

del cuadro clínico. La mala opinión que el paciente tiene de sí mismo se manifiesta por frases como: "me he vuelto muy malo", --- "soy nefasto para los demás", "me he transformado en una carga inútil", etc., estas ideas de indignidad a veces se acompañan de sentimientos verdaderos de culpa, apoyados en una falta real, pero trivial. El paciente tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento. En consecuencia se encuentra atrapado en la red de su incapacidad, él mismo no puede hacer nada para obtener el tipo de satisfacción que desea, nada va a tomar un giro favorable, ni siquiera con la intervención de otras personas (45).

El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo; ideas repetitivas lo atormentan con frecuencia; trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan, pero su lucha es inútil. En ocasiones refiere estas ideas a una base condicional de su enfermedad, o pesar de que exámenes médicos cuidadosos la han descartado; en otras están relacionadas con la posibilidad de fracaso y con sentimientos de desesperanza que ya se mencionaron anteriormente.

4.3.3 Trastornos conductuales.

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto ocasionadas dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen.

El paciente deprimido con frecuencia no muestra voluntad, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. La dificultad es aún mayor cuando se trata de influir, de dirigir o guiar a otros. La autoridad, la capacidad de mando y de estimulación se abotan.

Los impulsos suicidas son el aspecto más peligroso y peligroso que debe valorarse adecuadamente al inicio de un tratamiento, pues el médico deberá decidir si es necesario internar al paciente bajo estrecha vigilancia y/o utilizar el método terapéutico que -

más rápidamente modifique el cuadro depresivo, a fin de evitar el serio peligro que esta situación representa.

4.3.4 Trastornos somáticos.

Uno de estos trastornos es el insomnio, el más frecuente de todos ellos. La dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiosa queja durante muchos años. El insomnio puede presentarse al principio o al final del período de decaimiento, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o despierta durante la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño.

Paradójicamente ciertos temeridos duermen mucho (46), pasan en la cama muchas horas al día, lo que constituye en realidad una forma de escapar a los síntomas de la enfermedad y a la exacerbación de los miedos ante situaciones de enfrentamiento como son el asistir al trabajo o a la escuela.

Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, pero que puede ser la única molestia que aqueja al paciente.

Al igual que en el caso de insomnio, es algunas ocasiones el enfermo puede reaccionar paradójicamente, experimentando un deseo compulsivo de comer, con el correspondiente incremento de peso. Esta diversidad de reacciones ha hecho que se denomine a la depresión "la enfermedad de las mil caras"; por otra parte se presentan trastornos de la sexualidad, con debilitamiento o desaparición del deseo sexual, lo cual forma parte del cuadro de reducción global de las actividades.

Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional. Se localiza especialmente en la nuca y a veces en las regiones temporales; se debe a espasmos musculares, y suele ser intensa y persistente. El aparato digestivo con frecuencia está implicado en las quejas del enfermo: la dispepsia, aerofagia, náusea y otros síntomas que tradicionalmente se denominan como "colon irritable", son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo, por lo que el-

médico debe investigar y relacionar las posibles opciones diferenciales ante la ausencia de una alteración orgánica evidente. Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardiopéclicas, etc., son — trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo, quien — después de un cuidadoso estudio del cuadro cardiovascular, no encuentra alteraciones orgánicas por sectores del cuadro clínico. — Un concepto adicional de alteraciones del deprimido está constituido — de mareos, insomnio y alucinación, entre otros.

El estado clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada y triste; la cara presenta el ceño — fruncido y las comisuras de la boca caídas; al caminar, el enfermo deprimido lo hace encorvado como si quisiera que se notara su gran peso. Con frecuencia se le ve desolado y con un total desinterés por lo que le rodea.

4.4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

La depresión es a menudo una enfermedad que tiene sus propios límites, no resulta fácil con frecuencia comprobar las estadísticas sobre el grado de éxito de las diversas formas de tratamientos. Se ha demostrado a profusión que la respuesta a un tratamiento concreto depende, en gran parte, de las expectativas del paciente. Así si éste cree que está recibiendo una terapia o un medicamento poderoso, la probabilidad de una buena respuesta es mucho mayor que la que pueda dar si tiene dudas acerca de la eficacia del tratamiento. Lo dicho puede aplicarse por igual al hecho de que el paciente está recibiendo un tratamiento conocido o bien un preparado inerte (un placebo). La respuesta al placebo de — huellas, en la respuesta psicológica al tratamiento en cuestión.

4.4.1 La hospitalización.

Decidir sobre la conveniencia de hospitalizar a pacientes de — prestos depende de varios factores que incluyen el peligro de — suicidio, la relación de carácter patológico con los miembros de —

la familia, la necesidad de la electrochoquerapia y las dificultades que suponen el establecer una relación terapéutica. En general decrece la tendencia a hospitalizar pacientes. Esto se debe en gran parte, a que los individuos se apresuran a buscar tratamientos ya desde los comienzos de la enfermedad o bien porque los medicamentos, en la mayoría de casos, pueden prevenir con eficacia un empeoramiento importante de la situación.

