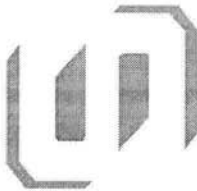


885225



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“ANSIEDAD Y EXPECTATIVAS EN EL DESARROLLO DE
NAUSEA Y VÓMITO ANTICIPATORIO EN PACIENTES
CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA”**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

SARITA SALGADO TORRES

DIRIGIDA POR: MTRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ SALAZAR
ACAPULCO, GRO.

ENERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. CANCER

1.1. Incidencia y factores de riesgo del cáncer.....	2
1.2. Métodos diagnósticos.....	6
1.3. Estadio clínico y etapas.....	8
1.4. Tratamientos.....	9
1.4.1. Cirugía.....	10
1.4.2. Radioterapia.....	11
1.4.3. Hormonal.....	11
1.4.4. Quimioterapia.....	12
1.4.4.1. Tipos de quimioterapia.....	14
1.4.4.2. Efectos secundarios.....	14

CAPITULO II. NAUSEA Y VÓMITO ANTICIPATORIO

2.1. Definición de Nausea y vómito.....	19
2.2. Nausea y vómito posquimioterapia.....	20
2.2.1. Tratamiento médico antiemético.....	25
2.2.2. Factores pronósticos asociados a la nausea y vómito...	26
2.3. Nausea y Vómito Anticipatorio (NVA).....	30
2.3.1. Estímulos asociados, físicos y cognoscitivos.....	31

2.3.2. Condicionamiento y procesos que la median.....	33
2.3.3. Factores predisponentes.....	37
2.3.4. Tratamiento de la Nausea y Vomito Anticipatorio.....	45

CAPITULO III. ANSIEDAD Y EXPECTATIVAS

3.1. Reacciones psicológicas ante el cáncer.....	49
3.2. Apoyo social.....	50
3.3. Evaluación cognoscitiva.....	52
3.4. Afrontamiento como adaptación al cáncer.....	53
3.5. Alteraciones psicológicas en el paciente con cáncer.....	61
3.5.1. Ansiedad.....	61
3.6. Expectativas.....	65
3.7. Tratamiento basado en la terapia cognitiva aplicado a pacientes con cáncer.....	66

CONCLUSIÓN.....	70
------------------------	-----------

REFERENCIAS.....	74
-------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

Por experiencia clínica se observa que la quimioterapia es el tratamiento más temido por los pacientes con cáncer, ya que trae consigo efectos colaterales como alopecia, náusea, vómito, desvanecimiento, entre otros, que deterioran el cuadro clínico del paciente. Se ha detectado que los signos de ansiedad se acentúan estando en la sala de quimioterapia ambulatoria, a punto de recibir el tratamiento. Durante esa espera todo tipo de pensamientos invade la mente del paciente, algunas veces, en ese mismo momento sin estímulos aparentes un alto porcentaje de pacientes que se presenta a recibir subsecuentes ciclos de quimioterapia refiere sentir náuseas e incluso vomita antes de iniciar su infusión de quimioterapia.

La náusea y el vómito como efectos secundarios a la quimioterapia, son una respuesta normal en el organismo producida a partir de algunos agentes que estimulan la zona disparadora del centro del vómito¹. Desgraciadamente dichos efectos generalmente se vuelven más severos con subsecuentes infusiones. Para algunos pacientes cualquier estímulo que se asocia a estos efectos secundarios se convierte en elicitador de reacciones anticipatorias.

Ya que la náusea y vómito anticipatorio son el resultado normal de un proceso de aprendizaje, aparentemente no representan una

¹ REDD. W.H. "Management of Anticipatory Nausea and Vomiting". Cap.35. pag. 423. En: HOLLAND Jimic C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

psicopatología, de hecho la mayoría de los pacientes que lo experimentan son sanos psicológicamente y bien ajustados. Sin embargo, las expectativas del paciente al empezar el tratamiento son predictoras de la severidad tanto de efectos anticipatorios como de secundarios al tratamiento². De esta manera, algunos autores señalan que los estímulos que se asocian a la aparición de la náusea y vómito anticipatorio son la reacción de ansiedad alta ante situaciones específicas, las expectativas del paciente ante el tratamiento y ante la náusea relacionada a la quimioterapia³.

Al parecer la ansiedad juega un papel importante en este tipo de reacciones ya que si se experimenta en el momento de la infusión hay más probabilidad de experimentar náusea y vómito anticipatorio durante subsecuentes tratamientos. Si tomamos en cuenta el estado emocional del paciente con cáncer nos damos cuenta que la ansiedad y la depresión son las reacciones más frecuentes en él, debido a las exigencias y esfuerzos cognitivos que le provoca la noción de su enfermedad, por lo que el asegurar una atención adecuada de su condición emocional durante este tipo de intervención podrá asegurar una adaptación ante su nuevo estado y por ende una adecuada adherencia terapéutica.

² Ibid.

³ Aapro MS, Kirchner V, Terrey J.P. The incidence of anticipatory nausea and vomiting after repeat Chemotherapy: the effect of granisetron. British Journal of Cancer 69 (5): 1994. 9957-960.

CAPITULO I

CANCER

Se sabe que el cáncer ha estado presente desde épocas anteriores, demostrándose esto en tumores óseos de esqueletos animales y restos humanos prehistóricos encontrados en la India (Ramayana) y en Egipto (Papiro de Ebers), desde hace 3, 500 años. La palabra Cáncer deriva del latín y griego “*cancrum*” y “*karkinos*”, respectivamente, que significa cangrejo, ya que anteriormente se observaba la similitud de este crustáceo con los tumores malignos⁴.

Actualmente, la oncología es la rama de la medicina dedicada al estudio del cáncer, o tumores malignos. Las investigaciones en este campo han demostrado que el cáncer es una enfermedad sistémica que afecta a las células en las que, por mutaciones de su material genético, se altera el control de su crecimiento, así como también se altera su mecanismo de muerte natural (llamado apoptosis), lo que conduce a una multiplicación celular sin control ni orden y en consecuencia a la aparición de una masa celular llamada tumor que crece progresivamente dentro de un órgano o víscera, invade los tejidos vecinos y se disemina a distancia a través de la corriente sanguínea o linfática, terminando en un plazo más o menos breve con la vida del huésped al interferir con sus funciones biológicas vitales⁵.

⁴ AGUIAR Morales José y Uriel Bohn S. “El cáncer epidemiología y Etiología” Cap.6. pág.91. En: GOMEZ Sancho, Marcos., Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales. Vol.I. Ed. ICEPSS. España.1998. 685pp.

⁵ <http://www.oncologia.org.ar/cancer.shtml>

1.1. Incidencia y factores de riesgo del cáncer

El cáncer se considera una de las primeras cinco causas de mortalidad en todo el mundo, es responsable del 22% de la mortalidad a nivel mundial. En nuestro país aparece como la segunda causa de muerte desde 1990, seguida de las enfermedades cardiovasculares. En el 2000 se notificaron 55, 731 defunciones por tumores malignos de los cuales el 48% correspondían a hombres y el 52% a mujeres. A su vez los casos diagnosticados se han incrementado del 2 al 13% anualmente entre 1998 y el 2000. En el año 2000 se registraron 91,913 casos, el 34% en hombres y el 66% en mujeres, los tumores más frecuentes fueron cáncer cérvico (24%), piel (14%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%). Por su parte Guerrero en ese mismo año, registro 1,802 casos, lo que significa el 2% del total notificado en el país, 76.6% en mujeres y 23.4% en hombres⁶.

Es evidente que el cáncer ha tomado el lugar que antes ocupaban las enfermedades infecciosas y se ha convertido en la enfermedad más temida, después del SIDA, no sólo por ser una de las principales causas de muerte, sino también porque se hace siempre al precio de una mutilación o efectos secundarios indeseables, y sin duda también porque ciertos tipos de cáncer provocan sufrimientos prolongados insoportables, como son los dolores extremos⁷. En suma un cambio

⁶ Secretaria de Salud, Subsecretaria de prevención y Protección a la salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección general de epidemiología. Compendio de cáncer 2000. Mortalidad y morbilidad. Registro histopatológico de Neoplasias Malignas.

⁷ BRAVO M.P. "Epidemiología del cáncer". Pág.8. pág.93 En: GONZALEZ Barón M. y cols., Oncología Clínica. Tomo I. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. España. 1998. 766pp.

radical en el estilo de vida.

Se sabe que el cáncer agrupa una variada gama de afecciones con una característica común: multiplicación anárquica de células, con tendencia invasora, sin que el proceso tenga una etiología precisa, pero con un carácter maligno evidente⁸, por dicha razón la investigación sobre las causas exactas de su aparición ha sido difícil hasta el momento, por lo que tan solo se conocen factores de riesgo causales.

Se han descrito ilimitados factores o agentes causales, a estos agentes se les conoce como carcinógenos y al proceso que genera la neoplasia (tumor o crecimiento nuevo) se le llama carcinogénesis⁹. Actualmente es bien conocido que al menos el 80% de los tipos de cáncer en Estados Unidos son causados por hábitos de vida (fumar, consumo de alcohol y alimentación) y por carcinógenos ambientales¹⁰.

A pesar de que se han identificado neoplasias malignas relacionadas con antecedentes infecciosos, exposición a radiaciones y la actividad hormonal es un hecho que el cáncer en muchas de sus maneras se asocia con la forma de vida¹¹. De esta forma los factores causales se clasifican en Exógenos o Endógenos.

⁸ Ibid

⁹ Op cit. AGUIAR .Morales José y Uriel Bohn S. “El cáncer epidemiología y Etiología”.

¹⁰ LOWITZ Barry y Casciato D. “Principios de oncología médica y biología del cáncer”. Cap.I. pág. 5 En: CASCIATO Dennis A. y Barry B. Lowitz, “Oncología clínica”. 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital Manual. España 2001. 748pp.

¹¹ KURI y cols. “Epidemiología del cáncer en México”. Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Protección a la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Compendio de cáncer 2000. Mortalidad y morbilidad. Registro histopatológico de Neoplasias Malignas.

Factores *exógenos*

Químicos

Representan más del 75% de las causas de cáncer. Su acción carcinógena se desarrolla sobre los ácidos nucleicos (en el material genético), activando los oncogénes y provocando la inactivación de genes supresores del crecimiento celular. Pueden ser factores orgánicos e inorgánicos, como procedimientos industriales, factores biológicos como los virus, drogas y fármacos, la dieta, el alcohol y el tabaco entre otros. Es por dicha razón que mediante la prevención se pueden eliminar casi el 80% de estos¹².

Físicos

Consisten en radiaciones ionizantes y ultravioletas que en determinadas dosis dependiendo del agente emisor, tipo, tiempo y órgano diana, causan lesiones severas a nivel del ADN nuclear, afectando al material genético, con capacidad para desencadenar mutaciones progresivas e irreversibles que no pueden ser reparadas, induciendo así carcinogenesis celular¹³.

Factores *endógenos*

Factores genéticos o de carácter hereditario (por ejemplo el gen

¹² Op cit. AGUIAR .Morales José y Uriel Bohn S. "El cáncer epidemiología y Etiología".

¹³ Ibid pag. 97

supresor p53), estos factores son difícilmente controlables y representan el 25% de todas las causas de cáncer, a diferencia de los exógenos que son modificables y que se relacionan con los estilos de vida¹⁴.

Algunos autores sugieren la existencia de otros factores endógenos al individuo como son los procesos del pensamiento. Estudios retrospectivos han evaluado los factores psicológicos en pacientes que ya tienen cáncer, intentando encontrar diferencias que los distinga de un grupo control de sujetos sin cáncer. Se han propuesto tres categorías de variables psicológicas asociadas al cáncer: una historia de estrés, características o atributos de la personalidad y contacto social. Al respecto se ha encontrado que el desarrollo y progresión de algunos tipos de cáncer pueden ser afectados por influencias psicológicas. Parece ser que al menos una inmunosupresión influye al peor pronóstico en el cáncer, y esta respuesta a su vez está afectada por factores psicológicos (como la depresión y el estrés). A partir de estas investigaciones se ha sugerido que las alteraciones en las defensas inmunes podrían ser exploradas como un posible mecanismo por el cual variables psicológicas podrían influenciar el desarrollo del cáncer¹⁵.

Irwin y Anisman propusieron que el estrés altera una gran variedad de hormonas a nivel neuroendocrino y que muchos tumores son

¹⁴ Ibid Pag.98.

¹⁵ BOVBJERG Dana. Psychoneuroimmunology and Cancer. Cap. 61. Pág. 732. En : HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handbook of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989

hormonodependientes, de esta forma explican que los cambios endocrinos inducidos por factores psicológicos podrían tener un efecto directo en la aparición de un tumor. Además los cambios conducidos hormonalmente en actividad metabólica (por ejemplo la alteración en la temperatura corporal) pueden resultar en un crecimiento tumoral alterado¹⁶. Se ha mencionado que la investigación del rol de la psiconeuroinmunología en cáncer requiere aun, de diseños cuidadosamente estudiados relacionando variables psicológicas, mediadores inmunológicos, progresión e incidencia alterada del cáncer en los mismo sujetos. A pesar que ya desde 1975 se estimaba que los estados emocionales podían influir tanto en la génesis como en la evolución y tratamiento del cáncer, ya que de acuerdo a los estudios de Riley, el estrés produce la activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción de corticoesteroides que, a su vez, tiene como consecuencias una involución del timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos y, por tanto, un debilitamiento del sistema inmunitario encargado de proteger al organismo, afirma que aunque el estrés no es la causa primaria del cáncer sí constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo¹⁷.

1.2. Métodos diagnósticos

La autoexploración a nivel general se considera un método de detección precoz al aportar algunos signos evidentes del cáncer, está

¹⁶ ibid

¹⁷ BAYES R. Psicología oncológica, España 1985.

incluye examinar las mamas en las mujeres mayores de 20 años; vigilar la aparición de masas de tejido (tumores) o de nuevos lunares, cambios en los lunares existentes y manchas escamosas de la piel en los pacientes expuestos a la luz solar, especialmente individuos de piel pálida, así como también vigilar el sangrado en orina o heces, heridas en boca o piel que no curan o pérdida inexplicada de peso¹⁸.

Por otra parte la biopsia, es la prueba histológica (de tejidos) de malignidad más utilizada para determinar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, ya que las neoplasias pueden estar enmascaradas como entidades benignas o inflamatorias¹⁹. Es así como el patólogo primero determina si el tejido examinado es neoplásico, después opina sobre el tipo de cáncer para ayudar a la selección del tratamiento más adecuado y a determinar el pronóstico. Una vez establecido el diagnóstico hecho por el patólogo, el médico debe asegurarse de que concuerde con los hallazgos clínicos²⁰.

Es importante determinar la extensión anatómica o el estadio de la enfermedad, para proceder a considerar el tratamiento más adecuado. Debido a las distintas historias naturales de los tumores; los pasos que hay que dar para la estadificación (clasificación por estadios) varían considerablemente de un cáncer a otro²¹.

