

T E S I S

UNIDAD MEDICA

C.H. 20 DE NOVIEMBRE

TITULO

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES POSTMASTECTOMIA

INVESTIGADOR RESPONSABLE

[Handwritten signature]

DR LORENZO ESPARZA MORENO

1986

TUTOR DE LA TESIS

[Handwritten signature]

DRA NORA CAVAZOS

P-1-86
[Handwritten marks]

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

[Handwritten signature]



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.

I N D I C E

ANTECEDENTES	1-20
JUSTIFICACION	21
HIPOTESIS Y OBJETIVOS	22
METODOLOGIA	23
RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXOS:	
a) ANALISIS ESTADISTICO	45
b) PRUEBAS PSICOLOGICAS	48

ANTECEDENTES

La mastectomía epitomiza los problemas confrontados por el paciente quirúrgico y los escritos en cuanto el impacto psicológico de la mastectomía han aparecido con regularidad desde 1950 (1,2).

La mastectomía nos lleva a la amenaza de la vida, el punto dominante de todas las cirugías oncológicas, además de tratarse de un procedimiento mutilante externo que afecta un órgano relacionado con la autoimagen corporal, con un significado sexual y con raíces genéticas que nos llevan a una regresión con las experiencias tempranas de la alimentación. (3)

La revisión de un significado psíquico de la mama y estudiando el impacto inmediato de la mastectomía en 25 mujeres, se determinó que los grupos con mayor riesgo de conflicto psicológico después de la mastectomía y encontraron que la mujeres con una catexia intensa poco usual de la mama experimentaron mayor angustia., La disminución de la autoimagen sexual simbolizada por mamas pequeñas y un orgullo sexual a través de mamas grandes establecen el estado para un especial respuesta intensa para la mastectomía.

La especificidad de investir al órgano con una mayor va-

loración fue lo mas predictivo para problemas subsecuentes en cuanto a la adaptación a la pérdida de la mama y fue de mayor importancia que las variables de la edad y estatus socioeconómico y marital. (1)

Un estudio de 200 mujeres incluidas en psicoterapia postoperatorio a los 4 meses de la mastectomía, 32% se encontraron deprimidas, 30% con ansiedad, 46% con dificultades sexuales y un 61% presentó dificultades en el trabajo. Al año de la mastectomía el 20% se les encontró deprimidas, el 10% con ansiedad y el 28% aun reportaban dificultades sexuales, el grupo reportó como su interés predominante fue el continuar viviendo y dificultad para verbalizar la angustia con sus médicos y esposos. Se concluyó que un buen resultado postquirúrgico fueron predictivos importantes para obtener un resultado psicológico, aunque la recuperación psicológica generalmente se retrasaba por meses. El 75% de las pacientes en este estudio alcanzó niveles satisfactorios de funcionamiento psicológico bueno un año después de la cirugía. (4)

Otro estudio nos reporte que un año después de la mastectomía un 10% que su adaptación postoperatorio fue muy pobre. (5)

Estudios recientes estiman que el 25% al 35% de las mujeres que se someten a mastectomía presentaron proble-

mas serios psicológicos que necesitan una evaluación psiquiátrica. (6)

Las correlaciones biológicas de las respuestas al cáncer de mama se realizó en un estudio multidisciplinario prospectivo de 69 mujeres con cáncer temprano, las respuestas psicológicas.

Los diagnósticos fueron estudiados durante 3 meses al período postoperatorio y correlacionado con el aspecto histológico, mamografía, hormonal e inmunológico, en estudio pre y postoperatorio, no se encontró significancia estadística asociada entre el tipo de respuesta psicológica y estudios de niveles biológicos con el preoperatorio.

Los pacientes que mostraron un espíritu de lucha presentaron significativamente niveles de suero bajo de IgG que aquellos que mostraron una aceptación estoica, los mecanismos por medio de los cuáles los cambios de inmunoglobulinas puede influir en la supervivencia en el cáncer, puede servir para realizar una hipótesis. (7)

Los aspectos psicosociales de la mastectomía en la mujer se han investigado pre y postmastectomía, encontrándose fuertes indicadores de sufrimiento psicosocial (idea-ción suicida, incremento del uso de alcohol, tranquilizantes etc), siendo indicadores para el tipo de ayuda la edad (las mujeres jóvenes presentan mayor efecto emocional),

sistemas de apoyo y el funcionamiento premórbido.

El consejo es particularmente importante previo a la cirugía ya que es el período de máximo estrés para la mayoría de las mujeres, el seguimiento posterior prolongado se indica más precisamente para la adaptación de la mastectomía, se encontró un efecto negativo en la imagen corporal y las relaciones sexuales, un 25% de las mujeres en el estudio presentaron ideas de suicidarse y ellas relacionaron la depresión y las reacciones emocionales a la mastectomía, presentaron también una perspectiva negativa más importante hacia sus médicos y cirujanos, una pobre adaptación emocional postmastectomía, mayor ansiedad a continuar sus relaciones sexuales con sus parejas y una actitud positiva hacia la posibilidad de la mama, es posible que estas mujeres hubieran dado una mayor carga a su sexualidad, sufriendo una mayor pérdida y duelo después de la cirugía. Otra posibilidad es que se hubiera utilizado la negociación o que en forma general se hubiera presentado una pobre adaptación a la cirugía. (8)

En los últimos años se ha aumentado el énfasis en los aspectos psicosociales y el rol del cirujano, la liga con el psiquiatra y el grupo de apoyo pre y postmastectomía. Las principales áreas de investigación incluyen características demográficas de la muestra, la adaptación psico-

social antes y después de la mastectomía, el efecto de estas en las relaciones sexuales, comparación de las mujeres por la edad y la ideación suicidas y el objetivo de examinar mas sistemáticamente y explícitamente los efectos psicológicos de la mastectomía (9,10,11,12)

Los aspectos psicosociales de la mastectomía en las parejas de estas pacientes, con el fin de ver adaptación del hombre a la mastectomía de sus esposas, se han encontrado subgrupos que presentan angustia permanente y efectos adversos en relaciones con sus parejas, indicaron que el punto crucial es la involucración de las parejas para la decisión del proceso de la mastectomía, la frecuencia de las visitas hospitalarias, la reanudación de las relaciones sexuales, que el hombre vea el cuerpo de la pareja después de la cirugía, estos hallazgos tienen importancia para dar el consejo de la pareja que se enfrenta a este procedimiento emocional estresante.

Los efectos psicosociales del cáncer y la mastectomía se extiende de la paciente a su esposo y a su núcleo familiar el choque es menor para el esposo. La crisis es frecuentemente desproporcional y muy profunda, siendo esta area relativamente inexplorable, aunque recientemente algunos estudios han evaluado el estres psicosocial de la mastectomía (10, 11, 12,13).

