

10
lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIOR
ZARAGOZA

DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES
CON CANCER DE MAMA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

T E S I S

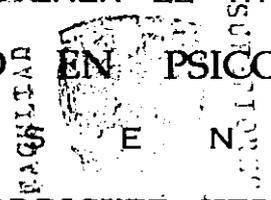
QUE PARA OBTENER ^{SE UNOS} EL TITULO DE

LICENCIADO ^{EN} EN PSICOLOGIA

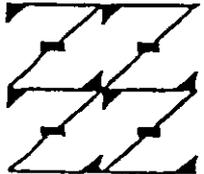
P R E S E N T A:

VERONICA RODRIGUEZ HERNANDEZ

ASESOR: LICENCIADO EDGAR PEREZ ORTEGA



U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D.F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2707 69



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**A MI FAMILIA:
POR SU PECULIAR FORMA DE MOTIVARME,
PARA NO RENDIRME EN EL CAMINO.**

**A MIS AMIGOS:
PORQUE CERCA O LEJOS,
SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO,
BRINDÁNDOME SU APOYO.**

**A MI ASESOR:
POR SU GRAN PACIENCIA
Y CONFIANZA EN MI.**

**A LA FES ZARAGOZA
Y MIS PROFESORES:
POR DARMELAS BASES
PARA MI VIDA PROFESIONAL.**

**AL INCAN:
PORQUE SUS MÉDICOS Y PACIENTES,
ME ENSEÑARON QUE CADA DÍA
SE APRENDE UNA PERSPECTIVA
DIFERENTE DE LA VIDA.**

**Y...
A TODAS AQUELLAS PERSONAS
QUE SIGUIERON ESTE TRABAJO
Y DE ALGUNA MANERA
CONTRIBUYERON EN ÉL.**

|| G R A C I A S ||

CON TODO MI CARIÑO

VERÓ.

INDICE

INTRODUCCION	1
--------------	---

CAPITULO I ONCOLOGIA

1.1.- Instituto Nacional de Cancerología	2
1.2.- Oncología	4
1.3.- Cáncer	6
1.4.- Cáncer de Mama	9
1.4.1.- Epidemiología	9
1.4.2.- Anatomía Patológica	12
1.4.3.- Diagnóstico	13
1.4.4.- Estrategia Terapéutica	17

CAPITULO II .- PSICOLOGIA

2.1.- Concepto	21
2.2.- Funciones del Psicólogo	21
2.3.- Area Clínica	23
2.4.- Psicología Oncológica	24

CAPITULO III.- ESTADOS EMOCIONALES

3.1.- DEPRESION

3.1.1.- Antecedentes Históricos	27
3.1.2.- Epidemiología	28
3.1.3.- Etiología	29
3.1.4.- Diagnóstico	34
3.1.5.- Clasificación	37
3.1.6.- Tratamiento Farmacológico	41
3.1.7.- Tratamiento Psicológico	43

3.2.- ANSIEDAD

3.2.1.- Antecedentes Históricos	46
3.2.2.- Epidemiología	46
3.2.3.- Teorías Psicológicas	47
3.2.3.1.- Base Neurobiológica	48
3.2.3.2.- Síntomas Clínicos	49
3.2.4.- Diagnóstico	50
3.2.5.- Clasificación	50
3.2.6.- Tratamiento Farmacológico	53
3.2.7.- Tratamiento Psicológico	54

3.3.- DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER	
3.3.1.- Estigmatización del cáncer	57
3.3.2.- Toma de Conciencia	59
3.3.3.- Enfermedad Organizada	63
3.3.3.1.- Hospitalización	66
3.3.3.2.- Tratamientos Oncológicos	66
3.3.3.3.- Autoimagen y Estado Psicológico General	70
3.3.4.- Tratamiento Farmacológico	77
3.3.5.- Tratamiento Psicológico	79
3.3.6.- Rehabilitación del Paciente	81
3.3.7.- Recaida	83
3.3.8.- La Declinación	83
3.3.9.- El Impacto sobre el Equipo de Salud.	86
CAPITULO IV METODOLOGIA	89
CAPITULO V PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	94
CAPITULO VI CONCLUSIONES	102
CAPITULO VII BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS	114

“DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ”

VERONICA RODRIGUEZ HERNANDEZ

ASESOR: LIC. EDGAR PEREZ ORTEGA

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar si las diferencias en los niveles de la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer de mama están asociados con la etapa del diagnóstico o del tratamiento con quimioterapia, así como si los factores sociodemográficos estudiados tienen relación en la modificación de estos estados emocionales.