¹⁸ Op cit. LOWITZ Barry y Casciato D. "Principios de oncología médica y biología del cáncer". Cap. 1. pág. 5

¹⁹ Ibid

²⁰ SKEEL Roland T. y Patricia Ganz. "Valoración sistemática del paciente oncológico y complicaciones médicas a largo plazo". Cap. 3. pp.34 En: SKEEL Roland y cols. "Quimioterapia del cáncer". Hospital manual. 5ª.ed. Ed. Marbán. España. 2000.

²¹ Ibid pag.36

1.3. Estadío clínico y etapas

Existen numerosas variables a partir de las cuales se pueden clasificar las enfermedades neoplásicas: presencia y duración de los síntomas, edad y sexo del enfermo, localización anatómica, tipo tumoral y grado histológico, extensión clínica y anatomopatología de la enfermedad, presencia de determinadas alteraciones moleculares o genéticas, etc. De todas ellas, una de las más importantes, por la cantidad de información que aporta, es la extensión que alcanza la neoplasia²².

El TNM es el sistema más conocido de clasificación de la extensión de las enfermedades neoplásicas y se basa en la determinación de tres componentes, que reflejan las vías de extensión (por contigüidad linfática y hematológica) de los tumores malignos²³.

T: se refiere a la extensión del tumor primario. Determinada por el tamaño del mismo y las estructuras vecinas que invade. Cuando existen varios tumores primarios, se adjudica la T que corresponde al más avanzado.

N: refleja la presencia y extensión de las metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

M: depende de la existencia o no de metástasis a distancia (siembra de

²² ARTAL, y Martínez Trufero. "Diagnóstico de extensión". Cap. 16. pág.211. En: GONZALEZ Barón M. y cols., Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.

²³ Ibid pág.213.

tumor hacia otros órganos).

De acuerdo a los tres componentes (TNM) el oncólogo determina el estadio clínico para cada tipo de cáncer en donde el estadio clínico 1 es el menos avanzado y el 4 es el más avanzado y de peor pronóstico por su agresividad. La práctica de dividir los tumores en estadios se debe a que, cuanto más localizado está un tumor, mayores son las posibilidades de tratamiento y la probabilidad de curación.

1.4. Tratamientos

La aplicación terapéutica depende del tipo de tumor, localización, tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas del paciente, estas consideraciones serán capaces de detener el crecimiento del tumor y erradicarlo, en mayor o menor medida²⁴.

Antiguamente, se utilizaba la cirugía y la radioterapia para tratar a los pacientes oncológicos en los primeros estadios, posteriormente se usaba la quimioterapia cuando estos tratamientos ya no eran eficaces o cuando la enfermedad se diagnosticaba en un estadio avanzado. En estas circunstancias, la quimioterapia solo era paliativa o de control (excepto en el coriocarcinoma gestacional) y en ausencia de tumores intensamente sensibles, o de fármacos sorprendentemente potentes, la probabilidad de aumento de la supervivencia era baja. Al aumentar los conocimientos sobre los determinantes genéticos de crecimiento del

²⁴ Op cit. AGUIAR Morales José y David Aguiar B. "Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del cáncer" Cap.8. pág. 111.

cáncer, la cinética de la célula tumoral y el desarrollo de resistencias la administración temprana de quimioterapia ha aumentado. Sin embargo para planear una intervención y valorar su eficacia, cada vez es más importante realizar una estadificación cuidadosa, de esta forma, solamente cuando se haya establecido la extensión exacta de la enfermedad podrá idearse el plan más racional de tratamiento para cada paciente en forma individual, ya sea cirugía, radioterapia o quimioterapia²⁵.

1.4.1. Cirugía

El método más antiguo, más establecido y todavía el más eficaz para curar la mayoría de los tipos de cáncer es la cirugía, primero se selecciona si el cáncer está limitado a una zona concreta y se prevé que podrán eliminarse todas las células cancerosas sin poner en peligro estructuras vitales²⁶. El objetivo del tratamiento quirúrgico ideal es la extirpación de todo el tejido tumoral presente, que conduciría a la curación del paciente, sin embargo, no es lo habitual, ya que la cirugía va a estar condicionada por el paciente, (estado general, patología, previos tratamientos), el tumor (localización, datos histológicos y estudio evolutivo) y el medio en que se desarrolla la cirugía²⁷.

²⁵ Op cit SKEEL Roland T. y Patricia Ganz. "Valoración sistemática del paciente oncológico y complicaciones médicas a largo plazo".

²⁶ Ibid SKEEL Roland T. "Selección de tratamiento para el paciente oncológico". Pág. 4. pp.57

²⁷ HERNÁNDEZ Romero Juan. "Tratamiento Anticáncer: Cirugía". Pág. 136. En: GOMEZ Sancho, Marcos, "Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales". Vol.1. Ed. ICEPSS. España.1998. 685pp.

1.4.2. Radioterapia

La radioterapia se utiliza en el tratamiento de la enfermedad local o regional cuando la cirugía no pueda eliminar completamente el cáncer o cuando pudiera desorganizar las estructuras o funciones normales en exceso. Un determinante de la idoneidad de la radioterapia es la sensibilidad intrínseca del cáncer a la radiación ionizante. Algunos tipos de cáncer (linfomas, seminomas) son más sensibles a la radioterapia, otros (melanomas, sarcomas) tienden a ser menos sensibles. Aunque la radioterapia suele utilizarse como una forma de tratamiento primario o curativo, también es adecuada como tratamiento paliativo²⁸. La radioterapia comprende el uso de dos tipos de radiaciones ionizantes²⁹:

La **teleterapia**, (tele = lejos y terapia = tratamiento) que requiere la utilización de equipos grandes para la producción de radiaciones electromagnéticas: fotones y electrones.

La **braquiterapia**, (braqui = cerca), en la cual se usan isótopos radiactivos.

1.4.3. Hormonal

La hormonoterapia es un tratamiento que presupone la existencia de

²⁸ Op cit SKEEL Roland T.

²⁹ Op cit HERNÁNDEZ Martín Ma. Antonia. "Tratamiento Anticáncer: Radioterapia" Cap. 9. pág. 119

una afinidad biológica entre ciertos tumores llamados hormonodependientes y determinadas glándulas endocrinas cuyas hormonas inducen y promocionan el crecimiento tumoral. De tal forma la eficacia de este procedimiento se basa en la modificación de la relación entre tumores y glándulas, mediante la administración de hormonas (como los estrógenos y andrógenos).

1.4.4. Quimioterapia

La quimioterapia se utilizó con éxito por primera vez en 1943, en un paciente con enfermedad de Hodgkin. Se trata de un procedimiento sistémico (porque recorre todo el cuerpo), que permite destruir los tumores mediante la administración de fármacos que impiden la reproducción celular o paralizan su crecimiento, lesionando los ácidos o interfiriendo en funciones biológicas vitales para el desarrollo de las células tumorales³⁰.

Los fármacos se administran por lo regular por vía intravenosa, pudiendo también utilizarse la vía oral, subcutánea, intramuscular, intra-arterial o intracavitaria, la forma de administración es en períodos de tiempo variables, cada 7, 21 o 28 días, o en pautas continuas, e intercalando pausas de descanso entre las aplicaciones (ciclos), para permitir la recuperación de la toxicidad general y de la médula ósea. Es posible que el paciente reciba tratamientos con un sólo medicamento o con una combinación de medicamentos, esto dependerá del tipo de

³⁰ Op cit AGUIAR Morales José y David Aguiar B. "Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del cáncer" Cap.8. pág. 111.

cáncer, su localización y el estado general de salud del paciente³¹. Habitualmente un "esquema" o protocolo de quimioterapia tiene varias drogas que se administran juntas, se usan más de 50 medicamentos para combatir el cáncer y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células cancerosas³².

Durante el tratamiento va disminuyendo la masa tumoral, en base a la muerte celular de una parte más o menos importante de la fracción activa del tumor, lo que ocurre de forma progresiva con cada una de las aplicaciones, hasta conseguir la regresión del tumor. La respuesta puede ser total o en otros casos es sólo parcial, dependiendo de la sensibilidad del tumor a los fármacos utilizados, estadio evolutivo, intensidad de las dosis y otros parámetros de cinética celular. A diferencia de la cirugía y radioterapia, la quimioterapia es capaz de destruir tanto metástasis como micrometástasis que aún están en tránsito hacia órganos distantes³³.

La quimioterapia persigue los siguientes objetivos: la curación de ciertos tumores, la paliación de los síntomas (cuando los beneficios potenciales del tratamiento exceden a sus efectos adversos) y en pacientes asintomáticos, la disminución de la tasa de recidiva y aumento en el intervalo libre de enfermedad o supervivencia absoluta³⁴.

³¹ <http://ocsi.nci.nih.gov/Datos/datos.html#anchor684955>

³² <http://www.oncologia.org.ar/quimioterapia.shtml>

³³ Op cit AGUIAR

³⁴ Op cit LOWITZ Barry y Casciato D. "Agentes quimioterapeúticos para el tratamiento del cáncer". Cap. 4. pág. 54

1.4.4.1. Tipos de quimioterapia

Dependiendo de la intención del tratamiento y situación evolutiva del binomio paciente-tumor la quimioterapia se divide en³⁵:

- **Neoadyuvante.** Los fármacos se administran antes del tratamiento quirúrgico, asociados o no a la radioterapia, con la idea de reducir al máximo el volumen tumoral y disminuir la enfermedad, haciendo reseccables tumores inicialmente comprometidos para una cirugía de intención radical.
- **Coadyuvante.** Se administra a la vez que otro tratamiento, generalmente la radioterapia o la inmunoterapia.
- **Adyuvante.** Administrada tras el tratamiento local radical, quirúrgico o radioterápico, con el objetivo de destruir la enfermedad residual, permitiendo así aumentar las posibilidades de supervivencia y mejorar el intervalo libre hasta la recaída.

1.4.4.2. Efectos secundarios

El mantener un tratamiento con quimioterapia requiere que se cumplan dos condiciones: que sea eficaz, y que sea tolerable, por lo que se realizan análisis periódicos en el paciente y se debe investigar acerca de su toxicidad. Dado que las células anormales crecen y se

³⁵ Op cit AGUIAR

reproducen velozmente, los medicamentos quimioterápicos atacan selectivamente a este tipo de células, sin embargo algunas células normales también crecen rápidamente, entre ellas se destacan las de la médula ósea (la fábrica de los glóbulos rojos, blancos y plaquetas), las células que forman el pelo y las que revisten la mucosa de la boca y el intestino; es por eso que en ocasiones estas células son afectadas transitoriamente por la quimioterapia³⁶. Afortunadamente muchos de estos efectos tóxicos pueden ser previsibles, controlables y reversibles ya que desaparecen cuando termina el tratamiento y las células sanas tienen la oportunidad de reproducirse para alcanzar su nivel normal. Los efectos que aquejan a los pacientes con más frecuencia son la náusea y vómito, el cansancio y la caída del cabello. Sin embargo los efectos secundarios del tratamiento varían de un paciente a otro y de una droga a otra, pueden ser³⁷:

- **Depresión hematológica.** (anemia, leucopenia, trombopenia). La producen en mayor o menor cuantía todos los citotóxicos, dependiendo de la dosis.

- **Alopecia.** Pérdida del pelo, reversible al finalizar el tratamiento.

- **Diarrea.** Generalmente asociada a mucositis o toxicidad enzimática directa.

- **Mucositis.** Irritación producida en la boca por efecto de la

³⁶ [http://oesi.nci.nih.gov/Datos/"\ "anchor686384"](http://oesi.nci.nih.gov/Datos/)

³⁷ Op cit AGUIAR.

quimioterapia, es un efecto que condiciona vómito, diarrea, imposibilidad para deglutir y tendencia a sobreinfecciones por hongos en la mucosa oral, cuyas células al descamarse provocan úlceras rebeldes y muy dolorosas. Es reversible al repararse y regenerarse el epitelio mucoso.

- **Esterilidad masculina.** Por lesión del epitelio germinal, sobre todo en regímenes terapéuticos agresivos y de larga duración en sujetos jóvenes
- **Amenorrea.** Es frecuente, puede revertir en determinadas situaciones o ser definitiva.
- **Nefrotoxicidad.** Relacionada con la administración de cisplatino y metotrexato.
- **Neurotoxicidad.** La neuropatía periférica puede producir incapacidad motora y sensitiva importante. Parece ser que las mujeres que fueron tratadas con dosis altas de quimioterapia adyuvante más tamoxifeno, presentan déficit cognitivo, como problemas de memoria o dificultad de concentración.
- **Nausea y vómito.** Provocados por la acción directa sobre el área postrema del cuarto ventrículo encefálico. El vómito inmediato (agudo) se produce generalmente en los primeros minutos u horas tras la administración de quimioterapia y puede ser prevenido con fármacos que actúan sobre receptores de serotonina tipo 3.

También existe el vómito tardío, que dura incluso varios días tras la administración de quimioterapia y puede ser tratado con corticoides y metoclopramida. Por último, puede existir el vómito anticipatorio, resultado del condicionamiento producido por vómito previo. De tal forma se observa que el vómito tiene un mecanismo complejo de producción a nivel central teniendo una gran influencia el componente emocional, como se explicará más adelante³⁸.

Hoy día se cuenta con un gran número de fármacos y procedimientos para luchar contra estas situaciones, llamados tratamientos de soporte, entre los que se encuentran los antieméticos, protectores de la toxicidad visceral, reservorios subcutáneos, entre otros, gracias a los cuales se ha podido minimizar la toxicidad.

³⁸ Ibid.

CAPITULO II

NAUSEA Y VÓMITO ANTICIPATORIO

La causa más frecuente y estresante de náusea y vómito en el paciente con cáncer es cuando sucede como efecto secundario de la quimioterapia. Se sabe que si el vómito no es tratado a tiempo puede llevar al paciente a la deshidratación, alteraciones electrolíticas, desnutrición, desbalance metabólico, neumonía, y ocasionalmente provocarles yagas en el esófago (síndrome Mallory- Weiss)³⁹.

Es por tal razón que los médicos ocasionalmente se ven forzados a reducir las dosis óptimas del régimen quimioterapéutico; de lo contrario si estos efectos secundarios continúan siendo severos y dejan de ser tratados se vuelven intolerables, y por ende se deteriora la calidad de vida del paciente produciendo mayor probabilidad de abandonar el tratamiento. Se han hecho esfuerzos considerables en oncología en cuanto a la búsqueda de antieméticos efectivos con la finalidad de asegurar la habilidad del paciente para tolerar los regímenes del tratamiento, ya que, hasta dos tercios de los pacientes que reciben quimioterapia presenta náusea y vómito de distinta intensidad⁴⁰.

³⁹ LESKO Lynna M. "Nausea and vomiting: Physiology and Pharmacological Management". Cap.34. pag. 414. En: HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

⁴⁰ GARRINDO, y cols. "Toxicidad de la quimioterapia" Cap. 38. Pag. 477. En GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.