Las reacciones psicológicas y psicosomáticas mas frecuentes en los esposos de estas pacientes fueron alteraciones en el sueño y pesadillas 40%, trastornos en el comer 27%, la habilidad en el trabajo se vio disminuida o afectada en forma adversa por la experiencia 42.8%, la intimidad estuvo severamente afectada en forma negativa después de la mastectomía, se encontro disminución en la satisfacción sexual después de la cirugía en termino tanto del hombre como por la percepción de las relaciones sexuales de la pareja.

La actitud de realizar la cirugía reconstructiva de la mama, 13.3 pensaron que era favorable, 23% neutra, 6.7% se opuso moderadamente y el 28% se opuso fuertemente.

Negaron un estrés psicosocial, se evidenció que un subgrupo menor se vió muy angustiado y permaneció así, presentando un decremento en su calidad de la relación de la pareja. (14)

Se ha enfatizado la importancia de la comunicación marital especialmente en el período preoperatorio o cuando la ansiedad se encontró en su punto mas alto y cuando la decisión de aceptar la cirugía necesita realizarse.

(8,14)

DOS MODELOS EN CUANTO A MEJORAR LA SECUELA PSICO-SOCIAL DE LA MASTECTOMIA EMPIEZA CON DIFERENTES PREMISAS:

1.- La alternativa quirúrgica que nos acerca a la mastectomía radical.

2.- Otros han evocado a la escisión local con radioterapia como una alternativa de la cirugía radical modificada, argumentando que no existe una diferencia significativa entre las dos aproximaciones en término de vida. (17, 18,19)

Varios autores han enfatizado el significativo trastorno emocional en pacientes después de la mastectomía (3, 23).

Maguire mostro que 39 pacientes mastectomizadas comparadas con 12 de control de enfermedad benigna de mama presentaron serias depresiones, ansiedad y dificultades sexuales un año después de la cirugía. (20)

Stehlin reporto en su estudio 81 pacientes con mastectomía parcial y radioterapia que las impresiones clínicas en que "el bienestar psicológico" de aquellas pacientes que tuvieron una menor cirugía radical es por mucho muy superior que aquellas que se les realizo mastectomía. La diferencia en la calidad de vida y en el grado de miedo después de las dos cirugías se enorme,. Las satisfacciones con su imagen corporal después de la cirugía pero no

hubo ninguna otra diferencia. (21,22)

Los cambios en la autoimagen y sentimientos de menor atracción y menor femineidad se encuentran más incrementadas 6 meses después de la mastectomía que en la tumorectomía, los cambios maritales y sexuales no se encontraron en la paciente con tumorectomía.

En las pacientes mastectomizadas se presentó gran disminución de la libido sexual. Los síntomas emocionales en las pacientes que se les practicó tumorectomía fueron consideradas con un mayor funcionamiento a los 14 meses, también se encontró menos pesimismo acerca de su futuro, menos pérdida del apetito.

En las mastectomizadas se encontró insomnio, llanto, dificultades para trabajar, pesimismo, disminución de la libido, tensión, coraje o furia y sentimientos de pérdida de la femineidad, cambios en el patrón de vida que consistieron en conductas como impedimento de ir de compras, dificultad en el trabajo y disminución de las actividades recreativas. En el aspecto de salud física se encontraban preocupadas con respecto de la recurrencia del cáncer. (23)

Las pacientes que recibieron cirugía reconstructiva de la mama al tiempo inmediato de la mastectomía tuvieron

significativamente una menor angustia sobre su recída - que aquellas que la presentaron un año más tarde. Los problemas emocionales fueron iguales en aquellas que se realizó tardíamente la reconstrucción que aquellas que fueron inmediatas. (24)

El deseo de usar una mayor variedad de ropa y deshacerse de la prótesis externa fueron las motivaciones más comunes para llevar a cabo la cirugía reconstructiva, el deseo de mejorar las relaciones sexuales o un estado marital fue menos común y debe verse con precaución cuando se presenta como una motivación primaria para este procedimiento. (24)

Se encuentra datos en contra de la reconstrucción temprana ya que un implante temprano de la prótesis puede estimular el crecimiento del cáncer o enmascarar la posibilidad de identificar una recurrencia (25).

También se critica la cirugía inmediata ya que la paciente no valora la reconstrucción de la mama y no tiene la experiencia de vivir con la deformidad. (26)

Otra alternativa enfoca el proveer un apoyo psicológico para alcanzar la recuperación se ha requerido y se ha suplementado con un grupo especializado de trabajadores que se aproximan a la paciente mastectomizada en una base de liga no selectiva.

Se demostró que el soporte social es el predictivo más fuerte en cuanto a la respuesta y tiene un efecto indirecto en cuanto a las medidas de adaptación o concepto personal y la angustia psicológica. ()

En esta alternativa se ve el impacto del cáncer en el adulto. Además con las interferencias con la actividad diaria, el paciente reacciona con ansiedad, pérdida de la autoestima y una disrupción de los mecanismos de defensa.

(27)

Se cree que reacciona a la enfermedad con involucración de muchos tipos de miedos., Como el miedo a la pérdida del funcionamiento normal de su cuerpo, mutilación y a la extensión en que invade a su cuerpo. (28)

Las reacciones emocionales al tratamiento médico, a la radioterapia, se ha encontrado que el efecto más común es ansiedad 98%, depresión 75%, esto tiene también relación con el tamaño de la máquina de la radioterapia y conforme continua el tratamiento la intensidad de depresión y ansiedad disminuye.

El 60% de las pacientes retrasaban la búsqueda del tratamiento médico, un antecedente en un miembro de la familia con cáncer se correlacionaba positivamente con el retraso. Mientras que cuando existe una relación con el médico la correlación es negativa con el retraso., Se encontró tam-

bien que se asocian con la negación los problemas maritales, aislamiento, rechazo y una sensación de impotencia.

(29)

IMPACTO HACIA LA FAMILIA

Sigue los siguientes pasos progresivos:

Choque con la negación que los lleva a la preocupación, después llanto y sensación de vacío, acompañando-se de impotencia, posteriormente restitución y recuperación, antes de la restitución experimentaba la familia hostilidad y sentimientos de culpa, algunos miembros de la familia tienden a retirarse de los pacientes crónicos o aquellos agudos terminales., la comunicación era limitada, el 75% maneja pobremente la enfermedad. (30)

El curso de la adaptación psicosocial al impacto del cáncer se ha encontrado que existe un tiempo específico - de patrón como respuesta al impacto. (31,32)

LAS REACCIONES EMOCIONALES SE DESARROLLAN EN LAS SIGUIENTES ETAPAS:

- 1).- Negación
- 2).- Ansiedad
- 3).- Regresión
- 4).- Depresión
- 5).- Adaptación realista. (33)

Lo que se necesita para conocer el desarrollo de respuesta en estas etapas estriba en el diagnóstico, cuando el paciente se ve enfrentado con la muerte inminente o solo con la posibilidad de muerte a futuro.

