



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DETERMINAR LAS ALTERACIONES PSICOAFECTIVAS EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO
CLÍNICO IV, CON DOLOR**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

BLANCA SELENE GUZMÁN CASTELLANOS

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ ANTONIO TALAYERO URIARTE

REVISOR DE TESIS: DR. ROBERTO PEIMBERT RAMOS



MAYO 2010



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.

Dedicada:

A mi abuela materna (+) Juana Sánchez Soto, quien motivo el tema para la realización de mi tesis, quien padeció y sufrió los estragos del cáncer de mama a su máxima expresión, por ella y por las mujeres que sufren esta enfermedad y sus derivaciones.

Agradecimientos:

Con amor y gratitud a la amiga, compañera, Madre y Padre a la vez, que me ha dado amor, paciencia, comprensión, apoyo, cuidados día a día para lograr mis más grandes sueños, mi madre Sra. Blanca Castellanos Sánchez.

A mi hermana Roxy, por ser la persona que ha compartido el mayor tiempo a mi lado, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

A mi hermano Everardo y familia quienes me brindaron un apoyo incondicional.

A Ricardo Sánchez Castro por su amor, apoyo, comprensión y experiencia profesional brindados durante todo este tiempo.

Mi agradecimiento por su apoyo en tiempo y conocimientos a todas las personas que contribuyeron a la realización de esta tesis: Dr. José Antonio Talayero Uriarte Director de Tesis, Dr. Roberto Peimbert Ramos Revisor de Tesis, Sinodales Mtro. Celso Serra Padilla, Dra. María del Rocío Avendaño Sandoval, Lic. Jorge Álvarez Martínez. Del Instituto Nacional de Cancerología al Dr. Kuauhyama Luna Ortiz, Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, Lic. Ana Ma. Gutiérrez Chimal.

Agradezco a dos grandes Instituciones, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Nacional de Cancerología por el crecimiento personal y profesional y el soporte institucional para la realización del presente trabajo de Investigación.

Así mismo comparto este sueño hecho realidad con mi Padre Everardo Guzmán Cristalinas quien ocupa un lugar especial en mi vida.

Confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas a muchas amargas dificultades.
Miguel de Cervantes Saavedra (1547 – 1616) Escritor español

Dedicatoria	pág. 2
Agradecimientos	pág. 3
Introducción	pág. 7

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I CÁNCER DE MAMA Y DOLOR.....	pág. 8
--	--------

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 Etiología del cáncer
- 1.3 Cáncer de mama
- 1.4 Factores de riesgo
- 1.5 Epidemiología del cáncer de mama
- 1.6 Tipos de cáncer de mama
- 1.7 Estadificación para el cáncer de mama
- 1.8 Síntomas del cáncer de mama
- 1.9 Definición de dolor
- 1.10 Teorías del dolor
- 1.11 Etiología del dolor
- 1.12 Clasificación del dolor según su duración y etiología
- 1.13 Fisiología del dolor
- 1.14 Dolor por cáncer de mama
- 1.15 Importancia del control del dolor por cáncer
- 1.16 Aspectos psicológicos que influyen en la percepción del dolor

CAPÍTULO II ALTERACIONES PSICOAFECTIVAS.....	pág. 32
--	---------

- 2.1 Definición
- 2.2 Perfil psicológico del paciente oncológico
- 2.3 Reacciones emocionales en las diferentes fases de la enfermedad
- 2.4 Efectos psicosociales de cada tipo de tratamiento
- 2.5 Trastornos psicoafectivos por cáncer de mama

CAPÍTULO III CUIDADOS PALIATIVOS Y TANATOLOGÍA.....	pág. 52
---	---------

- 3.1 Antecedentes de los Cuidados Paliativos
- 3.2 Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos en México
- 3.3 Definición de Cuidados Paliativos
- 3.4 Objetivos de los Cuidados Paliativos
- 3.5 Definición de paciente terminal
- 3.6 Generalidades psicoafectivas del paciente terminal
- 3.7 Tanatología
- 3.8 Definición de tanatología

- 3.9 La muerte, el morir y el duelo
- 3.10 Definición de duelo
- 3.11 Modelos teóricos de la comprensión del duelo
- 3.12 Formas diferentes del duelo
- 3.13 Síntomas del duelo
- 3.14 La experiencia de la pérdida

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA..... pág.67

- 3.1 Objetivo general
- 3.2 Pregunta de investigación
- 3.3 Hipótesis
- 3.4 Definición de variables
- 3.5 Sujetos
- 3.6 Criterios de inclusión
- 3.7 Escenario
- 3.8 Tipo de investigación
- 3.9 Equipo
- 3.10 Material
- 3.11 Procedimiento

CAPÍTULO V ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS pág.70

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES pág. 78

- Referencias pág. 80
- Anexos pág. 83

Introducción

La salud es, además de uno de los derechos fundamentales del ser humano, un valor esencial para el bienestar familiar y el desarrollo social y económico de una nación; así mismo, es una condición indispensable para la auténtica igualdad de oportunidades en la población.

El cáncer de mama es sin duda uno de los principales problemas de salud, que afecta tanto a las poblaciones con mayor desarrollo económico y humano, como a las que presentan rezagos. Se considera que una de cada nueve mujeres lo tendría a lo largo de su vida. Es la causa del 3% de las muertes entre la población femenina. Su presentación es poco frecuente en menores de 30 años, aumenta alrededor de los 40 años y se estabiliza posteriormente para volver a presentar un pico de incidencia por encima de los 55 años. El avance tecnológico y la modernización hicieron posible el desarrollo industrial y la urbanización a nivel mundial, con lo que México registró el siglo pasado cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. Entre los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad (particularmente de la infantil), el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida. Así, la pirámide de población se ha modificado presentando un angostamiento relativo en su base y un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y de mujeres en la etapa post – reproductiva.

Por tales motivos, es innegable la transición epidemiológica de las enfermedades infecto – contagiosas a una alta y progresiva incidencia de patologías crónico – degenerativas, como el cáncer de mama, que ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad general en nuestro país, acompañado frecuentemente de dolor.

CAPÍTULO I

CÁNCER DE MAMA Y DOLOR

1.1 ANTECEDENTES

La humanidad ha tenido relación con las enfermedades oncológicas durante toda su historia; así, el estudio de restos egipcios antiguos de la necrópolis situada cerca de Gizeh, demostró que hace unos cinco mil años (2 700 a. C.) se identificaron tumores óseos. Sin embargo, a pesar de su amplia diseminación, el cáncer parece haber sido relativamente raro en todo el mundo al principio de nuestra era, quizá la esperanza de vida limitada durante los primeros siglos previno al hombre de alcanzar la era del cáncer. No obstante, los tumores son mencionados en la medicina egipcia, en el Papiro de Ebers (1 500 a. C.) y en el Papiro de Edwin Smith, el antecedente más antiguo conocido en cirugía.

Al tratar de determinar la causa del cáncer, existieron numerosas interpretaciones en la era hipocrática, muchas de las cuales han incluido un gran aporte de imaginación y misticismo, así como de confusión en el escaso conocimiento. Etimológicamente el término “cangrejo” (*karkinos*) fue aplicado a los tumores malignos por los antiguos griegos, adoptado por los romanos y aceptado en la actual nomenclatura de los tumores. Se le dio el nombre de cáncer a un sobrecrecimiento debido a que: “como un cangrejo, tiene proporcionalmente pinzas en ambos lados de su cuerpo”. Refiriéndose a observaciones sobre tumoraciones mamarias. Hipócrates describió algunas manifestaciones clínicas sugestivas del cáncer mamario invasor en estadios terminales. Una segunda referencia de tumores mamarios se encuentra en el volumen relacionado con las enfermedades de la mujer, el cual inicia una de las primeras descripciones de la historia natural de esta enfermedad.

Los médicos griegos y romanos observaron diferentes tipos de tumores. Herodoto describió empíricamente la historia natural del cáncer mamario en esa época, evidencia inicial de un diagnóstico tardío y ausencia de tratamiento.

La influencia griega fue transmitida a Galeno; alrededor del año 200 d. C., a pesar de que predominaban sus hipótesis de origen humoral de la enfermedad, empíricamente se describió la primera evidencia de la influencia de los estrógenos en relación con la etiología de la enfermedad y las primeras intervenciones en relación con el tratamiento, observando que el cáncer mamario era más frecuente después de la menopausia.

Aulus Cornelio Celsus, en el siglo I d. C., contribuyó a la construcción teórica en el conocimiento de esta enfermedad al señalar el proceso irritativo de cualquier índole como un factor de riesgo. Aplicó el nombre de disqueratosis al tumor mamario y señaló que la “irritación del tumor por intervenciones médicas imprudentes resultan peligrosas para la paciente”. Leónides de Alejandría (200 d. C.) describió la retracción del pezón como un signo diagnóstico del cáncer mamario. Aetius de Mesopotamia (Amida) también nombra las úlceras fagedénicas y las úlceras malignas. Él describió inicialmente algunas lesiones metastásicas a hueso.

A inicios de la etapa del Renacimiento, Ambrosio Paré (1510-1590), influido por Galeno, reconoce la relación que existe entre el cáncer mamario y la extensión axilar ganglionar de la enfermedad. Marco Aurelio Severino (1580-1634) contribuyo tempranamente al diagnóstico diferencial de tumores benignos y malignos de la mama.

Durante esa época, los primeros anatomistas como Vesalio, Falopio y Leonardo da Vinci, realizaron grandes esfuerzos para desechar las doctrinas humorales de Galeno. Paracelso dio un gran paso para lograrlo; sin embargo, fue Andrés Vesalio (1514 – 1564), anatomista belga, uno de los primeros en oponerse vigorosamente a las doctrinas antiguas de Galeno y descartó su vieja anatomía. La publicación de la obra *De humanis corporis* fabricada en 1543 marca el inicio de la anatomía moderna.

En México, los aztecas (siglo XII a XVI) estaban familiarizados con el cáncer y lo llamaban "coalocatl". Recomendaban para su tratamiento la cirugía y después colocaban cataplasmas. La trepanación fue el procedimiento quirúrgico más utilizado por lo aztecas, mayas y toltecas. (Teran, 1999).

En 1522, Hernán Cortes construyó el actual Hospital de Jesús y para fines del siglo XVI existían más de 150 hospitales, sin que se reconocieran progresos con relación al cáncer. Los primeros avances oncológicos modernos nacen en 1809 con un médico rural de Danville, Kentucky, quien realizaba la primera extirpación quirúrgica de un tumor ovárico con éxito, posteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX, Billroth, Czerny, Koch, Haksted y otros desarrollaron procedimientos quirúrgicos oncológicos, muchos de los cuales predominan con mínimos cambios en la actualidad.

En 1943, el Centro de Cáncer de Yale introduce en la práctica médica los alquilantes como los primeros agentes antineoplásicos en linfomas al observar el efecto mielosupresor que ocasionaba el gas mostaza durante la Primera y Segunda Guerra Mundial. Así podemos considerar, que a principios del siglo, el panorama de la oncología se encontraba definido en Europa, donde florecían el Royal Mariden Hospital, el Midleessex y el Chirstie Hospital en Inglaterra, la Fundación Curie en Francia, el Radiumhemet en Suecia y en Estados Unidos el Roswell Park (1898), el Sloan – Kettering Cancer Center (1906/1939), el Nacional Cancer Institute (1937), el M.D. Anderson Cancer Center (1941) y el Danar Farbar (1947).

En nuestro país se iniciaba el interés, por la oncología en grupos de Guadalajara y Mérida. En 1922, en el Hospital General de México, se inauguro el pabellón 12 para enfermos con cáncer, en 1946, se funda el Instituto Nacional de Cancerología y en 1961, el Hospital de Oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social. Posteriormente aparecieron servicios de oncología en diversos hospitales generales como el Hospital Militar, Hospital 20 de Noviembre, Centro Medico de Occidente en Guadalajara y en otros estados como Puebla, Monterrey, etc.

1.2 ETIOLOGÍA DEL CÁNCER

El cuerpo está compuesto por varios tipos de células las cuales normalmente se dividen en una forma ordenada para producir más células, sólo cuando son necesarias; el cáncer es un grupo de enfermedades (más de 100 tipos) que ocurre cuando las células se vuelven anormales y se dividen sin control ni orden. Puede originarse a partir de cualquier tipo de células en cualquier tipo de tejido y en consecuencia duplicarse dando lugar a una población de células hijas que se producen sin control y de forma desenfrenada con capacidad de invasión y destrucción a otros tejidos.

Todos los cánceres empiezan en las células. Las células son las unidades básicas que forman los tejidos del cuerpo. Por tanto el cuerpo está compuesto por varios tipos de células las cuales normalmente se divide en una forma ordenada para producir más células sólo cuando son necesarias.

Hay tres tipos de células normales:

1. Células en división continuas
2. Células terminales diferenciadas destinadas a morir sin división
3. Células sin división que pueden reingresar al ciclo celular si un estímulo apropiado (células en fase G₀).

El ciclo celular comprende 4 fases: G₁, S, G₂, Mitosis. En los tumores puede haber un acortamiento del ciclo celular, un incremento de la proliferación celular o decremento en el promedio de la pérdida celular.

Pero a veces, este proceso ordenado de división de células se descontrola, células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita, cuando esto pasa las células viejas no mueren cuando deberían morir por lo que estas células que no son necesarias pueden formar una masa de tejido, llamada tumor, los tumores pueden ser de dos tipos benignos y malignos.

- ❖ **Los tumores benignos no son cancerosos.** Generalmente se pueden extraer (extirpar) en la mayoría de los casos, estos tumores no vuelven a crecer. Las células de los tumores benignos no se diseminan o riegan a otros tejidos o partes del cuerpo.
- ❖ **Los tumores malignos son cancerosos.** Las células en estos tumores pueden invadir el tejido a su alrededor y diseminarse (regarse) a otros órganos del cuerpo. Cuando el cáncer se disemina o riega de una parte del cuerpo a otra, se llama metástasis.

La oncología es el estudio de las enfermedades neoplásicas (del griego ONCOS= tumor, masa, bulto), refiriéndose a una gran variedad de tumores de naturaleza maligna, potencialmente letales, agrupadas por regla general bajo el término de cáncer.

Los agentes etiológicos son el origen directo de la transformación maligna y desencadenan diversos mecanismos genéticos y bioquímicos que conducen al desarrollo de una tumoración; a este proceso se le conoce como carcinogenesis u oncogenesis. Los agentes etiológicos parecen propiciar el desarrollo del cáncer a través de sus efectos carcinogenos simultáneos en dos diferentes clases de genes.

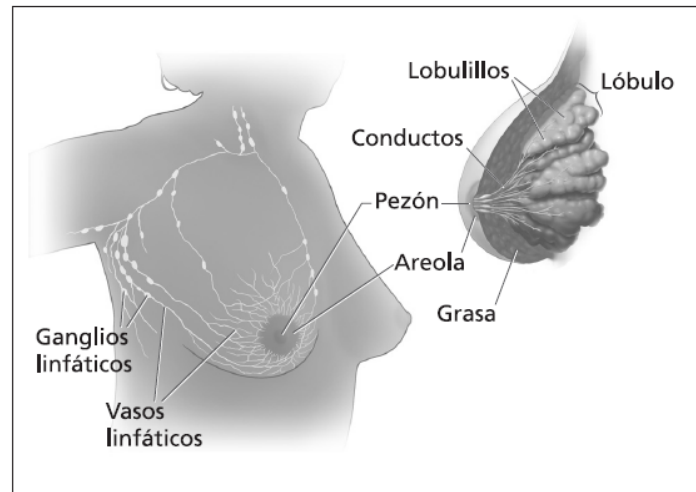
- ❖ La primera incluye a los genes que intervienen en el control de la proliferación celular (protooncogenes y genes supresores).
- ❖ La segunda incluye a los agentes que no dañan a los genes, aunque potencian de manera selectiva el crecimiento de las células tumorales.

Es necesario, pero no suficiente, que una célula acumule varias mutaciones, por lo regular a lo largo de varios años, para superar la oposición a la proliferación. La esencia de la transformación neoplásica radica en que las mutaciones permitan a la célula y sus descendientes acumular y perpetuar alteraciones que le confieran ventajas proliferativas sobre las células normales.

Además de las propiedades derivadas de las ventajas proliferativas, el factor que distingue a una neoplasia maligna de una benigna es la capacidad de producir metástasis. Para adquirir su carácter maligno es necesario que algunas mutaciones adicionales posibiliten que alguna de estas células emigren y diseminen la enfermedad en otras partes del cuerpo. Al final las células neoplásicas, en forma directa o indirecta, deterioran los órganos vitales del cuerpo y ello conduce a la muerte del individuo.

1.3 CÁNCER DE MAMA

Los senos están situados sobre los músculos del pecho que cubren las costillas. Cada seno está formado por 15 ó 20 lóbulos. Los lóbulos contienen muchos lobulillos. Los lobulillos contienen grupos de glándulas diminutas que pueden producir leche. La leche fluye de los lobulillos al pezón por unos tubos delgados llamados conductos. El pezón está en el centro de un área oscura de piel llamada la areola. El espacio entre los lobulillos y los conductos está lleno de grasa. Los senos tienen también vasos linfáticos. Estos vasos van a unos órganos pequeños, redondos, llamados ganglios linfáticos. Hay grupos de ganglios linfáticos cerca del seno en la axila, arriba de la clavícula, en el pecho detrás del esternón y en muchas otras partes del cuerpo.



Estos grabados muestran las partes del seno, los ganglios y vasos linfáticos cerca del seno.

El cáncer de mama es la consecuencia de la aparición de un grupo de células mamarias con capacidad de invasión y destrucción a otros tejidos, caracterizadas por el crecimiento tisular incontrolado, las cuales se dedican a utilizar toda la energía que les llega en reproducirse.

El proceso pasa inicialmente por una fase de crecimiento local, pero se estima que puede pasar de 2 a 3 años hasta que se haga el fenómeno de la metastatización. Cuando el cáncer se propaga, sigue manteniendo el nombre de la parte donde se originó. Por ejemplo, si el cáncer del seno (mama) se propaga a los pulmones, sigue siendo cáncer de seno, no cáncer de pulmón.

La razón específica por la cual se produce cáncer de mama permanece desconocida. Pero el cáncer de mama, como la mayoría de los tumores malignos, resulta de la acumulación de trastornos genéticos que producen cambios en las células, haciéndolas capaces de proliferar y diferenciarse de manera autónoma, además de ser inmortales, pues las células normales están programadas para morir al cabo de un tiempo determinado, el que se ve postergado por los trastornos genéticos causantes del cáncer.

1.4 FACTORES DE RIESGO

Las investigaciones han demostrado que mujeres con ciertos factores de riesgo tienen más probabilidad que otras de padecer cáncer de seno. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de padecer una enfermedad. Los estudios han encontrado los siguientes factores de riesgo para el cáncer de seno:

Edad: Las probabilidades de padecer cáncer de seno aumentan conforme la mujer envejece. La mayoría de los casos de cáncer de seno ocurren en mujeres de más de 60 años. Esta enfermedad no es común antes de la menopausia.

Antecedentes personales de cáncer de seno: La mujer que ha tenido cáncer en un seno tiene un riesgo mayor de padecer esta enfermedad en su otro seno.

Antecedentes familiares: El riesgo de una mujer de presentar cáncer de seno es mayor si su madre, hermana o hija, tuvo cáncer de seno. El riesgo es mayor si ese familiar tuvo cáncer antes de los 40 años. El que otros familiares del lado de la madre o del padre tengan cáncer de seno puede también aumentar el riesgo de una mujer.

Ciertos cambios en el seno: Algunas mujeres tienen células en el seno que se ven anormales al microscopio. El tener ciertos tipos de células anormales (*hiperplasia atípica* y *carcinoma lobulillar in situ (CLIS)*) aumenta el riesgo de cáncer de seno.

Alteraciones genéticas: Los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer de seno. Estos genes incluyen el *BRCA1*, *BRCA2* y otros. En las familias en las que muchas mujeres han tenido la enfermedad, las pruebas pueden mostrar algunas veces la presencia de cambios genéticos específicos.

Antecedentes relacionados con la reproducción y la menstruación: En cuanto más edad tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo, mayores son sus probabilidades de cáncer de seno.

- ❖ Las mujeres que empezaron su menstruación (primer período menstrual) antes de los 12 años tienen un riesgo mayor de cáncer de seno.
- ❖ Las mujeres que entraron en la menopausia después de los 55 años de edad tienen un riesgo mayor de cáncer de seno.
- ❖ Las mujeres que nunca tuvieron hijos tienen un riesgo mayor de cáncer de seno.
- ❖ Las mujeres que reciben terapia hormonal con estrógeno más progestina después de la menopausia parecen tener también un riesgo mayor de cáncer de seno.
- ❖ Estudios grandes, bien diseñados, han mostrado que no hay una relación entre el aborto o la interrupción del embarazo y el cáncer de seno.

Raza: El cáncer de seno se diagnostica con más frecuencia en mujeres de raza blanca que en latinas, asiáticas o afroamericanas.

Radioterapia al pecho: Las mujeres que han tenido radioterapia al pecho (incluyendo a los senos) antes de los 30 años tienen un riesgo mayor de cáncer de seno. Esto incluye a mujeres que han recibido tratamiento con radiación para *linfoma de Hodgkin*. Los estudios muestran que cuanto más joven era la mujer cuando recibió el tratamiento de radiación, tanto mayor es el riesgo de que padezca cáncer de seno más tarde en su vida.

Densidad del seno: El tejido del seno puede ser denso o graso. Las mujeres de más edad cuyas mamografías muestran tejido más denso tienen un riesgo mayor de cáncer de seno.

Obesidad o sobrepeso después de la menopausia: La posibilidad de tener cáncer de seno después de la menopausia es mayor en las mujeres que son obesas o tienen sobrepeso.

Inactividad física: Las mujeres que son inactivas físicamente en su vida pueden tener un riesgo mayor de cáncer de seno. La actividad física puede ayudar a reducir el riesgo al prevenir el aumento de peso y la obesidad.

1.5 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

En promedio, cada día 25 mujeres son diagnosticadas de cáncer mamario en México. Hasta ahora, no existe país alguno donde se haya logrado revertir o atenuar la tendencia creciente del número de pacientes a quienes afecta esta neoplasia maligna.

El panorama es poco alentador, ya que los factores de riesgo hasta ahora identificados con el desarrollo del cáncer mamario (como edad temprana de la menarca, nuliparidad, edad tardía de la menopausia, antecedentes familiares de cáncer mamario, etc.), en México y en otros países no son susceptibles de modificación; de hecho, parecen estar relacionados con cambios deseables como una mejor nutrición, la disminución de la fertilidad, la postergación de la edad al nacimiento del primer hijo y otros más.