2.1. Definición de Nausea y vómito

El vómito es la expulsión violenta, por la boca de materias contenidas en el estómago (contenido gástrico), a consecuencia de una contracción brusca e intensa de las paredes gástricas y el abdomen (acto reflejo coordinado centralmente). Las fases del vómito son las siguientes⁴¹:

1. Nausea. Es la sensación desagradable referida vagamente al epigastrio y al abdomen que indica la proximidad del vómito (que puede asociarse o no a él). Es una experiencia subjetiva, se acompaña de la paralización del peristaltismo gástrico junto con reflujo del contenido duodenal y de fenómenos vegetativos: taquicardia, bradicardia, vasoconstricción cutánea, hipotensión, piloerección y sudoración.
2. Arcada. Es una actividad rítmica de la musculatura respiratoria, compuesta por movimientos espasmódicos respiratorios, en la que se presenta un aumento de la presión intrabdominal, una disminución de la intratorácica y cierre de la glotis. El número de arcadas depende del contenido gástrico.

El mecanismo fisiológico del reflejo del vómito empieza con la sensación de nausea (salivación, sudor frío, relajación gástrica, taquicardia, diarrea). La nausea siempre precede al vomito, excepto en

⁴¹ MORROW Gary y cols. Nausea y emesis: evidencia de una perspectiva bioconductual. Support Care Cancer. 2001

circunstancias inusuales de vomito explosivo. La emesis o vómito, es controlado por el centro del vómito localizado en la formación reticular dorsolateral de la médula y la respuesta está influenciada por los receptores en la corteza cerebral, la zona quimiorreceptora del trigémino y en la periferia (vísceras). Este centro del vómito coordina el acto de vomitar, incluyendo la salivación, la contracción diafragmática, el sostener la respiración, la contracción muscular del abdomen y el reflejo nauseabundo⁴².

2.2. Nausea y vómito postquimioterapia

A pesar de que aún se desconoce el mecanismo de inducción del vómito que ocasionan los fármacos antineoplásicos, se han elaborado diversos modelos experimentales para intentar explicar satisfactoriamente el fenómeno de la emesis postquimioterapia. Entre ellos, se encuentran los siguientes⁴³:

- ❖ Modelo de acción directa sobre los centros del vómito. Propone que los fármacos antineoplásicos o sus metabolitos estimularían directamente la zona quimiorreceptora.
- ❖ Modelo humoral. Postula que los fármacos antineoplásicos y la radioterapia provocarían la formación de compuestos endógenos, que a su vez estimularían directamente la zona quimiorreceptora.

⁴² Op cit LESKO.

⁴³ CHACON J. Y cols. "Antiemesis en la terapia antineoplásica" Cap. 51. Pag. 627. En GONZALEZ Barón M. y cols, Oncología Clínica. Tomo I. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.

- ❖ Modelo de las aferencias neurales. De acuerdo con este modelo, la quimioterapia y la radioterapia estimularían las aferencias nerviosas que sirven a la zona quimiorreceptora o al centro del vómito, o a ambos.

Garrindo en 1998 mencionó que es probable que el mecanismo real sea, en cierta medida, una mezcla de los mencionados, y pasaría por la existencia de un factor común que enlace las teorías expuestas. Este factor sería liberado por la quimioterapia y la radioterapia, y actuaría como neurotransmisor, estimulando el reflejo del vómito al actuar sobre las terminaciones nerviosas. Se sabe, que el centro del vómito coordina la respuesta efectora motora y vegetativa que produce el vómito tras integrar los estímulos aferentes recibidos de al menos tres localizaciones conocidas⁴⁴:

- 1) La zona gatillo quimiorreceptor, localizada en el área postrema en el suelo del cuarto ventrículo, que está desprovista de barrera hematoencefálica, y es por tanto, sensible a cambios químicos séricos. Ésta ha sido considerada clásicamente una vía dopaminérgica.
- 2) Aferencias centrales del sistema límbico y la corteza cerebral, a las que se ha atribuido un papel en el desarrollo de vómitos anticipadores.
- 3) Aferencias periféricas del tubo GI (duodeno) y del corazón, que alcanzarían el bulbo raquídeo por la vía del vago, a través del núcleo

⁴⁴ Op cit GARRINDO, y cols.

del tracto solitario.

De los neurotransmisores identificados destacan, (por tener un papel conocido en la emesis postquimioterapia) la dopamina, la histamina, la acetilcolina, endorfinas y la serotonina. De éstos tienen un papel relevante la serotonina por su reciente adquisición. Según esta teoría, diversos agentes citotóxicos provocarían, mediante efecto directo sobre las células enterocromafines del intestino delgado, una liberación de serotonina que estimularía las aferencias vagales, desempeñando un papel secundario la activación de receptores a nivel central. Por consiguiente el tratamiento antiemético se basa en el empleo de fármacos con actividad conocida para bloquear los receptores de los neurotransmisores implicados en la emesis.

Garrindo menciona que actualmente se cree que no existe un único mecanismo en el desarrollo de la emesis postquimioterapia, y afirma que por el contrario, lo que parece más probable es que dicho efecto tóxico debe ser el resultado de la estimulación de varios de los mecanismos desencadenantes del vómito⁴⁵.

Se identifican tres tipos de presentación de náusea y vómito⁴⁶:

Agudo, que se produce dentro de las primeras 24 horas, típicamente lo hace 1-2 horas después del tratamiento. Algunos autores ramifican

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ TIPTON Janelle y Roland Skeel "Reacciones agudas y efectos secundarios a corto plazo de los antineoplásicos". Cap.27. pp.559 En: SKEEL Roland y cols. "Quimioterapia del cáncer". Hospital manual. 5ª.ed. Ed. Marbán. España. 2000

este en una categoría de subagudo, que es cuando se produce entre 9 y 18 horas después de la administración de la quimioterapia⁴⁷.

Retrasado, que aparece después de 24 horas de haberse administrado el tratamiento. Generalmente 48-72 horas después de la administración, disminuyendo en uno o tres días. Son también llamados diferidos, aunque suelen ser menos intensos que los agudos, pueden tener más trascendencia fisiológica al dificultar la alimentación y favorecer la deshidratación por lo prolongado de su evolución⁴⁸.

Anticipatorio, que se produce antes de administrar el tratamiento, y constituye un aprendizaje automático de reacciones aversivas. Se trata de una respuesta o reflejo condicionado que aparece en pacientes con mal control de la náusea y vómito en ciclos previos. Suele estar desencadenada por estímulos sensoriales relacionados con la administración del tratamiento. Los estímulos más frecuentes son: visuales (objetos, el personal de enfermería, etc.) y olfatorios (olor alcohol, perfume de la enfermera, etc)⁴⁹. Una vez establecido el reflejo puede ser muy resistente a cualquier intento terapéutico, y muchas veces se acompaña de una intensa ansiedad por parte del paciente⁵⁰. Cuando aparecen, son útiles los ansiolíticos (especialmente el lorazepam, por su efecto amnésico), aunque

⁴⁷ Op cit LOWITZ Barry y Casciato D. "Cuidados paliativos". Cap. 5. pág. 55.

⁴⁸ Op cit CHACON J. Y cols.

⁴⁹ Op cit GARRINDO, y cols..

⁵⁰ Op cit. CHACON J. Y cols..

cuando el reflejo está muy asentado puede ser extraordinariamente difícil de erradicar, se dice que han resultado mejor diversas estrategias terapéuticas de tipo psicológico como la hipnosis y relajación muscular progresiva (lo cual supone aprender a relajarse mediante la tensión activa de una manera progresiva), la distracción cognitiva, técnicas de relajación con imágenes guiadas, condicionamiento operante (por ejemplo, los pacientes pueden ser tratados en un área o en un día diferente de su lugar y tiempo habituales).

Por lo general la náusea y el vómito son efectos transitorios de la quimioterapia que pueden durar algunos días. La náusea aparece horas después de la administración, a veces en lugar de náusea los pacientes sienten falta de apetito o rechazo por los alimentos la semana siguiente al tratamiento. Habitualmente esto no es peligroso pues la alimentación se normaliza en unos pocos días⁵¹. Sin embargo, el hecho de enfrentarse a los efectos de la quimioterapia provoca un desajuste emocional importante, ya que los pacientes sienten preocupación y aprensión. Por lo que es importante un tratamiento efectivo para solucionar el problema de la náusea y el vómito para garantizar en el paciente oncológico una mejor calidad de vida. Con la aparición durante los últimos 10 años de protocolos antieméticos más eficaces, la mejora en la prevención y el control de la náusea y vómito ha aumentado la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo a pesar de los intentos hechos por la industria farmacéutica, aún se presenta la náusea y

⁵¹ "<http://oesi.nci.nih.gov/Datos/>"\l "anchor686384"

vómito como efecto adverso a la quimioterapia⁵².

Para evitar la náusea y el vómito al principio del tratamiento y para tratar el posible vómito que se retrase varias horas o días es necesario un tratamiento profiláctico y una administración pautada de la quimioterapia. Es muy importante que el protocolo antiemético empleado evite al máximo la náusea y el vómito para que no se desarrollen respuestas condicionadas de náusea y vómito anticipatorio, y el tratamiento antiemético fracase⁵³.

2.2.1. Tratamiento médico antiemético

Con respecto a los medicamentos que son altamente eméticos principalmente, están el cisplatino, dactinomicina, antraciclinas, decarbacina, nitro zureas, mostazas nitrogenadas y altas dosis de ciclofosfamida⁵⁴. Ante estos la Metoclopramida (Reglán), ha desempeñado un papel de transición entre los viejos agentes y los nuevos antieméticos bloqueadores del 5HT (antagoniza sus receptores), ya que actúa tanto a nivel central (en la zona del quimiorreceptor) como a nivel periférico (mediante la estimulación de la motilidad gástrica y del intestino delgado y por lo tanto evita el éxtasis gástrico y la dilatación del estómago). Los efectos adversos incluyen sedación leve, reacciones distónicas, acatisia (intranquilidad) y diarrea. Sin embargo actualmente un 40% de los pacientes esta en riesgo de sufrir náusea y vómito como efecto secundario de la quimioterapia a

⁵² Op cit. LOWITZ.

⁵³ Op cit. TIPTON y Skeel .

⁵⁴ Op cit. LOWITZ.

pesar del tratamiento antiemético⁵⁵.

2.2.2. Factores pronósticos asociados a la Nausea y vómito

Se han descrito ilimitados factores que predisponen el sufrir náusea y vomito agudo, tales como los relacionados a la quimioterapia (que pueden afectar la probabilidad y gravedad de los síntomas) en los que se incluye el fármaco empleado, capacidad ematógena, dosis, pauta (esquema o tiempo de administración), asociación de citotóxicos, vía de administración y régimen de suministro ambulatorio. Además según investigaciones recientes también se considera, el ser de género femenino, la edad (mientras más jóvenes mayores son los riesgos de sufrir los efectos), tener náusea previamente a la quimioterapia, necesidad inminente de antieméticos, escasa red de apoyo social, bajo consumo de alcohol⁵⁶. La sensibilidad a la cinetosis (mareo del movimiento), la náusea y vómito experimentados durante los embarazos (emésis gravídica) y el nivel cultural alto son otros factores pronósticos de la emésis inducida por la quimioterapia⁵⁷. Un estudio longitudinal prospectivo hecho en pacientes con cáncer de mama, mostró que dentro de los factores no farmacológicos predictores del desarrollo de náusea y vómito postquimioterapia, se encontraban la expectación de desarrollar náusea y vómito después de la quimioterapia

⁵⁵ Op cit. MORROW

⁵⁶ HERRSTEDT Jorn. "Nausea and emesis: still an unsolved problem in cancer patients?" Support Care Cancer. USA. 2002. 10:85-87

⁵⁷ Op cit. CHACON J. Y cols. "Antiemesis en la terapia antineoplásica" Cap. 51. Pag. 633 y 634.

así como el nivel de ansiedad (estado), entre otros. El análisis reveló que factores no farmacológicos explicaron parte de la variación en la aparición de la náusea y el vómito, la mayoría de los predictores comunes fueron la expectativa a desarrollarla, la historia de laringitis, edades jóvenes, el estadio de la enfermedad, y el nivel de ansiedad⁵⁸.

Desde 1988 Jacobsen y cols., hicieron un estudio para determinar el rol de los factores no farmacológicos en el desarrollo de la náusea posterior a la quimioterapia, encontrando que el 71% de los pacientes desarrollo náusea después de la quimioterapia dicha náusea se relacionó: al estado físico de los pacientes durante el tratamiento, altos niveles de ansiedad durante las infusiones, susceptibilidad a la náusea y el vómito después de comer ciertos alimentos y la expectativa de desarrollar náusea ante la quimioterapia. La ansiedad durante la infusión, susceptibilidad ante la náusea y el vómito, y la expectativa sobre los efectos secundarios también se consideraron como indicadores de las diferencias en la frecuencia, intensidad y severidad de la náusea posterior a la quimioterapia. Estos hallazgos ofrecieron una fuerte ayuda para la visión de los efectos no farmacológicos y su contribución a diferencias individuales con respecto a la respuesta ante la quimioterapia⁵⁹.

De esta forma se demostró que entre los pacientes hay una gran variación en frecuencia y severidad de la náusea y vómito inducidos por

⁵⁸ MOLASSIOTIS y cols. Pretreatment factors predicting the development of postchemotherapy nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients. *Support Care Cancer* 2002. 10:139-145

⁵⁹ JACOBSEN y cols. “Nonpharmacologic Factors in the Development of Posttreatment Nausea With Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer”. *Cancer* 61:1988. 379-385.

la quimioterapia, que no puede atribuirse a las propiedades farmacológicas de los agentes quimioterapéuticos, si no a las creencias y expectativas de los pacientes, a las que Morrow en el 2002, llamó "expectativas de la respuesta", concernientes al desarrollo de náusea y vómito, que predicen y explican dichas variaciones. Morrow asegura que este fenómeno puede en parte ser explicado por constructos cognitivos, de acuerdo con esto, el marco de referencia (expectativas negativas) es el esquema relevante por medio del cual el paciente interpreta sus sensaciones, de tal forma que si su expectativa significa un síntoma como la náusea, es más probable interpretar la sensación como náusea. Dos grupos de investigadores han reportado que las expectativas están asociadas con la náusea y el vómito relacionados a la quimioterapia y otros dos grupos han confirmado parcialmente estos resultados reportando significancia estadística en la relación entre las expectativas y la náusea desarrollada⁶⁰.

Del mismo modo una investigación de laboratorio realizada por Epstein y Clarke, indicó que la expectativa acerca de un evento aversivo establecía la propensión a llegar a cumplirse. De estos resultados se obtuvo la hipótesis de que los pacientes que esperan que la quimioterapia les cause náusea son más propensos a experimentarla. Una segunda variable es la ansiedad, la razón por la que se hipotetizó una asociación de esta con la náusea postratamiento se hizo a partir de resultados de dos observaciones clínicas, una de individuos bajo estrés y otra de investigaciones en náusea y vómito anticipatorio en pacientes que recibían quimioterapia. Es bien conocido que individuos

⁶⁰ Op cit. MORROW G.R.

sanos que se anticipan a eventos estresantes frecuentemente reportan sensación de náusea, por su parte investigaciones sobre náusea y vómito anticipatorio en pacientes con cáncer habían mostrado que los niveles altos de ansiedad eran factor clave que contribuía al desarrollo de dichos efectos secundarios gastrointestinales anticipados⁶¹.