La investigación incluye una exhaustiva recopilación bibliográfica sobre todo lo concerniente a el cáncer de mama y los aspectos psicológicos de las pacientes, desde el diagnóstico, hospitalización, tratamiento y declinación; así como los aspectos principales de la depresión y la ansiedad, que son los temas que permitirán entender la evolución de un paciente oncológico.

Para el logro de este se llevo a cabo una investigación aplicada, comparando dos grupos independientes, el muestreo es no probabilístico realizado en el Instituto Nacional de Cancerología; donde se eligieron a 60 pacientes con cáncer de mama de 25 a 65 años, alfabetas y que no hallan recibido ningún tratamiento antineoplásico fuera del instituto, a el primer grupo con 30 pacientes se le aplico una entrevista semiestructurada y los inventarios de Depresión de Beck y de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) al momento del diagnóstico, al segundo grupo de 30 pacientes, se les aplicarán los instrumentos al momento de recibir su tratamiento con quimioterapia.

Las conclusiones a las que se llegaron son: durante el tratamiento quimioterapéutico la depresión y la ansiedad aumentan a causa de que las pacientes se enfrentan a un mayor número de situaciones adversas, en donde el psicólogo puede tener un papel preponderante para la prevención y el tratamiento de las mismas, para lo cual es necesario que realice diversas labores (investigación, docencia, clínica, etc) con el fin de desvanecer el escepticismo y la falta de conocimiento acerca de la importancia de los aspectos emocionales para el tratamiento integral de los paciente oncológicos.

INTRODUCCION

La presente investigación es la respuesta a la inquietud e interés originado al estar en contacto con pacientes con cáncer en su entorno hospitalario; como parte del equipo paramédico se detectaron necesidades y problemas psicoafectivos, se trato de entenderlos y orientarlos basándose en la formación académica; los cuales se busco ampliar a través de la revisión bibliográfica efectuada y que se presenta; los temas que se incluyeron son los que se consideraron necesarios para que una persona al leerla logre impregnarse del tópico y así entender todo lo que conlleva la palabra CANCER.

En la bibliografía se encontraron diversas teorías y enfoques para explicar todo lo que implica el desarrollo de una neoplasia; desde los expuestos por autores como Hipócrates (490ª.de C.), Pott (1760) y Halsted (1900) hasta nuestros días con Bayés (1985), Hersh (1989) y Estape (1991); los cuales inician únicamente con aspectos biológicos hasta llegar a la interrelación de diversas variables psicológicas y ambientales; para explicar la aparición, el mantenimiento y/o desarrollo de la neoplasia; lo cual no solamente aporta nuevos conocimientos a las ciencias de la salud, y en particular a la Psicología la proyecta en un nuevo campo de acción dentro de este ámbito; el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad a través de enfoques psicológicos.

De esta forma diversas investigaciones desde Galeno (180), Cole (1962), Bacon (1963) hasta nuestros días mencionan la estrecha relación entre el cáncer y los aspectos psicológicos del paciente; para el desarrollo o evolución del mismo. A partir de esto se ven involucrados estados emocionales como la depresión y la ansiedad, los cuales van a estar presentes durante toda la enfermedad.

Sobre la base de estos aspectos recae la finalidad de la investigación que es determinar la depresión y ansiedad que presentan las pacientes con cáncer de mama en dos momentos diferentes de su enfermedad y determinar si ciertas variables sociodemográficas repercuten en la intensidad con que se presentan.

Esta información pretende aportar datos sobre los estados emocionales de las pacientes con cáncer de mama de nuestra población, que facilitaran una mejor terapéutica y en un futuro un plan de prevención de los aspectos emocionales que repercutirá en el mejoramiento de la calidad de vida de las pacientes y un mayor involucramiento del psicólogo en un entorno hospitalario.

1.1.- INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

El Instituto Nacional de Cancerología (INCAN); es una fundación paraestatal que depende de la Secretaría de Salud formando parte de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud. Es considerado dentro de las asociaciones hospitalarias de tercer nivel de atención médica, cuyas principales funciones son: asistenciales, formación de recursos humanos y la realización de investigación básica y clínica en el área de la Oncología.

Los orígenes del Instituto se remontan a los primeros años de la década del 40's; el panorama de la Oncología estaba muy bien definido en Europa y en Estados Unidos; en México se despertaba apenas la inquietud e interés por ésta disciplina, en el D.F. dentro del Hospital General el Dr. Ignacio Millán atendía pacientes oncológicos y manejando una incipiente Radioterapia el Dr. Araujo; entonces nació la idea de fundar el Instituto Nacional para el Estudio y Tratamiento del Cáncer.