Es la etapa inicial de la enfermedad la que juega el rol mas importante de las teorías de las respuestas al cáncer. (34)

Maguire investigo problemas de cáncer de mama durante un periodo de 5 años, los resultados indicaron que la morbilidad psiquiátrica llega a su máximo nivel en el primer año de la mastectomía y el estudio se compara con enfermedad benigna de mama un año después del diagnóstico inicial, el estudio indicó que el 25% de pacientes postmastectomía necesitó de tratamiento psiquiátrica. (2,3,20)

Morris estudio la adaptación psicológica de pacientes con mastectomía después de 2 años tanto a pacientes con cáncer de mama como con enfermedad benigna, a los 2 años ambas pacientes, el 83% con cáncer y el 87% con enfermedad benigna fueron los promedios de adaptación marital como lo tenían en la entrevista preoperatoria., En forma similar mejoro el trabajo de adaptación después de 2 años. (35)

Otro punto de vista de la adaptación de cáncer esta provisto por Gordon y Weisman encontraron que el sitio de cáncer es un factor significativo en la adaptación, los diferentes sitios del cáncer experimentaron un pico de estrés a diferentes tiempos durante los primeros 100 días de la enfermedad. Los autores sugieren que el sitio relacionado al tiempo se ve influido por el tratamiento médico y los efectos colaterales, por tanto ante la interpretación de la variable tiempo relacionado con la respuesta al cáncer y a su origen, esto es importante para tomar en cuenta el sitio de la enfermedad y que tratamiento médico recibe el paciente. (36)

VARIABLES QUE AFECTAN LA ADAPTACION AL CANCER

Las variables al éxito de la adaptación que se encontraron fueron una autoestima, imagen positiva de femineidad, alta confianza en los médicos y la eficacia del tratamiento, el deseo de confiar mas sus problemas a otros, poder desenvolverse satisfactoriamente en ocupaciones y actividades, buena reaccion significativamente con otros, congruencia entre las expectativas de la vida y su grado de habilidad y la naturaleza con relacion a resolver crisis en el pasado con éxito. (37)

Weisman y sus colaboradores discutieron las estrate-

gias de habilidad que el paciente con cáncer enfrenta - con su enfermedad, ellos aclaran que la habilidad y vulnerabilidad tiene una relación recíproca en que la vulnerabilidad es el índice de la angustia, mientras que la habilidad es lo que uno hace con la enfermedad y sus ramificaciones ., Los buenos habilitadores enfrentan los hechos y encuentran algo favorable y después confían en la recomendación de sus médicos, mientras que los "pobres habilitadores" usan la supresión, pasividad, la sumisión estoica y una variedad de medidas para reducir la atención.

Weisman notó que el suicidio representa un paradigma de vulnerabilidad social y emocional y es un modelo que es poco utilizado sin embargo no deja de ser una estrategia importante. (38)

El suicidio es otra forma de responder a la enfermedad (39).

GULLO NOTO 5 DIFERENTES ESTILOS DE RESPUESTA:

- 1.- Aceptar la muerte
- 2.- Negador de la muerte
- 3.- El que se somete
- 4.- El que desafia a la muerte
- 5.- Y el que trasciende a la muerte

En este estudio no se hizo ningún intento de determinar cual era más efectivo y no se ha encontrado el método de

aproximación para ayudar al paciente a su adaptación. (34)

ROLES DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS EN LA RECUPERACION DEL CANCER.

Factores psicológicos y el advenimiento de la enfermedad se ha encontrado combinada entre hostilidad y un alto promedio de I.Q. por arriba del promedio.

Aquellos individuos con un fuerte impulso de hostilidad - sin pérdida del control emocional tuvieron la mejor respuesta a la enfermedad. (40)

Pacientes con cáncer metastásico de mama se encontró que aquellas que vivían durante un año o mas manifestaron elevada sintomatología de bienestar y un alto nivel de afecto disfórico que aquellas que vivieron menos de un año, las sobrevivientes con un mayor periodo son mas capaces de externalizar sus efectos negativos y de comunicar mejor su angustia. (41)

Gordon y Weisman estudiaron tambien los factores psicosociales que pudieron intervenir en la variante de sobrevida del cáncer, las pacientes que murieron se compararon a las pacientes que sobrevivieron mayor tiempo., Se encontro en aquellas con una sobrevida mayor buenas relaciones con otros, mientras que aquellas con una menor sobrevida manifestaron un largo período de alienación, deprivación,

depresión y mantenían relaciones interpersonales destructivas. (42)

GUIA PARA EL MANEJO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON CANCER:

Se ha desarrollado por diferentes grupos profesionales.

El papel del médico ha sido estudiado por Halcy, que indica que el médico debe ir mas alla del puro cuidado físico y el cuidado integral por ejemplo del psicológico, social, económico y vocacional. (43)

Barkly a discutido el rol de la enfermera al tratar a la paciente con cáncer y su objetivo es reducir el sentimiento de depresión, coraje, miedo y rechazo en el paciente y ser un apoyo para la familia. (44)

El rol de la trabajadora social en pacientes con cáncer es asistir al paciente y a la familia para que pueda vivir con el diagnóstico de cáncer, adaptarla a los diferentes etapas del tratamiento y a la recurrencia de la enfermedad, proveer a la comunidad informacion.

Recientemente se ha hecho incamie en la literatura de que el manejo debe realizarse en equipo para habercar el aspecto psicosocial. (47, 45, 46)

MEDIDAS GENERALES

- 1.-El diagnóstico junto con un tratamiento debe llevarse a cabo en forma rápida.
- 2.-Una preparación psicológica para cualquier tipo de cirugía de cáncer y donde existe la pérdida de una función se requiere de una mayor preparación.
- 3.-Los pacientes que se han curado pueden ser de gran ayuda como voluntarios para las etapas primarias del tratamiento.
- 4.-Se debe decir al paciente los posibles efectos colaterales del tratamiento.
- 5.-Es importante que alguien vea a la familia después de la muerte del paciente con el fin de llevar el duelo (resolver), otros sugieren una terapia de orientación cercana a la realidad. (48,47,32)

MANEJO PSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD TERMINAL.-

Se le a prestado gran atención a la enfermedad terminal y se ha discutido.