Aun no siendo la enfermedad muy grave y no existiendo tampoco un peligro importante de suicidio, la hospitalización puede ser provechosa si se ha establecido una relación de dependencia, ambivalente y hostil entre el paciente y su familia. Una relación de este género puede contribuir a perpetuar la enfermedad y el alejamiento del entorno ambiente resulta, con frecuencia, beneficioso. Afídase que el ambiente controlado y protector del hospital puede, por sí solo, contribuir a la remisión de la enfermedad. Sabido es que muchos pacientes experimentan una mejoría considerable por el simple hecho de haber sido admitidos en el hospital. Esta reducción de la gravedad de la enfermedad da lugar a que una relación terapéutica se desarrolle con mayor facilidad de la que previamente era posible.

4.4.3 La psicoterapia.

No hay acuerdo acerca de la naturaleza de la psicodinámica de los pacientes depresivos aun incluso entre terapeutas que consideran la depresión como un trastorno básicamente de carácter psicológico procedente de una resolución inadecuada de los conflictos que sufieren Japan en estadios cruciales del desarrollo. Aquellos que conciben la depresión como una anomalía primariamente bioquímica o genéticamente determinada juzgan la psicología dinámica y la psicoterapia como relativamente inapropiadas excepto en su aspecto de ayuda. Los terapeutas conductistas que opinan de la depresión en términos de teoría del aprendizaje basados en estos principios un enfoque psicoterapéutico.

La psicoterapia basada en la teoría psicodinámica persigue -

como objetivo la resolución de los episodios periódicos y conseguir un cambio en los conflictos de la personalidad subyacente, - que es la que proporciona la base para la cronicidad de la enfermedad. Los orientados técnicos generales de la psicoterapia se aplican al tratamiento de la depresión. No obstante, existen ciertos aspectos en la psicoterapia del depresivo que requieren una mayor atención. 1.- El depresivo presume que será rechazado. Le será, pues, necesario saber que el terapeuta lo acepta. Esta aceptación debe captarse como existente a pesar de la creencia del paciente en su propio desmerecimiento y no por nada de ella. El depresivo puede percibir e interpretar a menudo la conducta del terapeuta como rechazadora; el terapeuta evitará reaccionando ante este hecho con sentido de frustración o de irritación. Sin embargo, si el paciente piensa que el terapeuta lo acepta por razón de su conducta autoconstruiva, interpretará la aceptación como una confirmación de sus ideas autoconstruivas. 2.- El terapeuta evitará una liberación demasiado rápida de la irritación y agresión reprimidas que podrían romper la relación terapéutica y suministrar la energía necesaria para un intento suicida. 3.- Los pacientes depresivos originan a menudo sentimientos de frustración e impotencia en los terapeutas. Estos deberán hacer toda suerte de esfuerzos para reconocerlos y tratarlos, para no mostrar su apatitud. 4.- El depresivo se le debe suministrar cierta dosis de apoyo y confianza, si bien es del todo necesario evitar la exageración del apoyo que se da y fomentar el desarrollo de una dependencia indebida, la provisión adecuada puede ser beneficiosa en extremo. El terapeuta sabe que la depresión tiene sus propios límites y que las ideas y los sentimientos del paciente son impropios e ilógicos. Puede ser muy importante que logre comunicar algo de esta convicción. Muchos médicos han observado un alivio considerable en los depresivos en vez que éstos han logrado experimentar la idea de que, por más desesperados que se sientan, la gravedad de la situación disminuirá. Evidentemente, esta técnica terapéutica es más adecuada para personas con formas leves o moderadas de depresión que en los enfermos gravemente depresivos.

4.4.3 Los medicamentos antidepresivos.

En pocos años, se han introducido bastantes medicamentos en el tratamiento de los depresivos. Los medicamentos antidepresivos han demostrado ser de gran utilidad. Han reducido notablemente el empleo de electrochoquetoterapia, han hecho posible la mejoría de pacientes crónicamente enfermos y resistentes a cualquier otro tratamiento, han reducido la necesidad y el tiempo de hospitalización y han mejorado la capacidad de reacción de los pacientes a la psicoterapia. Los medicamentos antidepresivos pueden dividirse en tres grandes grupos, según su estructura química y el método primario de su acción, los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa. Al tercer grupo, constituido por los estimulantes directos, se le concede muy escasa consideración en la terapéutica contemporánea. Aunque todavía su utilización es bastante ardua, no existen pruebas suficientes respecto de su valor en el tratamiento de la depresión clínica, y constituyen un serio peligro por cuanto tienden a crear habituación. Los otros dos restantes grupos de medicamentos poseen estructuras químicas muy diferentes y parecen actuar mediante mecanismos bioquímicos distintos. Pero tienen, no obstante, ciertos importantes efectos en común. El efecto sobre el que de ordinario mayormente se centra la atención es que todos ellos aumentan la cantidad de aminas biógenas disponibles en el sistema nervioso central. Los inhibidores de la monoaminoxidasa producen efectos secundarios más importantes (en especial, cambios de importancia de la presión sanguínea) que los tricíclicos, por lo que se emplean menos. Es común el uso de medicamentos antidepresivos en combinación con la psicoterapia o la electrochoquetoterapia. Hay pocos hechos que confirmen el valor de aplicar la ECT y el uso simultáneo de tranquilizantes. Pero hay ciertas pruebas que confirman la validez de una combinación simultánea de tranquilizantes y de psicoterapia en pacientes con enfermedad grave o moderada. Recientemente se ha prestado cierta atención al uso de las fenotiacinas en el tratamiento de la depresión. Las fenotiacinas constituyen un dilatado grupo de medicamentos a los que se a

tribuye un potente efecto tranquilizante. La tiordacina, se le adscribe una eficacia específica en el tratamiento de pacientes con depresión y ansiedad.