El Instituto Nacional de Cancerología fue creado el 18 de diciembre de 1946 por un decreto presidencial del Gral. Manuel Avila, inicialmente en la calle de Chopo y actualmente se encuentra ubicado en la Avenida San Fernando N° 22 en la zona de hospitales de Tlalpan, junto a otros nosocomios como el Instituto Nacional de la Nutrición; de Cardiología; de Neumología; el Gea González; el Psiquiátrico Infantil y el Psiquiátrico Fray Bernardino (López,1981).

Desde su fundación el Instituto ha desarrollado un excelente progreso con labores asistenciales dirigidas básicamente a los enfermos económicamente débiles, habiendo atendido hasta la fecha a más de 120 mil pacientes (López,1985), dentro de los cuales se encuentran personas que no están en posibilidad de cubrir los honorarios de atención privada, no tienen derecho a el Seguro Social y/o debido a la escasez de centros asistenciales especializados en el interior de la República; lo que ha obligado a un gran número de enfermos que no residen en la ciudad de México a trasladarse a ella de lugares lejanos, poblaciones de cierta importancia o del medio rural, los que son referidos por médicos de la ciudad; los que vienen espontáneamente, por recomendación de familiares y los que son enviados al Instituto por centros asistenciales como el Hospital Juárez, Hospital de la Mujer, los Hospitales del Departamento Central, etc.

El Instituto se ha preocupado en mantener actualizados sus conocimientos en cuanto a diagnóstico, tratamiento y todo lo relacionado con los pacientes neoplásicos, para beneficio de su población, cubriendo así una parte importante de la lucha anticancerosa en México, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de sus pacientes son personas de poca cultura médica, que están en precarias condiciones económicas, además se encuentra el hecho lamentable de que muchos de ellos llegan al Instituto en etapas avanzadas del padecimiento; sin embargo esta situación ha mejorado debido a los planes de detección y prevención que se realizan (López,1981).

Desde su apertura, ha sido norma del Instituto estudiar a cada paciente en forma integral, buscando establecer un diagnóstico preciso, determinando la extensión real de la enfermedad y procurando un adecuado tratamiento; al aumentar y mejorar los servicios se han dado mayores oportunidades a los enfermos, en el sentido de que son mejor estudiados, tienen mayores facilidades y eso ha traído como consecuencia una disminución de las deserciones.

En materia de diagnóstico el Instituto cuenta con una amplitud de elementos que se han ido perfeccionando, apoyándose en equipo preciso, moderno y principalmente con los fármacos anticancerosos actuales más conocidos y algunos de los que están en proceso de investigación. Por lo que el manejo del paciente queda integrado en el proceso: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; que se realiza en forma multidisciplinaria, en equipo donde cada uno de los profesionales de la salud, aporta los conocimientos de su especialidad para lograrlo.

En cuanto a enseñanza y capacitación, el Instituto ha sido y es el centro de formación de médicos, enfermeras, técnicos mexicanos y extranjeros, en las diversas disciplinas y terapéuticas relacionadas con la Oncología, para lo cual cuenta con un programa de Oncología Clínica que esta avalado por la División de Enseñanza y posgrado de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

El Instituto cuenta con un grupo de residentes médicos que siguen el programa de especialización en Oncología, que presenta las siguientes opciones (INCAN,1994) :

1.- **CIRUGIA ONCOLOGICA:** Entrenamiento previo en Cirugía General, duración total de tres años. Se efectúa el entrenamiento a través de una rotación por las divisiones fundamentales de la Oncología.

2.- **RADIOTERAPIA:** Duración de cuatro años; se recibe un entrenamiento en Medicina Interna; Oncología, Cirugía, Radioterapia y Medicina Interna.

3.- **ONCOLOGIA MEDICA:** Entrenamiento previo en Medicina Interna, duración de tres años. Se pretende que el alumno no sea solamente un Quimioterapeuta sino un sub-especialista en Oncología Médica.

4.- **GINECOLOGIA ONCOLOGICA:** Entrenamiento previo en Ginecología y Obstetricia, duración de tres años; entrenamiento en Cirugía Ginecológica, Tumores Mamarios, Urología, Radiología y Quimioterapia.

5.- **PATOLOGIA ONCOLOGICA:** Entrenamiento previo de tres años en Patología, la duración es de un año.