El diagnóstico temprano es, por el momento, la única herramienta útil y ha permitido que los países desarrollados mantengan constante la tasa de mortalidad por cáncer mamario, a pesar de que la incidencia haya seguido en aumento. Esta situación contrasta con el caso de México, donde la mortalidad por cáncer mamario estandarizada por edad, entre 1990 y 1998, se elevó de 13.16 por 100 000 mujeres entre 25 y más años en 1990, a 15.12 en 1998. (26)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en los últimos años el cáncer se ha definido como un problema mundial de salud pública. Cerca de 6 millones de personas mueren cada año de cáncer en el mundo y aparecen 10 millones de casos nuevos por la misma causa. En el 2002, se estimó que 24.6 millones de personas en el mundo lo padecían y la mortalidad asociada a esta enfermedad causó el deceso de 6.7 millones de individuos durante este año. De igual forma, durante el 2000 se documentaron 10 millones de nuevos casos y se prevé que para el 2020 se presentara cerca de 15 millones de nuevos casos al año.

Las estadísticas más recientes apuntan que los cánceres, en su conjunto, afectan por igual a sociedades desarrolladas que a países en desarrollo. En México mueren cerca de 55 000 mil personas de cáncer cada año, lo cual la convierte en la segunda causa de muerte en el país; durante el periodo 1999 a 2003, esta entidad contribuyó a 12% de mortalidad general, ocupando 11.3% de la mortalidad en hombres y 14.6% en mujeres.

El cáncer de mama es más frecuente en los países desarrollados y en las áreas urbanas que en las rurales. Ello apunta a factores ambientales y estilos de vida. Pero al mismo tiempo, se ha observado que en 5-10% de los casos hay historia familiar, lo cual sugiere una susceptibilidad genética (mutaciones heredadas), que de hecho se han corroborado con el descubrimiento de los genes BRCA-1 y BRCA-2, que con mucha frecuencia se asocian con cáncer de mama y ovario. (14)

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias malignas de las mujeres; representa 10.9% de los casos de cáncer. En 2002 se diagnosticaron más de 11 000 casos, para una tasa de incidencia de 22.4 por 100 000 mujeres (Dirección General de Epidemiología, 2001). La mortalidad debida a este tipo de cáncer fue de 10.5 por cada 100 000 mujeres mayores de 15 años y ocupó también el segundo lugar después del cáncer de cérvix (Dirección General de Epidemiología, 2001). En México el 10% de las pacientes tienen enfermedad metastásica al momento del diagnóstico y hasta 75% sufre recurrencia sistemática.

En un estudio transversal realizado en 256 mujeres entre 1994 y 1996 en tres hospitales público de tercer nivel en la Ciudad de México. Demuestran que la mayoría de las mujeres con cáncer mamario son diagnosticadas en estadios avanzados, de manera tal que se reduce importantemente sus posibilidades de curación y sobrevida.

A este respecto se estima que cerca de 96% de las mujeres diagnosticadas con tumores in situ (estadio 0) o estadio I sobreviven al menos cinco años posterioridad al diagnóstico; en contraste, solamente 20% de las mujeres con tumores en estadio IV (que ya tiene metástasis distales) y 75% de aquellas que se encuentran en estadios II y III (con metástasis regionales) pueden sobrevivir durante un período igual.

La situación actual nos sugiere que la mortalidad por cáncer mamario en México mantendrá sus tendencia al incremento, tal y como ha sucedido durante las últimas décadas, a menos que se logra aumentar la proporción de mujeres diagnosticadas en la etapa de los tumores in situ, para lo cual se requiere orientar la atención médica a la prevención, ampliar la cobertura y desarrollar un vasto esfuerzo entre la población susceptible de desarrollar la enfermedad.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES
POBLACIÓN EN EDAD PRODUCTIVA (15 A 64 AÑOS)
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

Orden	CAUSA DE MUERTE		MUJERES	
	Clave CIE-10 ^{1/}	Descripción	Defunciones	Tasas ^{2/}
	A00 - Y98	Total	69,957	199.9
01	E10-E14	Diabetes mellitas	13,119	37.5
02	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	4,217	12.1
03	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3,355	9.6
04	C50	Tumor maligno de la mama	3,120	8.9
05	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	3,106	8.9
06	C53	Tumor maligno del cuello del útero	2,463	7.0
07	N00-N19	Nefritis y nefrosis	2,025	5.8
08	a/	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	1,763	5.0
09	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	1,494	4.3
10	C16	Tumor maligno del estómago	1,077	3.1
	R00-R99	Causas mal definidas	617	1.8
		Las demás causas	33,601	96.0

1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

2/ Tasa por cada 100 mil mujeres en edad productiva.

a/ Códigos CIE-10 para causas de muerte por accidentes de vehículo de motor (tránsito): V19.4-V19.6, V12-V14 (.3-.9),

V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Nota: Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría de Salud y

Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Consejo Nacional de Población. México, 2006.

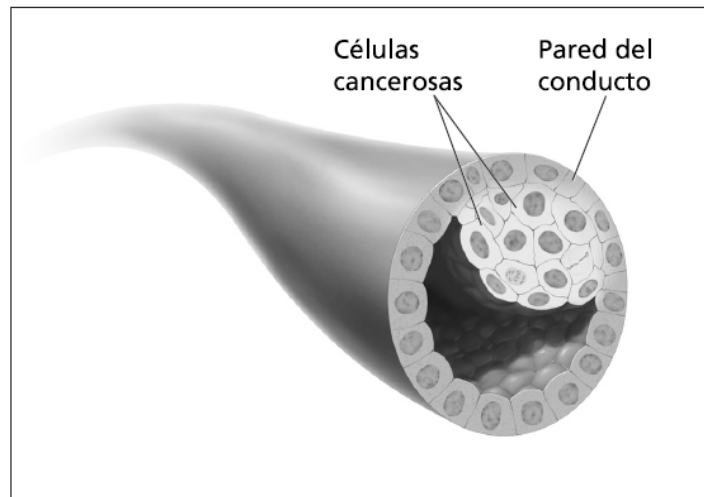
Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

1.6 TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar donde se produce el crecimiento anormal de las células y el estadio del mismo. Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario.

A continuación se dará una clasificación y descripción de los tipos de cáncer de mama que podemos encontrar.

Carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad "pre maligna" puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%.

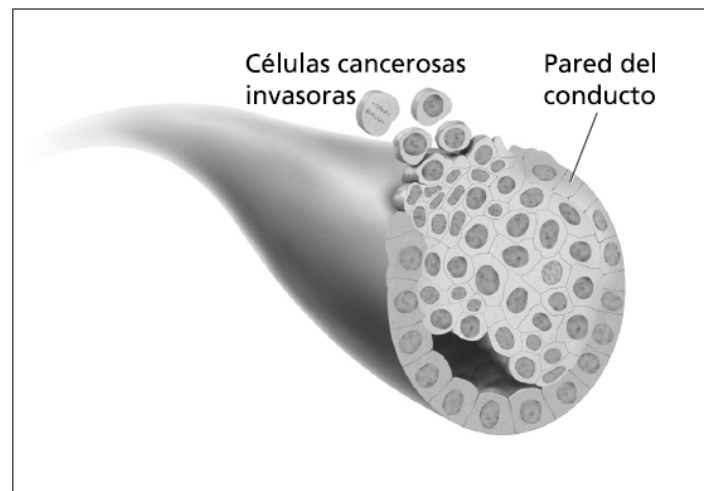


Esta ilustración muestra el carcinoma ductal in situ

Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

Carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.



Esta ilustración muestra células cancerosas que se han diseminado fuera del conducto y han invadido tejidos cercanos dentro del seno

Carcinoma inflamatorio es un cáncer poco común, tan sólo representa el 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos. (14)

1.7 ESTADIFICACIÓN PARA EL CÁNCER DE MAMA

De acuerdo al American Joint Comité on Cancer (AJCC), se da el *Sistema de Estadificación para el Cáncer de Mama TNM*.

Sistema de Clasificación TNM			
Estadio	Tamaño del Tumor	Ganglio Linfático	Metástasis
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T0	N2	M0
IIIA	T1	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

A continuación se explicara cada una de las siglas dadas en la tabla anterior. (5)

Tumor Primario (T):

- TX Tumor primario que no puede ser evaluado
- T0 Sin evidencia de tumor primario
- Tis (DCIS) Carcinoma Ductal in situ
- Tis (LCIS) Carcinoma Lobular in situ
- T1 Tumor de 2 cm o menos en su dimensión más grande
- T2 Tumor mayor a 2 cm pero menor a 5 cm en su dimensión más grande
- T3 Tumor mayor de 5 cm en su dimensión más grande
- T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a 1) pared del pecho 2) piel

Nodos Linfáticos Regionales (N):

Clínico

NX	Nodos linfáticos regionales que no pueden ser evaluados
N0	Nodo linfático no regional metastático
N1	Metástasis a nodo(s) linfático axilar ipsilateral movable
N2	Metástasis en nodos linfáticos axilares ipsilaterales fijos, o en apariencia clínica de nodos mamaros ipsilaterales internos en ausencia de evidencia clínica de nodos linfáticos axilares con metástasis
N3	Metástasis en nodos linfáticos ipsilaterales infraclaviculares con o sin nodos linfáticos envolventes o en apariencia clínica de nodos linfáticos mamaros ipsilaterales internos y con la presencia de evidencia clínica de metástasis en nodos linfáticos axilares; o metástasis en nodos linfáticos supraclaviculares ipsilaterales con o sin nodos linfáticos axilares o mamaros internos envolventes.

Patológicos (pN)

pNX	Nodos linfáticos regionales que no pueden ser evaluados
pN0	Metástasis en nodos linfáticos no regionales
pN1	Metástasis en 1 a 3 nodos linfáticos axilares y/o en nodos mamaros internos con enfermedad microscópica detectada por la disección de un nodo linfático centinela pero no clínicamente aparente
pN2	Metástasis en 1 a 4 nodos linfáticos axilares, o en apariencia clínica de nodos linfáticos mamaros internos en la ausencia de metástasis en nodos linfáticos axilares
pN3	Metástasis en 10 o más nodos linfáticos axilares, o en nodos linfáticos infraclaviculares, o en apariencia clínica de nodos linfáticos mamaros internos ipsilaterales en la presencia de uno o más nodos axilares linfáticos positivos; o en más de tres nodos axilares linfáticos con metástasis microscópica clínicamente negativa en nodos linfáticos mamaros internos; o en nodos linfáticos ipsilaterales supraclaviculares.

Metástasis Distante (M)

MX	Metástasis distante que no puede ser evaluada
M0	Sin metástasis distante
M1	Metástasis distante

ESTADÍO 0: CÁNCER DE SENO NO INVASIVO O IN SITU:

Carcinoma Ductal in situ (DCIS): las células cancerosas están localizadas dentro de un conducto y no han invadido el tejido adiposo circundante del seno.

Carcinoma Lobular in situ (LCSIC): También se le llama neoplasia lobular y a veces se clasifica como cáncer de seno en etapa 0. Las células anormales crecen dentro de los lobulillos (glándulas que producen leche), pero no atraviesan las paredes de los mismos. La mayoría de los especialistas en atención de los senos no consideran a este tipo de carcinoma un verdadero cáncer de seno.

ESTADÍO I:

El diámetro del tumor es 2 cm (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada) o menos y no se ha propagado a los ganglios linfáticos de la axila.

ESTADÍO II:

El tumor mide más de 2 cm. pero no más de 5 cm., se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo en el mismo lado en el que se encontró el cáncer o ambos. Los ganglios linfáticos no están adheridos entre sí ni a los tejidos circundantes.

ESTADÍO III:

La etapa III está dividida en las subetapas IIIA y IIIB.

ESTADÍO IIIA:

El o los tumores miden de 5 cm. (más de 3 pulgadas) de diámetro, se han propagado a los ganglios linfáticos (que están adheridos entre sí o al tejido circundante) o ambas situaciones están presentes.

ESTADÍO IIIB:

En esta etapa se incluye al cáncer de seno de cualquier tamaño que se ha propagado a la piel, a la pared del tórax o a los ganglios linfáticos mamarios internos (ubicados debajo de los senos y dentro del tórax).

ESTADÍO IV:

Cáncer que, independientemente de su tamaño, se ha propagado (ha hecho metástasis) a lugares distantes, como huesos o pulmones, o a los ganglios linfáticos alejados del seno. (14)

1.8 SINTÓMAS DEL CÁNCER MAMA

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa, el dolor también se presenta en otras localizaciones siendo los miembros superiores el principal seguido por el dolor axilar, óseo y torácico.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea, se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de los axilares pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros signos que pueden aparecer son:

- ❖ Dolor o retracción del pezón
- ❖ Irritación o hendiduras de la piel
- ❖ Inflamación de una parte del seno
- ❖ Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- ❖ Secreción por el pezón, presentándose un mayor porcentaje de secreción hemática, serosa y poca cantidad de secreción láctea sobre todos en las neoplasias dependientes de hormonas (14).

1.9 DEFINICIÓN DE DOLOR

La Asociación Internacional para el Estudio y el Tratamiento del Dolor (IASP) define "dolor" como una "experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a un daño tisular real o potencial de los tejidos o descrito en términos de dicho daño.

A la anterior definición la IASP añadió las siguientes consideraciones:

- ❖ El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; el paciente es el que mejor puede informar de su dolor.
- ❖ La verbalización del dolor se aprende. La expresión frente a una experiencia desagradable (dolor) está modulada por el aprendizaje en el medio en que crece el sujeto.
- ❖ En la experiencia dolorosa no siempre es posible determinar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.

La forma de experimentar el dolor dependerá de los aspectos biológicos y neurofuncionales involucrados, además de variables como: la personalidad, experiencias dolorosas previas, estado socio-cultural, estado emocional en el momento del estímulo nociceptivo e incluso de las experiencias dolorosas de personas cercanas.

Al ser el dolor una experiencia multidimensional se pueden distinguir los componentes neurofuncionales que llevan a una mayor o menor repercusión psicoafectiva, cultural, social económica y espiritual. A la suma de estos componentes se le ha denominado "dolor total". (18). Pero más allá de las definiciones formales el clínico ha de considerar que el dolor es una experiencia somato-psíquica y que en definitiva, dolor es lo que el paciente dice que duele.

1.10 TEORIAS DEL DOLOR

Teoría de la Especificidad

Representa la concepción predominante durante todo el siglo XIX con respecto a la experiencia de dolor. Los cimientos de esta teoría los podemos encontrar ya en René Descartes (1596-1650), quien consideraba que el dolor era una experiencia sensorial concreta, independientemente del sistema sensorial del tacto o de los otros sentidos. Sin embargo, la fórmula defensiva de esta teoría la realizó Schiffen en 1858, a partir de sus descubrimientos al realizar diferentes indicios en la médula espinal. De esta forma concluyó que el tacto y el dolor eran independientes, ya que al seccionar la materia gris de la médula se eliminaba el dolor pero no el tacto, mientras que las incisiones en la materia blanca de la médula producían una eliminación del tacto pero no del dolor (Bonica y Loeser, 2001). La teoría alcanzó un mayor apogeo con los estudios de von Frey en los que se pretendía identificar los receptores específicos para cada una de las sensaciones (Fernando- Torres, Márquez Espinós y de las Mulas, 1999).

Según la teoría de la especificidad, el dolor es un fenómeno puramente físico, un acontecimiento de naturaleza sensorial-fisiológica (Miró, 2003)

Se defiende la existencia de unos receptores específicos para el dolor, que transmiten la información a centros cerebrales también específicos a través de la médula espinal. En este sentido, la teoría propone una correlación casi perfecta entre la magnitud de la lesión y el dolor, es decir, a mayor cantidad de tejido lesionado, mayor sería la experiencia del dolor. Así pues, la cualidad sensorial de la experiencia detectada a nivel central cerebral, estaba determinada por la actividad específica de los nervios sensoriales. Por todo ello, la investigación que se deriva de este marco teórico es la búsqueda de estos receptores, fibras y centros cerebrales del dolor (Melzack, 1993) y, lógicamente, los tratamientos de preferencia para aliviar el dolor serán el bloqueo de las vías implicadas en la transmisión del dolor, las intervenciones quirúrgicas o la administración de analgésicos. En este contexto no tiene cabida la consideración de los aspectos psicológicos implicados en el dolor, a los que se les considera meras reacciones ante el mismo. (9)

Teoría de la compuerta

En 1965, Melzack (psicólogo) y Wall (fisiólogo) publicaron una nueva teoría acerca del dolor: *Gate control theory*. Esta teoría representa un cambio profundo en la concepción de los mecanismos implicados en el dolor al conceder importancia tanto al sistema periférico como al sistema central en la modulación de dolor. Según esta perspectiva, ya no se podría hablar de una relación unívoca entre la magnitud de la lesión y la experiencia del dolor, sino que sería necesario tener en cuenta la presencia de un mecanismo de modulación tanto a nivel medular como a nivel cerebral - descendiente. La principal aportación de la teoría es la noción de este mecanismo de control (compuerta) y la concepción multidimensional del dolor, que deja de ser una experiencia meramente sensorial y se le atribuye componentes tanto sensoriales como afectivos y evaluativos. Así pues, podemos decir que Melzack y Wall son los primeros en proponer una teoría del dolor que incorpora aspectos biológicos y psicológicos.

La teoría de la compuerta se basa en una serie de presupuestos (Melzack, 1993)

- ❖ La transmisión de los impulsos nerviosos aferentes está modulada por un sistema de "compuerta" situado en las astas dorsales de la médula espinal.
- ❖ Este sistema de compuerta se ve influido por el nivel de actividad en las fibras A-beta, fibras nerviosas de diámetro grande que inhiben la transmisión, es decir, cierran la compuerta y las fibras A-delta y C, que son fibras de diámetro pequeño, que facilitan la transmisión, es decir, abren la compuerta.
- ❖ Este mecanismo de "compuerta" también está influido por los impulsos descendientes.
- ❖ Un sistema especializado de fibras de diámetro grande y transmisión rápida activa procesos cognitivos específicos que influyen, a través de las fibras descendientes, en la modulación del mecanismo de compuerta espinal. De esta forma, es posible que algunos tipos de actividad en el sistema nervioso central puedan ejercer un control sobre la percepción del dolor.
- ❖ Cuando la respuesta de las células de transmisión de la médula espinal excede un umbral crítico, se pone en funcionamiento el Sistema de Actividad, es decir, las áreas neuronales que subyacen a los patrones conductuales complejos y a las experiencias características del dolor.

Así pues, en función de estos presupuestos, si el impulso de transmisión se inhibe lo suficiente a nivel medular, entonces la percepción del dolor, se produce a nivel cerebral, se verá bloqueada.

Según el propio autor de la teoría (Melzack, 1999) la contribución más importante de esta nueva perspectiva fue el énfasis en los mecanismos neuronales centrales, lo que obligó a las ciencias médicas y biológicas a concebir el cerebro como un sistema *activo* que filtra, selecciona y modula estímulos. Así mismo, este énfasis en el papel del cerebro en el procedimiento del dolor hizo que los aspectos psicológicos dejaran de ser "meras reacciones al dolor" y pasaran a ser consideradas como un componente fundamental en el procedimiento del dolor. (Melzack, 1993,1999), con la influencia que deriva de ello para el tratamiento. (9)

1.11 ETIOLOGÍA DEL DOLOR

La etiología del dolor en estos pacientes es multifactorial, la cual dificulta su clasificación; se ha propuesto que el dolor en este grupo puede atribuirse al cáncer, a la terapéutica antineoplásica o a la sintomatología resultante de los procesos infiltrativos y metastáticos, hasta en 80 a 90% de los casos. Por lo que su aparición es el principal temor de los pacientes y de sus familiares, condicionando dificultades en la terapéutica.

Se ha documentado que el dolor oncológico presenta generalmente las siguientes características:

- ❖ Se debe al tumor en 92.5% de los casos.
- ❖ La mayoría de los pacientes reporta que el "dolor más intenso" va desde 6.6 a 7.7 según la EVA (Escala Visual Análoga).
- ❖ Que el promedio del dolor tiene una intensidad de 3.6 a 4.3 según la EVA.
- ❖ 24.8% de los pacientes refiere dolor en más de un sitio.
- ❖ El tiempo de duración promedio del dolor es de 5.9 + - 10.5 meses.
- ❖ 47.5% de los pacientes presentan dolor nociceptivo.
- ❖ 64.4% de los pacientes presentan "dolor irruptivo".

Las características del dolor ayudan a identificar los elementos que facilitan su evaluación y tratamiento. En este sentido, diversos reportes indican que cerca del 90% de los pacientes el control se realice con medidas farmacológicas relativamente sencillas. No obstante, frecuentemente se puede observar un mal control del dolor en los pacientes oncológicos.

Los factores que favorecen el fracaso en la terapéutica analgésica son los siguientes:

- ❖ Lagunas educacionales en la currícula universitaria del personal de salud acerca del empleo de analgésicos y de la evaluación del dolor.
- ❖ Preocupación del paciente sobre el empleo de fármacos analgésicos y sus efectos adversos.
- ❖ Miedo al riesgo de adicciones.
- ❖ Normas gubernamentales inapropiadas sobre la disponibilidad y adquisición de opiáceos.

Lo anterior genera que cerca del 40% de los pacientes oncológicos con dolor reciban su medicación de forma tardía, favoreciendo que únicamente el 60% se encuentre satisfecho con su tratamiento con analgésicos. (25)

1.12 CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN SU DURACIÓN Y ETIOLOGÍA

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control del dolor y finalmente según la farmacología.

Según su duración:

- ❖ Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Un ejemplo lo constituyen la perforación de vísceras huecas, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- ❖ Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componentes psicológicos. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

Según su patogenia

- ❖ Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y distesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- ❖ Nociceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral, el cual detallaremos más adelante.
- ❖ Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

Según su localización

- ❖ Somático: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas.
- ❖ Visceral: Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativo.

Según el curso

- ❖ Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- ❖ Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

Según la intensidad

- ❖ Leve: Puede realizar actividades habituales.
- ❖ Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
- ❖ Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

Según factores pronóstico de control del dolor

- ❖ El dolor difícil o complejo es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS).
- ❖ El Edmonton Staging System pronostica el dolor de difícil control.

Según la farmacología

- ❖ Responde bien a los opiáceos: dolor visceral y somático
- ❖ Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos.
- ❖ Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración o destrucción de nervios periféricos. (Art. 1)

1.13 FISIOLÓGÍA DEL DOLOR

La nocicepción comprende dos etapas: la transducción del estímulo nocivo por las terminaciones nerviosas periféricas y la transmisión de esas señales hacia el sistema nervioso central. El impulso nociceptivo se modula en cada nivel de la vía sensitiva aferente, desde el nervio periférico hasta la corteza cerebral. Dado que el dolor severo puede desorganizar el comportamiento e interferir con la capacidad de huir del peligro, la posibilidad de suprimirlo puede ser vital.

Nociceptores periféricos:

Los receptores para el dolor se encuentran en la piel, en las estructuras musculoesqueléticas y en las vísceras. Los receptores cutáneos (terminaciones nerviosas libres) transducen estímulos mecánicos, térmicos o químicos en un tren de potenciales eléctricos que se transmiten por sus axones hacia la médula espinal. Los cuerpos celulares de los nociceptores periféricos se encuentran en los ganglios de la raíz dorsal, y la primera sinapsis se realiza a nivel del asta dorsal de la médula espinal, tanto con las interneuronas locales como con las neuronas de proyección que llevan la información nociceptiva hacia centros superiores en el tronco cerebral y en el tálamo.