El carbonato de litio ha cobrado recientemente una preeminencia considerable en este terreno.

4.4.4 La electroconvulsoterapia.

En 1936, Cerletti y Bini introdujeron la electroconvulsoterapia. De hecho hasta años muy recientes, era el método más divulgado para el tratamiento de los enfermos depresivos hospitalizados. Se recurre todavía al procedimiento básico que consiste en aplicar un electrodo a ambos lados de la frente, de otro pasar a una corriente de unos 70 a 100 pulios a través de los lóbulos frontales del cerebro durante un período de tiempo menor que la mitad de un segundo, pero se han introducido ciertas modificaciones de importancia. Hoy día se suministra a la mayoría de pacientes un barbiturato intravenoso que causa una anestesia rápida junto con una inyección intravenosa de un relajante muscular (como la succinilcolina). El empleo de estos u otros medicamentos similares ha logrado que la práctica de la ECT tenga un procedimiento mucho más sencillo que en el pasado. De esta suerte, el paciente experimenta menos molestias físicas y se elimina considerablemente el peligro de complicaciones.

La elección de un programa de tratamiento para una persona en concreto debe fundamentarse en las características peculiares de ésta. Es del todo necesario individualizar el tratamiento en vez de tener un procedimiento estándar que se aplique a todo deprimido.

METODO

El objetivo de la presente investigación está encaminado a descubrir la relación que existe entre los aspectos emocionales de ansiedad y depresión en el paciente que padeció de cáncer y la forma en que dichos aspectos se relacionan con el dolor. -- lo que plantea la siguiente problemática:

¿La depresión y ansiedad en pacientes oncológicos se relaciona significativamente con el dolor?

Hipótesis conceptual: "La percepción del dolor puede atenuarse o acentuarse por los procesos emocionales" (FEUERSTEIN y SHELTON, 1979).

Hipótesis de trabajo:

- Hipótesis I -
- H_0 . Los pacientes oncológicos que presentan mayor ansiedad no tendrán una relación estadísticamente significativa con el dolor.
 - H_1 . Los pacientes oncológicos que presentan mayor ansiedad tendrán una relación estadísticamente significativa con el dolor.

- Hipótesis II -
- H_0 . Los pacientes oncológicos que presentan mayor depresión no tendrán una relación estadísticamente significativa con el dolor.
 - H_1 . Los pacientes oncológicos que presentan mayor depresión tendrán una relación estadísticamente significativa con el dolor.

Variables:

- Depresión** - Estado emocional de abatimiento, tristeza y sentimientos de indignidad y culpa.
- Ansiedad** - Emoción que se caracteriza por sentimientos de peligro inminente, tensión y angustia, por la activación o excitación del sistema nervioso simpático.
- Paciente oncológico** - Persona con un desarreglo del comportamiento celular, que consiste en un crecimiento desordenado de células.
- Dolor** - Desagradable experiencia subjetiva -- sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual de los tejidos o -- que se describe en función de dicha lesión.

Sujetos: 40 sujetos de ambos sexos, sin importar la edad, ni nivel socioeconómico y cultural, con padecimientos de cáncer y presencia de dolor.

Escenario: La investigación se llevó a cabo en un consultorio del servicio de Radioterapia y en las salas de hospitalización de Quimioterapia del Hospital de Oncología (IXE).

Instrumentos:

1.- Cuestionario General de Salud (C.G.S.): Este cuestionario pretende evaluar el estado general de salud del paciente. Para ello tiene formulada una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes. Las preguntas se refieren exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas. Este cuestionario consta de 30 preguntas, sin límite de tiempo para-

contestarlas. Esta estandarizado para la población mexicana, y se han hecho pruebas de confiabilidad y validez en muestras de derecho habientes del INSS.

2.- IDAPE (Inventario de Ansiedad rasgo-estado): Esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación, que se utilizan para medir las dimensiones distintas de ansiedad a) la llamada ansiedad-rasgo y b) la llamada ansiedad estado. Consta de 40 preguntas abiertas. El inventario no tiene límite de tiempo.

3.- Cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo del Dr. Guillermo Gallardo Parvaz (Adaptación de la escala de auto medicación de la Depresión de Zung): Este cuestionario posee 20 reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los niños deprimidos. No hay límite de tiempo para su contestación.

4.- Cuestionario McGill sobre el dolor: Se utiliza para detectar los trastornos dolorosos psíquicos. Facilita la detección fina de las propiedades del dolor según lo describen los pacientes. Se caracteriza por tres factores principales, a) sensorial, b) afectiva-evaluativo y misceláneo (Todos estos factores integran el Índice de dolor). Se ha comprobado su validez pues los pacientes pueden diferenciar entre los componentes de la experiencia dolorosa; los dolores se clasifican estructuralmente, y los componentes coinciden en su estructura con las variaciones de estas dimensiones. Este cuestionario consta de 20 reactivos y un indicador de la Intensidad presente del dolor. No hay límite de tiempo para su contestación.