6.- **CLINICA DEL DOLOR:** Curso de especialización para Médicos Anestesiólogos, Enfermeras y Psicólogos, con duración de un año.

7.- **ENDOSCOPIA ONCOLOGICA:** Curso de especialización para Cirujanos Generales o Gastroenterólogos, duración de un año.

8.- **RADIODIAGNOSTICO EN ONCOLOGIA:** Curso de especialización para médicos radiólogos, duración de un año.

9.- **PSICO-ONCOLOGIA:** Para Psiquiatras y Psicólogos, curso de especialización con duración de dos años a nivel Doctorado (UNAM), requisito Maestría.

Por otra parte es preocupación constante, la educación médica a un alto nivel, la capacitación del personal paramédico y administrativo, la educación para el público en general a través de conferencias, folletos, campañas de detección, empleando esporádicamente medios masivos de difusión como radio, televisión y prensa; además se ha ampliado y actualizado, los servicios de Bioestadística, Archivo, Enseñanza y Bibliothemeroteca, esta última presta servicio al personal, médicos y estudiantes en forma abierta; dentro de los materiales se puede encontrar la Revista

del Instituto Nacional de Cancerología, que actúa como órgano de difusión científica de la Institución y oficial de la Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos (López, 1985).

Aunando a lo anterior la calidad científica y académica del personal médico adiestrado en el Instituto Nacional de Cancerología ha permitido que prácticamente todos los médicos desarrollen la triple función asistencial, de investigación y enseñanza. Muchos profesionales en la Oncología, que fueron entrenados en el Instituto, actualmente están diseminados a lo largo y ancho de Centro y Sudamérica, haciendo trascender la labor docente del Instituto Nacional de Cancerología.

1.2.- ONCOLOGIA

Por las tendencias consumistas de la sociedad y por el carácter técnico-pragmático de la medicina actual, el objetivo primordial de la medicina es preservar y devolver la salud, es decir, procurar que el individuo mantenga la capacidad para hacer frente a sus estados internos y condiciones ambientales; así dicho esto suena simple, pero alcanzar esta meta requiere del conocimiento del ser humano y su entorno. La medicina pues es el conocimiento del hombre y su ambiente, sus modos de enfermar y los factores que condicionan, mantienen o suprimen sus enfermedades (Tenorio, 1983). Así que al hablar del tratamiento integral del cáncer es necesario analizar los conceptos actuales acerca de la enfermedad y la terapéutica para determinar las bases que sustentan la práctica médica cotidiana.

Para la cultura helénica el hombre se halla sometido a ciertas reglas que le prescribe la naturaleza y cuyo conocimiento es necesario para vivir correctamente en estado de salud y para salir de la enfermedad; así la salud es el estado de armonía de la totalidad del cuerpo y del alma con la naturaleza y la enfermedad será la ruptura de esta armonía. Con este pensamiento los griegos despojan a la enfermedad de su significado mágico-religioso, para ellos "...no hay enfermedades sagradas, todas obedecen a causas naturales..." Hipócrates establece la disciplina de la observación y registro ordenado de las condiciones ambientales particulares del enfermo y las características de su enfermedad, fundando así las bases de la medicina comportamental. Estos conocimientos pasaron a Roma y después de la caída del imperio se oscurece la humanidad, la enfermedad vuelve a ser castigo divino o consecuencia de diabólicos maleficios, susceptibles de suprimir mediante oraciones, exorcismos o repugnantes pócimas que expulsarían al demonio del cuerpo.

Después de cuatrocientos años de oscurantismo llega el Renacimiento, con ello se regresa al estudio de la naturaleza para explicarse la enfermedad, vuelve pues la idea de que el enfermar es la ruptura de la armonía de la "*naturaleza humana*", considerada ésta como el ser y su ambiente, cuyas causas podrían estar dentro o fuera del organismo y eventualmente, se manifestaría por alteraciones evidenciables en los estudios anatómicos. Galileo (1615) manifestó que a la naturaleza se le estudia usando el experimento y el cálculo, midiendo todo lo que es mensurable y haciendo mensurable todo lo que no lo es todavía (Tenorio, 1983).