Por este lado, se conoce que además de los síntomas inducidos por fármacos, aproximadamente uno de cuatro de los pacientes que reciben quimioterapia también experimentan efectos secundarios condicionados, tales como la náusea, vómito, disforia y pérdida de apetito. Algunos autores reportaron que durante el prolongado curso de quimioterapia, entre el 25 y el 65% de los pacientes se vuelven sensibles al tratamiento y desarrollan este tipo de reacciones fóbicas⁶². En donde los síntomas se condicionan por una asociación establecida entre los efectos secundarios causados por la quimioterapia y varios estímulos (visuales, olfativos, aún pensamientos) durante la infusión de quimioterapia⁶³.

Actualmente se ha encontrado que aproximadamente el 30% de pacientes tratados con drogas citotóxicas desarrollan náusea y vómito anticipatorio por un mecanismo psicológico de expectación al tratamiento, más o menos en el cuarto ciclo de quimioterapia⁶⁴. Otros

⁶¹ Op cit. JACOBSEN y cols.

⁶² REDD W.H. "Management of Anticipatory Nausea and Vomiting". Cap.35. pag. 423. En: HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

⁶³ CAREY Michael and Thomas Burish. "Providing Relaxation Training to Cancer Chemotherapy Patients: A Comparison of Three Delivery Techniques". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol.55 No.5 732-737.

⁶⁴ Op cit. TIPTON.

autores mencionan que la prevalencia de pacientes con cáncer que desarrollan náusea y vómito anticipatorio varía del 25 al 30% al llegar a la cuarta infusión de quimioterapia, y esta tasa aumenta entre el 60 y el 70% en aquellos pacientes a los que se les administran drogas altamente eméticas⁶⁵.

2.3. Náusea y Vómito Anticipatorio (NVA)

Como se menciona anteriormente la náusea y el vómito como efectos secundarios a la quimioterapia, son respuestas normales en el organismo producidas a partir de algunos agentes que estimulan la zona disparadora del centro del vómito⁶⁶. Desgraciadamente dichos efectos generalmente se vuelven más severos con subsecuentes infusiones. Para algunos pacientes cualquier estímulo que se asocia a estos efectos secundarios se convierte en elicitador de reacciones anticipatorias, esto es una respuesta condicionada al tratamiento. La probabilidad de que un estímulo en particular adquiera propiedades elicitoras de la náusea depende de que tan cercano está asociado con el tratamiento. El estímulo físico más potente durante la quimioterapia es el olor que se desprende al frotar el alcohol usado para limpiar la piel en la preparación para la infusión, por tal razón hay pacientes que vomitan tan pronto como la enfermera limpia su piel; después de cuatro o cinco infusiones el perfume de la enfermera, el jabón tocador que usa el médico y el olor del café puede elicitarlo. Estímulos visuales y auditivos (como por ejemplo, el ver al personal del

⁶⁵ KVALE Gerd y cols. "Anticipatory Nausea and Vomiting in Cancer Patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.59, No.6. 1991. pág. 894-898.

⁶⁶ Op cit REDD W. H.

hospital, el nombre impreso del hospital, la voz de la enfermera, la música de la sala de espera) pueden convertirse en señales poderosas que eliciten reacciones anticipatorias⁶⁷.

2.3.1. Estímulos asociados, físicos y cognoscitivos

Investigaciones en el área han concluido que hay dos diferentes tipos de estímulos que provocan náusea y vómito anticipatorio (NVA)⁶⁸:

Referentes a la percepción. Cuando la reacción anticipatoria ocurre sólo en respuesta a estímulos físicos directamente asociados con la aplicación del tratamiento. Esta se trata de un tipo de aprendizaje automático, en el cual los pacientes se condicionan a responder ante estímulos neutros con náusea y vómito ya que el estímulo se asocia con los efectos secundarios.

Referentes a la cognición. Cuando se asocia a ciertos pensamientos automáticos y se experimentan reacciones anticipatorias durante un periodo de tiempo anterior a o durante la infusión del tratamiento.

Algunos pacientes tienen la reacción anticipatoria incluso en los dos tipos. Otros más también experimentan insomnio y otras manifestaciones de ansiedad durante una semana anterior al tratamiento. Los pacientes refieren estar preocupados, pensando en la

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Ibid.

quimioterapia y en cómo enfrentar el próximo ciclo⁶⁹.

En una investigación reportada por Andrykowski y cols. (1985) sobre el desarrollo de la reacción de náusea y vómito anticipatorio, en donde los pacientes fueron entrevistados antes y después de la infusión de quimioterapia, se observó un aumento de la ansiedad y la depresión en aquellos pacientes que desarrollaron una reacción anticipatoria en comparación con los que no desarrollaron la respuesta anticipatoria, el patrón fue bastante fuerte. Por lo general los pacientes parecen alegres y optimistas durante el primer tratamiento, sin embargo si los efectos secundarios son más severos durante el curso, estos pueden abandonar y temer al tratamiento. Tales reacciones son bastante comprensibles, considerando que muchos de ellos deben seguir el tratamiento por un año o más continuando con el pavor de repetir la náusea y el vómito. Posterior a ese estudio en 1991, el mismo Andrykowski, realizó una revisión y síntesis acerca del rol de la ansiedad en el desarrollo de la náusea anticipatoria en pacientes con cáncer que recibían quimioterapia. Examinó la literatura para evaluar las hipótesis acerca de la NVA, la cual incluye que los estados de ansiedad exacerban la náusea y vómito postratamiento y así se incrementa el riesgo de NVA encontrando los mismos hallazgos⁷⁰.

Es común para los pacientes y miembros del equipo médico pensar que su reacción representa una debilidad psicológica, y así volverse

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ ANDRYKOWSKI, Michael A. "The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: A review and synthesis". Psychosomatic Medicine. Vol 52(4) 1990, 458-475.

renuentes para admitir que ellos tienen el problema o para buscar ayuda. La gente no comprende el estrés del paciente y éste resulta una víctima clásica de la burla. Sin embargo para muchos investigadores la reacción aversiva anticipatoria es el resultado normal de un proceso de aprendizaje y no representa una psicopatología. De hecho, la vasta mayoría de los pacientes que experimentan reacciones aversivas anticipatorias son psicológicamente sanos y bien ajustados ⁷¹.

2.3.2 Condicionamiento y procesos que la median

El desarrollo de NVA en pacientes que reciben quimioterapia representa un aprendizaje automático, normal y bastante común. Este proceso es conocido como condicionamiento respondiente o pavloviano. Pavlov repetidamente apareó un tono o algunos otros estímulos externos neutrales con la presentación de un estímulo naturalmente potente (por ejemplo la comida en la lengua o inyecciones de pequeñas dosis de fuertes eméticos como la apomorfina). Después de varios apareamientos, la presentación del tono solo, elicita una respuesta que imitaba a la producida por el estímulo potente. Dependiendo del experimento, los perros salivaban o vomitaban al sonido del tono. Este proceso de condicionamiento respondiente, como Pavlov lo llamó, era fuerte y automático. Fue interesante que Pavlov reportó, el inadvertido desarrollo del vomito anticipatorio a señales del “laboratorio”. Después de 5 ó 6 días de apareamiento diario del tono con la inyección de apomorfina, actividades preliminares a la inyección (por ejemplo, el abrir la caja que contenía la jeringa y limpiar la piel con alcohol) elicitan el

⁷¹ Op cit. REDD W. H. Redd.

vomito. En algunos casos los perros venían vomitando en respuesta a la mera vista del investigador. Aplicando este condicionamiento respondiente a la conceptualización de la quimioterapia, el paciente se condiciona a responder con náusea y vómito ante las señales clínicas previamente neutras, ya que se asociaron con los efectos secundarios.

Actualmente el enfoque neoconductista o mediacional, pone énfasis en las variables intermedias o constructos hipotéticos para su explicación, encontrando el modelo básico en los trabajos de Wolpe y retomando los fundamentos teóricos en las aportaciones de Pavlov, Hull y Mowrer. Los rasgos principales de la orientación mediacional enfatizan una especial importancia en los constructos hipotéticos como el miedo o la ansiedad como procesos mediacionales entre los estímulos y las respuestas pudiendo ser estos procesos cognitivos como imágenes o la mediación verbal⁷². Por tal razón resulta de sumo interés considerar a la ansiedad en el desarrollo de la NVA.

En esta línea de ideas Bernstein y Webster en 1980, establecieron experimentalmente aversiones en pacientes que recibían quimioterapia, en ambos estudios los pacientes comieron un helado de sabor maple de 15 a 60 minutos antes de recibir sus infusiones de quimioterapia. Después de dos a 16 semanas se evaluó la preferencia de los pacientes con respecto al sabor del helado encontrando que los pacientes evitaron el sabor de maple. Cuando se comparó el grupo

⁷² LABRADOR Fco. J., Juan Antonio Cruzado y Manuel Muñoz. “Manual de técnicas de modificación y terapia conductual”. Ed. Pirámide, España. 1995. 910pp. Pág. 40.

control, con el grupo experimental, los pacientes que tenían el sabor asociado a la quimioterapia, comieron significativamente menos helado de maple. Los pacientes entendieron que el helado no juega un papel en su efecto de náusea y vómito (provocado por el tratamiento), sin embargo ellos seguían evitando ese sabor. Este hecho es notable, ya que muestra que el condicionamiento aversivo se vuelve automático. En otras investigaciones Kutz y cols. en 1980⁷³, encontraron que inicialmente los pacientes reportaban que la marihuana ayudaba a reducir la náusea y vómito postquimioterapia, sin embargo, su uso continuo y repetido, provocó una asociación y los pacientes se dieron cuenta que el olor del cigarrillo de marihuana les provocaba un disparo nauseabundo. Incluso para algunos pacientes, el probar u oler la marihuana se volvió extremadamente aversivo, elicitando la náusea y el vómito de manera instantánea, independientemente de cómo fuera presentada (en una galleta, brownie, o cigarrillo). De esta forma la marihuana empezó a producir los efectos secundarios aversivos, que intentó controlar en un principio⁷⁴.

Morrow y cols. en 1982, observaron un evento más dramático en sus estudios donde algunos de sus pacientes empezaban a vomitar en anticipación del consumo del THC tableta, que originalmente había sido prescrita para reducir los efectos secundarios de la quimioterapia⁷⁵.

⁷³ KUTZ y cols. "Paradoxical Emetic Response to Antiemetic Treatment in Cancer Patients". The New England Journal of Medicine. 1982.

⁷⁴ Op cit REDD W.H..

⁷⁵ MORROW, G.R. "Prevalence and correlatos of anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy patients". J.N.CI. (1982) 68: 484-88.

Por otro lado Redd y Andresen en 1981⁷⁶, observaron un fenómeno similar cuando usaron grabaciones que inducían a la relajación para controlar la náusea y el vómito causado por el cisplatino. Los pacientes inicialmente fueron entrenados por un terapeuta en el uso de la relajación pasiva (auto-hipnosis) y posteriormente dieron una auto grabación recordando de una en una sus sesiones de entrenamiento para usar la relajación en la práctica durante periodos subsecuentes después del tratamiento. La respuesta fue uniforme; todos los pacientes reportaron que el entrenamiento en relajación los puso más confortables y menos nauseabundos. Sin embargo un interesante patrón de respuestas emergió de pacientes que continuaban el uso de las grabaciones inmediatamente después de recibir la infusión de quimioterapia. Estos comenzaron a quejarse de que el sonido de la voz del terapeuta les provocaba náusea. Aunque ninguno de los pacientes vomitó en respuesta a la voz del terapeuta, ellos reportaban que cuando oían su voz en la cinta sentían náuseas. Posteriormente cuando los pacientes quedaron en libertad de parar el uso de la grabación, todos tenían náusea solo por el hecho de hablar con el terapeuta por teléfono. La voz del terapeuta se asoció a los efectos secundarios de la quimioterapia y se volvió un estímulo condicionado, que elicita la náusea⁷⁷.

⁷⁶ REDD, W.H. y G.V. Andersen. "Conditioned aversión in cancer patients". Behavior Therapist. 1982. 4: 3-4.

⁷⁷ Op cit. REDD. "Management of Anticipatory Nausea and Vomiting".

2.3.3. Factores predisponentes

Al menos cuatro hipótesis han querido explicar el desarrollo de NVA:

- La que subraya problemas en el ajuste psicológico asociados con el tipo de vida que demanda la enfermedad
- La ansiedad severa experimentada inmediatamente antes del tratamiento.
- Cambios psicológicos, asociados con el avance de la enfermedad
- Aprendizaje condicionado.

Algunos autores rechazan las tres primeras hipótesis al no encontrar un patrón psicopatológico o de desajuste psicológico en pacientes que experimentan reacciones anticipatorias. Refieren que estos efectos ocurren independientemente de las complicaciones psicológicas que involucra la enfermedad⁷⁸.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, hay evidencias empíricas que indican que las expectativas del paciente al inicio del tratamiento predicen la severidad (durante el curso de la quimioterapia) de ambos efectos, los anticipatorios y los secundarios al tratamiento. Es decir, los pacientes que esperan experimentar náusea y vómito con el tratamiento, son más propensos a presentar los efectos, que aquellos que no creen que el tratamiento será difícil. De esta forma se corrobora que al parecer también la ansiedad juega un papel importante en este

⁷⁸ Ibid.

tipo de reacciones, ya que si se experimenta en el momento de la infusión hay más probabilidad de que aparezca la NVA durante subsecuentes tratamientos. Según el Instituto Nacional de Cancerología de los Estados Unidos, los estímulos que se asocian a la aparición de la NVA son la reacción de ansiedad alta ante situaciones específicas y las expectativas del paciente ante el tratamiento y ante la náusea relacionada a la quimioterapia⁷⁹.

A este respecto Van Komen y Redd, en 1985 demostraron que los pacientes característicamente ansiosos, preocupados e inquietos, son más propensos a desarrollar reacciones anticipatorias. Estos pacientes, con altos niveles de ansiedad también están más propensos a experimentar las infusiones de quimioterapia como desagradables y a deprimirse. Ellos sugieren que hay muchas influencias externas que también parecen tener un rol mediador en las reacciones anticipatorias. Uno de ellos es el ambiente físico en el que se lleva a cabo la administración del tratamiento. Pacientes tratados en grandes salas de hospitales con otros pacientes presentes están más propensos a desarrollar reacciones anticipatorias que aquellos tratados en cubículos pequeños y privados, esto es porque al observar a otros vomitar puede incrementar la ansiedad del paciente tanto, que lo espere y evoque su vómito.

Un análisis del desarrollo de la náusea anticipatoria realizado por

⁷⁹ AAPRO MS. Kirchner V. Terrey J.P. "The incidence of anticipatory nausea and vomiting after repeat Chemotherapy: the effect of granisetron". British Journal of Cancer 69 (5): 1994. 9957-960.