Procedimiento: Se localizó a los pacientes con dolor de el servicio de Radioterapia, los cuales se remitieron a un consultorio para la aplicación de las pruebas. A los pacientes del servicio de Quimioterapia fue necesario visitarlos en el hospital, ya que se encuentran internados para el tratamiento, o bien habían tenido alguna recaída. Se inició con el Cuestionario General de Salud (C.G.S.), - b) El Cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo

vo del Dr. Guillermo Calderón Narvaez (Adaptación de la Escala de autovaloración de la depresión de Yang), o posteriormente el ID/PS-
d)terminando con el Cuestionario sobre el dolor de McGill. Todos
los instrumentos mencionados anteriormente fueron aplicados en --
forma individual. Las variables ya estaban dadas, sin existir --
ni manipulación ni control de éstas por lo que se realizó una in-
vestigación de campo. Al tener todas las pruebas contestadas se-
procedió a la codificación como después hacer el análisis y repre-
sentación de datos.

Diseño Estadístico: I 0

Se aplicó el estudio de caso con una sola medición, donde --
los sujetos fueron su propio testigo. Se trabajó con una sola mu
esta estrato de la población oncológica con el objetivo de ex-
trapolar los resultados y hacer generalizaciones sobre la pobla-
ción.

RESULTADOS

Los resultados se analizarán estadísticamente por medio del coeficiente de correlación de Pearson, para conocer el grado de relación entre las variables. Posteriormente se representaran los datos en cuatro tablas para su mayor comprensión.

Tabla I DEPRESION

\bar{X} 49.275
 σ 12.187

CORRELACION

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD	.7167 **
ANSIEDAD ESTADO	.7105 **
ANSIEDAD BASGO	.5688 **
AFECTIVO	.4301 *
INDEX DEL DOLOR	.3914 *
INTENSIDAD PRESENTE DEL DOLOR	.5455 **

SIGNIFICANCIA = .01 ** .001

0 a .30	ASOCIACION BAJA
.31 a .79	ASOCIACION MODERADA
.80 a 1	ASOCIACION ALTA

El promedio de los sujetos tiene una depresión media, ya que su media fue de 49.275 y este rango se ubica en dicha depresión; encontrando una desviación estándar de 12.187 donde el rango a la derecha alcanza la depresión media y el rango a la izquierda corresponde a una reacción de ansiedad. En cuanto a la correlación que se encontró esta se relaciona con el C.G.S. que fue de .7167 por lo que existe una asociación moderada con una significancia de .001. Existiendo también una correlación importante con la ansiedad estado de .7505 que quiere decir que se tiene una asociación moderada y una significancia de .001; con respecto a la ansiedad rasgo encontramos .5688 más baja que la ansiedad estado, pero sin embargo mantiene una asociación moderada con una significancia de .001. En relación al dolor se encontró que en el aspecto afectivo hay un .4301 manteniendo así una asociación moderada con una significancia de .01. En el Index del Dolor hay una correlación de .3914 manteniendo una asociación moderada con respecto a la depresión y una significancia de .01. En la Intensidad Presente del Dolor hay una correlación de .5455 asociación moderada con una significancia de .001.

Table II ANSIEDAD ESTADO

\bar{X} 49.100
 σ 13.111

CORRELACION

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD	.6438 **
DEPRESION	.7405 **
ANSIEDAD RASGO	.4349 *
INTENSIDAD PRESENTE DEL DOLOR	.4208 *

SIGNIFICANCIA *.01 **.001

0 a .30	ASOCIACION BAJA
.31 a .79	ASOCIACION MODERADA
.80 a 1	ASOCIACION ALTA

Se encontro que el promedio de los sujetos tienen una ansiedad estado media, ya que cae en este rango la media de la población que fue de 49.100, con una desviación estándar de 13.111 a la derecha los sujetos se encuentran con ansiedad estado alta y a la izquierda con ansiedad estado media. Obteniendo una correlación con el C.G.S. de .6338 asociación moderada con una significancia de .001. La correlación con la depresión fue de .7405 asociación moderada y una significancia de .001, con la ansiedad rasgo fue de .4349 asociación moderada y una significancia de .01. Con la intensidad presente del Dolor hay una correlación de .4208 asociación moderada y una significancia de .01.

Tabla III ANSIEDAD RASGO \bar{X} 40.925 σ 9.458CORRELACION

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD	.5343 **
DEPRESION	.5626 **
ANSIEDAD ESTADO	.4349 *
INDEX DEL DOLOR	.4007 *

SIGNIFICANCIA * .01 ** .001

0 a .30	ASOCIACION BAJA
.31 a .79	ASOCIACION MODERADA
.80 a 1	ASOCIACION ALTA

El promedio de la población tiene una ansiedad rasgo media, la media fue de 40.925, su desviación estándar fue de 9.458 a la derecha alcanza una ansiedad rasgo media, lo mismo que a la izquierda. Se obtuvo una correlación con el C.G.S. de .5343 asociación moderada con una significancia de .001, con la depresión hay una correlación de .5626 asociación moderada y una significancia de .001. En cuanto a la ansiedad estado fue de .4349 asociación moderada y una significancia de .01, con el Index del dolor fue de .4007 asociación moderada y una significancia de .01.

Tabla IV Cuestionario General de Salud

\bar{X} 14.300
 σ 6.722

CORRELACION

DEPRESION	.7167 ==
ANSIEDAD ESTADO	.6438 ==
ANSIEDAD RASGO	.5343 ==
INTENSIDAD PRESENTE DEL DOLOR	.4127 =

SIGNIFICANCIA = .01 == .001

0 a .30	ASOCIACION BAJA
.31 a .79	ASOCIACION MODERADA
.80 a 1	ASOCIACION ALTA

Al promedio de la población se le encontró con alteraciones físicas y emocionales, ya que su media fue de 14.300 con una desviación estandar de 6.722 por lo tanto a la derecha como a la izquierda los pacientes presentan alteraciones emocionales. Se encontró correlación con la depresión de .7167 asociación moderada con significancia de .001, con la ansiedad tuvo una correlación de .6438 asociación moderada y una significancia de .001; en la ansiedad rasgo fue .5343 asociación moderada y significancia de .001; en la intensidad presente del dolor .4127 asociación moderada y una significancia de .01.