En el caso particular del dolor por cáncer, su evaluación debe ser multidimensional porque se trata de una experiencia somática y emocional desagradable, es decir, que deja marcado al individuo, tanto en su fisonomía como en su respuesta psicológica y su forma de sentir. Cuantificar ese daño, que es subjetivo, exige estudiar los síntomas y signos de manera continua, durante la evolución del padecimiento, con la valoración y registro integral de los siguientes factores:

- ❖ Nocicepción: Se relaciona con un daño real y es efecto de la invasión tumoral o de una lesión potencial de los tejidos secundarios al tratamiento oncológico quirúrgico, quimioterapia o radioterapia.
- ❖ Percepción del estímulo doloroso: Es función del sistema nervioso y en cada individuo la modulan el umbral del dolor, sexo, edad, personalidad, etc.
- ❖ Expresión: El dolor se describe en relación directa con la lesión, de acuerdo con la vivencia de cada paciente; en la expresión intervienen la fatiga, insomnio, ansiedad y miedo, entre otros factores.

1.14 DOLOR POR CÁNCER DE MAMA

El adenocarcinoma mamario es el padecimiento maligno que con mayor frecuencia causa dolor en la mujer. Se conocen varias explicaciones para eso. La primera es la tendencia del cáncer mamario a metastizar en hueso, en segundo lugar, el plexo braquial, con una rica inervación aferente y simpática, se localiza en estrecha proximidad a la región axilar en donde drenan los nódulos linfáticos de la mama, lo que favorece por desgracia, el frecuente síndrome de plexopatía braquial maligna. Por último, algunas intervenciones terapéuticas, como la mastectomía, lumpectomía y radiación axilar, a veces se complican con un estado doloroso.

Existe diversidad en relación con el tipo de neoplasia y la intensidad del dolor, sin embargo, la prevalecia más consistente se ha observado cuando el paciente presenta cáncer de cabeza y cuello, genitourinario, esófago y próstata. En contraste se reporta dolor, en sólo un 5% en los pacientes con leucemia, no así los pacientes con linfomas en donde el rango va del 20 al 87%.

Los pacientes con metástasis presentan mayor relación al dolor, comparada con los que no tiene enfermedad metastásica, por ejemplo las pacientes con cáncer de mama con metástasis presentan un 64% de dolor comparada con un 40% de las pacientes que no presentan metástasis.

1.15 IMPORTANCIA DEL CONTROL DEL DOLOR POR CÁNCER

El dolor ocasionado por padecimientos oncológicos condiciona una doble problemática: el sufrimiento del individuo y su núcleo familiar por una deficiente calidad de vida y una fuente de cuantiosas pérdidas económicas. (18)

En la actualidad el dolor ha sido catalogado, en si mismo, como un problema de salud pública, ya que es la causa más frecuente de consulta médica. En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tiene su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos (secuelas de la radioterapia, quimioterapia y cirugía) y patologías asociadas (artrosis, polineuropatía diabética, etc.), el dolor también varía entre el 70-80% en los tumores sólidos (mayor si hay afectación ósea) y el 50% en leucemias y linfomas. (1)

A pesar del desarrollo y difusión de un arsenal analgésico cada vez más amplio, la mayoría de los pacientes y de los médicos sitúan al dolor como su principal temor a la hora de sufrir cáncer, posiblemente porque son conscientes de que todavía se está lejos de un perfecto dominio. Otro aspecto importante es que la desinformación de la población puede crear falsas expectativas sobre el control total del dolor. Diversos estudios clínicos sugieren que en un descenso del 33% al 50% en la intensidad del dolor es perceptible por el paciente y representa un estándar razonable de intervención eficaz. De hecho, aunque una mejora en la calidad del control analgésico reduciría el porcentaje de pacientes con dolor moderado a intenso, la eliminación total del dolor es, en muchos casos, prácticamente imposible. Ya que dentro de las múltiples y variadas razones que pueden contribuir a esta falta de eficacia completa de la terapia analgésica, es el problema de la medición del dolor.

La propia definición del dolor da múltiples pistas de la gran dificultad que supone el intento de medida del mismo. El dolor es una experiencia emocional y no solamente una sensación primaria, como la visión o la audición, que pueden ser evaluadas de forma objetiva. Además, el dolor, como toda experiencia emocional es algo subjetivo; sólo el propio paciente conoce su dolor y su intensidad, por lo que toda valoración debe atender necesariamente a la evaluación del enfermo. Es decir, el dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que el médico interpreta. De hecho, hasta en un 65% de casos el médico tiende a pensar que la intensidad del dolor es menor, lo que conduce a un tratamiento inadecuado. (8)

1.16 ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

La forma de experimentar el dolor estará determinado por la enfermedad, al grado de desarrollo biológico y neurofuncionales involucrados, además de variables como la personalidad, experiencias dolorosas previas, estado socio – cultural, estado emocional y cognitivo en el momento del estímulo nociceptivo, la motivación personal, el significado, la actitud familiar y el medio social (experiencias dolorosas de personas cercanas).

Al ser el dolor una experiencia multidimensional se puede distinguir los componentes neurofuncionales que llevan a una mayor o menor repercusión psicoafectiva, cultural, social, económica y espiritual.

A finales de los años sesenta y principios de los setenta se produjo una revolución científica que sentó las bases del desarrollo del concepto biopsicosocial, fue hasta entonces cuando se hace énfasis en el vínculo entre lo emocional (neuroendocrino) con lo fisiopatológico (alteración de la homeostasis del organismo) y lo psicológico (conductual y cognitivo) se comenzaron a desarrollar también nuevas áreas del conocimiento.

En ese período y a partir de esta nueva conceptualización del hombre, los oncólogos empezaron a reconocer que la emotividad del paciente guardaba una fuerte relación con el binomio constituido por ciertos estados de inmunodeficiencia y las enfermedades neoplásicas.

En clínica es importante tener en cuenta que hay factores que van a modificar la percepción de dolor y es desde hace mucho tiempo conocido que estos elementos pueden ser los primeros aliados del equipo terapéutico en el manejo del dolor (Tabla II).

Tabla II: Factores que modifican la percepción del dolor (Twycroos 1983)	
Disminuyen el umbral	Aumentan el umbral
Malestar	Control de otros síntomas
Insomnio	Sueño
Fatiga	Reposo
Ansiedad	Simpatía
Miedo	Comprensión
Enfado	Solidaridad
Tristeza	Distracción
Depresión	Reducir ansiedad
Aburrimiento	Mejorar el estado de ánimo
Introversión	
Aislamiento mental	Analgésicos
	Ansiolíticos
	Antidepresivos

Aunque algunas veces se considera que el dolor por cáncer es una crisis que emerge en los estadios avanzados del padecimiento, puede sobrevenir durante su transcurso y ocasionar sufrimiento, pérdida de control y disminución de la calidad de vida. La prolongación de este sufrimiento se convierte en una amenaza para la autovaloración y en menores opciones para enfrentar los síntomas y los problemas causados por la anomalía. El control personal se deteriora cuando se diagnóstica el cáncer y se deteriora aun más con el dolor intenso, tratamientos, hospitalización e intervenciones quirúrgicas.

Es esencial recordar que en los pacientes con cáncer avanzado sólo el 66% de los dolores que padecen tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia. Un 33% de los dolores pueden relacionarse con el propio tratamiento oncológico (secuelas de la radioterapia, quimioterapia o cirugía), con la debilidad del paciente (inmovilidad, úlceras de decúbito, etc.) o con patologías coexistentes o intercurrentes (artrosis, polineuropatía diabética, etc.)

El control del dolor merece prioridad por varias razones: primero, el dolor no tratado causa sufrimiento innecesario. Dado que el dolor disminuye la actividad, el apetito y el sueño, puede debilitar aún más el estado general del paciente. El impacto psicológico puede ser devastador, los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece el dolor, asumiendo que este anuncia el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal. El dolor crónico puede inducir a los pacientes inclusive a rechazar programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo o los pacientes están deprimidos, puede inducirlos al suicidio.

El dolor puede aumentar el sufrimiento del individuo empeorando la sensación de abandono, impotencia, ansiedad y depresión. La sorpresa y la incredulidad, seguidas por la ansiedad y depresión (irritabilidad y trastornos del apetito y del sueño, incapacidad para concentrarse o efectuar actividades normales) son expresiones comunes cuando la persona se entera que padece cáncer, o cuando descubre que el tratamiento ha fracasado o la enfermedad recurre (Massie and Holland, 1990). Cuando el dolor reduce la capacidad del paciente para mantener el control, disminuye el bienestar psicológico y produce sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad. (11)

Efectos del dolor por cáncer en la calidad de vida

Aspectos físicos

- Disminución de la capacidad funcional
- Disminución de la fortaleza y la resistencia
- Náuseas y pérdida del apetito
- Trastornos del sueño

Aspectos Psicológicos

- Disminución de la alegría y la capacidad lúdica
- Aumento de la ansiedad y temor
- Sufrimiento
- Dificultad para la concentración
- Somatización
- Pérdida del control
- Depresión

Aspectos Sociales

Disminución de las relaciones sociales
Disminución de la actividad sexual y afectiva
Cambios en la apariencia
Incremento en la necesidad de cuidado

Aspectos espirituales

Aumento del sufrimiento
Cambio de intereses
Evaluación de creencias religiosas

Fuente: Ferrell, Rhiner, Cohen, et al., 1991.

Los pacientes viven y expresan su dolor como síntesis de la modulación producida por las múltiples dimensiones constitutivas del ser humano (Tabla I).

Tabla I: Dimensiones del experiencia dolorosa (McGuire 1992)			
D. Fisiológica	Localización Inicio Duración	D. Cognitiva	Significado Autoimagen Afrontamiento
D. Sensorial	Intensidad Calidad Patrón	D. Comportamental	Comunicación Actividad física Dormir
D. Afectiva	Estado de ánimo Ansiedad Depresión	D. Socio-cultural	Responsabilidad Actitudes Creencias

CAPÍTULO II

ALTERACIONES PSICOAFECTIVAS

2.1 DEFINICIÓN

Primeramente vamos a definir que son las alteraciones psicoafectivas: son un conjunto de cambios en el paciente a nivel cognitivo, conductual, emocional y fisiológico, reflejados en la incapacidad para concentrarse, disminución en el apetito e interés sexual, insomnio, tristeza, llanto fácil, falta de confianza en sí mismo, pesimismo, miedos, sentimientos de inutilidad y dependencia, pérdida del interés, deseo de morir, bajo rendimiento laboral, irritabilidad, taquicardia, pérdida de libido, opresión o constricción torácica.

Se presentan en la mayoría de las enfermedades físicas, pero tiene una relevancia particular en los pacientes que sufren cáncer, ya que son pacientes que sufren reacciones emocionales que incluyen ansiedad, depresión y furia. El balance entre éstas varía del período previo al diagnóstico (caracterizado por miedo) a la fase terminal, donde (sin tratamiento) puede predominar la sensación de desamparo y la desesperanza.

Los problemas emocionales se encuentran en cerca del 50% de los pacientes con cáncer diagnosticado, no obstante, la mayoría de los casos representan una reacción tratable al diagnóstico en sí mismo.

La angustia psicológica es común en cualquier tipo de enfermedad física. Las estimaciones varían ampliamente, pero parece ser que hasta un 70% de los pacientes que cursan con algún cuadro médico muestran también en algún grado, algún tipo de alteración psicológica. Estos problemas emocionales son resultado tanto de las molestias físicas provocadas por la enfermedad, como del impacto que éstas tienen en su forma de vida.

Existen actitudes con respecto a la información de reticencia de nombrar abiertamente la enfermedad, sugerencias utilizadas y los procesos de ambivalencia negando la información recibida del diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico siendo otros exponentes del temor que el cáncer inspira.

Se da una interpretación popular con actitudes de creencias, prejuicios o ignorancia. Estas actitudes poseen un contenido mixto de conocimientos y emociones de estructura relativamente estable.

Las creencias y pautas defensivas pueden ser mágicas (brujería, castigo o contagio). Aunque también pueden ser de racionalización (ideas simplistas, reduccionistas, relacionadas a causas con acontecimientos cotidianos).

Las mujeres con cáncer de mama desarrollan problemas en:

- ❖ Su sexualidad (disminución y/o inactividad sexual).
- ❖ Alteraciones del estado de ánimo.
- ❖ Alta incidencia en diagnóstico de depresión mayor, sobre todo en pacientes con recurrencia o enfermedad avanzada.
- ❖ Adaptarse a la pérdida de una parte de su cuerpo que forma parte importante de su feminidad, autoestima y atractivo.
- ❖ Exclusión de la realidad exterior.
- ❖ No salen a la calle.
- ❖ No relación con amigos.
- ❖ Deterioro físico diario.

Morbilidad Social

- ❖ Trabajo.- Dificultad de retornar a sus labores debido a la ansiedad o depresión.
- ❖ Labores de casa.- Dificultad para realizarlas o salir de compras.
- ❖ Matrimonio.- Relación muy cerrada o consideran la separación o divorcio, relación de continua tensión o presión.
- ❖ Actividades Sociales.- Existe un aislamiento social que repercute en la calidad de vida.

Morbilidad Psiquiátrica

- ❖ Ansiedad (pre-diagnóstico) moderada a severa.
- ❖ Tensión persistente.
- ❖ Incapacidad para relajarse.
- ❖ Cefaleas.
- ❖ Trastornos maníacos.
- ❖ Estados afectivos mixtos.
- ❖ Estados confusionales.
- ❖ Palpitaciones.
- ❖ Ataques de pánico.

Estas mujeres viven con incertidumbre acerca del futuro, el cáncer lo perciben como sufrimiento, invalidez y muerte.

El Dr. Jimmie Holland se refirió a los trastornos psicológicos que sufren los pacientes cuando se les diagnostica cáncer; estos trastornos son debidos a la percepción que tiene cada paciente de la enfermedad y sus manifestaciones y al estigma que comúnmente conlleva esta enfermedad; para muchos el más grande temor es el de tener una muerte con dolor; además todos los pacientes en un momento dado van a estar incapacitados y dependiendo de otros; sufren alteraciones en su apariencia personal y sufren de pérdidas en sus relaciones sociales.

La enfermedad crónica afecta la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas; en el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión y tratamientos, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas, adaptarse a la enfermedad, aprender estilos de afrontamiento, entre otros.

Su vida está en completa desesperación es lo que produce, el cambio en el estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, su impacto en el matrimonio, familia e hijos. Otros de los impactos más destacados durante el diagnóstico es el momento de elegir un tratamiento, generando problemas con el esposo, la familia, cambios físicos en el paciente, cargas económicas y dificultades laborales, todos ellos interviene justo ante la toma de decisiones creando un impacto psicológico mayor. Por otra parte, todas las personas allegadas brindan expectativas acerca de la enfermedad, de las instituciones médicas, de los posibles tratamientos, generando mayor ansiedad en la paciente.

La contribución de la Psicología en el campo de la Oncología se ha desarrollado principalmente a través de dos líneas de actuación:

- ❖ La más antigua (viene ya citada desde Galeno), dirigida a establecer como las variables psicológicas afectan a la etiología y curso del cáncer.
- ❖ Dirigida a desarrollar métodos de evaluación e intervención eficaces para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de la misma.

Estudios epidemiológicos recientes parecen indicar que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en la historia natural de las enfermedades crónicas como el cáncer. Factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento han demostrado ser de especial relevancia en este sentido (Oblitas, 2004).

Existen varias hipótesis que intentan explicar la influencia de los factores psicológicos en el comienzo y la progresión del cáncer, que van desde su influencia en la función inmunitaria, pasando por su influencia sobre hábitos como el tabaco y el alcohol, hasta el peso, que estos factores psíquicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de solicitar atención médica. (Miralles *et al*, 2003). (10)

Estar enfermo significa estar en un laberinto de dudas. Hay ansiedad, depresión, negación, regresión, incertidumbre, desesperanza ante el peligro, separación, distanciamiento, sometimiento a normas rígidas, pérdida de la autonomía, de la familia y las amistades, aislamiento, miedo al sufrimiento, al dolor, a la mutilación, a la destrucción por la enfermedad, a la "aprehensión difusa", a la "experiencia del distanciamiento" al "proceso del despojo" cuando se entra a una institución hospitalaria, a la pérdida de la identidad, al abandono de las responsabilidades personales, familiares, laborales y sociales. Hay miedo al abandono, a la exclusión, al hospital, al personal médico. Hay temor por la pérdida de la autoestima de la creatividad, de la privacidad, del estilo de vida; temor a la despersonalización, a ser manejado por instrumentos. Hay temor a los silencios, a las evasivas, a los escudos protectores de los médicos y las enfermeras, al vocabulario técnico. Hay temor de ser engañado, de no ser tocado

ni considerado como persona sino como cosa, objeto o motivo de estudio por la enfermedad que tiene pero no por el ser humano que es.

La ansiedad es una respuesta común del enfermo hospitalizado, la enfermedad amenaza su integridad corporal, el bienestar y la capacidad de funcionar como persona y como miembro de la sociedad. Además, la amenaza a la vida, la pérdida de la integridad corporal y el miedo a la desfiguración también son importantes en la presentación de la ansiedad. (16)

Estudios psiconeuroinmunológicos han analizado la influencia del estrés, la ansiedad y la depresión como factores de riesgo etiológicos en el crecimiento de la neoplasia no existiendo en la actualidad consenso acerca de su papel de variable desencadenante, pero si como variable moderadora que influye en la velocidad del proceso cancerígeno (Amigo *et al.*, 2003., p. 200).

La relación entre depresión y cáncer se ha estudiado desde diferentes perspectivas, encontrándonos con multitud de estudios con resultados contradictorias. Por tanto, no se ha demostrado una asociación clara entre los factores psicológicos y el comienzo, exacerbación o la evolución de la enfermedad neoplásica, aunque estudios más recientes con mayor solidez metodológica han sugerido que la progresión del cáncer, y no su inicio, pueden verse influida en mayor medida por factores psicosociales (*cf.* Millares *et al.*, 2003).

Parece claro que los enfermos oncológicos sufren reacciones psicológicas negativas ante la enfermedad de cáncer, tales como ansiedad y depresión. Estas manifestaciones psicológicas se encuentran asociadas a la gravedad de la neoplasia e influyen claramente en la respuesta a la enfermedad y en las expectativas de vida (Alonso, 2006). (10)

El enfrentarse a un cáncer implica para la persona el reto de superar una serie de crisis vitales y emocionales. Para la mayoría de los pacientes, la ocasión del diagnóstico es un momento de profunda crisis vital que mueve tanto su estructura psíquica y morales como las de su familia. No hay duda de que el diagnóstico de cáncer constituye un hecho de gran impacto negativo, catastrófico, para cualquier persona, que se asocia directamente con sufrimiento y muerte. En estos casos, los pacientes buscan estar solos, casi no expresan sus sentimientos ni sus pensamientos, parecen embotados y no pueden pensar o decidir con claridad. Sus ideas están centradas en que pueden llegar a morir y las asocian sobre todo con un separarse de sus seres queridos y suspender los proyectos y metas vitales que se habían fijado. Este período inicial de de choque y alexitimia es seguido por uno de turbulencia, en el cual la persona expresa malestar más con actos que con palabras. Es cuando aparece la irritabilidad, la sensibilidad excesiva, las depresiones y ansiedades leves a moderadas; así mismo, las alteraciones en el apetito y el sueño y la disminución en la capacidad de concentrarse y de llevar a cabo labores cotidianas, por la presencia intrusita de pensamientos y preocupaciones relacionadas con el diagnóstico y temores referentes al futuro.

En la siguiente tabla vemos los diferentes momentos de crisis vitales (momentos significativos con alta carga emocional y afectiva). (19)

Crisis emocionales en el curso del cáncer
<ul style="list-style-type: none">• Período de diagnóstico• Inicio de tratamiento• Complicaciones del tratamiento• Fase de intervalo libre de enfermedad• Fase de supervivencia• Período de la recidiva• Fase final de vida

La literatura, así como la experiencia clínica, reporta que, en muchos casos, estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad tales como: rechazo, ira, temor o desesperanza, que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la supervivencia.

De igual manera la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer, contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar.

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal. (Barbón & Beato. 2002) La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al debut de su enfermedad ha sido estudiada por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social (Ford, 2002). Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma (Zhao & cols. 2001).

Podemos suponer que el daño o la pérdida de una o ambas mamas traigan como consecuencia una afectación de cualquiera de los elementos antes señalados, es decir, malestares o sentimientos de pérdidas de esas funciones y significados, lo cual se agrega a la afectación psicológica propia de ser portador de una enfermedad tan estigmatizada como es el cáncer. En esta patología suele estar afectada la identidad propia de la mujer, su imagen corporal y su autoestima (Thorne & Muray, 2000). (27)

2.2 PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta que punto determinadas características de personalidad y estados emocionales en combinación con los estados biológicos y ambientales pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer de mama.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo. Sin embargo no es hasta la década de los 50 cuando comienzan a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer.

Las investigaciones cuyo principal objetivo ha sido detectar un patrón o perfil premórbido de personalidad relacionada con el cáncer, tienden a describir a las pacientes con neoplasias como personas con alto control emocional, fundamentalmente de las emociones negativas (ira, ansiedad y tristeza), cooperadoras y con tendencia al autosacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con las personas de su entorno.

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, que están presentes en personas que pierden una relación emocional importante, han sido también asociadas con el origen del cáncer o con un peor pronóstico. Por último, los estudios realizados sobre estilos de afrontamiento o respuestas conductuales, emocionales y cognitivas que se producen ante el diagnóstico y tratamientos del cáncer sugieren que las personas que afrontan la enfermedad con espíritu de lucha o aquellas que utilizan como estrategia la negación, tienden a presentar un mejor pronóstico en la recuperación.

Los resultados obtenidos en un estudio realizado con mujeres con cáncer de mama durante los años 1992 y 1993, en relación a los niveles de depresión, los resultados obtenidos indican que el porcentaje de mujeres con depresión es sorprendentemente bajo puesto que solo el 20,6% presenta depresión moderada o severa, mientras que el 79,4% no revelan un estado de ánimo depresivo, salvo la edad, que correlaciona positivamente con depresión. Las variables de personalidad, relativamente estables como ser una persona ansiosa ante diferentes situaciones de la vida, tener tendencias al neuroticismo y a la introversión, inhibir las respuestas emocionales ante los acontecimientos negativos o estresantes y considerar que uno mismo puede hacer muy poco por su salud, las que predicen mayor depresión ante el cáncer.

También se indica que las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas con el "espíritu de lucha" que las personas con depresión leve, moderada o severa. Estos datos sugieren que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha pueden reducir significativamente los niveles de depresión de las mujeres con trastornos neoplásicos.