Andrykowski y cols. en 1985⁸⁰, señaló que el desarrollo de esta reacción en la quimioterapia típicamente ha sido estudiado en términos de un modelo de aprendizaje respondiente. Este estudio empleó un diseño prospectivo para identificar características variables relacionadas al paciente y al tratamiento. Jerárquicamente el análisis reveló que pacientes que desarrollaron náusea anticipatoria se caracterizaban por tener náusea más severa después del tratamiento, prolongada duración de la infusión, y mayores niveles de ansiedad que los pacientes que no presentaron náusea anticipatoria. En general los resultados apoyaron la conceptualización del aprendizaje respondiente en el desarrollo de la náusea anticipatoria.

Posteriormente Gerd y cols. en 1991 realizaron una investigación en pacientes con cáncer que presentaban náusea y vómito anticipatorio (NVA)⁸¹ dicho estudio sugiere que hay un mecanismo mediador de esta reacción anticipatoria llamado "reactividad autonómica". Observaron que usualmente la náusea y el vómito anticipatorio era explicado como una respuesta del condicionamiento clásico, sin embargo los modelos del condicionamiento habían fallado en explicar las variaciones individuales en la susceptibilidad de la NVA. El 74% de los pacientes que participaron en el estudio experimentó náusea y vómito como efecto secundario al tratamiento, de ese porcentaje el 52% desarrolló NVA. En base a la correlación positiva encontrada entre la reactividad autonómica y el condicionamiento, estos autores propusieron que la

⁸⁰ ANDRYKOWSKI y William H. Reed. "Development of Anticipatory Nausea: A prospective Analysis". Journal of Consulting and Clinical Psychology 1985. Vol. 53. No. 4. 447- 454.

⁸¹ Op cit KVALE Gerd y cols.

reactividad autonómica individual es predictiva del desarrollo de la náusea y el vómito anticipatorio. Ya que los pacientes que estaban en el grupo de NVA mostraron un incremento significativo en la reactividad simpática comparado con el grupo de los que no tuvieron NVA, concluyendo de esta forma que la reactividad autonómica es un mediador del desarrollo de la NVA.

Por otra parte un estudio acerca del periodo de la náusea anticipatoria y la ansiedad persistente en pacientes que habían padecido enfermedad de Hodgkin y que ya habían sido curados con quimioterapia, demostró que el 63% de los pacientes aún experimentaban náusea condicionada ante estímulos disparadores asociados a la quimioterapia, y el 80% presentaba ansiedad condicionada ante señales relacionadas a la náusea. Un análisis de ese estudio mostró que los pacientes que tienen más tiempo sin el tratamiento reportaron menos náusea que aquellos que recientemente habían terminado el tratamiento. Las señales olfativas elicitan la náusea y la ansiedad incluyendo olores del hospital, el alcohol, el perfume. La frecuencia de náusea relacionada al olor fue significativamente mayor que aquella relacionada a la vista, es decir que la náusea fue más sensible ante señales olfativas. Estos hallazgos sugieren que la náusea y la ansiedad condicionada relacionada a señales de la quimioterapia puede persistir por años después del tratamiento⁸².

⁸² CELLA D.F. A. Pratt y Holland. Memorial Sloan Kettering Cancer Center and Cornell University Medical College, New York, N.Y. 10021.

Morrow y cols. reportaron las características de la NVA en 406 pacientes ambulatorios consecutivos, que recibían quimioterapia. 98 de los 406 pacientes (24%) reportaron náusea anticipatoria (NA), el 14% la tuvo antes de cada tratamiento, 6% frecuentemente y 4% casi la mitad del tiempo. El 4% dijo que la NA fue muy severa o intolerable, el 13% la reportó severa, 29% moderada, 38% aguda y 16% muy aguda (apacible). La NA empezó en promedio 17.1 más o menos 3.3 horas antes del tratamiento. El vómito anticipatorio (VA) fue reportado por 35 de los 406 pacientes (9%). El 2% dijo tenerlo antes de cada tratamiento, 3% frecuentemente, 2% casi la mitad del tiempo, y 2% raramente. De los pacientes con VA, el 38% dijo que moderado, 25% severo y 37% muy severo. La emesis comenzó en promedio de 11.4 más o menos 3.8 horas antes del tratamiento. Estos datos indican que la NVA es común razonablemente en pacientes que reciben quimioterapia y son por lo tanto de importancia clínica en el manejo integral del paciente con cáncer relacionado a los efectos secundarios⁸³.

Por su parte Horney mencionó que la NVA es un problema significativo asociado con el tratamiento de quimioterapia, se percató que las investigaciones han sugerido que la ocurrencia de NVA está asociada con varios sabores y olores relacionados con la quimioterapia que se asocian con el rango de estímulos en el ambiente vía condicionamiento clásico. Sin embargo la mayoría de las evidencias del rol del condicionamiento clásico son indirectas y los estudios son usualmente retrospectivos. Por lo que Horney y cols. investigaron prospectivamente

⁸³ MORROW Gary y cols. Anticipatory Nausea and Vomiting with Chemotherapy. University of Rochester. Cancer Center. New York. 14642. Correspondence. The New England Journal of Medicine. Feb. 18. 1982 Vol. 306. No.7. pag. 431-432

la ansiedad y el condicionamiento en la predicción de la NVA en quimioterapia⁸⁴. Dicho estudio reportó resultados en 20 pacientes con cáncer que tomaron parte en la investigación de laboratorio basada en el proceso de condicionamiento de la respuesta cardiaca antes del comienzo de la quimioterapia, quienes fueron seguidos longitudinalmente a través de su tratamiento. Se demostró que la respuesta de la tasa cardiaca en el proceso de condicionamiento, particularmente la tasa de extinción de la respuesta condicionada, se diferenció de aquellos pacientes quienes desarrollaron NVA de aquellos que no. Así, un simple proceso de condicionamiento psicofisiológico podría servir como un importante evaluador proyectivo para los pacientes con riesgo de NVA durante la quimioterapia. Además la NVA fue asociada con altos niveles de ansiedad y locus de control interno. Las implicaciones de estos hallazgos para las evaluaciones psicológicas y las intervenciones en el paciente con cáncer que recibe quimioterapia aún son discutidas.

Hay algunos otros factores además de las expectativas y la ansiedad que influyen en la aparición NVA como son: la intensidad, duración y frecuencia de los efectos secundarios de náusea y vómito, tipo de protocolo o esquema, así como el tipo de personalidad del paciente⁸⁵.

La probabilidad de que un paciente en particular desarrolle reacciones anticipatorias depende de muchas influencias, algunas de ellas son

⁸⁴ HORNE, D.J. y cols. "[Anxiety and Conditionability in the prediction of anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy](#)", School of Behavioural Science, University of Melbourne, Australia. Abstracts. 169- 170

⁸⁵ Ibid p.425

particularmente incomprensibles, de hecho, ha sido sugerido que la investigación en cuestión a la quimioterapia y los efectos de náusea y vómito que induce debería enfocarse en la identificación de pacientes específicos y variables situacionales que puedan usarse para predecir cuáles son los pacientes en riesgo. Sin embargo, investigaciones en este campo han fallado en identificar un tipo de personalidad o conjunto de actitudes que caractericen el paciente que está más propenso a experimentar reacciones anticipatorias.

En este rubro, las investigaciones realizadas han revelado, como se mencionaba anteriormente, una fuerte asociación entre la intensidad, duración y frecuencia de la náusea y el vómito postratamiento y el desarrollo de reacciones anticipatorias entre pacientes que reciben el mismo protocolo de quimioterapia. Aquellos pacientes que reportaron más largos, frecuentes o severos efectos de náusea y vómito después de cada uno de sus tratamientos son más probables a desarrollar reacciones anticipatorias. Esto explica en parte el por qué los pacientes que reciben drogas altamente eméticas están en riesgo latente de desarrollar reacciones anticipatorias.

De esta forma se observa como la variable que incrementa los efectos secundarios farmacológicos también incrementa la probabilidad de que el paciente experimente efectos secundarios no farmacológicos. La siguiente tabla 1 esquematiza algunas características asociadas al desarrollo de NVA según Morrow y cols. en el 2002⁸⁶.

⁸⁶ Op cit. MORROW G.R. "Nausea and emesis: evidence for a biobehavioral perspective". Support Care Cancer. 2002. 10: 96-105

TABLA 1. Características asociadas al desarrollo de NVA

- Ser menor de 50 años
- Haber padecido náusea y vómito la sesión anterior
- Susceptibilidad ante los movimientos
- Expectación de náusea posquimioterapia
- Ansiedad (ambos estado y rasgo)
- Hostilidad y depresión
- Debilidad general, sudoración, sensación de calor, todo experimentado la última sesión.

De esta forma se concluye que hay al menos cinco influencias que pueden ser importantes para el desarrollo de reacciones anticipatorias, y ellas incluyen el factor emético de la droga usada, la severidad de la náusea y vómito de tratamientos anteriores, el número de ciclos de quimioterapia completados, la presencia de ansiedad durante infusiones iniciales de quimioterapia y la sala donde se recibe el tratamiento.

Como se observa a causa del gran número de factores que pueden influenciar el desarrollo de reacciones anticipatorias y su compleja interacción, no es posible especificar claramente la prevalencia exacta de tal reacción aversiva, ya que protocolos diferentes se asocian con diferentes rangos de prevalencia, por ejemplo, Andrykowski y cols. en 1985, encontraron que solo el 20% de los pacientes que recibieron semanalmente infusiones de 5-fluorouracilo (5-FU) desarrollaron reacciones anticipatorias durante el curso del tratamiento, mientras que el 80% de los pacientes que recibieron una combinación de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristine y prednisona desarrollaron tal

reacción. Una estimación tentativa sería que al menos el 33% de los pacientes que recibieron quimioterapia, eventualmente adquirieron aversión a su tratamiento⁸⁷.

2.3.4. Tratamiento de la Nausea y Vomito Anticipatorio

La primera intervención usada para reducir la nausea y vomito anticipatorio fue basada en la prescripción de antieméticos y ansiolíticos, sin embargo estas drogas tuvieron de poco a moderado efecto aunque se debería considerar que no se administraban hasta que el tratamiento de la quimioterapia había empezado, por consiguiente, su efecto potencial en reacciones anticipatorias no se ha evaluado adecuadamente. Los últimos años, tres grupos de investigadores, por separado, han estudiado la efectividad de los procedimientos conductuales de relajación en la reducción de efectos secundarios condicionados en los pacientes que reciben quimioterapia. Los resultados de estas investigaciones indicaron que las técnicas conductuales pueden reducir el estrés ante la quimioterapia. A pesar de que el tratamiento para síntomas condicionados aún no ha sido efectivo completamente los terapeutas han reducido dichos síntomas con el uso de entrenamiento en relajación muscular progresiva con o sin imaginaria⁸⁸.

De esta forma, en respuesta a la falla de los antieméticos y las drogas

⁸⁷ ANDRYKOWSKY MA: "Defining anticipatory nausea and vomiting: differences among cancer chemotherapy patients who report pretreatment nausea". Journal Behavioral Medicine 11 (1): 1988. 59-69.

⁸⁸ Op cit. TIPTON y Skeel.

sedativas para controlar la náusea y vómito anticipatorio, y los estudios en cuanto al desarrollo del condicionamiento respondiente de estos efectos secundarios, investigadores han desarrollado la aplicación de métodos conductuales de control.

Cinco procedimientos han sido estudiados, específicamente, hipnosis usada con imaginación guiada, (ejemplo de relajación pasiva), relajación muscular progresiva con imaginación (ejemplo de relajación activa), biofeedback combinado con entrenamiento en relajación e imaginación, desensibilización sistemática y distracción atención cognitiva. Cada uno de estos procedimientos ha sido estudiado por grupos independientes de investigadores, usando diferentes diseños de investigación. La constancia de los resultados positivos obtenidos en el grupo de dichos estudios es remarcable, ya que los logros en la reducción de NVA fueron clínicamente significativos, a pesar de la gran variedad de tipos de cáncer, estadios de la enfermedad, y protocolo de quimioterapia y los diferentes métodos de investigación.

Además, ya que la mayoría de los pacientes en esos estudios habían recibido medicación antiemética antes de que el tratamiento conductual iniciara, los resultados sugieren que los efectos logrados con las intervenciones conductuales se extienden más allá de aquellos que podrían obtenerse con medicación sola⁸⁹.

La siguiente tabla 2 muestra los resultados de las investigaciones.

⁸⁹ Ibid.

TABLA 2. Control conductual de los efectos anticipatorios de náusea y vómito en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia.

REFERENCIA	METODO CONDUCTUAL	RESULTADO
Burish y cols.	EMG Biofeedback con imágenes	Reducción en la náusea y ansiedad
Lyles y cols.	Relajación progresiva con imágenes guiadas	Reducción en náusea y ansiedad
Morrow y Morrel	Desensibilización sistemática	Reducción en náusea y vómito
Redd y cols.	Relajación pasiva (hipnosis) con imágenes guiadas	Reducción en náusea: eliminación de vómito anticipatorio
Redd y cols.	Atención-distracción cognitiva (videojuegos)	Reducción de la náusea y la ansiedad

Actualmente se sabe que es preferible empezar el tratamiento cognitivo-conductual antes del primer ciclo de quimioterapia porque la reacción de NVA se puede prevenir. El tratamiento es corto, algunas veces solo de dos a tres sesiones de entrenamiento en relajación, esto le proporcionará al paciente la sensación de control del estrés, tales como la tensión muscular, las reacciones viscerales y los pensamientos negativos, de tal forma que el paciente esté preparado e informado de que cuando reciba su ciclo de quimioterapia, en un estado de relajación el controlará reacciones psicológicas como la NVA adicionalmente de la

ansiedad⁹⁰.

Ya que se dio la reacción de NVA es más difícil de controlar, sin embargo la desensibilización sistemática ha resultado muy efectiva. Dicha técnica fue desarrollada por Wolpe (en 1958), como una forma de contracondicionamiento, posteriormente Goldfried y Davison (1976) le hicieron modificaciones y finalmente Meichenbaum (1985) la desarrollo como una herramienta de afrontamiento, en donde el paciente se da cuenta de los estresores externos, de sus actitudes desadaptativas, creencias y patrones de pensamiento que producen o mantienen la sensación de ansiedad. Dicha técnica es muy flexible se le pueden hacer varias modificaciones y consiste en que el paciente practique mentalmente enfrentamientos a situaciones estresantes, si el paciente refiere sentir ansiedad durante el procedimiento el terapeuta le pide que continúe imaginando la escena mientras usan las técnicas de relajación y autoinstrucciones para reducir la ansiedad⁹¹.

Por lo anterior se observa que las técnicas conductuales claramente parecen tener un lugar como tratamiento adyuvante en el cuidado de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia y se deduce que la ansiedad y las expectativas del paciente juegan un papel primordial en el desarrollo de la NVA y que el adecuado manejo de estas es de suma importancia para la adecuada adherencia terapéutica y calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia.