En los resultados podemos ver que el Cuestionario General de Salud mantiene una correlación bastante importante con la Depresión, con la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo, al mismo tiempo aunque más baja con la Intensidad presente del Dolor. El estado general de una persona siempre se relaciona con la alteración de los estados emocionales, y por tanto con la Intensidad presente del Dolor.

En la Depresión encontramos una correlación muy alta con la Ansiedad Estado, con la Ansiedad Rasgo, con el aspecto afectivo del dolor, con el Index del dolor y con la Intensidad presente del Dolor. Esto quiere decir que cuando existe Depresión hay aspectos afectivos en el Dolor que hay que vigilar, existiendo una gran Intensidad presente del Dolor.

La Ansiedad Estado se correlaciona con la Intensidad presente del Dolor, mientras que la ansiedad rasgo sostiene una correlación con el Index del dolor, esto quiere decir que las personas que se caracterizan por ser más ansiosas tienden a aminorar las características del dolor, mientras que las que no son tan ansiosas pero están pasando por una crisis de ansiedad tenderán a intensificar el dolor presente.

Por lo que se puede observar los aspectos emocionales (Depresión y Ansiedad) aumentan las cualidades del dolor y la Intensidad presente de éste.

Aceptándose de esta forma las dos hipótesis de trabajo alternas propuestas por esta investigación, por lo que a mayor ansiedad y depresión mayor interrelación con el dolor.

CONCLUSIONES

Gracias a la investigación realizada se puede reafirmar - lo propuesto por Fearstein y Skjei en 1979 y anteriormente en 1971 por Melzack y Torgerson en donde argumentan que: "La percepción del dolor puede atenuarse e acentuarse por procesos emocionales". Y efectivamente al hacer la investigación en el paciente oncológico con dolor se constató lo anterior, ya que en la presencia de éste, siempre había depresión y ansiedad en mayor o menor grado, y dependiendo de la intensidad de estos dos aspectos había un incremento o decremento en el dolor.

Es importante mencionar que el dolor es un síntoma real y presente cuando el cáncer ya tiene un avance considerable, sin embargo cabe preguntarse qué tanto el paciente puede utilizar este síntoma como ganancia secundaria, capturando de esta forma la atención del medio ambiente que lo rodea, consiguiendo satisfactores emocionales que estaban siendo perdidos. Dicen de con acciones lo que no puede decir con palabras "estoy aquí y necesito más que nunca de ustedes". Ya que cuando la enfermedad es larga las relaciones familiares poco a poco se van deteriorando, llegando un momento de cansancio psicológico para los familiares (tal como lo menciona Cohen y Fellisch en 1978- en investigaciones con familias de enfermos crónicos), pues el camino ha sido largo tanto para el paciente como para la familia, y si bien al principio de el diagnóstico de la enfermedad hubo unión y ayuda de parte de todo el mundo, ahora en el mo-

mente más importante tal vez por lo prolongado de la enfermedad sólo haya indiferencia y fastidio por parte de la familia y mucho miedo por parte del enfermo.

Aquí cabe la interrogante de, ¿si este dolor no podría ser incrementado, a nivel inconsciente por el mismo paciente?, y -- de esta manera llamar la atención a los seres queridos, convirtiendo el dolor en una poderosa fuente de satisfactores, aún -- a costa de inconvenientes tales como estar asistiendo constantemente al hospital, ya que si se analiza esta situación, el paciente cambia lo menos por el más, no importa cuanto cueste, lo esencial es disminuir la sensación de desamparo y olvido que hace al paciente utilizar cualquier recurso que pueda estar a la mano para de alguna forma aumentar su autoestima.

El paciente oncológico se le debe dar orientación y apoyo desde el diagnóstico, ya que es un impacto cognitivo para él y toda su familia, el saberse con una enfermedad que es sinónimo de muerte, y donde desde este momento el paciente y su núcleo familiar empieza a morir.

Uno de los problemas de estos pacientes radica en la falta de información de la enfermedad y de sus tratamientos, lo que origina muchos temores, puesto que están luchando a ciegas, no saben cuales son las reglas a favor o en contra. Originando -- que el enfermo experimente ansiedad y depresión, resultando muchas veces que exista poca tolerancia al tratamiento y por ende en el momento de la presencia del dolor el incremento de éste, -- ya que muchas veces por falta de información se deja llevar por

lo que sucede acerca de los terribles dolores del enfermo oncológico, y presenta una conducta anticipatoria del dolor (como menciona en algunas investigaciones Melack y Dennis 1980), lo que puede provocar que en lugar de cuidar terapéuticamente dicha conducta lo lesiones creando una anticipación angustiosa del dolor, que puede tener graves efectos debilitantes, entre ellos considerable temor, desorganización conductual, problemas de rechazo al tratamiento o manifestaciones somáticas; y negarse a someterse al tratamiento y al cuidado médico, como sucede en los pacientes radiados o con quimioterapia.