Este pensamiento es el germen del pragmatismo tecnológico de hoy, pero cuya sustentación definitiva se hace en el dualismo cartesiano surgido pocos años después de Galileo y en el cual Descartes divide al ser humano en dos cosas, para él, completamente distintas, materia y alma, sólo la primera es visible y mensurable y por ello la que merece ser estudiada por la ciencia. Nace así el científico puro que no se involucra en problemas filosóficos, religiosos o políticos: la ciencia por la ciencia misma, nace el industrialismo que convierte al hombre en un ente de

producción y consumo, nace el tecnicismo en la medicina que hace del enfermo “*un caso*” y del médico un técnico al servicio de complicados aparatos de diagnóstico y de tratamiento (Tenorio,1983).

Sin embargo, con estas armas conceptuales la medicina ha conseguido avances que se manifiestan en la desaparición de algunas dolencias del hombre, la mejoría de sus condiciones de vida y el aumento de sus posibilidades de vida. Esta es la filosofía que sustenta el actual concepto de enfermedad, al cual el Dr. Tenorio (1983) considera una alteración o desviación del estado fisiológico que generalmente obedece a causas externas y que tiene un sustrato lesional anatómico evidenciable por los estudios microscópicos. En consecuencia el tratamiento debe basarse en el conocimiento de esas causas y de su forma de actuar, para evitarlas o suprimirlas, así como en buscar el modo de reparar las lesiones dejadas por ellas.

Enunciados los conceptos de enfermedad y tratamiento, cabe preguntarse si son aplicables al grupo de padecimientos genéricamente llamados cáncer. El cáncer al igual que el concepto de enfermedad, no es un descubrimiento de los tiempos modernos desde que existen documentos escritos, (desde que se inicia la historia de la humanidad) es posible encontrar datos sobre él.

Con el desarrollo de la quimioterapia, hormonoterapia y posteriormente inmunoterapia, junto con las terapéuticas combinadas (cirugía-radioterapia-quimioterapia), nace la necesidad de la Medicina Oncológica (Estapé,1982); las enfermedades neoplásicas presentan características comunes que permiten agruparlas y así desarrollar estudios epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos; que permiten el intercambio de experiencias y conocimientos; sobre la base general de las enfermedades neoplásicas, el *American Board of Internal Medicine* consideró conveniente la creación de una nueva subespecialidad de la medicina y un nuevo subespecialista, el oncólogo médico, que se pretende coordine la asistencia total del enfermo para lo cual debe, estar familiarizado con todos los aspectos que concurren en esta enfermedad.

El rápido progreso de la oncología se ha conseguido no sólo por la adquisición de nuevos conocimientos acerca del cáncer, también por la concentración del personal y recursos que facilitaron la suma de experiencias y colaboración de oncólogos, patólogos, internistas, cirujanos, radioterapeutas, en resumen, todos los interesados por el problema del cáncer. Esto obliga a el médico oncólogo a adquirir una serie de conocimientos (clínico-farmacológicos, bioquímicos, fisiológicos,etc) e interactuar con diversos especialistas para ampliar su panorama terapéutico, entre estos se encuentra el psicólogo y/o psiquiatra; ya que son fundamentales los aspectos emocionales que se observan en el cuidado del paciente; la relación podría proseguir respecto a casi todas las especialidades médicas, pero el objetivo es señalar el enfoque multidisciplinario que la oncología debe mantener, como señala Rubin (1980) (citado en Estapé,1982), “éste es el tiempo de las decisiones multidisciplinarias, no de las unidisciplinarias”; a su vez Holland (1980) (citado en Estapé,1982) llama la atención contra el llamado “médico oasis” (es decir , el médico que lo sabe todo acerca de todo); es de suponer, que ningún médico dejará de beneficiarse de los conocimientos de otro especialista en diversos aspectos de la misma materia.

La Oncología Médica contiene seis grandes apartados:

- 1.- Etiología, epidemiología y prevención.
- 2.- Diagnóstico precoz y diagnóstico de extensión.
- 3.- Biología tumoral (incluyendo cinética celular e historia natural del cáncer).
- 4.- Terapéutica (tratamiento médico del cáncer (quimioterapia, inmunoterapia, antibiocoterapia, hormonoterapia), terapéuticas oncológicas no medicamentosas (cirugía y radioterapia).
- 5.- Efectos del tumor sobre el huésped.
- 6.- Metodología de la investigación clínica.

En cada apartado se estudian distintas materias, que familiarizan al médico oncólogo con las enfermedades neoplásicas, para asistirles y coordinarlas correctamente (Estapé,1982).

Por la revisión efectuada de la evolución histórica, se puede definir a la oncología médica como aquella subespecialidad de la medicina dedicada al diagnóstico precoz, la prevención, coordinación de las etapas diagnósticas y terapéuticas, aplicación y control del tratamiento médico de tumores sólidos, leucemias y linfomas; y al médico oncólogo como aquel que se siente motivado por la cancerología y lo que la misma conlleva (Estapé,1982).