⁹⁰ GOLDEN William, Goldstein Arnold y cols. "Psychology practitioner Guidebooks, Psychological treatment of cancer patients." Chapter 3 Stress Management. USA. 1992. Pág. 27-4

⁹¹ Ibid

CAPITULO III

ANSIEDAD Y EXPECTATIVAS

3.1. Reacciones psicológicas ante el cáncer

El paciente con cáncer a lo largo de su enfermedad atraviesa por situaciones altamente estresantes que le provocan crisis o reacciones psicológicas comunes y de no ser atendidas a tiempo se convierten en trastornos emocionales importantes que comprometen su adaptación a la enfermedad. Dichas reacciones se desarrollan desde el momento de recibir el diagnóstico (que involucra la probable noción de muerte), al enfrentarse a tratamientos invasivos (en donde frecuentemente los efectos secundarios son muy agresivos e impactantes); al padecer dolores insoportables, al sufrir una mutilación o perder funcionalidad física y por ende, muchas veces ser dependiente de su familia. Sin embargo la sensación de amenaza y el sentimiento de impotencia son subjetivos; un mismo acontecimiento, no produce la misma percepción de amenaza en todas las personas, ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente⁹². Por consiguiente, es importante considerar toda la gama de variables psicológicas que inciden en el curso de la enfermedad y en el sufrimiento del paciente, ya que conocerlas puede ayudar a clarificar qué tipo de intervención se ha de fomentar o de evitar, teniendo en cuenta que es el paciente quien irá dando las pautas y las pistas de lo que necesita y de cuándo lo

⁹² ARRANZ Ma. P. Y R. Bayés. "Apoyo psicológico". Pág. 53. pág. 651 En: GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología Clínica. Tomo I. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.

requiere⁹³.

Respecto a dichas variables psicológicas, las reacciones de los pacientes con cáncer son similares en naturaleza a las de individuos que pasaron por otros eventos catastróficos. Existen patrones consistentes de respuesta mientras se da el tiempo de adaptación, pero también hay variaciones en el grado de estrés y perturbaciones manifiestas. Las respuestas a estos eventos están moduladas por la disponibilidad del apoyo social, la naturaleza y significado individual de la crisis según el ciclo de vida y la fuerza de los recursos internos⁹⁴.

3.2. Apoyo social

A este respecto Helsing⁹⁵ ha investigado la asociación entre las relaciones sociales y la mortandad. En estos estudios se ha encontrado que las personas casadas presentan una menor tasa de mortandad que las personas sin pareja (ya sea solteras, viudas o divorciadas).

Específicamente, en estudios realizados por Goodwin y cols⁹⁶. y Neale⁹⁷ en pacientes con cáncer, se observó que el estatus marital es

⁹³ Ibid.

⁹⁴ MASSIE Mary Jane y Holland Jimmie C. "Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders". Cap.22. p. 273-281. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

⁹⁵ HELSING, K. J. "Factors asociate with mortality after widowhood". Am. Journal Pub. Health, 71, 1981. 820-809.

⁹⁶ GOODWIN, J.S. Key y Samet. "The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients", JAMA, 258. 1987. 3125-3130.

⁹⁷ NEALE, A.V. Tidley, B.C. and Vernon, S.W. "Marital status: delay in seeking treatment and survival from breast cancer". Soc. Sci. Med. 23. 1986. 149-153.

un predictor importante en el pronóstico de supervivencia. Estos autores encontraron que los pacientes que no tenían pareja tenían más probabilidad de presentar un mal pronóstico a comparación de las personas que sí tenían pareja sentimental, los cuales se encontraban en estadios controlados.

Al ser el apoyo emocional una percepción de ser cuidado por una persona amada o un amigo íntimo o confidente, ha sido relacionado con bajos niveles de estrés y depresión⁹⁸. La explicación de la relación entre apoyo social y pronóstico podría sustentarse en los efectos que tienen las emociones sobre el funcionamiento del sistema neuroendocrino o inmune⁹⁹. En 1990 Levine y cols. encontraron que la actividad de las células de muerte natural aún después de controlar los niveles de receptores de estrógeno, edad, estado funcional e historia quirúrgica en 61 mujeres con cáncer de mama estadios I y II se asociaba con una percepción de buena calidad tanto del apoyo emocional del cónyuge como del apoyo social del médico. Dichos resultados indican que hay un mecanismo por el cual el apoyo social podría mejorar el pronóstico amortiguando los efectos del estrés. Cooper a su vez, en 1991 señaló que el apoyo social mejora el afrontamiento y el afrontamiento está directamente relacionado a la adaptación al cáncer¹⁰⁰.

⁹⁸ GORE, S. "The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment". J.Health Soc. Behav. (1978), 19, 157-165.

⁹⁹ Jemmott y Locke. "Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know?" Psycholog. Bull., 95, 1984. 78-108.

¹⁰⁰ BLOOM y cols. "Cancer and Stress: The effect of Social Support as a Resource". Cap. 5. En: COOPER y Watson. Cancer and Stress. Psychological and Coping Studies. Wiley. England 1991.

3.3. Evaluación cognoscitiva

Por otro lado, los procesos cognoscitivos en los que se basa la evaluación de la crisis ante la enfermedad, se pueden explicar a partir de los trabajos realizados por Hamilton¹⁰¹ y Lazarus y Folkman¹⁰². Estos autores en sus estudios, de manera separada, proponen un modelo donde un evento o la inminente presencia de un evento anticipado, es evaluado como amenazante o que puede tener resultados potencialmente desfavorables.

Lazarus y Folkman han descrito tres tipos de evaluaciones que caracterizan los encuentros estresantes: daño/pérdida, amenaza y desafío. Este primer concepto se refiere al perjuicio ya recibido, como las pérdidas importantes en general (salud, afectos o la autoestima). La amenaza implica la evaluación del daño o pérdida que aún no han ocurrido, pero que pueden ser previsibles y son considerados amenazantes por la carga de implicaciones negativas a las que conllevan. Esta evaluación de amenaza permite el afrontamiento de manera anticipada y por tanto adaptativa. La tercera evaluación es referente al desafío y al igual que la amenaza implica una movilización conductual y cognoscitiva, pero en el desafío existe una valoración del estresor para ser vencido en la confrontación y lograr la adaptación, lo que a su vez conlleva a emociones placenteras, contrario a la evaluación anticipada de amenaza que produce emociones negativas,

¹⁰¹ HAMILTON V. Cognition and Stress. En: GOLDBERGER y Beznitz (eds.) Handbook of Stress. Free Press, New York, 1982. 105-120.

¹⁰² Lazarus y Folkman. Stress, Appraisal and Coping. Springer, New York. 1984.

como grandes cargas de estrés y ansiedad¹⁰³. Este último tipo de evaluación es la que predomina cuando el paciente oncológico está por primera vez ante su diagnóstico y cuando se ve ante la necesidad de enfrentarse a un tratamiento doloroso e invasivo como la quimioterapia.

El significado de la crisis que involucra el cáncer según el ciclo de vida puede estar determinada por el compromiso que incluye la enfermedad para el individuo, es decir el evento se vuelve tan estresante dependiendo en como el paciente lo evalué.

3.4. Afrontamiento como adaptación a la enfermedad

Lazarus y Folkman definen al afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. Es decir es un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo/ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera¹⁰⁴.

De esta forma, Arranz retomando a Lazarus menciona que el modo en cómo las personas afrontan una enfermedad grave, tanto a nivel cognitivo como afectivo y conductual, ha mostrado ser un factor de predicción de la adaptación a la enfermedad, de su pronóstico y supervivencia. Señala que entre las principales formas de afrontamiento

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Lazarus y Folkman. Estrés y Procesos cognitivos. Trad. Zaplana. Ed. Martínez-Roca. España. 1984. págs. 56-60.

se encuentran:

a) las activas que son esfuerzos conductuales y cognitivos para manejar sucesos estresantes (tales como la reevaluación positiva de la enfermedad desde la aceptación de la realidad, la búsqueda de información o la solución de problemas).

b) las que implican evitación, estas son intentos por soslayar el problema o reducir la tensión mediante actitudes de huida (tales como la negación, la resignación o la evitación cognitiva)¹⁰⁵.

En esta misma línea de ideas, la crisis presentada por el cáncer ha sido ampliamente estudiada en relación a la adaptación al diagnóstico. Weisman y Worden ya desde 1976, describieron la adaptación de los individuos los primeros 100 días después del diagnóstico de cáncer, denominándolo periodo de "pleito existencial". En este mismo año, Weisman, desarrolló un índice de vulnerabilidad que proveía una guía para predecir a aquellos pacientes que tenían altos riesgo de estrés y más vulnerabilidad a la pobre adaptación psicosocial posterior al conocimiento de su diagnóstico¹⁰⁶.

Por su parte Elizabeth Kübler-Ross habla de cinco fases ante el afrontamiento del proceso de duelo (en este caso el que involucra la pérdida de la salud) la primera es la negación y aislamiento, la segunda

¹⁰⁵ ARRANZ Ma. P. Y R. Bayés. "Apoyo psicológico". Pág. 53. pág. 653 En: GONZALEZ Barón M. y cols., Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.

¹⁰⁶ Op cit.MASSIE.

la ira, la tercera el pacto o negociación, la cuarta la depresión y la quinta la aceptación, que en el caso de los pacientes con cáncer puede ser la aceptación de la comprensión final de la proximidad de la propia muerte, esta autora puntualiza que puede haber una variación con respecto a la secuencia de la segunda a la cuarta fase, pero la resolución final del duelo se da con la adaptación, de esta forma se podrían explicar las reacciones emocionales del paciente con cáncer ante el afrontamiento a la pérdida de la salud, y adaptación ante un nuevo diagnóstico y estilo de vida¹⁰⁷.

Asimismo, Massie y Holland desarrollaron un modelo de fases de la adaptación normal al diagnóstico de cáncer, basado en el trabajo de Horowitz y colaboradores, (acerca de los síndromes de respuesta al estrés resultante de eventos no relacionados a enfermedades), el cuál tiene muchas aplicaciones lógicas al cáncer, en donde el responder ante los puntos críticos de la enfermedad desde el diagnóstico, las propuestas del tratamiento, las ideas irracionales y temores a los efectos colaterales son característicos e incrementan la reacción. La tabla 3, muestra dicho modelo de Fases¹⁰⁸:

¹⁰⁷ Kübler-Ross, Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Mondadori Gigalbo, pág. 359, 1975. USA.

¹⁰⁸ MASSIE Mary Jane y Holland Jimmie C . “Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders”. Cap.22. p. 273-281. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, “Handboock of Psychooncology. psychological care of the patient with cancer”. England, 1989, 785 pp.

Tabla 3. Modelo de Massie y Holland de respuestas normales a la crisis relacionada al cáncer

Resultados de la crisis	Respuesta emocional y cognoscitiva al resultado de la crisis	Intervalo de tiempo
FASE 1 Respuesta inicial	Escepticismo o rechazo (“el diagnóstico esta mal”) Desesperación (“yo lo sabía desde un principio”, “no hay razón para tomar el tratamiento”)	Dura menos de una semana
FASE 2 Disforia	Ansiedad Estado de ánimo depresivo Anorexia Insomnio Pobre concentración Falta de interés por las actividades diarias.	Dura de 1 a 2 semanas, varia.
FASE 3 Adaptación	Adaptación a la nueva información. Confrontación de los problemas presentados. Encuentra razones para estar optimista Revisa actividades (el plan de tratamiento).	Empieza a las 2 semanas del diagnóstico

Holland señala que la respuesta a la crisis en el cáncer, al tiempo del

diagnóstico o en algún punto transicional o de crisis, está caracterizada por una fase inicial en la cual la persona experimenta escepticismo, o rechazo temporal del diagnóstico, los pacientes describen un periodo de “entumecimiento” o eventos de desrealización. (“como si no les estuviera pasando a ellos”) esto les permite un distanciamiento emocional temporal de lo que implica el cáncer . Algunos individuos no experimentan escepticismo, pero describen una sensación inmediata de desesperación y desmoralización que es expresada frecuentemente como “ yo sabía que esto estaba por venir”, “ por qué molestarme con el tratamiento si es inútil”. Este periodo inicial, que usualmente dura unos pocos días, es seguido por un periodo de tumulto y estrés abierto, ansiedad, miedos al futuro, pensamientos rumiativos y dificultad para dormir, comer y concentrarse.

El estado de ánimo es frecuentemente ansioso o triste, con una sensación de desesperanza y desesperación. Parecido al cuadro de estrés postraumático en su etapa inicial (tal como lo indica el DSM-IV) en el cual el individuo ante la amenaza de su integridad responde con temor, desesperanza o un horror intenso.

En la ausencia de la crisis, estas emociones serían consideradas patológicas, pero en este contexto son signos de un afrontamiento normal y adaptativo, de la misma forma como Kübler- Ross describe el proceso de duelo anteriormente mencionado. Mientras la respuesta normal usualmente disminuye después de una semana o 10 días, hay síntomas que persisten o son más severos.

Es importante reconocer cuan dolorosos pueden ser los síntomas de estrés al tiempo del diagnóstico, y cuan frecuentemente los pacientes los recuerdan y temen volver a experimentarlos con otra crisis. En este aspecto, la respuesta es similar al ataque de pánico en el cual el miedo anticipatorio de volver a experimentar los síntomas domina el cuadro y provoca experimentarlos ¹⁰⁹.

Mantener la percepción de control sobre la situación favorece el proceso de adaptación y la disminución de las situaciones de indefensión. El incremento de la afectividad positiva y la autorregulación de la afectividad negativa pueden actuar como mecanismos mediadores en la evolución de la enfermedad, amortiguando el estrés. La apertura de canales de comunicación clara y abierta entre el paciente, la familia y el equipo, también constituyen un elemento fundamental para la adaptación y el ajuste del enfermo oncológico. El enfermo necesita un tiempo y un espacio en los que se le facilite la expresión de sus emociones. En el siguiente listado se esquematizan en forma resumida los factores involucrados en el ajuste, según Arranz (ver tabla 4) ¹¹⁰.

¹⁰⁹ MASSIE Mary Jane y Holland Jimmie C . “Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders”. Cap.22. p. 273-281. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, “Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer”. England, 1989, 785 pp.

¹¹⁰ ARRANZ Ma. P. Y R. Bayés. “Apoyo psicológico”. Cap. 53. pág. 653 En: GONZALEZ Barón M. y cols, Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.

Figura 4. Factores involucrados en el ajuste

MEJOR AJUSTE	PEOR AJUSTE
Información gradual adaptada a las necesidades del paciente	Negarse a tener información
Comunicación clara y abierta entre paciente, familia y equipo	Alexitimia (déficit de capacidad de comunicar emociones)
Afrontamiento activo	Evitación cognitiva o conductual
Percepción de control	Indefensión
Apoyo social	Aislamiento, soledad
Apoyo familiar	Apoyo familiar nulo o escaso, conspiración del silencio
Soporte emocional del equipo	Falta de atención en el área emocional por parte del equipo
No tener historia psiquiátrica previa	Tener historia psiquiátrica previa.

Nótese que la alexitimia se considera como uno de los factores que propician un peor ajuste. Se sabe que la alexitimia es un constructo multidimensional definido por la dificultad en la identificación y descripción de los sentimientos, la dificultad en distinguir entre sentimientos y sensaciones físicas, inhibición de fantasías, y una preocupación por los eventos externos¹¹¹.