Hay que subrayar que las problemáticas internas, familiares, laborales o de cualquier índole pueden provocar estados de ansiedad y depresión, que trae como resultado un excesivo estrés emocional para el paciente, acrecentando el síndrome doloroso que si bien puede ser aliviado con fármacos, sin la intervención psicológica el tiempo de alivio será más tardado y menos efectivo. El paciente al hablar de sus problemas y temores siente gran alivio y esto unido a técnicas de relajación puede optimizar los resultados.

Respecto al médico es importante que indague los problemas personales e interpersonales que pudiera tener el paciente aunque éste los niegue, y en cambio si recalque los terribles dolores que le aquejan (Investigadores como Sternbach 1979, — Vellflin 1973, Blendis 1976, descubrieron que los pacientes — que se quejan de dolores frecuentes descartan los conflictos personales como causa de dolor, a pesar de la manifiesta evidencia de ello y recalcan los aspectos somáticos del dolor),—

canalizándolo a que reciba la atención adecuada con el Psiquiatra o Psicólogo, y así en equipo disminuyan el malestar del enfermo.

El Médico debe ser lo más claro posible en el lenguaje que utilice para la descripción de la enfermedad, evolución de la misma, los tratamientos para controlarla y las reacciones posibles. Muchas veces rehuye el tener más trato que el indispensable con el enfermo y su familia, las explicaciones que da son técnicas y distantes, que en lugar de calmar al paciente lo inquietan y lo deja con más dudas que las que tenía anteriormente y sobre todo da cabida a malas interpretaciones. Siendo tal vez esta barrera la cerca del médico ante el miedo de una relación más profunda que pueda provocar una pérdida en él o un fracaso por la impotencia de no poder salvar a un ser humano que bien podría ser él mismo.

En esta como en otras enfermedades crónicas el enfermo empieza su apatía en el momento de conocer el diagnóstico, y aquí es cuando comienza el trabajo de el Psicólogo, empleando técnicas que disminuyan la ansiedad y depresión del paciente y la familia, tratando de mantener al paciente lo más activo posible, para que se sienta una persona útil aún a costa de la propia enfermedad, y que cuando llegue el momento de las molestias irremediables del dolor estas no sean acrecentadas por sus situaciones emocionales, ayudando a que afronte adecuadamente la enfermedad e incluso la muerte si es que ocurre, apoyando a la familia a superar el trauma causado por el cáncer.

El clínico debe movilizar todos los recursos posibles, estando cada uno de estos recursos al alcance del paciente y de sus fa

miliares. Identificando que áreas de funcionamiento se están modificando en el paciente (como probables cambios físicos, diferentes estados psicológicos, disfunciones sexuales, etc.), y así mostrar diferentes técnicas, que puede aplicar él mismo para tener una mejor calidad de vida.

Para poder mejorar la vida del paciente oncológico deben de trabajar unidos los diferentes especialistas buscando cubrir diversos objetivos con la finalidad de optimizar el estado del enfermo. Solo así se logrará un mejor mañana para estos seres --- dignos de respeto y de todo el esfuerzo clínico posible, concientizándonos de que el mejor mañana de ellos podría llegar a ser un mejor mañana nuestro.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las principales limitaciones para la investigación fue el tipo de población con la que se trabajó, ya que la mayoría de los enfermos se encuentran en terapias de radiación o de quimioterapia, y se sienten tan molestos por las reacciones de los tratamientos que es difícil abordarlos, y sobre todo mantener alguna sesión de más de 15 ó 30 minutos con ellos. En cuanto a los pacientes que llegan de emergencia por crisis de dolor, lo único que quieren es un fármaco que haga desaparecer el dolor y no de la presencia de un psicólogo. Otra parte de la población se encuentra hospitalizada, algunos sedados por las crisis dolorosas que reportan, o bien está en casa sin ningún interés de que se les molesté con un interrogatorio.

En cuanto a sugerencias para futuras investigaciones se aconseja el hacer un estudio a partir del diagnóstico, para de este modo hacer la seguimiento y ver las diferentes reacciones a través de la evolución de la enfermedad, sin olvidar la aplicación de técnicas de relajación evaluando así su interrelación con el dolor.

QUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Este cuestionario mide su estado general de salud. Para ello han formulado una serie de preguntas cuyas respuestas tienen que ver con los comportamientos más comunes.

Es importante que los conteste en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

(1) (2) (3) (4)

1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes.	Igual que antes.	Peor que antes.	Mucho peor que antes.
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes.	Mucho más que antes.
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir.	No	No más que antes.	Más que antes.	Mucho más que antes.
8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes.	Igual que antes.	Menos que antes.	Mucho menos que antes.

9. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10. ¿Han tenido dificultad para dormir de un jaldón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11. ¿Ha pasado noches inquietas e intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho menos que antes
14. ¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?	Más que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho menos que antes
15. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
16. ¿Ha sentido que está jugando con un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
20. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21. ¿Se ha sentido asustado y con miedo a lo que le pasa o a lo que le va a pasar?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
22. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
23. ¿Ha sentido confianza y lealtad a sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes

24. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
25. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
26. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
27. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Algunas veces	Sí	
28. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
29. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Algunas veces	Sí	

SUMA DE LAS COLUMNAS 3 y 4 _____

NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA ENCUESTA: _____

C. D. Spielberger, A. Martínez-Cruick, F. G. ...; Regue, L. Nohrie y R. Diaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la persona usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente ahora mismo, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada ítem, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LA ABSOLUTA	UN POCO	ASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por alguna preocupación de contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID, E

SXR

Inventario de Evaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describe cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Me canso rápidamente	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Siento ganas de llorar	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Pierdo oportunidades por no poder decidir rápidamente	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Me siento descansado	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Siento que las dificultades se me amontonan punto de no poder superarlas	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Soy feliz	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Tomo las cosas muy a pecho	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Me falta confianza en mí mismo	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Me siento seguro	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Me siento melancólico	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Me siento satisfecho	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Me afectan tanto los desengaños que me los puedo quitar de la cabeza	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Soy una persona estable	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	(1)	(2)	(3)	(4)

**CUESTIONARIO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO DEL
SINDROME DEPRESIVO
Dr. GUILLERMO CALDERON NARVAEZ**

Nombre _____
Sexo _____ Edad _____ Estado civil _____

	No		Si	
		poco	regular	mucho
1. Se siente triste o apenado?				
2. Se siente cansado o agotado?				
3. Se siente mal o molesto?				
4. Se siente cansado al levantarse?				
5. Se siente cansado al acostarse?				
6. Se siente cansado al hacer sus actividades habituales?				
7. Se siente cansado al hacer sus actividades habituales?				
8. Se siente cansado al hacer sus actividades habituales?				
9. Ha disminuido su interés sexual?				
10. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
11. ¿Siente irritabilidad o presión en el pecho?				
12. ¿Se siente nervioso, agitado, ansioso? (Siento que preciso la molestia)				
13. ¿Se siente culpable o culpado?				
14. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas nunca le saldrán bien?				
15. ¿Se siente cansado al hacer sus actividades habituales?				
16. ¿Siente más fatiga, cansancio que antes?				
17. ¿Se siente cansado al hacer sus actividades habituales?				
18. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
19. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
20. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
21. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
22. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
23. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
24. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
25. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
26. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
27. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
28. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
29. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
30. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
31. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
32. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
33. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
34. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
35. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
36. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
37. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
38. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
39. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
40. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
41. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
42. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
43. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
44. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
45. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
46. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
47. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
48. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
49. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				
50. ¿Siente que él es más triste de lo que antes era?				

CLASIFICACION:
 Preguntas contestadas en la primera columna (NO) = X 1 = _____
 Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO) = X 2 = _____
 Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR) = X 3 = _____
 Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO) = X 4 = _____
 TOTAL _____

Fecha de examen: _____
 Lugar: _____
 Nombre del paciente: _____
 Nombre del médico: _____
 Firma: _____

FORNIA
 EL ANTIDEPRESIVO



- CUESTIONARIO MONIL-MELIACI SOBRE EL DOLOR -

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA: _____

ANALGESICO (S) _____

DOSIS _____

TIEMPO: _____

1 VACILANTE
PALPITANTE
PULSANTE
VIBRANTE
GOLPEANTE
TRITURANTE

11 CANSADO
AGOTADO

12 MOLESTO
SOPORANTE

2 CRESCIENTE
CENTELLANTE
LATIENTE

13 ATEMPERIZANTE
ESPANTABLE
TERRORIFICO

3 PUNCANTE
TALADRANTE
PENETRANTE
APUNTALENTE
LANCINANTE

14 CASTIGANTE
HORRIBLE
CRUEL
ATROZ
IMPRESISTIBLE

4 AGUDO
CORTANTE
LACERANTE

15 VIL
ENCEGUZADOR

5 OPRIMENTE
PRESIONANTE
QUE CORROE
CALAMBRANTE
APLASTANTE

16 INCOMODO
MUY MOLESTO
FASTIDIOSO
INTENSO
INSOPORTABLE

6 TIRANTE
DESCARRABADO
DESQUICIANTE

17 QUE SE EXTIENDE
IRRADIANTE
PERFORANTE
TRASPASANTE

7 CALIENTE
QUEMANTE
ESCALDANTE
CHAMUSCANTE

18 APRETUJANTE
ENTUMECEDOR
ARRASTRANTE
PRESANTE
ESTIRANTE

8 TIMBINANTE
PICANTE
QUE ESCUECE
AGUIJONEANTE

19 HELADO
FRIO
CONGELANTE

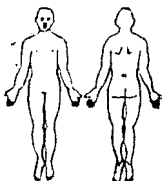
9 SORDO
SENSIBLE
DOLOROSO
MUY DOLOROSO
FUERTE