1.3.- CANCER

Que el cáncer altera el estado fisiológico del organismo y tiene representación anatómica microscópica, es innegable, pero su *causa* elude constantemente al conocimiento, a pesar de que cientos de investigadores han gastado su vida y dinero en su búsqueda; sin embargo todo esto ha permitido conformar un concepto de *Cáncer*; la palabra procede del latín *cancrium*, que significa cangrejo; el término se debe a Hipócrates, que fue el primero en comparar la propagación de los tumores malignos de la cara y la mama, a las patas de un cangrejo (Jasmin en Khoury,1981).

El cáncer representa un grupo de enfermedades caracterizadas por la multiplicación incontrolada y anárquica de ciertas células en el organismo; los cánceres pueden surgir en cualquier órgano del cuerpo, aunque algunos sitios son afectados más frecuentemente que otros.

La teoría del origen monoclonal postula que cada cáncer procede de una sola célula que en un momento determinado traspasa sus límites territoriales y es capaz de formar una nueva línea celular que se reproduce sin límite; cuando esto ocurre (por ejemplo, cuando se dividen más frecuentemente o están sujetas a menos pérdidas), pero sin sobrepasar su terreno histológico, ni invadir los tejidos vecinos, forman hiperplasias y tumores benignos, los ejemplos van desde los nevos y verrugas (papilomas) hasta los fibromas uterinos (leiomioma), bastante comunes. Si las células anómalas han adquirido la habilidad de invadir o diseminarse hasta lugares distantes, por ejemplo tejidos vecinos o regiones alejadas, por medio de circulación sanguínea, entonces se les denomina tumores malignos o cánceres; la distinción entre esos dos tipos de crecimiento incontrolado es muy importante, es esa habilidad del cáncer de diseminarse por múltiples y lejanos lugares lo que permite escapar del alcance de los tratamientos locales (cirugía o RT) (Cairns,1981).

Algunos cánceres (determinadas variedades de leucemias), están asociados a ciertas anomalías cromosómicas visibles debidas a un fragmento de cromosoma intercambiado con otro; en estos casos, se puede observar que todas las células cancerosas del paciente muestran exactamente la misma anomalía y por tanto son probablemente descendientes de una sola célula que la desarrollo y quizá por eso, adquirió la habilidad de multiplicarse incontroladamente. Así, el desarrollo de un cáncer no es como una diseminación epidémica entre células normales, sino la aparición de una descendencia de células anómalas (Teoría del origen monoclonal).

De acuerdo a Cairns (1981) la mayoría de los tumores malignos del ser humano se pueden clasificar por su localización en tres grupos: Primero y más frecuentemente están los carcinomas, que se originan en los extractos celulares o "epitelios", que recubren la superficie (por ejemplo la piel, el tracto respiratorio, intestinos) y tapizan las múltiples glándulas del cuerpo (mama, páncreas, tiroides). A continuación están los sarcomas, que se desarrollan en los múltiples tejidos de sosten del cuerpo (como las células del hueso, vasos sanguíneos, células fibrosas de los tejidos, musculos). El último es un grupo muy heterogéneo de cánceres originados en las células productoras de leucocitos (glóbulos blancos de la sangre) y el sistema

inmunitario (por ejemplo, las diferentes clases de linfocitos); como el linfoma no Hodgkin (que afecta a las glándulas linfáticas) y los diferentes tipos de leucemia (que literalmente significa un exceso de células blancas en la sangre). La ulterior clasificación del cáncer en distintos grupos está basada en el órgano afectado o el tipo de célula involucrado, cuando se hace referencia a los cánceres no sólidos como las leucemias. En total, se reconocen unas 200 variedades de cáncer; afortunadamente la mayoría son muy raros y se puede abarcar casi toda la mortalidad por cáncer con una lista más pequeña que contiene los siguientes tipos: Pulmón, Intestino grueso, Mama, Linfomas, Páncreas, Estómago, Próstata, Leucemia, Ovario, Vejiga, Cerebro y Cuello de Utero (Cairns, 1981).