En cuanto a las variables de personalidad evaluadas, las mujeres que son en general ansiosas, introvertidas, tienen tendencia al neuroticismo, suelen reprimir los sentimientos de tristeza y tienen pocas expectativas sobre el control que pueden ejercer sobre su salud, tienden a presentar mayores niveles de ansiedad ante el diagnóstico o tratamientos del cáncer. La calidad de vida percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento y del estadio en el que se encuentre la enfermedad). (13)

Se ha observado que en la fase inicial del padecimiento, las concepciones y tipo de tratamiento determinan la conducta y la actitud de los enfermos. Es posible definir cuatro patrones de conductas dentro de los primeros cien días que siguen al conocimiento del diagnóstico:

- ❖ Se manifiestan pesimistas
- ❖ Tienen problemas maritales
- ❖ Convierten a su familia en multiproblémica
- ❖ Sienten mucha culpabilidad respecto a situaciones del pasado, presentan graves problemas de ajuste respecto a su nueva situación

En un estudio realizado en el Hospital de Santiago, durante el período marzo – septiembre del 2007, se encontró que casi el total de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama perfilan un patrón de respuesta generalizada al cáncer, en el que se destacan como principales reacciones emocionales, la ansiedad y la depresión. En este estudio se observó que cuando a una mujer se le diagnostica la enfermedad ella ve en peligro su vida, ésta tiende a reaccionar frente a la situación y una gran diversidad de factores que inciden en su estado de ánimo. La realidad de las pacientes con cáncer de mama provoca trastornos y situaciones psicológicas que le afectan a ella y a los que la rodean, porque es un momento de mucha angustia.

Cuando se trabaja la parte emocional, salen a relucir en un 100% de los casos, sentimientos de desesperanza y desamparo en las pacientes que por lo regular se acompañan de un estado depresivo que requieren ser tratadas con un especialista. Dichos resultados también demostraron que las pacientes tratadas en su parte emocional, aun sin haber superado la enfermedad, han dado muestra de que sí han logrado entender que deben enfrentar la enfermedad pues el estado depresivo solo las llevaría a acelerar el deterioro porque eso requiere de la intervención médica para sobrevivir a la enfermedad.

Los autores concluyen: la cuestión psicológica y el estado anímico de las pacientes con cáncer de mama se ven fuertemente afectados cuando se recibe el diagnóstico, pues independientemente de tener una relación directa con los cambios hormonales, alimentación y predisposición genética, este padecimiento afecta el estilo de vida por los altos niveles de estrés, miedo, tristeza, ira y ansiedad que genera. Las reacciones emocionales en estas situaciones de amenaza son normales y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona. Las principales respuestas se relacionan con: el miedo, ansiedad, tristeza, depresión, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento, desesperanza. (24)

2.3 REACCIONES EMOCIONALES EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad oncológica no se reduce a un momento en la vida de la persona, sino que es un proceso que comienza con el diagnóstico y sigue con los tratamientos. A su finalización, algunas pacientes presentarán remisión de la enfermedad. En otros se producirá una recidiva de la enfermedad (aparición de la enfermedad después de un período más o menos largo de remisión). Cuando no puede controlarse la enfermedad y ésta avanza, se llegará a la fase terminal de la misma. A continuación abordamos el impacto y las consecuencias emocionales que cada una de estas fases representa para el paciente.

Diagnóstico: El diagnóstico de cáncer es un hecho altamente estresante para la mayoría de las personas, siendo una de las experiencias más complejas y temidas en nuestra sociedad actual.

Es uno de los momentos de mayor tensión, difícil emocionalmente, es el momento donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con su papel de enfermo. Ser diagnosticado de cáncer produce una serie de sentimientos que en su inicio son de shock, confusión, negación, incredulidad, que darán paso a otros sentimientos como: incertidumbre, tristeza, rabia, angustia, desamparo.

Tratamiento: Las terapias que habitualmente se utilizan en el tratamiento del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia) son agresivas, con múltiples efectos secundarios difíciles de entender por el paciente, puesto que, en algunos casos, a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y psíquico en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad. Reacciones emocionales como ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad e invalidez, son consecuencia de los tratamientos.

2.4 EFECTOS PSICOSOCIALES DE CADA TIPO DE TRATAMIENTO

La Cirugía es un fuerte estresor en si misma, por el miedo a la anestesia, al dolor, a la muerte durante la misma y por sus consecuencias, dependiendo de su localización y de la pérdida funcional correspondiente. Ejemplo: la mastectomía, entre otras.

La Radioterapia, en general, ocasiona menos problemas psicológicos que la cirugía y la quimioterapia, durante la misma pueden apreciarse respuestas emocionales de carácter ansioso, acompañadas de sentimiento de miedo y hostilidad, como consecuencia del contacto con la máquina, la forma de administración del tratamiento y el temor a los fallos técnicos.

La Quimioterapia, por sus efectos secundarios, náuseas y vómitos, fatiga, alopecia, neuropatías, anorexia, etc., es normalmente mal tolerada psicológicamente por los pacientes que presentan síntomas de ansiedad, depresión, dificultad de concentración, baja autoestima, entre otros.

En general, los tratamientos afectan al paciente en tres áreas fundamentales de su funcionamiento: social, físico y psicológico, provocando diferentes alteraciones, entre las que cabe destacar:

- ❖ Modificación de la vida cotidiana
- ❖ Pérdida de control
- ❖ Hospitalización
- ❖ Sentimientos de ineficacia
- ❖ Modificación del funcionamiento profesional
- ❖ Amenazas a la autoestima
- ❖ Dificultades en las relaciones sexuales

Remisión: La terminación de los tratamientos y la no evidencia de enfermedad es el período considerado como remisión o período libre de enfermedad. Físicamente es el momento en que comienza la recuperación; poco a poco van remitiendo los diferentes síntomas que se han podido presentar durante los tratamientos. Esta recuperación en algunas ocasiones no es entendida por el paciente, que piensa que una vez finalizado el tratamiento se va a sentir bien, “como antes”, y esto no es así, es una recuperación más lenta de lo que desearían los enfermos. En cuanto a los aspectos sociales, existe un cierto temor al rechazo social. Algunos pacientes pueden sentirse diferentes, en cierta forma “estigmatizados” por haber tenido cáncer, lo que puede hacerles sentirse inseguras y tener dificultades en su incorporación laboral y social.

Psicológicamente puede ser un momento problemático. El paso del “status” de enfermo a persona sana no siempre es fácil. En la práctica cotidiana, es frecuente encontrarnos con pacientes que se sienten asustados, indefensos, inseguros. Esta fase se caracteriza por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre acerca del futuro. Es el momento donde puede aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, es lo que conocemos como “Síndrome de Damocles”: es una entidad psicológica única en la experiencia de los supervivientes, es el miedo a que la enfermedad vuelva. Este miedo se intensifica cuando el paciente tiene que acudir a las revisiones y se traduce en gran ansiedad, dificultad para concentrarse, para dormir. También el miedo y la ansiedad se intensifican ante cualquier sintomatología física ya que es inevitable asociarlo con la presencia de la enfermedad.

Recidiva: Hablamos de recidiva o recurrencia cuando la enfermedad reaparece tras un intervalo libre de la misma. Esta situación trae consigo grandes repercusiones físicas y sobre todo psicológicas, es el primer signo de que el tratamiento médico está fallando. El paciente se da cuenta que su situación empeora y que las posibilidades de tratamiento están más limitadas.

Supone comenzar de nuevo los tratamientos, que pueden ser similares o distintos a los ya recibidos, lo que implica volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos. Desde el punto de vista psicológico, es una de las situaciones más difíciles de manejar terapéuticamente. Es frecuente encontrarnos a un paciente con rabia, sentimiento de fracaso, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, desconfianza, rasgos depresivos, siendo la indefensión –ante la falta de control de la enfermedad-, y como consecuencia la depresión, las emociones son más predominantes y de mayor intensidad.

Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco a poco va disminuyendo la intensidad de sus emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos.

Terminal: El paciente en fase terminal es aquél con enfermedad avanzada, en progresión y con un pronóstico vital limitado. Los Programas de Cuidados Paliativos consideran que los parámetros que definen esta fase son: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo; presencia de problemas o síntomas intensos y pronóstico vital limitado, entre otros. Los problemas a los que habitualmente se enfrenta el paciente en situación terminal son tanto físicos como psicoemocionales. En este momento de la enfermedad, como en los anteriores, tiene que enfrentarse a una serie de situaciones y emociones:

- ❖ Conciencia de la gravedad de la enfermedad
- ❖ La falta de estímulos, de relaciones sociales
- ❖ Aumento de celo, de sobreprotección de los cuidadores
- ❖ "Conspiración del silencio"

Las reacciones emocionales en esta fase vienen determinadas por la conciencia de la situación que el paciente tenga. El tipo de afrontamiento que se da en cada momento depende de las circunstancias de la enfermedad y de las características del enfermo. Cada persona vive su fin de un modo único que depende no sólo de su personalidad y recursos personales, sino también de las características físicas de la enfermedad, muerte a la que se enfrenta y de los recursos que el entorno cercano le ofrece.

En definitiva, la adaptación depende de:

- ❖ Las características del paciente: personalidad premórbida, edad, historia de vida y aprendizaje, estilo de vida, enfermedad psiquiátrica previa, etc.
- ❖ Naturaleza de la enfermedad y tipo de muerte: tiempo de evolución, afectación de la autonomía, deterioro de la apariencia personal, síntomas distresantes, dificultades para la comunicación.
- ❖ Entorno: atención prestada por la familia (sobreimplicación, no implicación, incapacidad para resolver problemas cotidianos) y equipo asistencial.

Se estima que una gran parte de los pacientes logra adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, pero no quiere decir que se consiga fácilmente. El proceso es doloroso, largo y con dificultades y debe convertirse en objetivo asistencial. Como vemos, desde el diagnóstico hasta la fase terminal, el paciente oncológico tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes que ocasionan alteraciones emocionales de distinta índole e intensidad.

En todo el proceso es fundamental el papel de la familia, el apoyo que pueda proporcionarle, así como el equipo asistencial que atiende al enfermo.

2.5 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POR CÁNCER DE MAMA

Los síntomas y trastornos psicológicos y psiquiátricos en el paciente oncológico requieren el mismo grado de atención y cuidado que los síntomas, trastornos y complicaciones médicas de otra índole. Este hecho adquiere especial significado si estos síntomas interfieren con el cumplimiento del tratamiento, originan algún grado de peligrosidad para el paciente o el personal sanitario o alteran y deterioran la calidad de vida del paciente.

Dentro del área psíquica, las alteraciones emocionales más comunes del cáncer de mama son:

Trastornos del estado de ánimo

El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia.

Un síndrome del estado de ánimo (depresivo o maniaco) comprende a un grupo de síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un determinado período de tiempo.

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en:

- ❖ Trastornos bipolares que se dividen en trastorno bipolar en el cual hay uno o más episodios maníacos (generalmente con uno o más episodios de depresión mayor) y la ciclotimia donde hay numerosos episodios hipomaniacos y numerosos períodos con síntomas depresivos.
- ❖ Trastornos depresivos que se subdividen en depresión mayor en la cual hay uno o más episodios de depresión mayor y la distimia en la cual hay una historia del estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimos.

La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo.

Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamientos o de concentración e ideas de muerte recurrente o, ideas o intentos de suicidio.

Una persona con el estado de ánimo deprimido manifiesta normalmente sentimientos de tristeza, malestar, desesperanza e inutilidad. Puede que el sujeto no se queje de pérdida de interés o de capacidad para el placer, pero normalmente los familiares advierten su retraimiento y el abandono de las diversiones que anteriormente eran fuentes de placer.

El apetito se altera con frecuencia, generalmente en el sentido de disminuir, pero a veces puede aumentar de forma evidente. Es común la alteración del sueño, siendo la más frecuente el insomnio.

El sentimiento de inutilidad oscila desde la incapacidad, hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad: el sujeto exagera sus fracasos y se reprocha así mismo los pequeños errores, buscando en su entorno motivos que le confirmen su negativa autoevaluación.

Son frecuentes las dificultades para concentrarse, el entrecimiento del pensamiento y la indecisión.

Trastornos de ansiedad

Estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física. Es una reacción autónoma del organismo tras la presencia de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza.

Los rasgos característicos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación; dentro de este grupo se encuentran diversos tipos como son, el trastorno por angustia con o sin agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada entre otros.

En cualquiera de los casos una persona enfrentada a la pérdida de salud siente amenazada su vida y le confronta con una experiencia de radical desamparo. La sorpresa y el impacto que acompaña a la experiencia de tener cáncer, donde el temor al diagnóstico, el miedo al pronóstico, la trayectoria de posible sufrimiento y dolor de la enfermedad, significa desde la incertidumbre de lo incomprensible, abriendo una fisura de interrogantes. Todas las incertidumbres posibles se colapsan en la experiencia presente, cuestionándonos sobre la previsión preocupante de nuestro futuro (¿Qué pasará?) y poniéndonos en contacto con una serie de predicciones acerca de nuestro pasado (¿Qué ha ocurrido?, ¿Por qué a mí?, ¿Qué hice mal?.....). La angustia se convierte en la experiencia del desamparo del sujeto, tanto del psíquico como del biológico.

Trastorno por angustia

Consiste en la presencia de crisis de angustias recurrentes, es decir, períodos separados de miedo o malestar intenso. Las crisis de angustia por lo general duran minutos o más raramente horas, su carácter inesperado es un rasgo esencial de este trastorno, aunque más tarde en el curso de la misma, puede asociarse con determinadas situaciones. En este tipo de situaciones, el individuo tiene miedo de tener una crisis, pero no está seguro de cuando va a presentarse o ni siquiera si realmente se presentará; por lo general empiezan con la aparición repentina de aprehensión, miedos o terrores intensos, a menudo, existe la sensación o el sentimiento de catástrofe inminente.

Los síntomas que se experimentan durante una crisis son falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo, mareo, sentimientos de inestabilidad, o pérdida de consciencia, sofocación, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, temblores o sacudidas, sudoración, náuseas, o malestares abdominales, despersonalización o desrealización, sensación de adormecimiento o cosquilleo por distintas partes del cuerpo (parestias) miedo a morir, miedo a volverse loco o hacer algo fuera de control durante la crisis.

La ansiedad se convierte en una de las manifestaciones afectivas humanas básicas, constituye una respuesta ante el peligro, el sufrimiento del organismo tanto desde un punto de vista biológico, psicológico como social. Por tanto es una respuesta preprogramada en la especie que genera cambios en los anteriores niveles. El fin es la prelación ante el peligro. "Ese estado efectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta es una consecuencia de la percepción consciente o inconsciente del peligro y el tiempo, se constituye en una señal de alerta o alarma tanto para nosotros mismos ("algo va mal") como para los demás. (Cf. Tizón)

Freud en "Más allá del principio del placer" distingue entre la angustia que designa como un estado caracterizado por la espera del peligro y la preparación para éste, aunque sea desconocido; el miedo, y el susto que designa el estado que sobreviene cuando se entra en una situación de peligro sin estar preparado. Cuando afrontamos un diagnóstico de cáncer nos enfrentamos a la percepción de amenaza de nuestra integridad corporal y al reconocimiento de nuestra vulnerabilidad corporal. (2)

Trastorno de ansiedad generalizada

La sintomatología que presenta es la ansiedad y la preocupación no realista o excesiva (expectación aprehensiva) sobre dos más circunstancias vitales, el trastorno debe de haber durado seis o más meses, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días.

Causa

- ❖ Percepción de cercanía de la muerte
- ❖ Efectos del tratamiento o de la enfermedad (hipoxia, disnea, dolor, cambios metabólicos, etc.)
- ❖ Problemas emocionales: anticipación del sufrimiento, dificultad para ventilar sentimientos, temores, preocupaciones, sensación de pérdida del control.
- ❖ Problemas sociales: económicos, familiares, de relaciones interpersonales o laborales.
- ❖ Problemas espirituales: existenciales, necesidad de trascendencia, culpa, miedo a la muerte.
- ❖ Problemas del entorno: aburrimiento, privación/ exceso estimular, falta de cuidados o sobreprotección, falta de garantía de soporte. (3)

La ansiedad engloba tres dimensiones:

Dimensión fisiológica	Dimensión Cognitiva	Dimensión Conductual
Componente biológico de la ansiedad consiste en un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.	Percepción y evaluación subjetiva de los estímulos asociados con la ansiedad.	Comportamientos observables de la conducta de ansiedad.
Alteraciones del ritmo cardiaco (taquicardias) Sensación de ahogo Disnea Opresión torácica Molestias gástricas Náuseas Vómito Inestabilidad Mareos Cefalea Tensión muscular Parestesias Sudoración Escalofríos Sofocaciones Temblores Cansancio Dolor Pérdida de apetito Insomnio Disminución de la libido	Pensamientos negativos, distorsionados y recurrente, acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás Sobregeneralización Catastrofismo Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos Abstracción selectiva Indefensión Pensamientos de culpa Desrealización Despersonalización Miedo a perder el control y volverse loco	Aislamiento social Irritabilidad Mutismo Verborrea Inquietud interna Agitación psicomotriz Inactividad Hiperactividad Abandono o baja adherencia al tratamiento Evitación de los estímulos temidos

El problema psicológico más frecuente en pacientes con cáncer es la ansiedad: Ansiedad reactiva (como trastorno adaptativo), trastorno ansioso leve y ansiedad mediada por causas médicas o del propio cáncer.

Habrá que distinguir la ansiedad reactiva de los miedos habituales en el cáncer, por la mayor duración e intensidad de los síntomas, la mayor interferencia en su vida diaria y la interferencia en el seguimiento del tratamiento. Los síntomas más frecuentes son: nerviosismo, temblor, palpitaciones, disnea, diarrea, diaforesis, entumecimiento de miembros inferiores, sensación de muerte inminente y fobias. La sensación de miedo acompañado por síntomas de ansiedad (como inquietud e insomnio) que sean dolorosos o estresantes (aspiración de médula ósea, quimioterapia o radioterapia), o antes de una cirugía o mientras se esperan resultados.

Ansiedad asociada a procesos médicos

- ❖ Dolor: una analgesia adecuada repercute inmediatamente en un alivio de la ansiedad tan pronto como se experimenta el alivio del dolor; sin embargo los pacientes pueden sentirse preocupados y estar ansiosos ante la próxima dosis.
- ❖ Alteraciones metabólicas: la instauración aguda de un trastorno ansioso sin una razón aparente puede ser el primer síntoma de un cambio metabólico o algún trastorno médico grave.
- ❖ Fármacos: los corticoides y los antieméticos y los antiasmáticos pueden precipitar síntomas de ansiedad. Los corticoides a altas dosis o durante una rápida retirada pueden originar inquietud psicomotriz, agitación, depresión e incluso ideación suicida.
- ❖ Abstinencia: los síndromes de abstinencia por alcohol, benzodiacepinas y opiáceos deben considerarse en estos pacientes ante síntomas ansiosos, sobre todo si se ha manifestado en los 10 días siguientes al ingreso. Los estados de deprivación pueden manifestarse clínicamente en el enfermo terminal, días más tarde que en personas más jóvenes y saludables.

La ansiedad es el síntoma más común de sufrimiento y puede aparecer en diversos momentos durante la enfermedad cancerosa. A menudo proviene de los temores relacionados con la falta de aire, dolor, síntomas físicos sin control e incertidumbre acerca del futuro. Los síntomas de ansiedad reactiva sola o con síntomas depresivos constituyen un trastorno psiquiátrico según el DSM-IV: trastorno de adaptación con ansiedad. (19)

Trastornos adaptativos

Según el DSM-IV se define como reacciones a un factor de estrés psicosocial identificable (por ejemplo el diagnóstico de cáncer) con un grado de psicopatología menos grave que los trastornos mentales diagnosticables, que se presenta durante los tres meses siguientes a la aparición de éste. La naturaleza desadaptativa de la reacción está indicada por dos tipos de características: a) por la incapacidad en la actividad social o laboral y b) porque los síntomas son excesivos respecto a la reacción normal o esperable frente al estrés.

La intensidad de la reacción no es completamente predecible a partir de la intensidad del estrés; los individuos que son particularmente vulnerables pueden tener una forma más grave de alteración después de un estrés leve o moderado, en tanto que otros pueden presentar solo una alteración menor como respuesta a un estrés severo y continuado.

Las manifestaciones de los trastornos son variadas, cada tipo específico representa un cuadro clínico; dentro de los cuales se encuentran.

- ❖ Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso, donde la manifestación predominante se centra en síntomas como el nerviosismo, la preocupación, el miedo y la inquietud.
- ❖ El trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, aquí los principales síntomas son la tristeza, el llanto y la desesperanza.

- ❖ El trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos donde los rasgos predominantes suponen diversas combinaciones de depresión, ansiedad u otras emociones, el diagnóstico diferencial debe efectuarse con el predominio de uno de ellos.

El ajuste a la adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso interrumpido en el cual el paciente individualmente procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección.

La adaptación al cáncer es influida por la sociedad, el paciente y la propia enfermedad. Los factores son dinámicos y cambiantes. Los factores derivados del paciente incluyen su etapa vital, sus recursos sociales, su capacidad de afrontamiento.

Las repercusiones psicológicas de la enfermedad interfieren negativamente en la calidad de vida y en la capacidad de afrontamiento y adaptación a la enfermedad. Numerosos estudios han aportado evidencia a favor de que la calidad de vida puede predecir la supervivencia al cáncer. Se ha demostrado que, dejarse sin tratar, la ansiedad puede reducir sustancialmente la calidad de vida de los pacientes con cáncer y de sus familiares; por lo tanto, debe evaluarse y tratarse. (29)

Trastorno depresivo

La depresión afecta casi a una cuarta parte de todos los pacientes oncológicos y la frecuencia aumenta conforme avanza y se agrava la enfermedad. Se debe determinar la etiología, excluyendo causas relacionadas con trastornos metabólicos, enfermedad o medicación.

Definición

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un período al menos de 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. (3)

La definición de depresión depende de la teoría que la aborde, a continuación se citan algunas de las más importantes.

I. Teoría Biológica

Existe suficiente evidencia que apunta a que neurotransmisores como norepinefrina, acetilcolina y serotonina juegan un papel importante en la depresión. Otros compuestos bioquímicos y péptidos pueden también estar involucrados en la etiología de algunas formas de desordenes del estado de ánimo (Golden, 1990).

2. Teoría Psicoanalítica

Freud (1917) identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

- ❖ La pérdida del objeto
- ❖ Un alto grado de ambivalencia
- ❖ Una regresión libidinal en el yo

Aunque los tres factores son necesarios, solo el último es específico de la melancolía.

Postula que en la infancia, el futuro melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada, y que la libido liberada por la ruptura se retrajo hacia el yo, por lo que las pérdidas ulteriores reactivan la pérdida original haciendo que los impulsos agresivos del paciente se descarguen contra el objeto que infligió la decepción original, que ha quedado fusionada con parte de su propio yo. En estos casos el sadismo es tan grande que el paciente llega al suicidio en su afán de destruir por completo la imagen interna del objeto.

3. Teoría Cognitiva

La teoría cognitiva propone que la manera que tiene el sujeto de ver la vida y verse a sí mismo, es lo que determina su padecimiento. Si su visión o sus pensamientos son negativos, le sobrevendrá la depresión.