Se realizó un estudio donde 6 pacientes recibieron psicoterapia en 6 sesiones, 6 pacientes sirvieron de control. Los pacientes que recibieron psicoterapia presentaron un aumento en la ansiedad hacia la muerte ya que estos pacientes tuvieron la oportunidad de discutir sus reacciones sobre la muerte y posteriormente dijeron experimentar un menor estrés emocional. (49)

EL MANEJO DE LA PACIENTE CON CANCER DE MAMA.-

Shwatz diseñó un programa de la mujer basado en la situación/ modelo transición de grupo.

El recomienda el uso de grupo modrado por un profesional con una asistencia para el individuo que se encuentra en una situación de estrés máximo de vida. (50,51)

Euster ademas recomienda el uso de la modalidad de grupo y la asistencia de la terapia familiar con el aspecto critico de la experiencia de la mastectomia, por lo cual al grupo se le da un soporte social, información real y oportuna para la interacción emocional. (52)

Gordon realiza un reporte de las dificultades que experimentan las pacientes.

- 1.- Se enfoco en las dificultades que experimentaron las pacientes.
- 2.- El 85% de las pacientes que intervinieron en el grupo regresaron a su trabajo 6 meses posterior a su primer internamiento en contraste al 67% de las pacientes del grupo control.
- 3.- Se presento un incremento significativo en la frecuencia de actividades solitarias (ver la TV en el grupo control)
- 4.- El promedio de recuperacion de los niveles inicia-

les del efecto negativo (depresión, ansiedad y hostilidad) se acoloro con la intervención del grupo, en que ellas alcanzaron el punto máximo pero después se estabilizaron - durante el resto de la duración del trayecto, en contraste con los efectos negativos del grupo control en que permanecieron inicialmente elevados y disminuyeron 2 o 3 meses - despues de su hospitalización.

5.- Aquellas que recibieron una intervención fueron mas realistas en cuanto ver el mundo externo. (53)

OTRO MODELO ES LA DE INTERVENCION EN CRISIS.

La influencia de crisis en el desarrollo de la personalidad ha sido reconocido desde Linderman (1944) que - fue el primer estudio de las reacciones de duelo., En años recientes ha aumentado el interés en las víctimas de los eventos críticos de la vida, que han llevado el desarrollo de las numerosas teorías acerca de la crisis de la vida. (54,55)

En estudios recientes de pacientes con cáncer, los - resultados apoyaron que se presentaron cambios específicos psicológicos durante la crisis que ocurren en 4 etapas:

1.- Ansiedad

2.-Sentimientos de incapacidad, estos 2 se encuentran mas tempranamente y fueron uniéndose gradualmente.

3.-Depresión

4.-Pérdida de la autoestima.

Después de 8 semanas los resultados del grupo fueron elevándose en dirección de una mayor crisis y la resolución de la crisis fue en un periodo de 28 semanas.

Los pacientes con cáncer reportaron un sentimiento de incapacidad y un alto nivel de crisis general, reportaron significativamente mas depresión en comparación con el otro grupo de cirugía, el cáncer de los pacientes sugiere que para ellos es una experiencia de una intensidad severa, lo que se puede interpretar que estos pacientes se encuentran en una verdadera crisis mientras que los de cirugía se encuentran en un tiempo corto de estrés (56)

En este tipo de modelo de crisis de intervención, - los resultados de estos estudios no han sido concluyentes (1)

JUSTIFICACION

Los estudios reportados no se encuentran resultados - concluyentes en lo que respecta a psicoterapia de grupo en pacientes postmastectomía aunado a la depresión.

Se encuentran elevados porcentajes al año de la cirugía y una mala adaptación psicosocial.

Por lo que creo que es una justificación para la realización de este estudio con psicoterapia de grupo, ya que con este tipo de tratamiento se intentara disminuir tanto la presentación como la duración de la enfermedad, abarcando un mayor número de pacientes con menor personal y costo a la institución.

Brindando así una mejor alternativa para la paciente en un tiempo mas corto para una mejor adaptación psicosocial.

PROBLEMA

PREGUNTA ESPECIFICA QUE DIO ORIGEN A ESTE ESTUDIO.

Las pacientes que se someten a cirugía de mastectomía en el C.H. 20 de Noviembre no se manejan con este tipo de tratamiento.

HIPOTESIS

Las pacientes postmastectomizadas presentan problemas importantes de depresión, por lo que creo conveniente que el manejo con psicoterapia de grupo, presenta una mejor alternativa para la mejoría de la depresión y los problemas de adaptación psicosocial.

OBJETIVOS

CONSTITUYEN LAS METAS HACIA LAS CUALES ESTAN ORIENTADOS LOS INTERESES DE ESTA INVESTIGACION.

PRIMARIOS:

La intervención de la psicoterapia de grupo en la rehabilitación de la paciente que se somete a esta cirugía, sera lograr un mejor control ó disminución de la depresión y así una mejor adaptación psicosocial.

Unicamente sera esta variable la que se maneje en esta investigación.

TIPO DE INVESTIGACION

- 1.- Experimental
- 2.- Longitudinal
- 3.-Prospectivo
- 4.- Comparativo

METODOLOGIA

El estudio se llevó acabo con pacientes del Hospital C.H. 20 de Noviembre principalmente, 4 pacientes del Hospital Lopez Mateos y 2 pacientes que no fueron de la Institución (IS&STE).

Se seleccionaron pacientes femeninos que fueron sometidas a mastectomía de acuerdo con los siguientes criterios:

Que presentaran depresión, casadas y con vida sexual activa.

La asignacion de los grupos fue alatoria, al azar con 12 pacientes del grupo control y 12 pacientes de grupo estudio.

Se realizo una evaluación previa por la Psicologa de la siguiente manera:

1.- Escala de Zung adaptada.- esta prueba unicamente fue de inicio para valorar si presentaba depresión.

2.- Escala de valoración psiquiatrica de Hamilton - para la depresión. (57)

Ambas pruebas se les aplico al grupo control como al grupo de estudio.

APLICACION DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO AL GRUPO ESTUDIO.

Se les realizo doce sesiones con una duracion aproximada de 2 horas en cada sesion, una vez a la semana, donde se manejan los siguientes aspectos:

I.- DEFINICIONES Y PROPOSICIONES:

1.-INTRODUCCION:

Presentación de cada uno de los miembros;

Datos sociodemograficos;

Informacion relacionada con la cirugía.

2.-DESCUBRIMIENTO DEL TUMOR:

Reaccion al diagnóstico;

Reaccion psicologica a la cirugía;

Fantasías antes y después de la cirugía.

3.-RECOLECCION DE OTROS EVENTOS QUE FUERON ESTRESANTES

Mecanismos previos de relacion de pareja y relaciones actuales.