Al respecto Pennebaker sugiere que la alexitimia nos excluye de nuestros pensamientos concientes acerca de las experiencias emocionales, sus estudios concluyen que esta variable se relaciona al estilo de afrontamiento de reacciones inhibitorias, es decir a estilos de

¹¹¹ Pedinielli J.L. Psychosomatique et alexithymic. Paris. Presses Universitaires de France. 1992

afrontamiento evitativos, reacciones que impiden una reevaluación cognitiva. El guardarse para sí las emociones o la inhibición de comportamientos traen como consecuencia sutiles incrementos en los niveles de transpiración de las manos y pies o actividad electrotérmica, afirma que la confesión tiene el poder de que cuando las personas revelan experiencias personales íntimas muestran inmediatos cambios en el patrón de ondas cerebrales, en los niveles de conductancia de la piel, descenso en la presión sanguínea y ritmo cardiaco, a la vez que también se dan mejoría en su función inmunológica. En las semanas y meses que siguen, hay una mejora en la salud física y psicológica de la gente.

Pennebaker señala que ante el enfrentamiento al estrés que produce el cáncer, los sujetos alexitimicos muestran un peor ajuste emocional, a diferencia de los sujetos con mejor soporte social que tendrán una tendencia hacia los estilos de afrontamiento más activos y estados de bienestar. Se sabe que la confrontación y procesamiento cognitivo positivo ante la enfermedad mejora el ajuste emocional. Además los grupos de soporte aumentan la calidad de vida¹¹².

De esta forma la tarea de los clínicos en esta área es evaluar las respuestas psicológicas y diferenciarlas de aquellas que son normales y que se disiparán con el tiempo, de las que pueden ser patológicas e interferirán sustancialmente en el confort del paciente, la calidad de vida, la habilidad para hacer frente de manera apropiada a las

¹¹² Paez y cols. Confrontación: Inhibition Alexitymia, and Health. Cap. 10. pag. 213-216. En : Pennebaker J.W. Emotion, Disclosure & Health, APA. USA. 1995.

decisiones con respecto al tratamiento, la adherencia terapéutica e incluso la supervivencia¹¹³.

3.5. Alteraciones psicológicas en el paciente con cáncer

3.5.1. Ansiedad

Tal como se observa el estrés producido por la enfermedad conduce al paciente a una situación de indefensión y vulnerabilidad que es una crisis normal de la psique para organizar las nuevas concepciones y condiciones de vida, de tal manera que tras esta crisis se logre con ayuda de los mecanismos afrontativos, la adaptación a un estado de asimilación y participación activa ante la enfermedad y los tratamientos, sin embargo puede que esta adaptación no se propicie de forma natural, en esos momentos aparecen alteraciones emocionales que involucran incluso hasta la propia supervivencia del paciente.

Anteriormente un estudio importante que proveía de datos objetivos con respecto a la morbilidad psicológica en los pacientes con cáncer, fue hecho por Craig y Abeloff en 1974. Ellos les dieron un formato autoadministrable del SCL-90 (Hopkins Symptom Checklist –90) a 30 pacientes admitidos consecutivamente a una unidad de investigación oncológica, encontrando que más del 50% de estos pacientes mostraban de moderados a altos niveles de depresión y el 30%

¹¹³ MASSIE Mary Jane y Holland Jimmie C . “Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders”. Cap.22. p. 273-281. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, “Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer”. England, 1989, 785 pp.

presentaban ansiedad. Tales hallazgos llevaron a la necesidad de identificar el subconjunto de pacientes con cáncer que probablemente estuvieron bajo estrés significativo¹¹⁴.

Actualmente, para determinar un diagnóstico psicológico en el caso de tener una alteración emocional, se pueden utilizar dos manuales diagnósticos, el DSM-IV (sustentado por la APA) y el CIE-10 (sustentado por la WHO) en los que se incluyen los cuadros clínicos (signos y síntomas) para el diagnóstico de las reacciones, trastornos y psicopatologías específicas, que se diferencian básicamente por la duración de la sintomatología. Cabe señalar que no se enfocan en enfermedades oncológicas, sin embargo su aplicación práctica ha sido muy eficaz en las investigaciones realizadas.

Se sabe según estudios realizados, que más de un 15% de la población general llega a sufrir alguna vez a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad, que consiste en una serie de reacciones (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) demasiado intensas, frecuentes, o simplemente poco ajustadas a la situación en que se encuentra el individuo,¹¹⁵ sin embargo como se mencionó anteriormente, en la población de pacientes con cáncer este porcentaje se incrementa ya que los estados subjetivos de miedo a la muerte y estados aprehensivos son más amenazantes que en la población normal.¹¹⁶

¹¹⁴ MASSIE Mary Jane y Holland Jimmie C . "Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders". Pág.22. p. 273-281. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

¹¹⁵ <http://www.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>

¹¹⁶ Op.cit.p.302

De esta forma las investigaciones sustentan, que la mitad de los pacientes atraviesa por una reacción de ansiedad que es un proceso de esfuerzo cognitivo ante el estrés del diagnóstico o del inicio de un nuevo tratamiento. Ellos explican que en un principio, al enterarse de su diagnóstico, el paciente pasa por un periodo de apuro existencial en ese momento experimenta un bloqueo cognoscitivo normal, en el cual no procesa la información de manera adecuada, durante esta fase la reacción puede estar caracterizada por ansiedad, depresión o ambas, en las cuales el paciente utiliza mecanismos defensivos que le sirven de equilibrio ante un desajuste emocional. Esta reacción dura aproximadamente de una semana a un mes hasta que se da la adaptación. Si esta adaptación no se propicia y el paciente continua con los síntomas, se desarrolla un trastorno adaptativo (que dura de 1 a 6 meses), y dependiendo de su estado emocional puede ser con síntomas depresivos, ansiosos o mixto, por lo regular este trastorno se acompaña de ideas irracionales y expectativas poco realistas sobre la enfermedad y los tratamientos.

El trastorno adaptativo puede evitar que el paciente acepte emprender o continuar con los tratamientos e incluso llevarlo al suicidio, ya que no hubo una adaptación adecuada. Si los síntomas persisten más de seis meses, el trastorno adaptativo se convierte en un trastorno emocional específico ya sea un trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad severo. Por lo anterior se asume que la ansiedad en cáncer se

encuentra más frecuentemente como¹¹⁷:

1. Reacción de ansiedad
2. Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad
3. Trastorno de ansiedad
4. Ansiedad relacionada a influencias médicas
5. Ansiedad relacionada a un trastorno preexistente (exacerbada por la enfermedad)

Independientemente de las causas de la ansiedad los síntomas subjetivos y físicos son similares. El paciente describe estados subjetivos de miedo rodeado de pavor o temor, pueden ser vagos o centrados al temor a la muerte y a la disfunción física. Cambios en el humor y conducta, respiración, síntomas gástricos, cardiovasculares, frigidez, impotencia, etc. que no cambian en ninguno de los diagnósticos siendo variado el tiempo de aparición de estos.

Cabe mencionar que la mayoría de estos signos y síntomas son fisiológicos por lo que al momento de detectarlos en el paciente con cáncer, se debe considerar si son causados por los efectos orgánicos que provocan la enfermedad o los tratamientos administrados. O saber en que medida son producto de la reacción de ansiedad provocada por el cáncer.

¹¹⁷ MASSIE Mary Jane. "Anxiety, Panic, and Phobias". Pág. 25. p. 300-309. En: HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handbook of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

3.6. Expectativas

Después de haber hecho una revisión acerca de los tipos de reacciones psicológicas del paciente con cáncer, tanto adaptativas como desadaptativas, podemos observar que el origen de los desajustes emocionales son las interpretaciones de los eventos que suceden alrededor de su enfermedad. De esta forma el paciente se formula una serie de ideas acerca de su enfermedad y tratamiento, dichas ideas constituyen su sistema de creencias individual, que se caracteriza por la manera natural de estructuración de sus pensamientos y se ve influida por la información que se intercambia en la sala de espera, con vecinos, etc, que muchas veces es errónea o distorsionada. Esta transmisión de ideas sumada a la ansiedad hace que el paciente desarrolle un sistema de creencias erróneas a través del cual construye explicaciones de los hechos e incluso se anticipa a ellos esperando en muchas ocasiones lo peor.

Así, podemos observar cómo los pensamientos tienen un papel importante en el desarrollo de estados emocionales como lo mencionaba Beck,¹¹⁸ en su teoría cognitiva de la depresión, ya que el paciente desarrolla ideas inadecuadas, muchas veces irracionales y se programa aún sin saber que pasará.

Por otro lado, el modelo de estrés que incorpora las ideas propuestas por Hamilton en 1980,1982 y Lazarus y Folkman en 1984, propone que

¹¹⁸ BECK, Aaron T., y cols. Terapia Cognitiva de la depresión. Trad. Susana del Viso Pabón.5ª. Ed. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer. España. 1983. Pág. 19

un evento anticipado es un estresor psicógeno si provee de información que es apreciada como desfavorable o resultados potencialmente peligrosos y enfatiza el rol que juega el papel de los procesos cognitivos en la expectativa de un evento potencialmente estresante. Ellos señalan que no es el evento por sí mismo lo que hace estresante, si no es la interpretación que hace el individuo de los eventos ¹¹⁹. Por esta razón es sumamente importante la percepción que el paciente con cáncer tienen de su enfermedad y las expectativas que tiene de la misma en el desarrollo de estados emocionales y en el proceso de adaptación a la enfermedad.

3.7. Tratamiento basado en la terapia cognitiva aplicado a pacientes con cáncer

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc) frecuentemente encontradas en pacientes oncológicos. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas)

¹¹⁹ JACOBSEN Paul B. Y Jimmie Holland. Cap.7 The Stress of Cancer: Psychological Responses to Diagnosis and Treatment. En : Cancer and Stress Psychological, Biological and coping studies. Ed. Cooper and Watson. John Wiley and Sons Ltd. 1991. Inglaterra. Pág. 147-149

desarrollados a partir de experiencias anteriores ¹²⁰.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos ¹²¹. Para tal propósito se sirve de una amplia gama de estrategias cognitivas y conductuales, la principal estrategia hace énfasis en la investigación empírica de las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como: pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos. Se formulan las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis, cuya validez se intenta comprobar de un modo sistemático. Su objetivo es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.

¹²⁰ BECK, Aaron T., y cols. "Terapia Cognitiva de la depresión". Trad. Susana del Viso Pabón. 5ª. Ed. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer. España. 1983. Pág. 13

¹²¹ Ibid.

5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias¹²².

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente reconoce, controla y registra sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva. La terapia se centra en “síntomas objetivos” específicos y se someten a una investigación lógica y empírica¹²³.

Las técnicas conductuales elicitán cogniciones asociadas a conductas específicas. Entre ellas se encuentran los Cuestionarios de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades; un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considere difícil o imposible. Estas técnicas se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos¹²⁴.

Es así como las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para modificar la tendencia de este tipo de pacientes a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos, al

¹²² Ibid

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Ibid

identificar los procesos “lógicos” que llevan a sus conclusiones, examinar la evidencia y considerar explicaciones alternativas. De tal forma que se le ayuda a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando de esta forma los síntomas emocionales.

Este tipo de tratamiento ayuda al paciente oncológico en gran medida a reducir sus niveles de ansiedad así como a modificar sus falsas expectativas, sin embargo las sesiones requieren de una intervención continua y prolongada por lo que muchas veces se dificulta su aplicación, y es necesario una intervención breve pero bien enfocada en la reducción del estrés provocada por este tipo de tratamientos. Como se menciona en el capítulo anterior entre las técnicas más utilizadas para ayudar a reducir la incidencia de NVA y controlar la ansiedad en el manejo integral del paciente que asiste a quimioterapia, están la relajación, reestructuración cognitiva, imaginación, desensibilización, inoculación del estrés y automonitoreo, entre otras. Todas ellas basadas en la terapia cognitivo conductual. Cabe señalar que la desensibilización y la relajación han sido las técnicas más efectivas en el tratamiento de la NVA sin embargo se recomienda que se combinen con la reestructuración cognitiva para que los pacientes tengan herramientas de afrontamiento efectivas para reducir los niveles de estrés ante la quimioterapia y todo lo relacionado a ella.¹²⁵

¹²⁵ GOLDEN William, Goldstein Arnold y cols. “Psychology practitioner Guidebooks, Psychological treatment of cancer patients.” Chapter 3 Stress Management. USA. 1992. Pág. 27-4

CONCLUSIÓN

A lo largo de este texto, se ha hablado de las reacciones psicológicas causadas al enterarse de un diagnóstico de cáncer. Dichas reacciones están caracterizadas principalmente por estados de ansiedad y depresión, ya que siendo una enfermedad, libre de medicamentos efectivos para su curación, propicia el desarrollo de fantasías y evaluaciones erróneas respecto a su pronóstico y tratamiento.

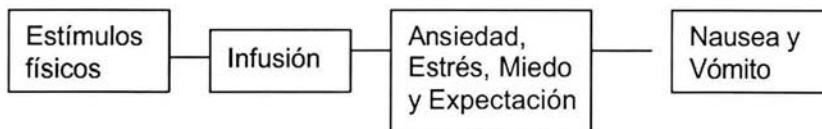
Al mismo tiempo, el desconocimiento de la información adecuada a un nivel que el paciente pueda entender, las expectativas que muchas de las veces resultan equivocadas, aunados a un estilo de pensamiento catastrófico, como mencionarían Lazarus y Folkman, generan estrés e incremento en los niveles de ansiedad y depresión.

Por su parte, la quimioterapia actualmente constituye un pilar importante en el tratamiento de la mayoría de los pacientes con cáncer, sin embargo muchos de los efectos secundarios agresivos que provoca como la caída de pelo o alopecia, los estados nauseabundos, el vómito, la diarrea, el desvanecimiento, etc, pareciera que empeoran el cuadro de la enfermedad. De esta manera este tipo de tratamiento se vuelve aversivo para el paciente y, la náusea y vómito que provoca, se convierten en los efectos más frecuentes y estresantes por el grado de invasividad y agresión que generan en su calidad de vida.

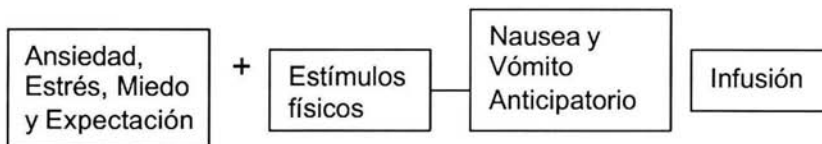
En muchos de los casos, dichos efectos se convierten en reacciones anticipatorias, resultado de un proceso de condicionamiento, que van asociadas a los desajustes emocionales antes mencionados.