Beck (1963) divide la conceptualización de los pacientes depresivos en la "Triada Cognitiva": el paciente ve su mundo, así mismo y su futuro de una manera negativa. Estas percepciones van en incremento, aumentando así la depresión de la persona, que al sentirse rechazada se siente triste. Le sobreviene una disminución de su voluntad y desea escapar. Cuando estos sentimientos se intensifican y se unen a la desesperanza, el sujeto se vuelve dependiente en extremo y puede intentar el suicidio.

Beck (1987) menciona que durante la depresión se da un cambio en la manera en que la gente elabora la información, lo cual conduce a una predisposición negativa para ser observaciones. Además surge una tendencia a sacar conclusiones rápidas con base a fragmentos de pruebas que conducen a un juicio repentino basado en el leve hilo de una prueba o ninguna, y se tiende a exagerar la manera de pensar.

4. Teoría Estructural

Para los estructuralistas (Ey, 1978) hay una relación entre el proceso orgánico y el proceso psicológico. El trastorno fundamental o estructura negativa es lo constituido por:

- ❖ Pérdida de la actividad sintética del pensamiento (disminución de la voluntad, torpeza, enlentecimiento, inhibición psicomotriz, etc.)

- ❖ Trastorno de la conciencia (que va de la ligera y casi imperceptible obnubilación al profundo estupor).
- ❖ Desestructuración temporal ética de la conciencia melancólica (es el trastorno fundamental que trata de una lentificación del tiempo vivenciado, pierde la perspectiva hacia el futuro y vive para siempre en el pasado).

De acuerdo a la APA, la depresión ocurre como una reacción a la pérdida real o imaginaria de un objeto emocionalmente significativo, de un atributo o habilidad personal.

El término depresión se utiliza a menudo para designar un patrón completo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de conducta, que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. Con frecuencia las personas normales dicen que están deprimidas cuando experimentan cualquier disminución de su estado de ánimo habitual, así una persona que se siente momentáneamente triste o sola puede afirmar que ésta deprimida (Beck, 1987).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), clasifica la depresión en tres grados: leve, moderada o grave. Menciona que, por lo general, el enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Cuando el ánimo de un paciente está intensamente deprimido y se acompaña de sentimientos de desesperanza, abatimiento, culpa e ideación suicida, el paciente puede estar sufriendo una depresión mayor que requiere tratamiento. La incidencia de depresión en los pacientes con cáncer es aproximadamente de un 25%, pero se incrementa cuando aumenta la discapacidad, avanza la enfermedad o aparece el dolor. Los síntomas somáticos de la depresión, como la anorexia, el insomnio, la fatiga y la pérdida de peso, pueden solaparse en el paciente oncológico con los síntomas propios de su enfermedad.

A pesar de que las reacciones ante la experiencia de padecer cáncer son respuestas subjetivas, tanto en el diagnóstico como ante el transcurso del tratamiento (respuestas que oscilan desde la desorientación, la incredulidad, el pánico, la confusión, la rabia, la desesperación, etc.) en términos generales, los seres humanos percibirán, consciente o inconscientemente, su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud y la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal. (2)

En la práctica médica es frecuente observar un estado depresivo en los pacientes. Este ánimo bajo es más general cuando se trata de enfermedades más graves, incapacitantes o potencialmente letales, como pueden ser las enfermedades oncológicas.

Debido a esta presencia de enfermedad depresiva en la población general, uno de los motivos de la comorbilidad de la depresión y otras enfermedades médicas es la coincidencia de ambos trastornos en un determinado paciente.

En los individuos con antecedentes depresivos ha menudo se produce una recaída o reagudización de la clínica ante sucesos vitales estresantes, como puede ser la propia enfermedad. Además de la presencia concomitantes de una enfermedad médica y un trastorno afectivo, se debe tener en cuenta la patología adaptativa con síntomas depresivos, la reacción de duelo ante la pérdida de la salud, que puede surgir ante el proceso de enfermar, tanto más frecuente tanto más grave, limitante o crónico sea una enfermedad, aunque con las matizaciones derivadas de los mecanismos de defensa, factores de la personalidad o sistemas de apoyo sociofamiliar propios de cada persona.

En los trastornos de adaptación lo característico es que los síntomas depresivos se relacionan con un suceso estresante concreto y deterioran de forma significativa las actividades habituales de los pacientes. Los datos que orientan más hacia una depresión mayor son los sentimientos mórbidos de inutilidad, el retardo psicomotor marcado, un prolongado deterioro funcional y ciertas experiencias alucinatorias. La enfermedad oncológica supone un factor de estrés psicosocial significativo, por su potencial de impacto de diversas áreas del funcionamiento psicológico y social, como la capacidad de trabajar, mantener las funciones: sociales y familiares, la imagen corporal y la autoestima.

Existe una relación bien documentada entre enfermedad depresiva y diversos tipos de cánceres: tumores cerebrales, especialmente los temporales o de la línea media (meningiomas o tumores de la pituitaria), tumores gástricos, pulmonares o pancreáticos. La depresión que aparece en estos casos suelen ser de inicio tardío y sin antecedentes depresivos previos. También se ha encontrado una fuerte asociación entre los trastornos depresivos y la posibilidad de morir de un cáncer en la edad media de la vida (Shekelle et al, 1981). Esta asociación es particularmente importante en los tumores mamarios o ginecológicos que presentan mujeres con hijos, con el temor no sólo a la propia muerte, si no a dejar a sus hijos indefensos.

El cáncer afecta negativamente la calidad de vida de la paciente, y además de la presencia de los síntomas propios de la enfermedad, influyen factores derivados de las implicaciones culturales que se han transmitido de incurabilidad, muerte inminente, dolor no tratable, agresividad de la terapia, etc. Casi la mitad de los pacientes oncológicos presentan algún trastorno psiquiátrico. El más frecuente es el trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido (68%), seguido de depresión mayor (13%), trastorno mental orgánico (8%), trastorno de la personalidad (7%) y de ansiedad (4%). Para delimitar el trastorno se debería realizar un diagnóstico diferencial con la sintomatología afectiva derivada del propio tumor, la secundaria a los tratamientos empleados (quimioterapia, radioterapia, cirugía), y la derivada de los trastornos psiquiátricos preexistentes, considerando en todos los casos la influencia de los factores sociales y culturales.

Los factores de riesgo que deben hacer pensar en la aparición de una depresión superpuesta a una enfermedad médica son:

- ❖ Existencia de una historia previa de enfermedad depresiva.
- ❖ Recrudescimiento súbito de una enfermedad crónica.
- ❖ Diagnóstico o recurrencia de un cáncer.

- ❖ Estrés quirúrgico (sobre todo si se trata de cirugía mutilante).
- ❖ Determinados tratamientos (quimioterapia, radioterapia, corticoides, antihipertensivos).
- ❖ Pérdidas físicas y psicológicas (feminidad, capacidad de reproducción, pérdidas laborales, económicas, rol familiar, atractivo físico, etc.).
- ❖ Apoyo social pobre.
- ❖ Dolor crónico.
- ❖ Incapacidad progresiva.

El hecho de que no se trate la depresión en los pacientes oncológicos tiene consecuencias, ya que el paciente se siente más enfermo de lo que realmente está, por lo cual tiende a una mayor utilización de los servicios sanitarios. Además, la depresión conduce a la amplificación de los síntomas físicos en la enfermedad orgánica y el error al detectar psicopatología puede hacer pensar que se trata de un empeoramiento de la enfermedad de base, con las consiguientes pruebas diagnósticas innecesarias y la administración de un tratamiento inapropiado. Otro de los factores que empeora el pronóstico de los pacientes deprimidos es la menor motivación para seguir el tratamiento y cuidar de sí mismo. Para conseguir un tratamiento eficaz se requiere abordar en conjunto todos los aspectos relacionados con este trastorno que, como se ha expuesto, incluyen no sólo los puramente psicofarmacológicos, sino también los psicológicos y sociofamiliares. (14)

CAPÍTULO III

CUIDADOS PALIATIVOS Y TANATOLOGÍA

3.1 ANTECEDENTES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El enfoque moderno de Cuidados Paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento de "hospicios" en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países. Según Robert Twycross, pueden ser comparados con los hospicios medievales de finales del siglo XIX. Por esas fechas el desarrollo de la ciencia médica y los nuevos descubrimientos terapéuticos para poder curar las enfermedades, que hasta entonces eran letales. Provocaron en los médicos un cambio profesional; hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador, y con estos avances, cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en "manos de Dios", sino en las suyas.

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar. La mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad. Saunders explica que si nos trasladamos unos siglos atrás podemos ver que los primeros hospices aparecieron en el mundo bizantino.

En Europa, desde el siglo IV, existieron instituciones cristianas y fue en el período de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios. En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este.

En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento. Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la ciencia no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo quedaba proporcionarles ayuda espiritual. Estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para los moribundos. En el siglo XII San Bernardo ya utilizaba la palabra hospice para señalar el lugar donde llegaban los peregrinos. San Vicente de Paúl, entre 1581 a 1660, crea hospicios en toda Francia destinados a gente de escasos recursos económicos.

En el año de 1842, el término hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. Dicha palabra tiene sus raíces en el latín y proviene de hospes que significa huésped. Otra persona que continúa con este movimiento es Jeanne Garnier, quien con la ayuda de la Asociación de Mujeres del Calvario crea hospices o calvaries.

En 1899, en la ciudad de Nueva York, Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital. En la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos. Una hermana Irlandesa de la caridad abre en Dublín Our Lady's Hospice, en el año de 1879. Para 1948 se instalan casas protestantes en Londres, el St. Luke's Home for the Dying Poor es una de ellas. En este lugar Cicely Saunders trabaja durante siete años de voluntaria.

Cicely Saunders nació el 22 de Junio de 1918, en Barnet al sur de Londres. Provenía de familia acomodada donde no era bien visto que estudiara enfermería, por lo que inicia sus estudios en Oxford de Política, Filosofía y Economía. En 1939, con la separación de sus padres y el inicio de la segunda Guerra Mundial estudia enfermería y concluye sus estudios en el año de 1944, en la escuela del St. Thomas's Hospital Nightingale School de Londres. En 1961 nace la fundación St. Christopher's Hospice, pero es hasta el año de 1967, en el mes de julio, cuando se abre el primer hospice en Sydenham, al sur de Londres, con el nombre de St. Christopher. Posteriormente pone en marcha el "movimiento hospice" que daría lugar a lo que hoy se conoce como "cuidados paliativos" que proporciona: atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multi-disciplinario; no con la finalidad de alargar a toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su "calidad de vida" y cubrir todas sus necesidades.

Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los Cuidados Paliativos multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970, y alcanzaron su madurez y desarrollo en la década de los 90.

Lo anterior debido a la demanda social en los aspectos paliativos de la Medicina que se ha incrementado notablemente en el siglo XX, a causa de diversos factores. Los Cuidados Paliativos se han ido desarrollando justamente como la respuesta social a esa necesidad de la Medicina actual. La Medicina del siglo XXI tiene dos objetivos de la misma categoría e importancia: el que siempre ha sido reconocido como luchar contra las enfermedades, evitándolas o curándolas, pero también el alivio del sufrimiento y permitir que cuando llegue la muerte, los pacientes mueran en paz. En dirección a estos objetivos, la función del equipo multidisciplinario incluye proporcionar calidad de vida y tratar de alejar el sufrimiento que se produce por la confrontación de los enfermos con pérdidas biológicas y psicológicas importantes.

El cuidado del paciente con cáncer avanzado pone a prueba los recursos de salud que se ofrecen en el hospital y la comunidad. Se concibe como "cuidado paliativo" el cuidado total activo proporcionado por un equipo multiprofesional a pacientes y sus familiares, cuando la enfermedad del paciente ya no responde a tratamientos curativos. En efecto, los Cuidados Paliativos han llegado a constituir una alternativa de atención profesional y humana a aquellos pacientes a quienes no es posible ya curar, y pretenden preservar la máxima calidad de vida posible a los pacientes y sus familiares más cercanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la atención paliativa en forma de programas nacionales para dar cumplimiento a uno de los cuatro objetivos del Programa Global de Control de Cáncer de esa organización. Para ello han definido estrategias generales de su desarrollo favoreciendo la disponibilidad adecuada de recursos analgésicos. Las bases para el desarrollo de un Programa de Cuidados Paliativos han sido definidas por la OMS como: 1) el establecimiento de una política gubernamental que subraya la necesidad de aliviar los dolores y el sufrimiento en el paciente con cáncer avanzado, 2) la disponibilidad de medicamentos, con regulación de la legislación y los reglamentos de salud para mejorar la disponibilidad de medicamentos (en particular, opioides) y 3) la ejecución de una política de educación y capacitación de la población y del personal de salud para garantizar la comprensión del enfoque paliativo y la ejecución misma de esta atención.

Los Cuidados Paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicio de salud. La necesidad de su implementación no deja dudas; se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es ante todo un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud.

3.2 CLÍNICAS DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO

El fundador de las "Clínicas de Dolor" en la ciudad de México es el Dr. Vicente García Olivera, quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica. A su regreso a México, el Dr. García aplica su aprendizaje en la apertura de Clínicas del Dolor y a su vez realiza entrenamiento a nuevos médicos en el ámbito de dolor.

1972. Inicia la Clínica de Dolor en el Instituto Nacional de la Nutrición Cd. de México, bajo la responsabilidad del Dr. Ramón de Lille Fuentes. El Dr. Vicente García Olivera en el Hospital General de México, entrena al Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, quién tomara la responsabilidad en el Instituto Nacional de Cancerología de México, D.F. (INCAN). El Dr. Plancarte capacita al Dr. Jorge Jiménez Tornero, quién inicia esta práctica en Guadalajara, Jalisco, en el Hospital General de Occidente (Zoquipan) junto con la Dra. Dolores Gallardo Rincón. En Jalisco esta modalidad continúa en el Hospital Civil de Guadalajara (Hospital Belén) con el Dr. Oscar Sierra Álvarez.

1988. Termina su especialidad la siguiente generación en el Instituto Nacional de Cancerología, México (INCAN). Egresan: el Dr. Gustavo Montejo Rosas, Dr. Guillermo Aréchiga Órnelas y la Dra. Silvia Allende Pérez.

1992. En el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Menchaca) se instala la primera "Unidad de Cuidados Paliativos" por el Dr. Gustavo Montejo Rosas. El Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas en el Hospital General de Occidente (Zoquipan). La Dra. Silvia Allende Pérez, en el Instituto Nacional de Cancerología. Otras Clínicas de Dolor y escuelas de más reciente formación en Cd. de México son: el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

1999. En Guadalajara, Jalisco da inicio el Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, bajo la dirección de la Dra. Gloria Domínguez Castillejos. Auspiciado por la Universidad Autónoma de Guadalajara.

2002. En agosto abre sus puertas "Hospice Cristina", institución privada primera en su tipo en la República Mexicana. Utiliza en todo su contexto el movimiento hospices creado por Cicely Saunders; es único en su género. Fue fundado por la enfermera Beatriz Montes de Oca Pérez, actual directora. Cuenta con un equipo interdisciplinario para "cuidar" los síntomas presentes por la enfermedad, incluye el apoyo de Médicos Algólogos Paliativistas y ayuda Psicológica, Tanatológica y Espiritual, la cual se brinda tanto al paciente como a la familia. Ofrece "Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo" en estancia y visita domiciliaria.

2004. En diciembre abre sus puertas Hospice México, asociación hermana del Hospice Cristina, pero con sede en el Distrito Federal. Ambas instituciones comparten los mismos principios de atención al enfermo terminal y su familia. (29)

3.3 DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

La definición más reciente de los Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), actualizada en 2002, incluye estos conceptos.

"Los Cuidados Paliativos consisten en la atención integral, individualizada, y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva, o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales, y cambiantes, con alto impacto emocional, social, y espiritual, y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias, y de acuerdo con sus valores, preferencias, y creencias".

3.4 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El objetivo médico primordial durante las etapas iniciales del cáncer es lograr la cura o remisión de la enfermedad para lo cual generalmente se requiere la prescripción de tratamientos muy agresivos pero que son encarados en forma muy optimista. Sin embargo, cuando estas terapias dejan de ofrecer beneficios. O bien, cuando los efectos adversos superan a los propios beneficios, el objetivo de tratamiento cambia y el paciente, el médico o ambos, rechazan la agresiva terapéutica. Uno de los momentos más difíciles en el cuidado del paciente oncológico ocurre durante esta transición del tratamiento tradicional al tratamiento paliativo. Cuando la cura ya no es posible y cuando la enfermedad provoca sufrimiento al paciente, la medicina moderna considera válido un cambio de objetivo a fin de alcanzar un período terminal y un deceso confortable y tranquilo.

En oncología se dice que un enfermo con una neoplasia maligna está en fase terminal cuando ya no es susceptible de un enfoque terapéutico específico para su enfermedad y la expectativa de vida es corta. En la práctica se dice que está ante un enfermo terminal cuando existe un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo.

En el siguiente cuadro se resumen los criterios diagnósticos de enfermedad terminal y los problemas que estos pacientes plantean.

- ❖ Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- ❖ Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- ❖ Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- ❖ Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico ante la posibilidad de muerte.
- ❖ Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Los objetivos de los Cuidados Paliativos para el paciente terminal son los siguientes:

- ❖ Reafirmar la vida y, en lo posible, ver el proceso de la muerte como algo normal y natural.
- ❖ Ni acelerar ni posponer la muerte.
- ❖ Preveer alivio para el dolor y para todos los síntomas estresantes de este proceso.
- ❖ Atender los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- ❖ Si es posible, ofrecer un sistema de apoyo para los pacientes que vivan en completa lucidez en el proceso de la muerte.
- ❖ Ofrecer un sistema de apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

3.5 DEFINICIÓN DE PACIENTE TERMINAL

A los pacientes con enfermedad maligna se les designa como enfermos terminales cerca de seis meses antes de morir. Esto significa que existe evidencia objetiva de actividad y progresión de una enfermedad que amenaza la vida y que ninguna terapia puede revertir el proceso o producir una remisión.

Causas de sufrimiento en el paciente terminal

- ❖ Síntomas no controlados
- ❖ Efectos indeseables de los tratamientos
- ❖ Separación de la familia
- ❖ Pérdida de rol social
- ❖ Sensación de inutilidad
- ❖ Dependencia
- ❖ No despedirse
- ❖ No ser queridos
- ❖ Mal aspecto físico
- ❖ Temor a sufrir una muerte indigna
- ❖ Temor a morir solos
- ❖ Asuntos inconclusos

3.6 GENERALIDADES PSICOAFECTIVAS DEL PACIENTE TERMINAL

El cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y estos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad. Muchos autores afirman que el enfermo con cáncer, sobre todo, en fase avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicambiante. La presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, deformación física, dependencia y disrupción de la relación con otros. (29)

Cuando el paciente con cáncer llega a la fase terminal, su vida, sus relaciones familiares y sociales, actividades cotidianas, y en especial su integridad física y emocional ya declinaron de manera penosa. La dificultad aumenta puesto que la enfermedad es prolongada y esto agota física y emocionalmente tanto al paciente como a todas las personas que lo rodean. Sin embargo, en esta etapa del proceso del agotamiento de los familiares ya es tal que lo que el paciente suele encontrar es indiferencia incluso rechazo y agresión, ante lo que el enfermo responde de manera brusca y hasta violenta. De este modo se cierra un círculo vicioso caracterizado por enojo, impotencia, frustración y sentimientos de culpa y desesperación tanto en el paciente como en quienes los rodean.

Lo anterior, hace conveniente señalar que si bien es de suma importancia realizar un abordaje psicoafectivo en la etapa final, sería más conveniente no esperar la llegada de ella para intervenir, ya que si se organiza a la familia y apoya al paciente desde el principio podría evitarse muchos de los problemas emocionales que se presentan al final.

Pattison (1974) detectó ocho temores principales que un paciente terminal enfrenta:

- ❖ Miedo a lo desconocido: sobre todo a su propia muerte, esto es, a la aniquilación.
- ❖ Miedo a la pérdida de sí mismo y de los demás, en especial a la privación sensorial.
- ❖ Miedo a la pérdida de su familia y de sus amigos.
- ❖ Miedo a la pérdida de su cuerpo, en particular a la mutilación.
- ❖ Miedo al dolor tanto respecto a la percepción como a la actitud que tendrá ante él.
- ❖ Miedo a la pérdida del control como consecuencia del debilitamiento
- ❖ Miedo a la pérdida de identidad tanto corporal como social y de relaciones íntimas (no necesariamente sexual), es decir, a tener conciencia total, pero sin integridad corporal.
- ❖ Miedo a la regresión, esto es, a la pérdida de sus facultades.

La influencia de las creencias religiosas sobre el afrontamiento a la enfermedad en estas pacientes ha sido estudiado también por Gall y Cronblad, quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de vida y el crecimiento personal (Gall & Cronblad) . (28)

El aislamiento, problemas de audición, comunicación y otros; tal como se ve en las pacientes con secuelas provocadas por el cáncer de mama, causa muchas veces el estrés emocional. Este tipo de pacientes aborrecen la dependencia de otras personas y la indignidad de algunos procedimientos, como la evacuación manual. Muy pocos pacientes terminales agudos se asustan frente a la muerte; al contrario, se sienten liberados de la fragilidad, dependencia y soledad en que se encuentran. Para este tipo de pacientes es vital un ambiente seguro, sea en su casa o sea en alguna institución, por lo cual es muy importante la satisfacción de tener suficientes enfermeras que respondan a sus necesidades, y médicos que se tomen el tiempo para escuchar y explicar los cambios y terapias. La necesidad de valorarlos tomándolos en cuenta, si es posible, en las decisiones y dotarlos de algún grado de autonomía es realmente reconfortante para las pacientes. Los enfermos valorados y necesitados rara vez sienten estrés emocional porque perciben que el mundo no los olvidará.

3.7 TANATOLOGÍA

Se sabe que una tercera parte de todos los cánceres son prevenibles; una tercera parte pueden ser curados pero se llega demasiado tarde a la solución, finalmente la muerte es inevitable. Por lo que macrosocialmente el cáncer es un peligro para la sobrevivencia, nombrarlo es sinónimo de sentencia de muerte y la muerte provoca mecanismos de negación individual y colectiva.

La muerte siempre ha inquietado al hombre, ha sido estudiada desde tiempos muy remotos, desde diferentes puntos de vista, religioso, médico, filosófico, psicológico, etc. Ha preocupado al ser humano y a través del tiempo se han hecho infinidad de estudios para alargar la vida, ya que al enfrentarse con su muerte, a lo desconocido, se atormenta, se angustia, sufre y la trata de evitar. La mayoría de las personas no tiene miedo a la muerte misma, sino al morir, a la enfermedad larga, dolorosa, a la agonía, al deterioro físico, a la pérdida de autocontrol, a la dependencia.

La muerte humana es un fenómeno multifacético que afecta la vida; en la actualidad no es aceptada, ni asumida como un suceso natural, se ha convertido en una problemática personal, social y familiar, es una crisis; por lo cual es necesario el estudio formal sistemático y científico de la muerte.