II.-PERCEPCION DE SI MISMA

4.-Imagen corporal, nocion de asimetría, imagen antes y después de la mastectomía.

5.-SEXUALIDAD

Percepción personal como mujer;

Mecanismos de adaptación.

6.-RELACIONES SEXUALES

Con su pareja;

Readaptacion a su conducta sexual.

III.-REUBICACION DE LOS ROLES.

7.-ROLES FAMILIARES

Cambios en los roles;

Reajuste en el contexto familiar.

8.-PATRONES DE COMPARTIR Y COMUNICACION CON LA FAMILIA

Orientacion;

Procreacion.

9.-COMUNICACION CON LA PARTE SANA DEL PACIENTE.

Punto de vista con el pasado;

Deseos con el futuro.

IV.-DUELO Y ADAPTACION

10.-MIEDO DE NUEVAS COMPLICACIONES

Dicotomía de certeza y no certeza (siempre se maneja durante toda la duración de la terapia).

11.-DUELO ANTICIPATORIO.

Miedo a la pérdida;

Separación y a la muerte;

Nuevos mecanismos de adaptación.

12.-SEPARACION DE GRUPO.

Se realizo intercambios de regalos simbólicos y fiesta.

En la sesion 10 se suspendio la psicoterapia por los sucesos del mes de septiembre (sismo)., al finalizar la psicoterapia se les aplico nuevamente la prueba psicologica de Hamilton para la evaluación final.

La psicóloga les realizó el estudio a ciegas, ya que desconocia cuales pacientes recibieron psicoterapia y cuales no.

GRUPO DE ESTUDIO

1.- Grupo problema fue de 12 pacientes

2.- Grupo testigo fue de 12 pacientes

TAMAÑO DE LA MUESTRA 24 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSION

- a).- Pacientes femeninos con cáncer de mama postmastectomía.
- b).- Deprimidas
- c).- Casadas
- d).-Vida sexual activa.

CRITERIOS DE EXCLUSION

-Aquellas pacientes que no hubieran asistido como mínimo a ocho sesiones.

-Trastornos severos de la personalidad o psiquiátricos previos.

CRITERIOS DE ELIMINACION

No se encontraron criterios de eliminación.

VARIABLES A EVALUAR :

INTERESES PRIMARIOS :

Como indicadores serán la depresión.

INTERESES SECUNDARIOS :

- 1.- La edad
- 2.- Ocupación
- 3.- Estado civil
- 4.- Dias de internamiento
- 5.- Complicaciones postquirúrgicas
- 6.- Tratamiento postquirurgico
- 7.- Antecedentes patologicos
- 8.- Tiempo transcurrido de la cirugia a la prueba inicial.

FORMA DE RECOLECCION DE DATOS :

Cedula de recolecion de datos (como se especifica en intereses secundarios) y de escala de Hamilton y posteriormente se transcribieron en hoja de concentracion.

RECURSOS HUMANOS:

Apoyo de la investigacion.- Psicologa

Equipo .- terapeuta y coterapeuta

Pruebas psicologicas ;

a).-Escala de valoracion psiquiátrica de Hamilton

b).-Escala de Zung modificada.

ASPECTOS ETICOS :

El dar psicoterapia al grupo se espera la disminucion de la presentación del cuadro depresivo, en la bibliogra -

fia no se refiera que su hubiera presentado complicaciones o problemas durante el tratamiento.

El tener un grupo control y no dar psicoterapia no - afecta o agrava su problema ya que continuaria la evolucion natural de la enfermedad, hasta que este se resolviera, - siendo unicamente mas prolongada la duracion, ya que en el tratamiento unicamente se acortaria el tiempo.

RESULTADOS

Los resultados de la variable secundas:

1.-EDAD

La edad promedio de las pacientes del grupo control fue de 52.03 años (siendo la menor 33 años y la mayor - 79 años)

El grupo estudio el promedio fue de 49.1 años (menor 37 y la mayor 60 años), (ver tabla y grafica 1).

2.-OCUPACION

Grupo control todas las pacientes se dedicaban al hogar.

Grupo estudio el 75% de las pacientes se dedicaban a labores del hogar y el 25% a trabajos fuera de casa (dos - profesoras y una secretaria), (tabla y grafica 2)

3.-TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO

En el grupo control, cuatro pacientes recibieron tratamiento conuinado (34%), tratamiento con quimioterapia - 34%, con radioterapia 17%, sin ningun tratamiento postoperatorio 17%.

En el grupo estudio el 41% recibio terapia conuinada (quimioterapia y radioterapia), 25% radioterapia, 9% quimioterapia, 25% no recibio ningun tratamiento.

4.-COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Grupo control se encontro unicamente dos pacientes - con complicaciones una con ulcera postradioterapia y otra con infeccion de herida quirurgica y ulcera por radioterapia.

Grupo estudio no se reportaron complicaciones.

5.-DIAS DE INTERNAMIENTO

Para el grupo control el promedio en dias de internamiento hospitalario postrugia fue de 6 dias (menor 5 y el mayor 7 dias).

Los dias promedio en el grupo estudio fue de 6.3 dias (mayor 8 y el menor 5).

LUGAR DE RESIDENCIA

Para el grupo control el 83% vive en el D.F., 17% - en provincia (una de Veracruz y otra en Queretaro).

Para el grupo estudio el 100% vive en el D.F. (tabla 1)

7.-ANTECEDENTES PATOLOGICOS

En el grupo control el 83% sin antecedentes patologicos, el 8.5% con hipertension arterial controlada, 8.5% - con hipotiroidismo.

En el grupo estudio el 83% sin antecedentes patologicos, el 17% con hipertension controlada. (tabla 4)

8.-PROMEDIO EN DIAS DE LA CIRUGIA A LA PRUEBA INICIAL DEL HAMILTON

Para el grupo control el promedio fue de 145.6 dias (menor 93 dias y máximo 206).

Para el grupo estudio el promedio fue de 181.25 dias (menor 134, mayor 243 dias).