Por lo tanto podemos explicar desde el condicionamiento clásico, que cuando el paciente asocia estímulos físicos relacionados con la administración de estos fármacos se genera un proceso de aprendizaje que a su vez se vincula con los estados emocionales negativos. Este proceso lo podemos esquematizar de la siguiente manera:

1ª. Infusión



Subsecuentes infusiones:



Hasta este momento podemos observar en resumen, que los procesos cognoscitivos y las reacciones emocionales, tienen un efecto contundente en el aprovechamiento del tratamiento, ya que adicionalmente a lo explicado, en la práctica clínica de inicio no es pertinente administrar quimioterapia si los niveles hemáticos no son apropiados para resistirla. Siguiendo con las consideraciones de los

autores que mencionan que ante los altos niveles de estrés, ansiedad, y depresión, el sistema inmunológico se ve disminuido, esto explicaría el motivo por el cual no habría el efecto esperado en el tratamiento y contrariamente a su objetivo, decrementaría la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto es de primordial importancia considerar un tratamiento integral para los pacientes con cáncer donde haya un trabajo multidisciplinario y una comunicación abierta entre los diferentes especialistas, así como la comunicación médico-paciente de información clara y a su propio nivel, para que se vea favorecida la adherencia terapéutica a este tratamiento.

De esta forma se puede observar que aunque la participación del oncólogo representa una parte importante en el manejo del paciente con cáncer, sin un adecuado apoyo psicológico el tratamiento médico se ve lentificado y muchas veces obstruido. Por consiguiente, la labor psicológica a nuestro juicio abarcaría acciones terapéuticas encaminadas al control del dolor; al manejo de la ansiedad y los estados de estrés, así como al tratamiento de la depresión y cualquier otro trastorno emocional que pudiera desencadenar o exacerbar estados obstructivos para el cumplimiento del tratamiento médico como la quimioterapia.

Asimismo el abordaje de la NVA podría realizarse a través de enfoques tanto de condicionamiento clásico como de técnicas cognitivo-conductuales (como desensibilización, relajación, imaginación,

inoculación del estrés, entre otras), todas ellas con el fin principal de procurar una reestructuración cognitiva y emocional acerca de su enfermedad, coadyuvando en la administración del tratamiento médico, de tal manera que se genere una mejoría en la calidad de vida del paciente.

Por tanto, resulta relevante que exista una colaboración entre los diferentes especialistas del campo médico y del campo psicológico ya que de alguna manera ambos forman parte del apoyo al mejoramiento de la salud integral de las personas y es importante que a inicios del siglo XXI las diferentes disciplinas llámese psicología, medicina, biología o química incluso disciplinas como ingeniería o arquitectura se involucren y se conecten en un mismo punto, ya que la ciencia en cualquiera de sus formas tiene como objetivo principal el servir a la humanidad.

REFERENCIAS

1. AAPRO MS. Kirchner V. Terrey J.P. The incidence of anticipatory nausea and vomiting after repeat Chemotherapy: the effect of granisetron. British Journal of Cancer 69 (5): 1994. 9957-9960.
2. AGUIAR Morales José y David Aguiar B. "Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico del cáncer" Cáp.8. pág. 111, En: GOMEZ Sancho, Marcos, "Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales". Vol.1. Ed. ICEPSS. España.1998. 685pp.
3. AGUIAR Morales José y Uriel Bohn S. "El cáncer epidemiología y Etiología" Cáp.6. pág. 91, En: GOMEZ Sancho, Marcos., "Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales". Vol.1. Ed. ICEPSS. España.1998. 685pp.
4. ANDRYKOWSKI MA: Defining anticipatory nausea and vomiting: differences among cancer chemotherapy patients who report pretreatment nausea. Journal Behavioral Medicine 11 (1): 1988. 59-69.
5. ANDRYKOWSKI, Michael A. The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: A review and synthesis. Psychosomatic Medicine. Vol 52(4) Jul-Aug 1990, 458-475.

6. ANDRYKOWSKI y William H. Reed. Development of Anticipatory Nausea: A prospective Analysis. Journal of consulting and Clinical Psychology 1985. Vol. 53. No. 4. 447-454.
7. AAPRO MS. Kirchner V. Terrey J.P. The incidence of anticipatory nausea and vomiting after repeat Chemotherapy: the effect of granisetron. British Journal of Cancer 69 (5): 1994. 9957-960.
8. ARRANZ Ma. P. Y R. Bayés. "Apoyo psicológico". Cap. 53. pág. 651 En: GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. España. 1998. 766pp.
9. ARTAL, y Martínez Trufero. "Diagnóstico de extensión". Cap. 16. pág.211. En: GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.
10. BAYES R. Psicología oncológica. España 1985.
11. BECK, Aaron T., y cols. Terapia Cognitiva de la depresión. Trad. Susana del Viso Pabón. 5ª. Ed. Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer. España. 1983.

12. BLOOM y cols. "Cancer and Stress: The effect of Social Support as a Resource". Pág. 5. En : COOPER y Watson. Cancer and Stress. Psychological and Coping Studies. Wiley. England 1991.
13. BRAVO M.P. "Epidemiología del cáncer". Pág.8. pág.93 En: GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. España. 1998. 766pp.
14. BOVBJERG Dana. Psychoneuroimmunology and Cancer. Cap. 61. Pág. 732. En : HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989
15. CAREY Michael and Thomas Burish. "Providing Relaxation Training to Cancer Chemotherapy Patients: A Comparison of Three Delivery Techniques". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol.55 No.5 732-737.
16. CELLA D.F. A. Pratt y Holland. Memorial Sloan Kettering Cancer Center and Cornell University Medical College, New York, N.Y. 2001.
17. CIE-10 "Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación". Ed. Meditor. OMS

Suiza. Edición en español a cargo del profesor J.J. LOPEZ IBOR.
España 1993. 295pp. Pag.133-134

18. CHACON. J. Y cols. "Antiemesis en la terapia ante neoplasia"
cap. 51. Pág. 269. En GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología
Clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed.
Mc Graw Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.
19. DE LILLE F. Ramón y cols. "Manual de normas y procedimientos
en la clínica del dolor". Corporativo Intermédica, S.A. de C.V.
México. 2002 pág.75
20. DSM-IV "Manual diagnóstico de los trastornos mentales".
MASSON, S.A. Ciencia y Cultura Latinoamérica, S.A. de C.V.
México. 1998. Pp 643
21. GARRINDO, y cols. "Toxicidad de la quimioterapia" Cap. 38.
Pag. 477. En GONZALEZ Barón M. y cols. Oncología Clínica.
Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw
Hill- Interamericana. España. 1998. 766pp.
22. GOLDEN William, Goldstein Arnold y cols. "Psychology
pratctitioner Guidebooks. Psychological treatment of cancer
patients." Chapter 3 Stress Management. USA. 1992. Pág. 27-4

23. GOODWIN, J.S. Key y Samet. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. JAMA, 258. 1987. 3125-3130.
24. GORE, S. "The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment", J.Health Soc. Behav. 19, 1978, 157-165.
25. HAMILTON V. Cognition and Stress. En Goldberger y Beznitz (eds.) Handbook of Stress. Free Press, New York, 1982. 105-120.
26. HELSING, K. J. "Factors associate with mortality after widowhood". Am. Journal Pub. Health, 71, USA.1981. 820-809.
27. HERNÁNDEZ Martín Ma. Antonia. "Tratamiento Anticáncer: Radioterapia" Cáp. 9. pág. 119. En: GOMEZ Sancho, Marcos, "Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales". Vol.1. Ed. ICEPSS. España.1998. 685 pp.
28. HERNÁNDEZ Romero Juan. "Tratamiento Anticáncer: Cirugía". Cáp. 10. pág. 136. En: GOMEZ Sancho, Marcos, "Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales". Vol.1. Ed. ICEPSS. España.1998. 685pp.

29. HERRSTEDT Jorn. "Nausea and emesis: still an unsolved problem in cancer patients?" Support Care Cancer. USA. 2002. 10:85-87
30. HORNE, D.J. y cols. "Anxiety and Conditionability in the prediction of anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy". School of Behavioural Science, University of Melbourne, Australia. 2001. Abstracts. 169- 170.
31. JACOBSEN Paul B. Y Jimmie Holland. Cap.7 The Stress of Cancer: Psychological Responses to Diagnosis and Treatment. En: "Cancer and Stress Psychological, Biological and coping studies". Ed. Cooper and Watson. John Wiley and Sons Ltd. 1991. Inglaterra. Pág. 147-149
32. JACOBSEN y cols. "Nonpharmacologic Factors IN the Development of Posttreatment Nausea With Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer". Cancer 61: 1988. 379-385.
33. JEMMONT y Locke. "Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know?" Psycholog. Bull., 95. USA 1984. 78-108.
34. Kübler-Ross, "Sobre la muerte y los moribundos". Ed. Mondadori Gigalbo, USA, 1975. pág. 359.

35. KUTZ y cols. "Paradoxical Emetic Response to Antiemetic Treatment in Cancer Patients". The New England Journal of Medicine. 1982.
36. KVALE Gerd y cols. "Anticipatory Nausea and Vomiting in Cancer Patients". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.59, No.6. 1991. pag. 894-898.
37. LABRADOR Fco. J., Juan Antonio Cruzado y Manuel Muñoz. "Manual de técnicas de modificación y terapia conductual". Ed. Piramide, España. 1995. 910pp. Pág. 40.
38. LAZARUS R. "Psychological stress and the coping process". New York: Mc Graw Hill, 1966.
39. LAZARUS y Folkman. "Estrés y Procesos cognitivos". Trad. Zaplana. Ed. Martínez-Roca. España. 1984. págs. 56-60.
40. LAZARUS y Folkman "Stress, Appraisal and Coping". Springer, New York. 1984.
41. LESKO Lynna M. "Nausea and vomiting: Physiology and Pharmacological Management". Pág.34. pag. 414. En: HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handbook of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.

42. LIEF. Harold. I. Anxiety Reaction, The Psychiatric Síndromes.
Chapter 23. Psychoneurotic Disorders. I: Anxiety, Conversión,
Disociative, and Phobic Reactions. Section 23.1. pág. 857.
43. LIPSCHITZ Alan, "Diagnosis and Classification of Anxiety Disorders" Chapter 3. Part II Clinical Features and Assesment. En: HERSEN Michael. Handbook of anxiety Disorder. Pergamon Press. 1988. USA. Pág. 50-51.
44. LOWITZ Barry y Casciato D. "Agentes quimioterapeuticos para el tratamiento del cáncer". Cáp. 4. pág. 54 En: CASCIATO Dennis A. y Barry B. Lowitz, "Oncología clínica". 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital Manual. España 2001. 748pp.
45. LOWITZ Barry B. "Aspectos psicosociales y legales del tratamiento del cáncer". Cáp. 6. pag. 123. En: CASCIATO Dennis A. y Barry B. Lowitz, "Oncología clínica". 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital Manual. España 2001. 748pp
46. LOWITZ Barry y Casciato D. "Cuidados paliativos". Cáp. 5. pág. 5 En: CASCIATO Dennis A. y Barry B. Lowitz, "Oncología clínica". 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital Manual. España 2001. 748pp.

47. LOWITZ Barry y Casciato D. "Principios de oncología médica y biología del cáncer". Pág. 1. pág. 5 En: CASCIATO Dennis A. y Barry B. Lowitz, "Oncología clínica". 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital Manual. España 2001. 748pp.
48. MASSIE Mary Jane. "Anxiety, Panic, and Phobias". Pág. 25. p. 300-309. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.
49. MASSIE Mary Jane y Holland Jimmie C . "Overview of Normal Reactions and Prevalence of Psychiatric Disorders". Pág.22. p. 273-281. En:HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handboock of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.
50. MOLASSIOTIS y cols. "Pretreatment factors predicting the development of postchemotherapy nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients". Suppor Care Cancer (2002) 10:139-145
51. MORROW, Gary y cols. "Anticipatory Nausea and Vomiting with Chemotherapy". University of Rochester. Cancer Center. New York. 14642. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1982 Vol. 306. No.7. pag. 431-432

52. MORROW, G.R. "Nausea and emesis: evidence for a biobehavioral perspective". Support Care Cancer (2002) 10: 96-105
53. MORROW, G.R. "Prevalence and correlatos of anticipatoty nausea and vomiting in chemotherapy patients". J.N.C.I. (1982) 68: 484-88.
54. NEALE, A.V. Tidley, B.C. and Vernon, S.W. "Marital status: delay in seeking treatment and survival from breast cancer". Soc. Sci. Med. 23. 1986. 149-153.
55. NERENZ, David y cols. "Factors Contributing to Emotional Distres during Cancer Chemoterapy". USA. 1989.
56. OTHMER, Ekkehard y Sieglinde C. Othmer. "DSM-IV. La entrevista clínica". Tomo 1. Fundamentos. MASSON. España 2000. 500pp.
57. PAEZ y cols. Confrontación: Inhibition Alexitymia, and Health. Cap. 10. pag. 213-216. En : Pennebaker J.W. "Emotion, Disclosure & Health", APA. USA. 1995.
58. PEDINIELLI, J.L. "Psychosomatique et alexithymic". Paris. Presses Universitaires de France.1992.

59. PLANCARTE R, Allende SR. Comunicación personal en: ALDRETE J. Antonio. "Tratado de algología". Voll.2.Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. de C.V. JGH editores. México. 1999. Pag.140
60. REDD. W.H. "Management of Anticipatory Nausea and Vomiting". Cáp.35. pag. 423. En: HOLLAND Jimie C. Y Julia H Rowland, "Handbook of Psychooncology, psychological care of the patient with cancer". England, 1989, 785 pp.
61. REDD, W.H. y G.V. Andersen. Conditioned aversión in cancer patients. Behavior Therapist (1982) 4: 3-4.
62. REGNARD C. Y Mary Comiskey. "Nausea and vomiting in advanced cancer- a flow diagram". Palliative Medicine 1992: 6: 146-151
63. Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y Protección a la salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección general de epidemiología. Compendio de cáncer 2000. Mortalidad y morbilidad. Registro histopatológico de Neoplasias Malignas.
64. SKEEL Roland T. "Selección de tratamiento para el paciente oncológico". Cáp. 4. pp.58 En: SKEEL Roland y cols. "Quimioterapia del cáncer". Hospital manual. 5ª.ed. Ed. Marbán. España. 2000.

65. SKEEL Roland T. y Patricia Ganz. "Valoración sistemática del paciente oncológico y complicaciones médicas a largo plazo". Cáp. 3. pp.34 En: SKEEL Roland y cols. "Quimioterapia del cáncer". Hospital manual. 5ª.ed. Ed. Marbán. España. 2000.
66. TIPTON Janelle y Roland Skeel "Reacciones agudas y efectos secundarios a corto plazo de los antineoplásicos". Cáp.27. pp.561 En: SKEEL Roland y cols. "Quimioterapia del cáncer". Hospital manual. 5ª.ed. Ed. Marbán. España. 2000

PAGINAS DE INTERNET

67. "<http://oesi.nci.nih.gov/Datos/>" \l "anchor686384"
68. "<http://oesi.nci.nih.gov/Datos/>" \l "anchor686384"
69. <http://www.oncologia.org.ar/cancer.shtml>
70. <http://oesi.nci.nih.gov/Datos/datos.html#anchor684955>
71. <http://www.oncologia.org.ar/quimioterapia.shtml>
72. <http://www.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>