Aunque nadie desea hablar de las pérdidas, no es posible escapar a ellas. Adonde quiera que se mire a nuestro alrededor y en cualquier momento de la vida. La palabra pérdida no se refiere sólo a la muerte, sino también a la sensación dolorosa que conlleva dejar, ser dejados, separarse, cambiar, renunciar. Y las pérdidas no sólo incluyen a los seres queridos, también comprenden expectativas, ilusiones, etapas, salud, fuerza, etc.

La pérdida es una parte ineludible de estar vivo. Puede no ser justo, pero es real, y es necesario enfrentarla. En cada pérdida se experimenta dolor, angustia, tristeza, etc. y tanto el dolor como la dificultad para superarlo dependen de la intensidad de la pérdida. En este sentido, la pérdida más profunda, dolorosa y difícil de superar es la muerte.

Tanto la familia como el paciente desatendidos y en crisis son víctimas de una irreparable rotura del equilibrio. En estos momentos son presas de sentimientos de dolor, culpa y angustia no sólo por la probable pérdida del ser querido, sino por el reconocimiento de la muerte, la cual se hace presente.

En este sentido la tanatología brinda apoyo y comprensión al ser humano que vive la amenaza devastadora de la muerte propia o de un ser querido e intenta dar sentido a todo el dolor vivido, continuo y lacerante, que ocasiona la ausencia de quien sea ha amado, que deja un profundo vacío en quienes sobreviven.

3.8 DEFINICIÓN DE TANATOLOGÍA

Es una disciplina científica cuyo campo es el de todo el conocimiento humano acerca de lo que es el morir y la muerte, que se encarga del estudio integral e interdisciplinario de la muerte, que reúne en su quehacer elementos sociales, que influyen en cada individuo y busca resolver las situaciones conflictivas que existen en torno a la muerte, como la eutanasia, el suicidio, el abandono de enfermos terminales y que aplicada al campo de la salud. (2)

La tanatología considera que la muerte humana tiene distintas dimensiones y por lo tanto la estudia apoyándose en diferentes ciencias considerando los factores que se relacionan con ella: psicológicos, espirituales, religiosos, sociales, legales, culturales, etc. Dicha disciplina ofrece una comprensión de la muerte y sus procesos con el fin de construir mejores alternativas ante la vida.

3.9 LA MUERTE, EL MORIR Y EL DUELO

La muerte, es decir, la cesación de las funciones biológicas, es una realidad incuestionable. Todos, más tarde o más temprano moriremos. La muerte confronta a cada persona con su finitud y limitada existencia. La muerte tarde o temprano será un hecho para cada individuo, porque cada uno tiene reservada una muerte.

Pero mientras la muerte es un hecho biológico, algo que ocurre y ocurrirá en su momento a todas las personas, el morir es una experiencia humana que habrá que vivir, con excepción de aquellas personas que mueren de manera repentina y sin previo aviso. En este sentido el duelo es un fenómeno psíquico y emocional que cada individuo permite que ocurra o no y se hace posible en la medida en que se presenta la adaptación psicológica a la pérdida. (2)

3.10 DEFINICIÓN DE DUELO

Se entiende por duelo el estado de sufrimiento, aflicción y dolor derivado de la muerte de un ser querido y experimentado por las personas que le sobreviven. El duelo es una reacción natural y universal que, con independencia de las características culturales y socioeconómicas de los implicados, desencadena manifestaciones físicas, psicológicas y sociales de intensidad y duración variable, aunque proporcionales a la importancia y significado que tenía el fallecido para la persona doliente. (15)

3.11 MODELOS TEÓRICOS PARA LA COMPRESIÓN DEL DUELO

Es un proceso dinámico doloroso, pero también terapéutico si se sabe reconocer y aceptar y se consiente su expresión sin trabas, ya que permite adaptarse progresivamente a la pérdida y a la nueva situación que ésta deja tras de sí.

El duelo para Melaine Klein, supone alteraciones más profundas de nuestra relación con nuestros recuerdos, con nuestras representaciones mentales conscientes e inconscientes que nos vinculan con la madre, el padre, la familia original.

Otro modelo es el de la Teoría del Vínculo o Teoría del Apego de Bowlby, esta teoría describe el desarrollo psicoemocional sano en el ser humano, la persona desarrolla de forma instintiva vínculos (apegos). El mantenimiento de un vínculo se experimenta como fuente de seguridad y dicha. La meta de la conducta de apego es mantener un vínculo afectivo, cuando tales vínculos se ven amenazados o rotos, se suscitan intensas reacciones emocionales.

John Bowlby divide el duelo en cuatro períodos:

- ❖ Fase de embotamiento de la sensibilidad, caracterizada por el sentimiento de irrealidad – no puede ser verdad-, que puede verse salpicada por episodios de aflicción y cólera, y que puede durar horas o unos pocos días.
- ❖ Fase de anhelo y búsqueda del objeto perdido, con episodios de intensa añoranza del fallecido con llanto intenso, intercalados con períodos de ansiedad y tensión; la rabia, autorreproche y aturdimiento se añaden a la pérdida de seguridad y autoestima, siendo habitual que el doliente espere verse inmerso en un nuevo desastre, no son infrecuentes los ataques de pánico y/o hiperventilación.
- ❖ Fase de desorganización y desesperanza, en la que aparecen largos períodos de apatía y desesperación y depresión; todos los apetitos se encuentran disminuidos y se vive al día evitando mirar hacia el futuro; el aislamiento social es muy habitual.
- ❖ Fase de reorganización, en la que se recupera el peso perdido, los apetitos se reestablecen y la aceptación de la pérdida conlleva realizar una redefinición de uno mismo – huérfano/a, viudo/a – y de su situación, desempeñando roles nuevos y adquiriendo nuevas habilidades. (15)

William Wordem por su parte describe un recorrido que consta de cuatro fases o tareas, pero que al igual que las fases del desarrollo del niño, cuando se entraba a una, se detiene el desarrollo, se continúa normal, continúa incompleto o con problemas. Estas tareas que se deben llevar a cabo en el doloroso proceso del duelo son:

- ❖ Aceptar la realidad e irreversibilidad de la pérdida: Lo contrario es negar la pérdida total o parcialmente y se observa entre otros muchos ejemplos en conductas de no tocar las pertenencias del muerto, dejar todo intacto como si en el fondo se creyera que puede volver.

- ❖ Experimentar el dolor de la pérdida: No todo el mundo experimenta la misma intensidad del dolor o siente en la misma forma, pero es imposible perder a alguien a quien se ha estado muy apegado sin sentir algún nivel de dolor. Lo contrario es no sentir y se observa en la respuesta frágil de la euforia y en la ausencia aparente de aflicción presente en personas prepotentes y autosuficientes.
- ❖ Adaptarse a un medio ambiente en el cual falta quien murió: Comienza a darse alrededor de los tres meses después de la muerte e implica aceptar el vivir solo, achicar la mesa del comedor, tomar las decisiones, adoptar nuevos roles, etc. Lo contrario es no adaptarse a la pérdida y se observa en personas que promueven y refuerzan su inutilidad, que no desarrollan nuevas habilidades para hacerle frente a las situaciones, o que se retraen del muerto, rehuyendo de las otras posibilidades afectivas disponibles.
- ❖ Retirar la energía emocional colocada en quien murió y reinvertirla en otra relación: Esta es la tarea final del duelo y es precisamente la que Freud señalaba al decir: "El duelo tiene una tarea psíquica muy precisa a cumplir: su función es separar del muerto los recuerdos y las esperanzas de los sobrevivientes" (Freud, 1913). Lo contrario es no amar, muchas personas encuentran la pérdida tan dolorosa, que se obligan a no volver a amar y se puede decir que su vida se detuvo cuando ocurrió la muerte del ser amado. (22)

Tradicionalmente se ha entendido el duelo como un proceso que sigue unas fases, que van desde el inicio hasta la resolución del mismo.

Elizabeth Kübler – Ross fue profesora de psiquiatría de la Universidad de Chicago, comenzó en Estados Unidos la atención sistemática de los enfermos terminales, propuso modos de aproximación a sus ansiedades. En 1969 publica en su libro *On Death and Dying* (Sobre la muerte y los moribundos) cinco fases o etapas por las cuales pasaban los más de 200 pacientes terminales que había entrevistado.

- ❖ Negación y aislamiento: La negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronta será sustituida por una aceptación parcial: "no podemos mirar al sol todo el tiempo".
- ❖ Rabia e Ira: La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.
- ❖ Negociación o Pacto: Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.
- ❖ Depresión: Cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas

al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se le acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor perturbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y su disposición.

- ❖ Aceptación: Quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, las dificultades por la pérdida del ser querido y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor, la vida se va imponiendo. (17)

En general en todos los duelos existirán muchas características comunes, puesto que es parte de una información básica heredada y que esta en íntima relación con nuestra supervivencia. Sin embargo, muchas veces nos preguntamos como podremos llevar a cabo este proceso de duelo, si su resultado final será saludable y a la larga enriquecedor, o si será patológico y frenador de nuestro crecimiento como seres humanos, depende de varios factores tanto nuestros, como del tipo de muerte de que se trate, de la persona que murió y de la relación que tenía con nosotros, así como de nuestro medio, esto es, de aquellas personas y afectos con quienes podemos contar en esos momentos difíciles y de las cuales podemos derivar el apoyo, la cercanía, el consuelo y la esperanza tan importantes.

En el proceso de duelo son determinantes: nuestra edad en el momento de perder al ser amado; el sexo, pues nuestra cultura admite más la expresión sana de tristeza en la mujer; como enfrentamos nuestras pérdidas en la infancia, que tan preparados estábamos para el deceso, pues es diferente el duelo tras una enfermedad larga como es el cáncer que nos ha hecho sufrir pero que también nos ha ofrecido la posibilidad de reparar, de acercarnos, de despedirnos, que el duelo tras una muerte súbita, accidental o traumática. (22)

3.12 FORMAS DIFERENTES DE DUELO

Duelo anticipatorio:

Es un tipo de duelo en el que el duelo ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía. Es una forma de anticipar la pérdida que irremediamente ocurrirá en un corto período de tiempo. Este tipo de duelo es relativamente frecuente cuando el ser querido se encuentra en una situación de terminalidad, aunque no haya fallecido. Es una forma de adaptación a lo que va a llegar.

Duelo crónico:

El deudo se queda como pegado en el dolor, pudiéndolo arrastrar durante años, unido muchas veces a un fuerte sentimiento de desesperación. La persona es incapaz de rehacer su vida, se muestra absorbida por constantes recuerdos y toda su vida gira en torno a la persona fallecida, considerando como una ofensa hacia el difunto restablecer cierta normalidad.

Duelo congelado o retardado:

Se le conoce también como duelo inhibido o pospuesto. Se presenta en personas que, en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento de su ser querido. Se instaura en el deudo una especie de prolongación del embotamiento afectivo, con la dificultad para la expresión de emociones. En el duelo congelado, a los deudos les cuesta reaccionar a la pérdida.

Duelo enmascarado:

La persona experimenta síntomas (somatizaciones) y conducta que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido. En este tipo de duelo, el deudo acude frecuentemente a los médicos aquejados de diferentes disfunciones orgánicas, pero calla el hecho de su pérdida reciente, ya que no lo relaciona con ello.

Duelo exagerado:

También llamado eufórico. Este tipo de duelo puede adquirir tres formas diferentes. Caracterizado por una intensa reacción de duelo. En este caso habrá que estar atentos a las manifestaciones culturales para no confundirlo con ellas. Negando la realidad de la muerte y manteniendo, por lo tanto, la sensación de que la persona muerta continua viva. Reconociendo que la persona sí falleció, pero con la certeza exagerada de que esto ocurrió para beneficio del deudo.

Duelo ambiguo:

La pérdida ambigua es la que más ansiedad provoca ya que permanece sin aclararse. Existen dos tipos de pérdida ambigua. En el primero, los deudos perciben a determinada persona como ausente físicamente pero presente psicológicamente, puesto que no es seguro si está viva o muerta, ya que no se ha localizado el cuerpo. Esta forma de duelo ambiguo aparece muy frecuentemente en catástrofes y desaparecidos por distinta índole. En el segundo tipo de pérdida ambigua, el deudo percibe a la persona como presente físicamente pero ausente psicológicamente. Muy común en personas con demencias muy avanzadas o que han sufrido daño cerebral y se encuentran en estado vegetativo persistente.

Duelo normal:

Aturdimiento y perplejidad ante la pérdida, dolor y malestar, sensación de debilidad, pérdida de apetito, peso y sueño, dificultad para concentrarse, culpa y rabia, momentos de negación, ilusiones y alucinaciones con respecto, al fallecido, Identificación con el fallecido. (Kaplan H.I., 1996). (12)

3.13 SÍNTOMAS DEL DUELO

Durante las primeras semanas de duelo, es habitual experimentar algunas alteraciones de orden psicológico, físico y social.

Alteraciones psicológicas:

Extrañeza ante el mundo cotidiano, confusión, tristeza, apatía, desinterés, añoranza, ansiedad, culpabilidad – por lo que se hizo, o por lo que pudo haberse hecho y se perdió la ocasión - , dificultades para mantener la atención y la concentración, obsesión por recuperar la pérdida, sentimientos de liberación, incredulidad, insensibilidad, alucinaciones visuales y auditivas – habitualmente con la persona fallecida -- , sentimiento de abandono y soledad, aprensión de que suceda algo malo e hiperactividad.

Alteraciones físicas:

Insomnio, falta de energía y debilidad, llanto, suspiro, sensación de ahogo y/o de estomago vacío, boca seca, opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad a los ruidos, anorexia (falta de apetito), pérdida de peso, pérdida o disminución del interés sexual, incremento de la morbimortalidad, eso es de la propensión a contraer alguna patología que acabe en muerte aunque no sea estrictamente mortal.

Alteraciones sociales:

Rechazo del contacto con los demás, tendencia al aislamiento, hiperactividad, conductas no conscientes que implican riesgo, frecuentar los lugares que eran habituales del fallecido, usar sus ropas u otros utensilios, o hablar con la persona muerta. (15)

3.14 LA EXPERIENCIA DE PÉRDIDA

La vida humana se halla jalonada siempre de pérdidas; desde un punto de vista evolutivo en el proceso de nuestro ciclo vital se produce una sucesión de una etapa a otra que va acompañada necesariamente de la pérdida de una etapa y al encuentro de la siguiente. Inevitablemente se acompañara de un proceso de duelo, entendiendo por tal, “un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva”. Persistente e inevitable en el transcurso de nuestra existencia. Ante una nueva pérdida resurgen un conjunto de operaciones, que incluyen tanto el *modus operandi*, como los

mecanismos defensivos, repetición de otras experiencias anteriores de satisfacción y frustración.

“La elaboración del duelo se entiende como la serie de procesos psicológicos que compensan el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida, con la aceptación de la nueva realidad externa e interna del sujeto”. “Los procesos de duelo tienen una significación especial para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo”. (Cf. Tizón).

Y por supuesto se comprende la importancia capital que tiene para una persona que vivido un proceso oncológico, en donde el proceso de duelo incluirá:

- ❖ Por una parte un gran gasto de energía y por supuesto, de tiempo.
- ❖ Por otro lado, constituirá la superación de los estados normales inherentes a todo proceso oncológico por lo perdido, que inevitablemente llevan consigo cierto nivel de dolor psíquico. C. Meseguer detalla alguna de estas pérdidas refiriéndose a la pérdida de identidad, de control, de relaciones sociales, de la imagen de uno mismo, del estilo de vida, de la capacidad de procreación, del proyecto del futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones.
- ❖ Por último, la reorientación de la actividad mental y la recomposición de su mundo interno (cogniciones, sentimientos y fantasías fundamentales) y externo.

Sin olvidarnos por tanto, que en el afrontamiento del proceso de un cáncer se realiza bajo la plataforma de la personalidad del individuo, y por ello de los modos de actuación y defensas anteriores. En ocasiones en este proceso normal de elaboración de duelo se añaden ciertas condiciones psíquicas y el significado como perdido se amplía, de tal modo que el paciente de cáncer no puede separarse del sufrimiento, atravesando los fenómenos depresivos. Entre otras condiciones podríamos mencionar aquellas que tienen relación con:

- ❖ Los autoreproches por no haber podido evitar una situación de enfermedad e incluso haber contribuido a la misma. El enfermo se sostiene en el anhelo del pasado (¿Qué he hecho yo para que pase esto? ¿Por qué a mí?).
- ❖ Una preocupación hacia los otros significativos que consideran que les ha dañado, por la propia situación, por un manejo inadecuado de la agresividad, con la consiguiente culpa.
- ❖ Una desilusión de sí mismo fundamentada en la representación de sí como impotente, incapaz y la representación de sí mismo como desvalorizado.
- ❖ Una vivencia de aumento o descontrol de la agresividad condicionada por la frustración, por la angustia, por el sufrimiento narcisista, por la culpa, etc.

Estos nuevos acontecimientos y nuevas circunstancias en la vida de un paciente con cáncer abren nuevos espacios psíquicos, innombrables en ocasiones, con significaciones repetidas como la de pérdida y separación, de mayor o menor intensidad, que podrían contribuir indudablemente a la elaboración y constituir un progreso de las capacidades de vida. Pero también, como el psiquismo es un delicado engranaje que posee un gran caudal de mecanismos de funcionamiento y que sufre de desperfectos a lo largo de la vida nos

encontraremos con situaciones y vivencias en las que se bloquee el potencial vital del individuo.

De forma ineludible nuestra aportación y responsabilidad tendrá que estar de lado de reconocer y evaluar los problemas emocionales de los pacientes y en contribuir a aumentar los recursos para enfrentarse a las exigencias de la vida.

Algunos estudios apuestan por el conocimiento de una serie de variables propuestas como candidatas a la predicción de bienestar psicológico y que podríamos poner en relación directa con una mejor o peor elaboración de esta situación emocional. Las variables a destacar de acuerdo con Rowland son: (Cf. Ferrero).

- ❖ Variables socio- culturales: visión pésima del pronóstico de la enfermedad y las creencias culturales sobre el carácter terrible y oscuro del cáncer.
- ❖ Variables físico-médicas: en relación a las secuelas del trastorno y de los tratamientos; la severidad del deterioro físico.
- ❖ Variables personales entre las que destacan:
 - La edad y/o momento del ciclo vital en el que se ha producido el diagnóstico.
 - La situación económica y laboral.
 - Los recursos interpersonales y el apoyo social.
 - Los recursos intrapersonales, donde englobaríamos el tipo de personalidad, la historia previa de problemas psicológicos. (Art. 2)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Objetivo general

Investigar las alteraciones psicoafectivas en pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor, que reciben asistencia en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología de México.

Pregunta de investigación

¿Cuales son las alteraciones psicoafectivas en pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor?

Se aplicaron La Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad y La Escala de Depresión Zung para medir cuantas de las pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor, presentan un cuadro depresivo – ansioso.

Usando el método clínico, determinar el tipo de duelo por el cual cursan las pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor.

Hipótesis

H1. Existen alteraciones psicoafectivas en pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor.

H2. No existen alteraciones psicoafectivas en pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor.

Definición de variables

Variable independiente:

- ❖ Cáncer de mama, estadio clínico IV con dolor

Variable dependiente:

- ❖ Alteraciones psicoafectivas

Sujetos

La muestra se conformo durante el período de mayo a diciembre de 2009, en donde se identifico a las pacientes que cubrieran los criterios de inclusión, por lo que la muestra se integro por 33 pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor de la consulta externa y hospitalización. Con una escolaridad: 3 analfabetas, 12 primaria, 11 secundaria, 4 preparatoria y 3 con licenciatura, estado civil: 14 casadas, 6 solteras, 1 divorciada, 5 separadas, 4 madres solteras y 3 viudas, condición socioeconómica media – baja, 18 proviene de diferentes estados de la República Mexicana, el resto son del Distrito Federal, ninguna de las pacientes tenia antecedentes de haber recibo tratamiento psicológico o psiquiátrico previo. De la muestra original, solo a 23 pacientes se les aplico ambos cuestionario.

Criterios de inclusión

- ❖ Pacientes con cáncer de mama
- ❖ En estadio clínico IV
- ❖ Con dolor
- ❖ Mujeres
- ❖ De todos los estados de la República Mexicana
- ❖ Todos los niveles económicos
- ❖ Todos los estados civiles

Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes que no se encuentren bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Escenario

El trabajo de investigación se realizó en los consultorios del servicio de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, así como en el área de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología, México.

Tipo de investigación y muestreo

Fue un estudio con un enfoque cuantitativo – descriptivo y la muestra fue no probabilística ya que los sujetos cumplieron criterios de inclusión.

Material

- ❖ Ficha de identificación
- ❖ Entrevista abierta
- ❖ Expediente clínico electrónico
- ❖ Escala Visual Análoga (EVA)
- ❖ Escala de Depresión de Zung
- ❖ Escala Hamilton para Evaluación de la Ansiedad

Procedimiento

- ❖ La investigación se realizó en el servicio de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos actualmente llamada Unidad de Soporte Paliativo y Dolor del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).
- ❖ Primeramente me informaba en la agenda de consulta externa de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos con la finalidad de identificar únicamente a las pacientes con cáncer de mama, en estadio clínico IV y que presentaran dolor.
- ❖ Acompañaba al médico en la consulta para tener un acercamiento con la paciente e informarme un poco más de los tratamientos, procedimientos, evolución de la enfermedad y el estado de salud actual de la paciente.
- ❖ Posteriormente el médico canalizaba a la paciente al servicio de psicología.
- ❖ En donde se iniciaba una entrevista psicológica tipo abierta y se llevaba a cabo la aplicación de la primera prueba: Escala de Depresión de Zung.
- ❖ La siguiente cita para el servicio de psicología dependía del tiempo en que el médico se la había señala, (1 mes aproximadamente con excepción de las pacientes que se encontraban hospitalizadas) lo anterior era debido a que la mayoría de las pacientes eran de un nivel socioeconómico bajo o porque venían de otros estados de la República Mexicana.
- ❖ En la próxima cita se observaba el estado emocional de la paciente y posteriormente se aplica el segundo cuestionario Escala Hamilton para Evaluación de la Ansiedad.
- ❖ Durante los meses siguientes se llevo un seguimiento del estado emocional de las pacientes.