ANALISIS DE DATOS DE LA VARIABLE DEPRESION

Se utilizo la prueba parametrica T de student para muestra pequena. VER ANEXO

CONTROL		ESTUDIO	
P.I	P. Final	P.I.	P.F.
60	66	90	69
72	87	78	66
129	RIP	90	90
93	111	99	96
90	111	117	108
126	RIP	93	105
78	99	99	108
87	105	90	111
75	96	108	111
74	111	93	105
105	117	105	114
93	90	102	114
\bar{X} 82.7	\bar{X} 99.3	\bar{X} 97	\bar{X} 99.75
S 13.2	S 15.33	S 10.26	S 16.64

TABLA 1

LUGAR DE RESIDENCIA

	D.F.	Veracruz	Querétaro	TOTAL
Grupo control	10	1	1	12
GRUPO ESTUDIO	12	0	0	12

TABLA 2

OCUPACION

	HOGAR	MAESTRA	SECRETARIA	TOTAL
GRUPO CONTROL	12	0	0	12
GRUPO ESTUDIO	9	2	1	12

TABLA 3

TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO

	QUINTO	RADIO	COMBINADO	NINGUNO	TOTAL
GRUPO CONTROL	4	2	4	2	12
GRUPO ESTUDIO	1	3	5	3	12

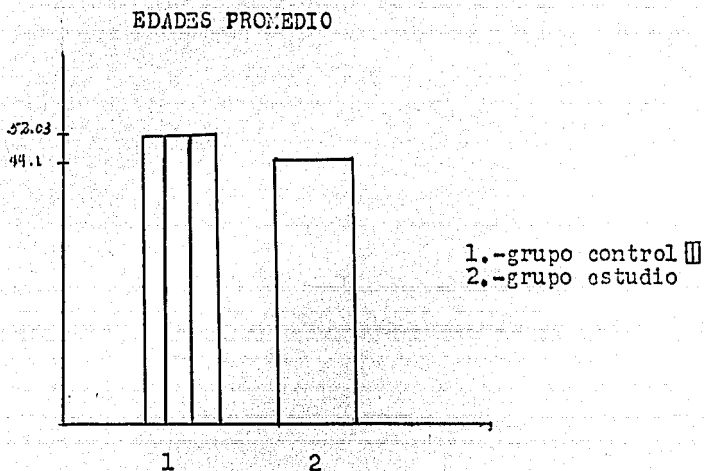
(34)

TABLA 4

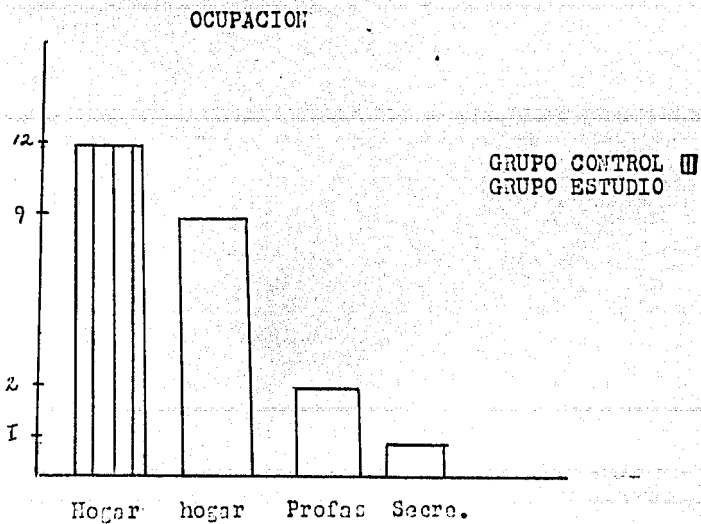
ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	Hipertension arterial	Hipotiroidismo	TOTAL
GRUPO CONTROL	1	1	2
GRUPO ESTUDIO	2	0	2

GRAFICA 1

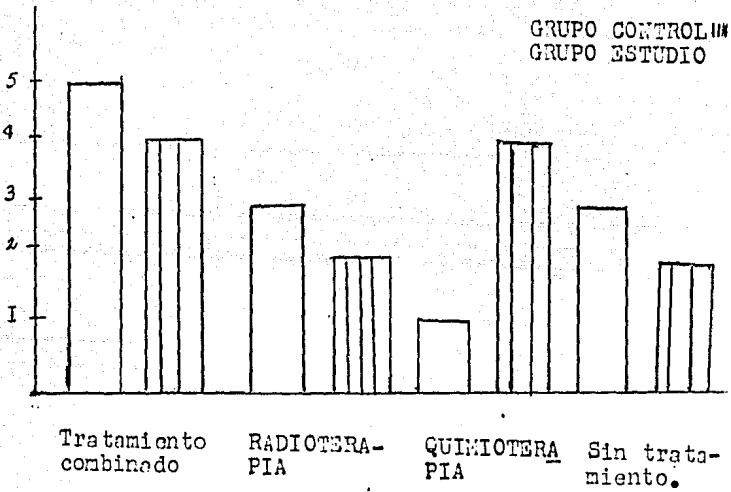


GRAFICA 2



GRAFICA # 3

TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO



CONCLUSIONES

En el estudio no se encontro diferencias entre el grupo control y el estudio en las variables secundarias que tengan significancia en el estudio.

En la variable principal de depresion, las dos pacientes que murieron del grupo control se encontro el nivel de depresion mas alto.

El grupo de estudio comenzó con un índice de depresión mayor, el cual mantuvo durante el lapso que fue sometido a psicoterapia.

El grupo control por el contrario comenzó con un índice de depresión menor, pero al cabo del lapso fijado su índice se incrementó hasta igualar el del grupo de estudio.

Una posible interpretacion es:

Pudiera ser que el curso normal del estado afectivo postmastectomía fuese el deterioro, entonces la función de la psicoterapia en este caso es evitar el deterioro más que causar mejoría.

Es necesario tomar en cuenta el breve tiempo de la psicoterapia, por una parte y los sucesos del mes de Septiembre (terremoto) que pudiesen contribuir al deterioro del estado afectivo.

Es recomendable repetir un estudio semejante durante

un lapso mayor, y con grupos que revelan índices de depresión semejantes antes de la psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Milano MR, Kornfeld DS, Psychiatry and Surgery, Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ (eds.), Comprehensive Text---book of Psychiatry, third edition, Maryland, Williams ___ and Wilkins, 1980, 2057-2066
- 2.- Maguire PG, Psychology Social Sequelae of Mastectomy in Modern Perspective in the Psychiatric Aspects of Surgery Howels JG ED., N.Y., Brunner Mazel, 1976, 390-415.
- 3.- Jamison KR, Wallach DK, Pasnau RO, Psychosocial Aspects of Mastectomy. 1.-The Woman's Perspective, AM. J Psychiatry 1978a, 135:432- 436.
- 4.- Pfefferbaum B, Pasnau RO, Jamison KR, Wallach DK, _____ Comprehensive Program of Psychosocial care for Mastectomy Patients, Int J Psychiatric Med, 1977, 8: 63-72.
- 5.- Jamison KR, Wallach DK, Pasnau RO, Psychosocial Aspects of Mastectomy. 2.- The Men's Perspective, AM J Psychiatric 1978b, 135: 543- 546.
- 6.- Pettingale KW, Philalitis A, Tee DEH and Greer HS, The ___ Biological Correlates of Psychological Responses to Breast Cancer, J Psychosomatic Res, 25: 453- 458, 1981.
- 7.- Baider L, Edelstein EL, Coping Mechanisms of Postmastectomy Women: A Group Experience, J Med Sci, 1981, 17:988-992.
- 8.- Glass EM, Psychiatric Disorders Among Cancer Patients, J AM Med Assoc, 1983, 249: 782-783. -
- 9.- Maguire PG, Psychiatric Morbidity Associated with Mastectomy, Experimental, 1982, 41:373- 380.
- 10.- Bloom JR, Burnell GM, The Effect of Social Support on ___ Patients Adjustment After Breast Surgery, Patient Cons ___ Health Education, 1978, 1:50-59.