Los cánceres siguen siendo considerados como alteraciones celulares e históricas y dos rutas están mereciendo especial atención: el estudio de la célula misma en su fina estructura, su composición y el de las relaciones del tejido canceroso, con el resto del organismo. Tanto por métodos químicos, como por microscopía electrónica, en la actualidad se estudia lo que se denomina ultraestructura celular, lo que concierne a los ácidos nucleicos cuya función es primordial en la reproducción celular, transmisión de los caracteres hereditarios y síntesis de las proteínas celulares; de los ácidos nucleicos, dos están mereciendo especiales investigaciones: el ribonucleico (ARN) y el desoxirribonucleico (ADN), tratando de precisar no sólo sus componentes básicos sino sus agregados, manera de agruparse, cantidad respectiva, etc., lo anterior lleva a considerar que el estudio es fundamentalmente genético pues se refiere en gran parte a los cromosomas que contienen a los genes (Pitot, 1981).

Los agentes que se considera pueden inducir cancerización pueden ser: mecánicos, físicos, químicos y biológicos. Entre los *mecánicos*, están los traumatismos sobre todo repetidos; de los *físicos* el más importante es el propio a la radioactividad, los *químicos* todas las sustancias consideradas carcinogénicas y los *biológicos* especialmente los virus (Zuckermann, 1986).

El papel de las radiaciones en la producción de cánceres tanto experimentales (animales) como en el hombre, es aceptado, la relación de leucemias con radioactividad, es reconocida, principalmente a partir de la bomba atómica. Las sustancias químicas consideradas carcinógenas pasan de quinientas en el cáncer experimental y se refieren a hidrocarburos policíclicos; en el hombre no debe olvidarse el posible peligro de algunos aditivos, colorantes que se agregan a los alimentos; también la ingestión frecuente de carnes ahumadas muestran aumento de cáncer gástrico; además los llamados cánceres profesionales en trabajadores de plantas radioactivas, pinturas luminescentes, anilinas, etc. Respecto a tabaco y cáncer no puede ponerse en duda la relación entre el abuso del tabaco y la aparición de algunos cánceres; la mortalidad que se observa en la Gran Bretaña, es cuarenta veces mayor entre los fumadores empedernidos que entre las personas que no fuman (Zuckermann, 1986).

En el presente se continúa estudiando la calidad del aire que se respira en la génesis de algunos cánceres, sobre todo el pulmonar, anotándose como posibles carcinógenos ciertos hidrocarburos aromáticos, policíclicos, que resultan de la combustión incompleta de motores, etc. Siguen publicándose casos de cánceres desarrollados en cicatrices de quemaduras (de cualquier origen) y aquellas posteriores a procesos inflamatorios como osteomielitis crónica y úlceras de larga evolución.

En cuanto a la herencia en los cánceres en el humano, existe mayor frecuencia de estos en descendientes de pacientes con cáncer; observándose a veces similitud en la categoría o sitio de la neoplasia; pero el cáncer no es por destinación, sólo tal vez, susceptibilidad biológica. El comportamiento como enfermedad familiar, relacionado con algún factor genético, es característico en el cáncer mamario y últimamente se mencionan también a las neoplasias de órganos endocrinos como el cáncer tiroideo, el feocromocitoma, los tumores paratiroides, etc.;

el ejemplo más evidente de cáncer con factor genético es el retinoblastoma, que se comportaría en su presentación de acuerdo con las leyes de la herencia de Mendel (Zuckermann, 1986).

En el estudio de los tumores malignos, uno de los caminos para apreciar sus hechos epidemiológicos, es el denominado patología geográfica del cáncer, el cual menciona que costumbres, campañas sociales, progreso médico y condiciones del medio en relación con industrialización, etc., explicarían algunas de las modificaciones y particularidades de las neoplasias; ya que este es un producto de la civilización occidental, del sistema capitalista. (Bayés, 1985).

La prueba de que el cáncer es debido, en gran parte, a factores ambientales y no hereditarios la proporcionan los estudios epidemiológicos:

1) Mostrando que la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y las épocas, manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados.

Algunos hábitos a los que se atribuye un aumento del riesgo carcinógeno son:

1) La ingesta de alcohol, a la que Dolly y Peto (1981) (en Bayés, 1985) atribuyen el 3% de todos los cánceres.

2) La moda del bronceado que se calcula origina, cada año, únicamente en los Estados Unidos, unos 400,000 nuevos cánceres de piel.

3) Los comportamientos en materia de sexualidad y reproducción a los que Dolly y Peto (1981) atribuyen el 7% de los cánceres humanos.