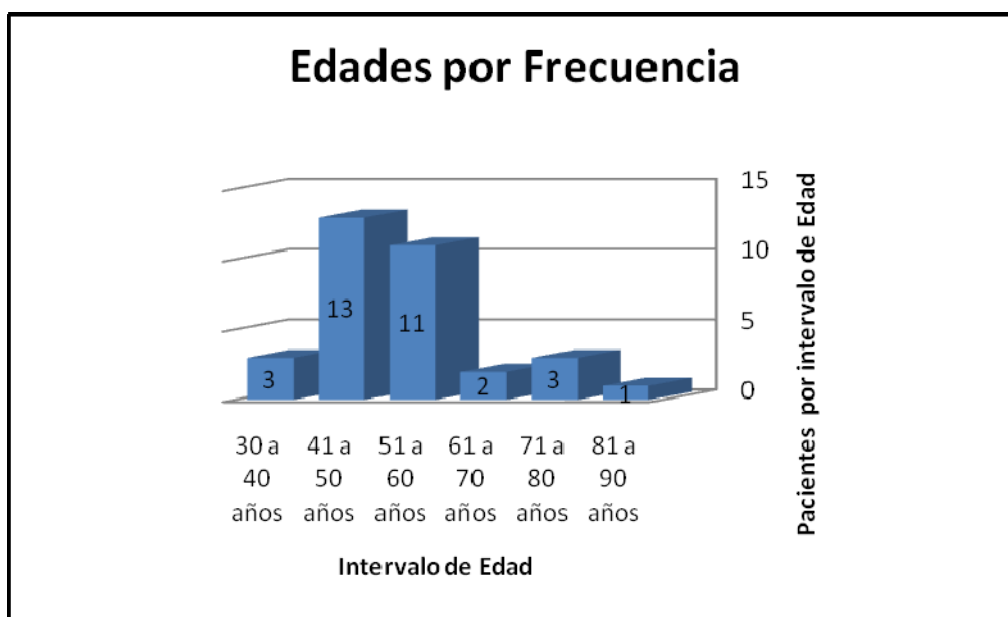
CAPÍTULO V

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, se aplicaron entrevistas a 33 pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de las cuales 23 pacientes finalizaron los cuestionarios de la Escala de Hamilton para evaluación de la Ansiedad y la Escala de Depresión "Zung", el motivo que dio origen a que no se concluyeran los cuestionarios fue la defunción de las pacientes.

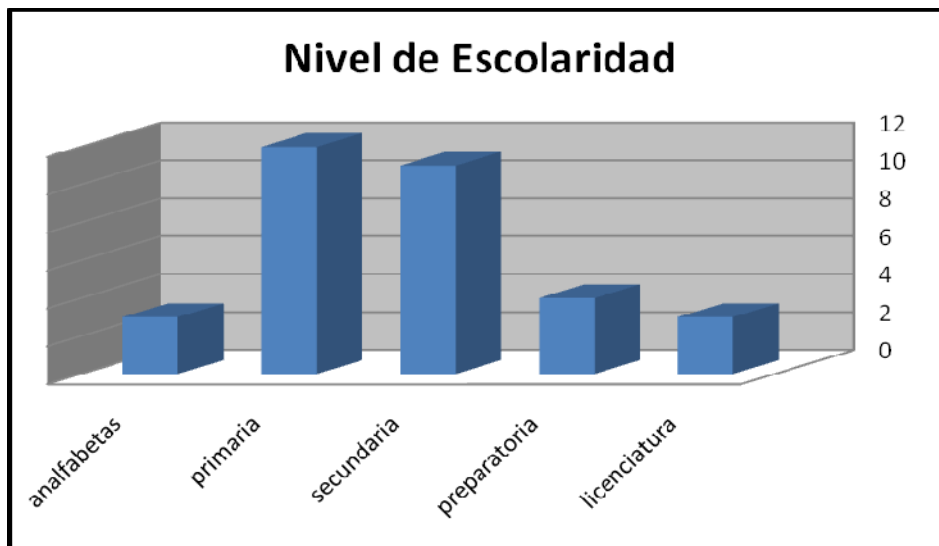
En la mayoría de las pacientes el dolor (es) fue el motivo de consulta al servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, las características del dolor que predominaron fueron el dolor de tipo somático y neuropático sin presentar relación alguna ya que puedan aparecer uno u otro o ambos, seguido de la disnea a medianos esfuerzos y delirium.

La evaluación de las edades que presentan las pacientes en estudio revela una tendencia de pacientes mayores de 30 años, con una media de 51 años de edad y con una desviación estandar de 11.85 años, lo cual indica un rango de edades de 48 a 60 años, siendo no común en mujeres de edad menor a 30 años.

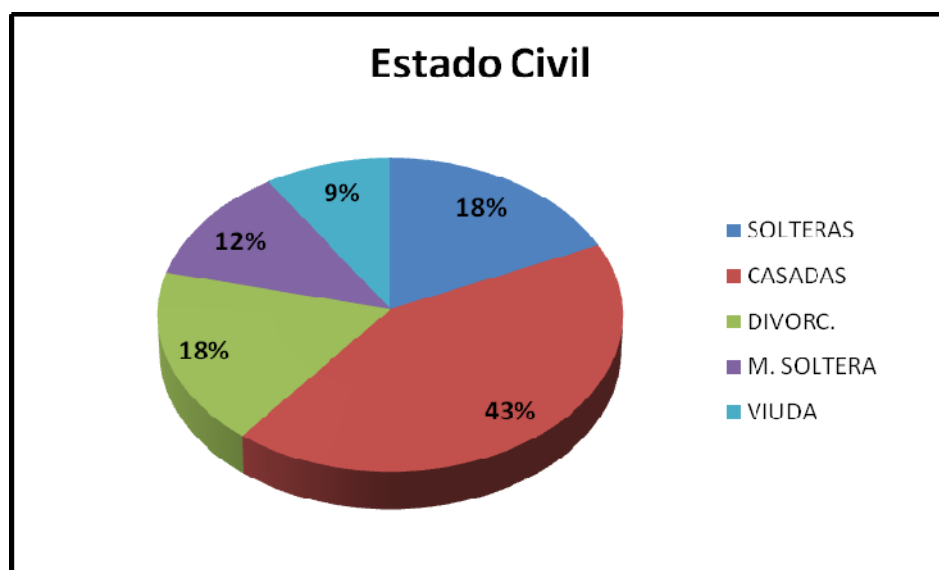


Gráfica 5.1 Indica que las pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor, caen en una media de 51 años de edad, con una desviación estandar de 11.85.

El análisis de los datos del nivel educativo indica una tendencia alta (79%) para educación escasa o nula (analfabetas, primaria, secundaria) contra una tendencia baja (21%) para educación media y superior. Lo cual muestra una estrecha relación entre el estadio avanzado de la enfermedad oncológica y el nivel educativo, cultural y económico de las pacientes. Conclusión: Factores relacionados con las características individuales, la percepción que tiene cada paciente de la enfermedad y sus manifestaciones, el estigma que comúnmente conlleva esta enfermedad, creencias socioculturales, aceptación de la enfermedad oncológica, estabilidad económica para poder tener un acceso temprano a los servicios de salud, creencias respecto a la salud, apoyo familiar y social etc. son solo algunos de los factores que impiden una detección oportuna de la enfermedad y por tanto un favorable tratamiento.

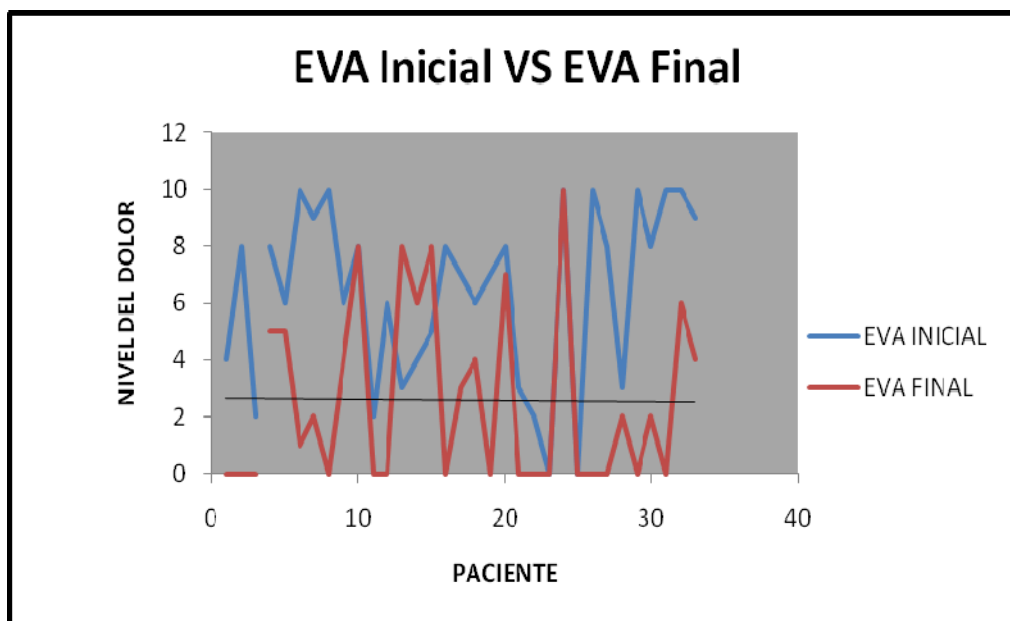


Gráfica 5.2 Indica el nivel educativo de cada una de las pacientes.



Gráfica 5.3 Indica el Estado Civil de las pacientes atendidas en Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

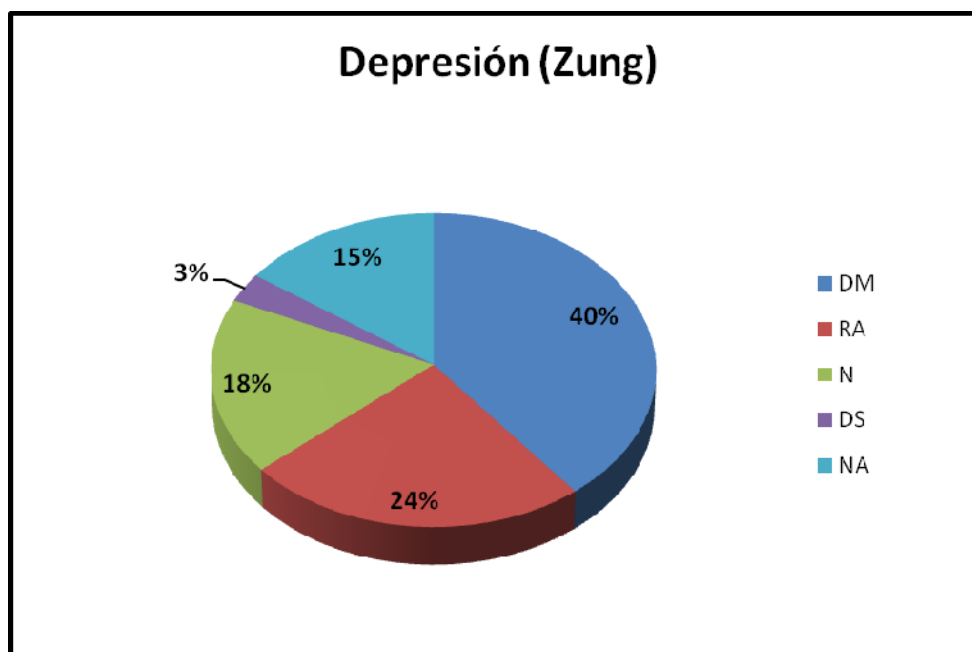
El análisis del nivel de dolor inicial (al ingreso por primera vez a Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos) comparado con el nivel de dolor al mes de diciembre (medido con la Escala Visual Análoga, EVA) da como resultado un manejo del dolor cuya tendencia es un adecuado y prácticamente inmediato control del mismo, salvo en 15% de los casos donde debido a razones propias de la progresión de la enfermedad hubo incremento del nivel de dolor. Conclusiones: de la tendencia mostrada en el análisis de datos se muestra un media de 2.56 con una desviación estándar de 3.13, en general los esquemas de tratamiento utilizados en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos para esta enfermedad y estadio logran de manera pronta y oportuna un adecuado control del dolor, cuyos niveles en casi el 50% de los casos se logro (a fechas de este estudio) bajar a 0/10 y en el 70% de los casos el nivel del dolor (dentro del tiempo de estudio) se redujo por de bajo de 0/5.



Gráfica 5.4 Compara el nivel del dolor inicial (al ingreso por primera vez a Clínica del dolor y Cuidados Paliativos) con nivel de dolor al mes de diciembre (medido con la Escala Visual Análoga, EVA).

En relación a los niveles de depresión, los resultados obtenidos indican que el porcentaje de mujeres con depresión media es del 40%, el 24% presenta reacción de ansiedad y 18% no presentan algún nivel de depresión. Conclusión: el 40% de las pacientes que presentan depresión media podría estar relacionado con factores como la pérdida de la salud y las capacidades físicas, sentimiento de desamparo y desesperanza, alteraciones en su apariencia personal, sufrimiento por pérdidas en sus relaciones sociales, problemas financieros, pérdida de una posición social valorada del empleo, su impacto en el matrimonio, familia e hijos.

También es importante destacar que en pacientes en fase terminal el nivel del dolor presentado es del 40%-50% catalogado como moderado / intenso y el 25%-30% es catalogado como dolor muy intenso, lo anterior esta asociado a una causa por la cual la mayoría de las pacientes presenta un nivel de depresión media debido a la incapacidad constante que representa vivir bajo un dolor intenso, así como a la constante necesidad de depender de la aplicación de los respectivos rescates para poder realizar actividades de tipo normal o de la vida cotidiana.

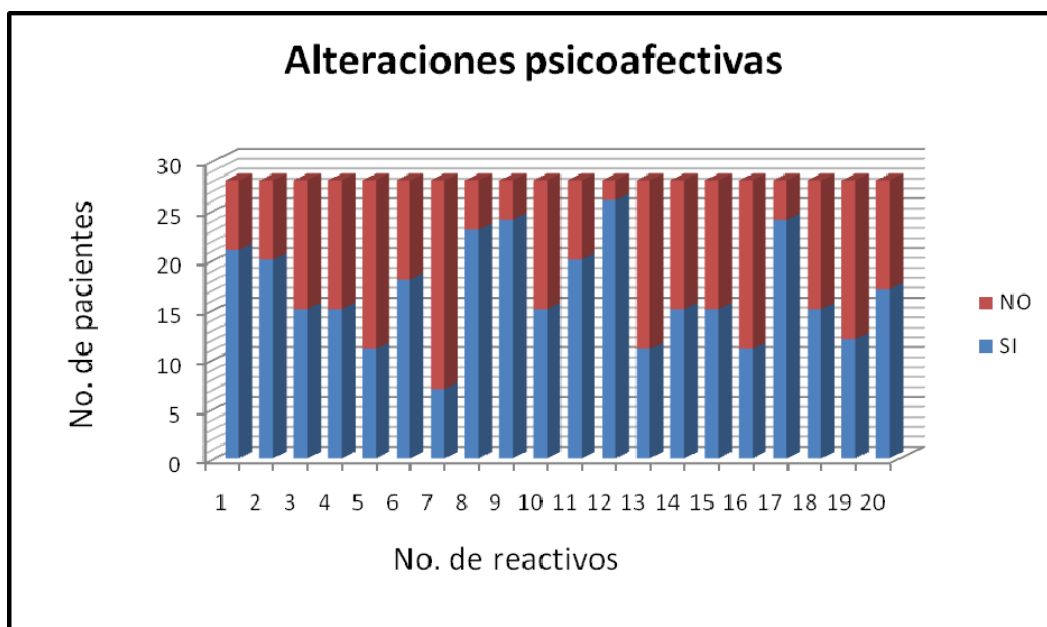


Gráfica 5.5 Indica el nivel de depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor, evaluadas en consulta externa y hospitalización del servicio.

Las alteraciones psicoafectivas que presentaron las pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor fueron las siguientes:

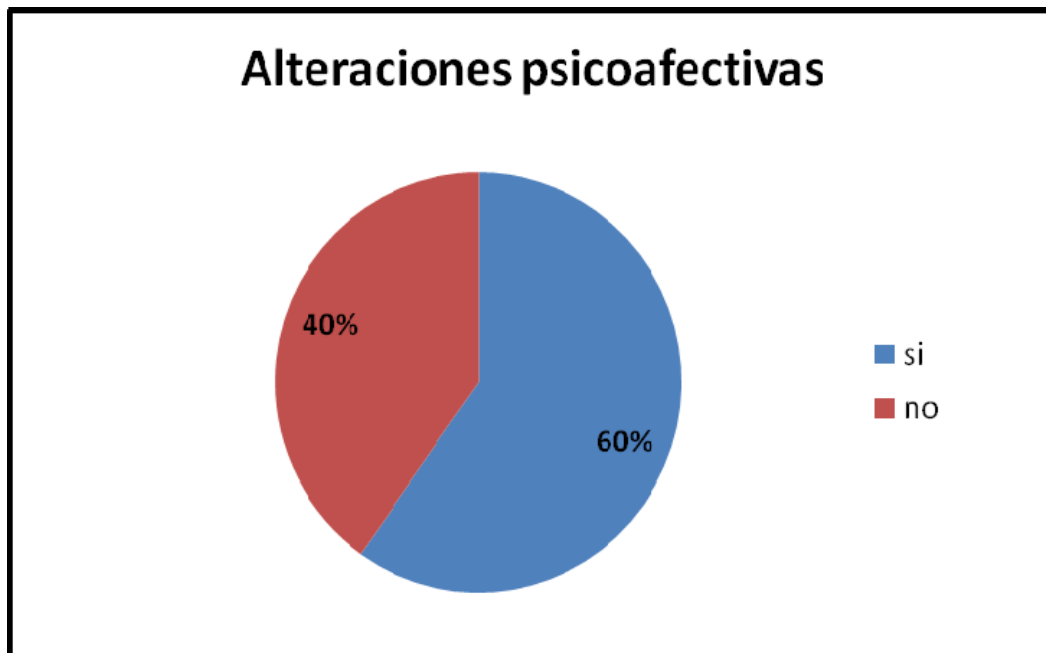
Alteración Psicoafectiva ZUNG	No. de pacientes que lo presentaron	No. de pacientes que no lo presentaron
Tristeza	21	7
Llanto fácil	20	8
Insomnio	15	13
Por la mañana se siente peor	15	13
Dificultad para concentrarse	11	17
Falta o disminución del apetito	18	10
Obsesivo o Repetitivo	7	21
Disminución en el interés sexual	23	5
Bajo rendimiento laboral	24	4
Palpitaciones u opresión en el pecho	15	13
Nerviosa, angustiada o ansiosa	20	8
Cansada o decaída	26	2
Pesimista	11	17
Dolor de cabeza o nuca	15	13
Irritabilidad o enojo	15	13
Insegura o desconfiada	11	17
Sentimientos de inutilidad	24	4
Miedo	15	13
Deseo de morir	12	16
Apático o pérdida de interés	17	11

Conclusión: De un total de 28 pacientes 26 refieren estar cansadas o decaídas a consecuencia de los múltiples tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc.) recibidos desde el diagnóstico de la enfermedad a la actualidad, 24 mujeres presentaron bajo rendimiento laboral lo anterior debido a las continuas citas en el hospital, a las alteraciones físicas y orgánicas secundarias a las sesiones con quimioterapia o radioterapia, a las variaciones en el estado de ánimo; por lo que la mayoría de ellas termino perdiendo el empleo, lo que ocasiono que 24 mujeres mostraran sentimientos de inutilidad y dependencia lo que significó para ellas una pérdida de su independencia, pérdida del autocontrol y desvalorización de su persona, 23 refieren disminución en el interés sexual, 21 mostraron signos de tristeza, 20 presentaron llanto fácil, nerviosismo y angustia ante cualquier acontecimiento no solo de índole médico o de salud, 18 exteriorizaron una falta o disminución en el apetito como consecuencia de la pérdida del sentido gustativo, por las nausea y/o vómito de los tratamientos o medicamentos a las que estaban sometidas, miedo al estreñimiento, 17 pacientes refieren sentirse apáticas o haber perdido el interés o placer por las cosas que antes les gustaban y las hacían sentirse bien debido a sus incapacidades y apariencia física, al cansancio, a la dependencia que implicaba de algún miembro de la familia, al incremento en el número de rescates como consecuencia de los constantes movimientos y traslados, 15 presentaron insomnio y por tanto sentirse peor por la mañana, dolor de cabeza o nuca, irritabilidad, enojo, palpitaciones u opresión en el pecho, miedo a algunas cosas o a personas extrañas, 12 expresaron tener deseos o pensamientos de muerte, sin embargo, ninguna refiere haber tenido algún intento de suicidio, 11 tuvieron sentimientos de inseguridad y desconfianza de si mismas, pesimismo, dificultad para la concentración y solo 7 tenían tendencias a ser obsesivas y repetitivas con algunas situaciones de la vida diaria.



Gráfica 5.6 Indica las alteraciones psicoafectivas por paciente y por reactivo respectivamente.

Lo cual nos indica que el 60% de las mujeres con enfermedad oncológica en estadios avanzados y con dolor, presentan alteraciones psicoafectivas en sus distintas modalidades secundarias a los tratamientos y progresión de la enfermedad, por lo que podemos interpretar que el diagnóstico de cáncer mama no solo significa una amenaza de muerte para las mujeres que lo padecen, sino que implica, para la mayoría, una serie de alteraciones a nivel cognitivo, conductual, emocional, espiritual, además de una sentencia de soledad existencial plagada de sufrimientos orgánicos y de desmoronamiento progresivo de su integridad física, asociados a un aislamiento afectivo y espiritual forzado por la incomprensión, el prejuicio y las propias angustias que sufren quienes tiene relación con ellas.



Gráfica 5.7 Indica el porcentaje de mujeres que presentan alteraciones psicoafectivas tras el padecimiento oncológico y sus tratamientos.

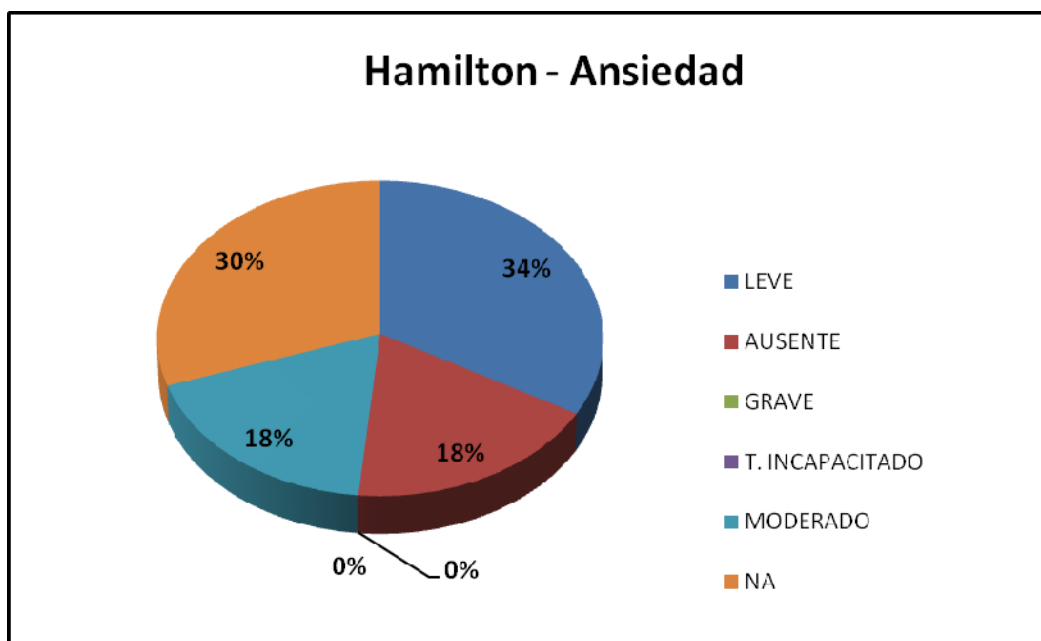
La ansiedad se evaluó mediante la Escala de Hamilton para evaluación de la Ansiedad, las puntuaciones de las mujeres en estudio indicaron que el 34% de los casos presentaron ansiedad leve, 18% presentan una ansiedad moderada y el 18% restante están libres de cualquier trastorno de ansiedad. Conclusiones: La ansiedad puede ser resultado de la adaptación normal al cáncer y su evolución, debido a causas médicas y del propio tratamiento, al dolor irruptivo que presentan las pacientes, al aislamiento social y familiar cuando están hospitalizadas, a los gastos que implica el estar hospitalizado, en la mayoría de los casos las reacciones se limitan al momento y pueden motivar a las pacientes a tomar medidas para reducir su nivel de ansiedad (por ejemplo, obtener más información sobre los beneficios), lo cual puede ayudar a una adaptación progresiva a la enfermedad. Sin embargo, las reacciones de ansiedad que se prolongan o son extrañamente intensas se clasifican como trastornos de adaptación.