- 11.- Asken MJ, Psychoemotional Aspects of Mastectomy: A _____
Review of Recent Literature, AM J Psychiatry, 1975, 132:
56- 59.
- 12.- Akehurst AC, Postmastectomy Morale, Lancet, 1972, 2: _
181- 182.
- 13.-Ervine CJ, Psychologic Adjustment to Mastectomy, Medical
Aspects of Human Sexuality, 1973, 7:42- 65.
- 14.- Kline R, A Crisis to Grow on.Cancer, 1971,28:1660-1665.
- 15.- Lipowski ZJ, Consultation- Liaison Psychiatry and Overview
AM J Psychiatry, 1974, 131: 623- 630.
- 16.-Auerbach DB, Liaison Psychiatry and the Education of the
Psychiatric Resident, In Consultation- Liaison Psychiatry
Edited by Pasnau RO, New York, Grune and Stratton, 1975.
- 17.- Wise L, Controversies in Management of Potentially _____
Curable Breast Cancer in Surgery Annual, Edited by _____
Nyhus LM, New York, Appleton Century Crofts, 1974.
- 18.- Petus MV, Wedge Resections with or Without Radiation in
Early Breast Cancer, Int J Radiation, Oncol Biol Phys, _
1977, 2:115- 119.
- 19.-Veronesi V, Saccozzi R Del Vecchio, Comparin Radical Mas-
tectomy with Quadrantectomy, Axillary Dissection and _____
Radiotherapy in Patients with Small Cancers of the _____
Breast, N Engl J Med, 1981, 305: 6-11.
- 20.- Maguire GP, Lee EG, Bevington D, Psychiatric Problems _
in the First Year After Mastectomy, Br Med J, 1978, _____
1: 963-965.
- 21.- Stehlin JJ, Evans RA, Gutierrez AC, Treatment of Car---
cinoma of the Breast, Surg Gynecol Obstet, 1979, 149: _____
912-922.
- 22.- Sanger CR, Reznikofl M, A Comparison of the Psychological _____

Effects of Breast Sering Procedure with the Modified Radical Mastectomy, *Cancer*, 1981, 4: 2341- 2344.

23.-Steiberg MO, Juliano MA, Wise L, Psychology Outcome of Lumpectomy versus Mastectomy in the Treatment of Breast Cancer, *AM J Psychiatry*, 1985, 142: 34-39.

24.-Schain WS, Wellisch DK, Pasnau RO, Landsverk J, The Sooner the Better: A Study of Psychological Factors in Women Undergoing Immediate versus Delayed Breast Reconstruction, *AM J Psychiatry*, 1985, 142:40- 46.

25.-Dowden RV, Blanchard JM, Greenstreet RL, Breast Reconstruction: Selection, Timing and Local Recurrence, *Ann Plast Surg*, 1983, 10:265- 269.

26.-Teimourian B, Adham NH, Survey of Patients Responses to Breast Reconstruction, *Ann Plast Surg*, 1982, 9:321-325.

27.- Bronner-Huszar J, The Psychological Aspects of Cancer in Man, *Psychosomatics*, 1971, 12:133- 138.

28.- Vetesse J, Problems of the Patients Confronting the Diagnosis of Cancer, Cullen JW, Fox BH and Isom RN (eds) *Cancer: The Behavioral Dimensions*, Raven Press, New York 1976.

29.-Worden JW and Weisman AD, Psychosocial Components of Lagtime in Cancer Diagnosis, *J Psychosomat Res*, 1975, 19: 69-79.

30.-Engels GL, Is Grief a Disease?, *Psychosom Med*, 1961, 23: 18.

31.- Kubler-Ross E, *On Death and Dying*, Mac Millan, New York, 1969.

32.- Holland J, Psychological Aspects of Oncology, *Medical Center of North America*, 1977, 61: 737- 748.

33.- Francis GJ, *Cancer: The Emotional Component*, *Amer J Nurs*

1969, 69: 1677-1681.

- 34.- Gullo SV, Cherico DJ and Shadick R, Suggested Stages ___
and Response Style in Life Threatening Illness: A Focus
on Cancer Patient, Schoenberg B, Carr A, Kutscher A, ___
Peretz D and Goldberg I (eds), Anticipatory Grief, _____
Columbia University Press, New York, 1974.
- 35.-Morris T, Greer HS and White FW, Psychological and Social
Adjustment to Mastectomy, Cancer, 1977, 40: 2381-2387. ___
- 36.- Weisman AD, The Existential Plight in Cancer: Signifi-
cance of the First 100 Days, Psychiat in Med, 1976, 7:1-
15.
- 37.- Cobliner WG, Psychological Factors in Gynecological or
Breast Malignancies, Hospital Physician, 1977, 9:38-40. _
- 38.-Weisman AD, Coping Behaviour and Suicide in Cancer, Cullen
JW, Fox BH and Isom RN (eds), Cancer: The Behavioral ___
Dimensions, Raven Press, New York, 1976.
- 39.- Stavrakys KM, Psychological Factors in the Outcome of ___
Human Cancer, J Psychosom Res, 1968, 12: 251-259.
- 40.- Derogatis LR, Abeloff MD and Melisantos N, Psychological
Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast
Cancer, J A M A, 1979, 242: 1504-1508.
- 41.- Weisman AD, Psychosocial Analysis of Cancer Deaths, ___
Omega, 1975, 6: 61- 75.
- 42.- Weisman AD, Worden JW, The Coping and Vulnerability in
Cancer Patients, Research Report, funded by National ___
Cancer Institute, 1977.
- 43.- Healey JE, Role of Rehabilitation Medicine in the Care
of the Patient with Breast Cancer, Cancer, 1971, 28: ___
1666- 1671.
- 44.- Barckley V, The Crisis in Cancer, Amer J Nurs, 1967, ___
67.