20 PENOSO
NAUSEABUNDO
AGUIJANTE
TEMIBLE
TORTURANTE

10 ENTESANTE
JALANTE
RASPANTE
REQUEBRAJANTE

PF1

1 SIN DOLOR
2 LEVE
3 MOLESTO
4 MUY MOLESTO
5 TERRIBLE
6 INSOPORTABLE



CONSTANTE
PERIODO
BREVE

SINTOMAS QUE LO

ACOMPALAN

NAUSEA
DOLOR DE CABEZA
MAREOS
SOMNOLENCIA
CONSTIPACION
DIARREA

ACTIVIDAD

BUENA
ALGUNA
POCA
NINGUNA

COMENTARIOS

COMENTARIOS

INGESTA DE ALIMENTO

BUENA
ALGUNA
POCA
NINGUNA

COMENTARIOS

COMENTARIOS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Hamilton W.; (1979); Counseling the patient with cancer. In Proceedings of the American Cancer Society Second National Conference on Human Values and Cancer; p. 158
- (2) Herz SI; (1975); Views on the psychosocial dimensions - of cancer and cancer treatment. Toward a New Definition of Health. Florida Press; p. 175-190
- (3) Kimer J.L.; (1976); The impact of mass media on cancer-control programs. Cancer: The Behavioral Dimensions, Karger Press; p.163
- (4) Thomas C.H., Dazynsky I.E., Shaffer J.V.; (1979); Part 1: attitudes reported in youth as potential predictors - of cancer. Psychosom Med. 41, No.4:284-302
- (5) Janicko L.R., Kallisch L.I.; Psychosocial aspects of mastectomy. The women's perspective; Am J Psychiatry 135, - No. 4:432-436
- (6) Sateff S.E.; (1976); Opiostatic Chemotherapy and post-oral function in patients with Hodgkin's disease: Facts - and thoughts; JAMA 242, No. 17:1896-1899.
- (7) Kassar D.; (1978); Current attitudes of laryngectomy patients; Laryngoscope 89, No. 7: 1061-1065
- (8) Farheit G.J.; (1979); Life events, coping, stress and depressive symptomatology; Am J Psychiatry 136, No. 4:502 - 507
- (9) Neupert H.L.; (1979); Time, age, and the life cycle. - in J Psychiatry 136, No. 7: 887-894
- (10) Kaplan E.L.; (1985); Comprehensive Textbook of Psychiatry; 4ta. Edicion; Baltimore; Williams & Wilkins.
- (11) Gagnon J.E.; (1977); Black Sexuality; Foreman & Co. -- p. 383
- (12) Ferr E.V.; (1979); Preservation of sexual potency in - prostatic cancer patients after IES implantation. J In - GERIATR Soc 27, No. 1:17-19
- (13) Essex V.W.; (1970); The Dying Child; Springfield; p.80
- (14) Steinman E.O.; (1976); Incurable illness and the hospital in the twenty century; Sex and Medicine; 1, No. 4 : - 281-285

- (15) Hersh S.F., (1976); How much should patients know?; --- Washington Post; Sunday, August 6 .
- (16) Rosenbaum E.E.; (1975); Living with Cancer; New York
- (17) Simenton O.C.; (1976); Getting Well Again; Los Angeles.
- (18) Ader R.; (1981); Psychoneuroimmunology; New York.
- (19) Belland J.; (1980); Understanding the cancer patient; - Cancer 30, No. 2:103-112
- (20) Lieber L., Plumb N.E., Gerstenzang H.L.; (1976); The communication of affection between cancer patients and their spouses. Psychosom Med. 38: 379-385
- (21) Veitch A.D.; (1980); Coping with cancer through self-instruction: a hypothesis; Human Stress, March 6:3-8
- (22) Helzlsouer R., Torgerson V.S.; (1971); On the language of --- pain; Anesthesiology 34:50-59
- (23) Johnson J.E., Rice V.H.; (1974); Sensory and distress --- components of pain; Nursing Research 23: 203-209
- (24) Bond N.R.; (1980); The suffering of severe intractable pain; New York. p. 53.
- (25) Feinstein H.; (1979); Enduring pain; Bantam books; New York.
- (26) Sternbach R.A.; (1974); Pain patients: traits and treatment; Academic press, New York
- (27) Phillips C., Hunter H.; (1982); Headache in a psychiatric population. Journal of Nervous and Mental Disease 170: 3-12.
- (28) Helzlsouer R.; (1975); The McGill Pain Questionnaire; major properties and scoring methods; Pain 1:277-299
- (29) Bachman S., Hodgson R.; (1974); Synchrony and desynchrony in fear and avoidance; Behaviour Research and Therapy 12: 311-318
- (30) Davidson B.J.; Specificity and patterning in biobehavioral systems; American Psychologist 33 (5) 430-436
- (31) Dawidoff L.; (1985); Introducción a la Psicología; McGraw Hill de Mex.; 433-436
- (32) Relle Nam, Stanley S.; (1968); La angustia normal y patológica; Buenos Aires; Paidós; 258-263

- (33) Berger A.; (1970); Los síndromes depresivos; París, p.24-26
- (34) Hill D.; (1970); La depresión en la Historia; MEDCOM; -- New York 14-15
- (35) Polaine A.; (1985); La depresión; Martínez Roca; España; 6-8
- (36) Ackerknecht K.H.; (1959); A short History of Psychiatry; Hafner publishing Co.; Londres; 9-10
- (37) Pinel P.; (1801); Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale; Paris.
- (38) Kallman F.; (1950); Genetic Aspects of Psychosis; New York 283
- (39) Reyes A.P., Kolb L.C.; (1961); Psiquiatría clínica Moderna; la prensa Médica Mexicana
- (40) Solonen P.; (1976); Manual de Psiquiatría; El manual Moderno; México. 45
- (41) Vallejo Nájera J.A.; (1981); Introducción a la Psiquiatría; Barcelona; 34-35
- (42) Breviarios de Saneamiento ambiental; (1981); Secretaría de Salubridad y asistencia, Subsecretaría de Mejoramiento del ambiente; México.
- (43) Revista Médica; (1979); Vol. VIII, No. 12, Noviembre
- (44) Idem (33) pero P. 32
- (45) Beck A.T.; (1970); El espectro analítico en Depresión; MEDCOM; New York; 60
- (46) Idem al (40) pero p.99