Las investigaciones cuyo principal objetivo ha sido detectar un patrón o perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer (Patrón de Personalidad Tipo C), tienden a describir a las pacientes con neoplasias como personas con alto control emocional, fundamentalmente de las emociones negativas (ira, ansiedad y tristeza), cooperadoras y con tendencia al autosacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con las personas de su entorno, razón por la cual tenemos niveles bajos de ansiedad, además de que son personas que por el tiempo de la enfermedad ya han tenido cierto lapso de adaptación a la misma.

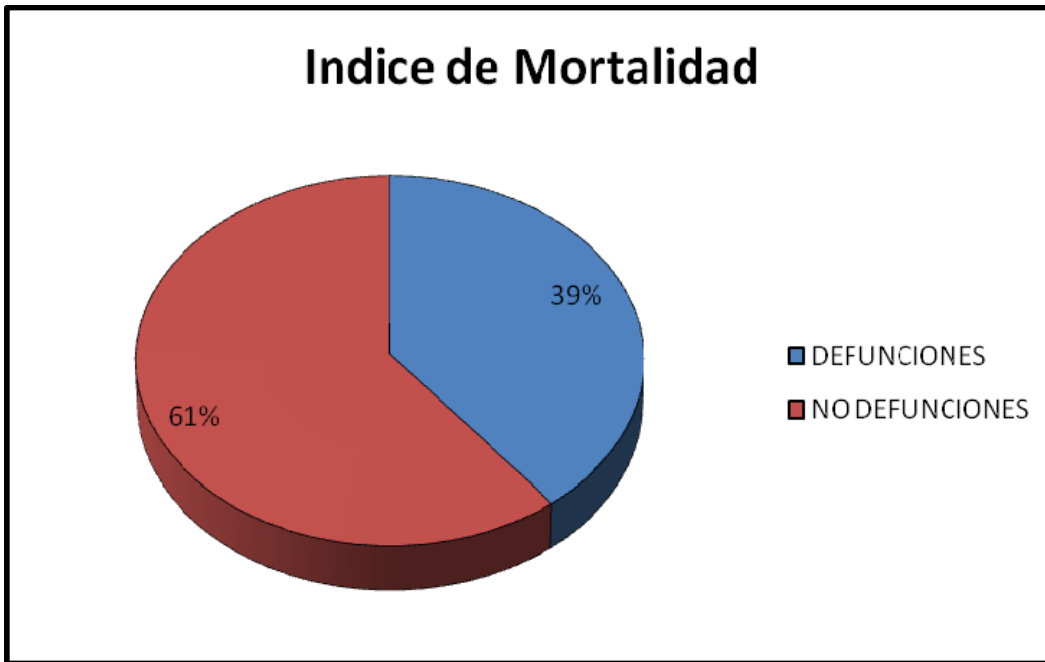
Con frecuencia se observó que en el paciente con enfermedad avanzada, la ansiedad no la causa el temor a la muerte, sino otros factores como la falta de un buen control del dolor, el aislamiento, el desamparo y la dependencia.

La incidencia del dolor depende del tipo de tumores: oseo 85%, genitouterino (vías urinarias) 70%, mama 50% y pulmón 45%; frente al 5% en leucemias razón por la cual se pudieron estar presentando niveles de ansiedad de leve a moderada.

De la misma manera la ansiedad puede deberse a la necesidad del medicamento o rescate para el alivio del dolor que se presenta de manera continua y que solo puede ser aliviado por la administración de los mismos ya sea en el horario señalado o con rescates.



Gráfica 5.8 Indica el porcentaje de ansiedad que presentan las pacientes en estudio.



5.9 Indica el porcentaje del número de defunciones presente durante la investigación

El 39% de las pacientes que fallecieron durante el proceso oncológico pasó por un duelo anticipatorio, es decir, el duelo que de forma parcial o total inicia desde antes de la pérdida y prepara al individuo para el momento inevitable. Este duelo permite no sólo que el paciente incorpore la realidad que se presentará más tarde o más temprano, sino además proporciona los recursos para que se hagan ensayos en cada recaída o remisión de la enfermedad.

Con el duelo anticipatorio los familiares enfrentan y elaboran no sólo la muerte, sino cada una de las pérdidas relacionadas con la enfermedad y el deterioro gradual de su ser amado, y con la pérdida de lo que el otro significa para la persona.

Además de que este tipo de duelo les permite tanto a las pacientes como a los familiares verse inmersos en las fases ya antes mencionadas por la Dra. Elisabeth Kubler – Ross: negación y aislamiento, ira, negociación o pacto, depresión y aceptación; por tal motivo surge la importancia del acompañamiento del equipo tanatológico durante la última etapa de la enfermedad oncológica con el objetivo de ayudar al bien morir.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- ❖ En base a los resultados arrojados de la investigación rechazo la hipótesis nula, la cual nos dice: No existen alteraciones psicoafectivas en pacientes con cáncer de mama en estadio clínico IV, con dolor.
- ❖ Según el análisis de los datos en estudio, el tiempo promedio de sobrevivencia para las pacientes que padecen de un cáncer de mama en estadio clínico IV con dolor, es de 39 meses con un intervalo de 18 a 58 meses.
- ❖ No hay relación aparente entre el nivel del dolor evaluado con la Escala Análoga Visual (EVA) y los niveles de depresión evaluados con la Escala de Depresión "Zung".
- ❖ No hay relación entre el nivel del dolor y la defunción. Esto significa que el dolor no es un factor de muerte en este tipo de población, es decir, la muerte puede deberse a la progresión de la enfermedad en sí misma.
- ❖ La depresión que presentan las pacientes con cáncer de mama parece deberse a las alteraciones psicoafectivas y sociales como: el nivel socioeconómico actual que maneja la paciente y su familia, el nivel de dependencia hacia el cuidador o los cuidadores primarios, el desempleo, la pérdida de rol dentro de una familia, las pérdidas físicas y sociales, aquellas mujeres que no cuentan con un red de apoyo familiar y social.
- ❖ El valor promedio (valores finales del EVA) en la escala de dolor indica que el nivel de dolor es bajo por lo que se puede interpretar que los tratamientos farmacológicos proporcionados por el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos son efectivos en este tipo de población.
- ❖ El 61% de las pacientes que se encuentran fuera de tratamiento oncológico pero que si cuentan con un tratamiento paliativo manifiestan que mientras esté controlado el dolor y puedan seguir llevando a cabo sus actividades cotidianas y/o trabajo laboral seguirán recibiendo tratamiento paliativo.
- ❖ La decisión de las pacientes de continuar bajo tratamiento paliativo o desistir de los mismos, dependerá de tres factores: de su calidad de vida, del control o descontrol de dolor y de la dependencia de algún miembro de la familia.
- ❖ La valoración apropiada del dolor debe contemplar varios factores puesto que se trata de una experiencia multidimensional en donde se pueden distinguir sus componentes neurofuncionales que conllevan a una mayor o menor repercusión psicoafectiva, impacto socioeconómico y espiritual.

- ❖ Uno de los resultados de la investigación es la importancia de los factores psicoafectivos y sociales asociados al cáncer de mama, ya que implica que el tratamiento de las pacientes no puede limitarse únicamente a los aspectos curativos dentro de una perspectiva exclusivamente orgánica. No basta con que el equipo de salud elija las técnicas de intervención terapéutica que aportan las más altas probabilidades de supervivencia y de curación, con la menor invalidez orgánica posible. Es menester, además, abordar con las pacientes una rehabilitación en los planos afectivo y social, lo cual implica involucrar en este proceso al contexto familiar a través de un programa de atención integral.
- ❖ En el caso del cáncer de mama, que también ha experimentado un incremento importante, la ausencia de acciones preventivas y de diagnóstico temprano se complica por la existencia de numerosos prejuicios, entre los que se destacan el “pudor” de muchas mujeres quienes se ven impedidas a esconder o negar cualquier manifestación anormal que afecte su “intimidad”. Esto se refleja en el hecho de que, en la totalidad de los casos de cáncer de mama, el diagnóstico médico se efectuó mucho después de que las afectadas hayan identificado la presencia de un endurecimiento en el pecho. Dicha tardanza no sólo tiene su origen en el temor a una confirmación de la existencia de un cáncer, sino también en la reticencia de numerosas mujeres a exponerse a la vergüenza de ir a “mostrarle los pechos” a un doctor, el cual es percibido en primera instancia antes que profesional como varón.
- ❖ A muchas pacientes se les complica la situación al encontrar importantes dificultades para desarrollar sus actividades ocupacionales, sean estas domésticas o laborales. A raíz de este problema, muchas han afrontado un deterioro económico importante como consecuencia de las limitaciones físicas causadas por la evolución de su enfermedad oncológica, y por la necesidad de asistir periódicamente a las consultas médicas en el hospital. Asimismo, para la mayoría de las pacientes, al no poder ocuparse en forma continua en alguna actividad, tienden a centrarse mayormente sobre su estado y a resentir en forma muy aguda su situación de minusvalía física y emocional.
- ❖ Las pacientes señalaron que las relaciones con el personal de salud encargado del tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc.), son generalmente frías y mecánicas. Una queja generalizada es la ausencia de información no sólo con respecto a la evolución de la enfermedad de la paciente y los planes de los tratamientos subsecuentes, sino también con respecto a los efectos secundarios de dichos tratamientos y a la forma de sobre llevarlos.
- ❖ La investigación es importante para enfatizar invariablemente que el tipo de pacientes que se evaluaron no son idóneos para la aplicación de un amplio número de cuestionarios y mucho menos para cuestionarios tan extensos. Puesto que las pacientes frecuentemente se encuentran en una resolución de su vida y lo más importante para ellas es resolver sus pendientes familiares, económicos y de otra índole, en donde la espiritualidad es su mejor aliada.

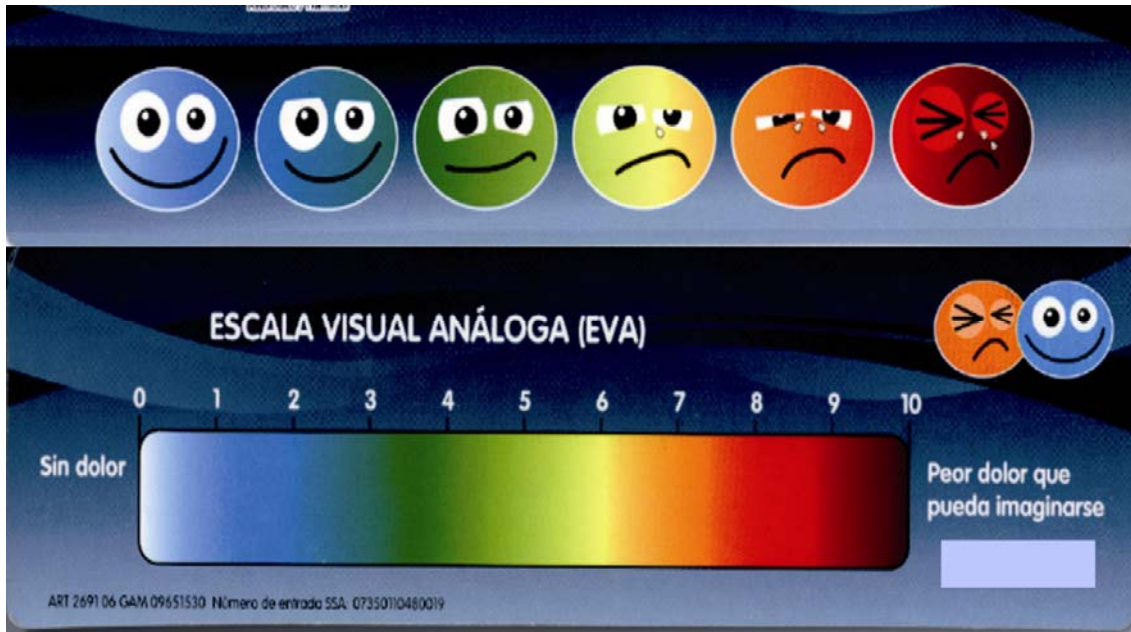
Referencias:

1. Herrera G. A., Granados. G. M., y González B. M. (2006). **Manual de Oncología, Procedimientos médicos quirúrgicos** (3ra. ed.). México: McGraw – Hill.
2. Plancarte S. R. & Mayer R. F. (2004). **Manual de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer** (1ra. ed.). México: McGraw – Hill.
3. Porta J., Gómez B. X., Tuca A. (2005). **Manual de control de síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal** (1ra. ed.). España: Arán.
4. Foley K. M., Payne R. M., (1992) **Terapéutica del Dolor** (1ra. ed.). México: Interamericana y McGraw-Hill.
5. Practice Guidelines in Oncology – V. 1. 2009., Breast Cancer
6. F. Puebla Díaz. (2005). **Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS Dolor iatrogénico**. *Oncología Radioterápica*, 28(3),139-143.
7. C. Andrés Solana. (2005). **Aspectos psicológicos en el paciente superviviente**. *Psicología Clínica*, 28(3), 157-163.
8. González Barón M., Lacasta M. A., Ordoñez A. (2006). **Valoración clínica en el paciente con cáncer** (1ra. ed.). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
9. Torres Mercedes, Compañ Victoria. (2006). **La experiencia del dolor**.
10. J. A. Piqueras, A. E. Martínez, V. Ramos, R. Rivero, L. J. García, L. A. Oblitas. (2008). **Ansiedad, Depresión y Salud**. *Suma Psicológica*. Vol. 15 No. 1, 43-74.
11. U.S. Department of Health and Human Services. (1994). **Manejo del dolor por cáncer**. p. 8-11.
12. I. Cabodevilla. (2007). **Las pérdidas y sus duelos**. *An. Sist. Sanit. Navar*. Vol. 30 (3) p. 163-176.
13. M. A. Ruiz, S. Garde, N. Asuncion, A. del Moral. (1998). **Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama**. *Anales Sis San Navarra* 21 (Supl. 3) 119-124.
14. M. J. Martín Vázquez y M.D. Crespo Hervás. **Trastornos Depresivos en la Mujer, Cap. 9 Trastornos afectivos en oncología**. p. 151 -165
15. Rodríguez P. (2002). **Morir es nada. Como enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud**. Barcelona. Ediciones B. p. 201-228.
16. Tiberio Álvarez. (1993). **El tacto como factor de humanización en la fase terminal**. *IATREIA/VOL 6* (Supl. 3) p. 138-143.
17. **On Death & Dying**, Simon & Schuster/Touchstone, (1969). **Sobre la muerte y los moribundos**. Grijalbo, Barcelona, 1993.

18. David Reyes Chiquete, Rocío Guillen Núñez, Raúl Alcazar Olán, Manuel Arias Santiago. (2006). **Epidemiología del Dolor por Cáncer**. Reyes et al, *Cancerología* 1. P. 233-244
19. Murillo, Mauricio and Alarcón Prada, Ariel. **Psychosomatic Medicine Treatments in Cancer**. *rev.colomb.psiqiatr*, June 2006, vol.35 suppl.1, p.92-111. ISSN 0034-7450.
20. Álvarez, Tiberio., Velásquez Oscar. **Los cuidados paliativos**. El concepto de Hospicio.
21. Álvarez, Tiberio. **Eutanasia la decisión ética**. IATREIA/ Vol. 4/ No. 1/ Marzo 1991.
22. Isa Fonegra de Jaramillo. **Cuando se muere el ser querido**. Revista del Jueves- El espectador. Fundación Omega., Bogotá, Colombia, octubre 12/1987.
23. Álvarez, Tiberio. **La comunicación con el moribundo**. IATREIA/VOL 2 / No. 3/ Diciembre 1989.
24. Arias, Víctor., De León, Thelma. **Perfil emocional de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el Hospital Oncológico de la Ciudad de Santiago, período marzo – septiembre 2007**.
25. Uriah Guevara – López,* Alfredo Covarrubias – Gómez, ** Francisco J. Ochoa – Carrillo, *** Armando Fernández – Orozco, & Fernando Bernal – Sahagún^o. **Parámetros de práctica para el manejo del dolor en cáncer**. *Cir Ciruj* 2006; 74:381-396.
26. López Carrillo R, Torres Sánchez L, López Cervantes M, Rueda Nería C. **Identificación de lesiones mamarias malignas en México**. *Salud Pública México* 2001; 43:199-202.
27. Carmen Regina Victoria García – Vineragras*, Maritza González Blanco. **Bienestar psicológico y cáncer de mama**. *Avances en Psicología Latinoamericana*., Bogotá, Colombia: Vol. 25 (1) p. 72-80: 2007
28. Yolirma Vaccaro,* Marjorie M. Ramírez H. **Trastorno de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama**. Vol. 51 No. 105 Julio/ Diciembre 2005.
29. Gabriela Morales Montes de Oca Lomeli. **Historia de los Cuidados Paliativos**. Revista Digital Universitaria. grupomediqual@gmail.com. Vol. 7 No. 4. 10 de Abril 2006.
30. Lara Solares A, Tamayo Valenzuela A, Gaspar Carillo S. **Manejo del Paciente Terminal**. *Cancerología* 1 (2006): 283-295.

ANEXOS

Anexo 1: Escala Visual Análoga (EVA)



Anexo 2: Escala de Depresión "Zung"

Nombre: _____ No. Expediente _____

Sexo _____ Edad _____ Estado Civil _____ Fecha _____

Preguntas	NO	SI		
		Poco	Regular	Mucho
1. ¿Se siente triste o afligido (a)?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal por la noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones u opresión en el pecho?				
11. ¿Se siente nerviosa, angustiada o ansiosa? (Precise cual es la molestia)				
12. ¿Se siente cansado o decaído (a)?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo (a)?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Ha sentido deseo de morir?				
20. ¿Se siente apático (a), como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

Anexo 3: Escala de Hamilton para Evaluación de la Ansiedad



ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACION DE LA ANSIEDAD

REGISTRO NO.	NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA
CAUSA PRIMARIA DE LA CONSULTA		RECOMENDADO POR:

INSTRUCCIONES: Esta lista es para ayudar al médico en la evaluación de cada paciente en cuanto al grado de ansiedad y estado patológico. Por favor, haga su evaluación de acuerdo con los siguientes valores.

AUSENTE =0 LEVE =1 MODERADO=2 GRAVE = 3 GRAVE,TOTALMENTE INCAPACITADO = 4

PATOLOGIA		VALORES	PATOLOGIA		VALORES
ESTADO ANSIOSO	PREOCUPACIONES, TEMOR DE QUE SUCEDA LO PEOR, TEMOR ANTICIPADO, IRRITABILIDAD.		SISTEMA SIOMATICO (SENSORIAL)	TINITUS, VISION BORROSA, OLEADAS DE FRIO Y CALOR, SENSACION DE DEBILIDAD, SENSACION DE PRURITO.	
TENSION	SENSACION DE TENSION, FATIGABILIDAD SOBRESALTO AL RESPONDER, LLANTO FACIL, TEMBLOR, SENSACION DE INQUIETUD, IMPOSIBILIDAD PARA RELAJARSE.		SINTOMAS CARDIOVAS- CULARES	TAQUICARDIA, PALPITACIONES DOLOR PRECORDIAL, PULSACIONES VASCULARES PRONUNCIADAS, SENSACION DE DESMAYO ARRITMIA.	
TEMORES	DE LA OSCURIDAD, DE EXTRAÑOS, DE SER DEJADO SOLO, DE ANIMALES, DEL TRAFICO, DE LAS MULTITUDES.		SINTOMAS RESPIRATORIOS	OPRESION O CONSTRICCION TORACICA, SENSACION DE AHOGO, SUSPIROS, DISNEA.	
INSOMNIO	DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, SUEÑO INTERRUMPIDO, SUEÑO INSATIS- FACTORIO Y SENSACION DE FATIGA AL DESPERTAR, SUEÑOS, PESADILLA, TERRORES NOCTURNOS.		SINTOMAS GASTRO- INTESTINALES	DIFICULTAD AL DEGLUTIR, FLATULENCIA DOLOR ABDOMINAL, SENSACION DE ARDOR, PESADEZ ABDOMINAL, NAUSEAS, VOMITOS, BORBORISMOS, HECES BLANDAS, PERDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO.	
INTELLECTUAL (COMPRESION)	DIFICULTAD DE CONCENTRACION, MEMORIA POBRE.		SINTOMAS GENITO- URINARIOS	POLAQUIURIA, MICCION URGENTE, AMENO- RREA, MENORRAGIA, FRIGIDEZ, EYACULACION PRECOZ, PERDIDA DE LIBIDO. IMPOTENCIA.	
ESTADO DEPRESIVO	PERDIDA DE INTERES, FALTA DE PLACER EN LOS PASATIEMPOS, DEPRESION, DESPERTAR TEMPRANO, TRANSPOSICION DE SUEÑO Y VIGILIA.		SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO	SEQUEZAD BUCAL, RUBOR, PALIDEZ, TENDENCIA A LA SUDORACION, VERTIGO, CEFALEAS POR TENSION, ERECTISMO PILOSO.	
SISTEMA SIOMATICO (MUSCULAR)	DOLORES Y MIALGIAS, ESPASMOS MUSCULARES O CALAMBRES, RIDIGEZ, TICS MIOCLONICOS, RECHINAR DE DIENTES, VOZ VACILANTE, TONO MUSCULAR AUMENTADO.		COMPORTA- MIENTO DU- RANTE LA ENTREVISTA	INQUIETUD, IMPACIENCIA O INTRANQUILIDAD, TEMBLOR DE MANOS, FRUNCIMIENTO DEL CEÑO. ROSTRO PREOCUPADO, SUSPIROS O RESPIRACION RAPIDA, PALIDEZ FACIAL, DEGLUSION DE SALIVA, ERUCTOS, TICS, MIDRIASIS, EXOFTALMIA.	
PHARMACIA					TOTAL