- 45.-Cromes GP, Implementation of Interdisciplinary Cancer Rehabilitation, Rehab Counseling Bull, 1978, 21: 230-237.
- 46.-Izak PC, Engel J and Medalie JH, Comprehensive Rehabilitation of the Patient with Cancer: Five year experience of a Homecare unit, J Chronic Disease, 1973, 26:363-367.
- 47.-Janes RG and Weisz AE, Psychiatric Liaison with Cancer Research Canter, Comprehens Psychiat, 1970, 11: 336-345.
- 48.- McAleer CA and Kluge CA, Counseling Needs and Approaches for Working with Cancer Patients, Rehab Counseling Bull, 1978, 21: 238- 245.
- 49.-Zuehlike TE and Watkins JT, The Use of Psychotherapy with Dying Patients: An Exploratory Study, J Clin Psych, 1975, 31:729-732.
- 50.-Schwartz MD, Situation- Transition Groups: A Conceptualization and Review, Amer J Orthopsychiat, 1974, 744-755
- 51.- Schwartz MD, An Information and Discussion Program for Women after a Mastectomy, Arch General Surgery, 1977, 112: 276-281.
- 52.-Euster SE, Rehabilitation after Mastectomy: The Goup Process, Social Work in Health Care, 1979, 4:251-263.
- 53.-Freidenberg I, Gordon W, Hibbard M, Levine L, Wolf G, Diller L, Psychosocial Aspects of Living with Cancer:A Review of the Literature, 1981-1982, 11:303-329.
- 54.-Hansell N, Decision Counseling Methods: Expanding coping in crisis in Transit, Archives of General Psychiatry, 1970, 22: 462- 467.
- 55.- Caplan G, Principals of Preventive Psychiatry, New York, Basic Book, 1964.
- 56.-Taplin S, Crisis Theory Critique and Reformulation Community Mental Health Journal, 1971, 7:13-23.

57.- WALCOM LADER, THE CLINICAL ASSESSMENT OF DEPRESSION

BR. J. CLIN. PHARMAC. 1981, 1, 5-14.

A N E X O

DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO DE ESTUDIO ANTES DE LA PSICOTERAPIA.

GRUPO CONTROL: $\bar{X} = 82.7$ $S = 13.2$ $n = 10$

GRUPO ESTUDIO: $\bar{X} = 97$ $S = 10.26$ $n = 12$

$$t = \frac{82.7 - 97}{\sqrt{13.2^2/10 + 10.26^2/12}} = \frac{-14.3}{5.12} = -2.79 \quad G1=20$$

$$\alpha < .05$$

$$t = 2.086$$

Si hay diferencia significativa, ya que -2.79 es < -2.086 y por tanto se puede concluir que desde antes de la psicoterapia el grupo estudio tenía un índice de depresión mayor al grupo control.

DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO DE ESTUDIO DESPUES DE LA PSICOTERAPIA.

GRUPO CONTROL: $\bar{X} = 99.3$ $s = 15.33$ $n = 10$

GRUPO ESTUDIO: $\bar{X} = 99.75$ $s = 16.64$ $n = 12$

$$t = \frac{99.3 - 99.75}{\sqrt{\frac{15.33^2}{10} + \frac{16.64^2}{12}}} = \frac{-0.45}{6.82} = -.07 \quad G1=20$$

$$\alpha < .05$$

$$t = 2.086$$

No hay diferencia significativa, ya que $-0.7 > -2.086$, es decir, después de la psicoterapia ambos grupos tuvieron un índice de depresión semejante.

DIFERENCIA ENTRE LOS VALORES ANTES Y DESPUES DEL GRUPO CONTROL.

ANTES: $\bar{x} = 82.7$ $S = 13.2$ $n = 10$

DESPUES: $\bar{x} = 99.3$ $S = 15.33$ $n = 10$

$$t = \frac{82.7 - 99.3}{\sqrt{\frac{13.2^2}{10} + \frac{15.33^2}{10}}} = \frac{-16.6}{6.4} = -2.59 \quad \text{Gl} = 18$$

$$\alpha = .05$$

$$t = 2.1009$$

Si es significativa, ya que $-2.59 < -2.1009$ lo que significa que el grupo control presentó un incremento en su índice de depresión en el lapso transcurrido.

DIFERENCIA ENTRE LOS VALORES ANTES Y DESPUES PARA EL GRUPO ESTUDIO.

ANTES : $\bar{x} = 97$ $S = 10.26$ $n = 12$

DESPUES: $\bar{x} = 99.75$ $S = 16.64$ $n = 12$

$$t = \frac{97 - 99.75}{\sqrt{\frac{10.26^2}{12} + \frac{16.64^2}{12}}} = \frac{-2.75}{5.64} = -0.49 \quad \text{Gl} = 22$$

$$\alpha = .05$$

$$t = 2.0739$$

No hay diferencia significativa entre los índices de depresión antes y después de la psicoterapia para el grupo de estudio, ya que $-0.49 > -2.0739$.

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

Enfermo	(18)	Fecha
Edad	Natural de	Valoración n.
Estado	Profesión	Sexo
(Indicar si está o no jubilado)		
Tratamiento		Dosis

Completar todos los puntos. Rotar con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido <small>(tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)</small>	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se refieren oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, o cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Culpido	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).
4. Insomnio precoz	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacitación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.
8. Inhibición <small>(Cantidad de pensamiento y de palabras, facilidad de concentración en una actividad, motora dominada)</small>	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cateteres, etc. 2. Se muove las manos, se mueve las uñas, se tira de los cateteres, se muove los labios, etc.

10. Ansiedad: síquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. (49) 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle.			
11. Ansiedad somática	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación. </td> </tr> </table>	0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.
0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.		
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.			
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.			
14. Síntomas generales	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. </td> </tr> </table>	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.	
0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.			
15. Hipocondría	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.			
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).			
	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> Por término medio. </td> </tr> </table>	0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.	}	Por término medio.
0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.	}	Por término medio.		
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. — 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo.			
18. Variación diurna	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> M T </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table>	0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)		
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: <i>Sensación de irrealidad</i> 2. Moderada. <i>Ideas nihilistas</i> 3. Grave. 4. Incapacitante.			
20. Síntomas paranoicos	0. Ninguno. 1. } Sospechosos. 2. } 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución.			
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.			
22. Once síntomas. (Especificar)	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> Suma total puntuación = </td> </tr> </table>	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.	Suma total puntuación = 	
0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.	Suma total puntuación = 			

(50)

Día

Mes

Año

Diagnóstico No.

Apellido

ESCALA DE ZUNG ADAPTADA

SINTOMAS	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo deseos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Nada que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más rápido que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

Firma autorizada por el médico

Dra. Vizteco (HOG) _____

Dr. Vizteco _____

Calificación Básica _____ Índice _____