Aun cuando no se conozcan muy bien, todas las sustancias responsables, ni los mecanismos implicados, los autores coinciden en la importancia de la dieta alimentaria en la etiología del cáncer y consideran que el elemento carcinógeno que se encuentra prácticamente en la base de todos los demás, es el comportamiento - en gran parte irresponsable - del hombre. (Bayés, 1985)

En un esfuerzo por explicar este problema actualmente existen un sin número de nomenclaturas y clasificaciones de las neoplasias; por lo que la *Unión Internacional Contra el Cáncer* (1987) ha considerado necesario intervenir, estableciendo algunos conceptos. Con respecto a las etapas evolutivas de los tumores cancerosos, se consideran frecuentemente cuatro categorías de acuerdo con su creciente desarrollo, que son: Local, Locoregional, Regional avanzada y Diseminada o de generalización del proceso. La colocación del cáncer *in situ* o etapa '0' como hecho premonitorio, está aceptada en muchos cánceres, sobre todo epiteliales y tiene utilidad para inducir a su búsqueda, pero sin considerarlo como cáncer invasor es decir, le falta la infiltración a los tejidos tanto cercanos, como lejanos. Para el aprecio de la etapa evolutiva, se usa actualmente el sistema T.N.M.

En el terreno clínico, lo más importante es la detección (busca de cánceres asintomáticos) y el diagnóstico temprano; el médico más apropiado para estas labores es el que piensa en la posibilidad de cáncer y trata de averiguarlo con exactitud; interrogatorio, exploración física, estudios radiológicos y de laboratorio, etc. ya que el problema de las propagaciones regionales y de las metástasis de los cánceres, sigue siendo primordial, condicionado por el carácter invasor infiltrativo de las células cancerosas, por lo que el médico debe suponer su existencia y buscarlas, sólo aceptar su ausencia clínica cuando los datos así lo prueban. La carencia de una verdadera etiología y patogénia, ha limitado el uso de los procedimientos terapéuticos, como la cirugía, radioterapia, quimioterapia, métodos endócrinos, terapéutica del dolor y psicoterapia para enfermo y familiares.

La Cirugía es el más antiguo de los procesos terapéuticos y sus progresos han sido considerables en los últimos años, gracias a la anestesia, la depuración de las técnicas operatorias y a mejores tratamientos pre y post-operatorios, ha sido posible efectuar audaces resecciones y conservación de importantes órganos. Se utilizan entre otras la cirugía radical, la

paliativa tumoral, la supresiva, la anastomótica, la derivativa, la reconstructiva o rehabilitadora y la cirugía del dolor sobre el sistema nervioso.(Tenorio,1983).

La **Radioterapia** tiene el segundo lugar, cronológicamente y en importancia, se aplica para la curación o paliación del 50% a 60% de todos los enfermos con cáncer en alguna etapa de su evolución (Tenorio, 1983); tiene el mismo principio que la cirugía pues se basa en la destrucción de las células tumorales por lesión de su capacidad de división; pero su aplicación debe ser cuidadosamente planeada para cada caso, lo que permitirá la mejor indicación.

La **Hormonoterapia**: se hace con estrógenos, andrógenos y corticoesteroides, empleándose sobre todo productos sintéticos con reacciones menos molestas.

La **Quimioterapia**: su acción está dirigida a interferir con el metabolismo celular y si bien con los quimioterápicos actuales sólo se logra la destrucción o alteración mitótica de las células tumorales: con la Inmunoterapia se vislumbra la posibilidad de alterar el mecanismo bioquímico para modificar la conducta celular y tal vez, lograr la creación de antitumorales en algunos tipos de neoplasias.

Los quimioterápicos se clasifican habitualmente en cinco grupos:

1.- Agentes alquilantes:

2.- Antimetabólicos:

3.- Antibióticos antitumorales: actinomicina D, mitomicina C, etc.

4.-Sustancias extraídas de plantas: derivados de clochicina, podofilino, vincalécoblastina, etc.

5.- Otras sustancias: uretano, estilbamidina, nitrofurazona, etc.

Asociada a la cirugía y a la radioterapia, las posibilidades terapéuticas de la Quimioterapia cada vez son mayores, aunque hay que considerar que el uso de estas sustancias requiere de bien cimentados conocimientos, para obtener los mejores resultados y evitar las fatales consecuencias de su aplicación indiscriminada (Zuckermann,1986).

1.4.- CANCER DE MAMA

El cáncer de mama es el más fatal de los cánceres femeninos, frecuentemente descubierto por la propia paciente, que ha dado lugar a innumerables publicaciones, biopsias y exámenes radiográficos; su tratamiento es el que suscita más controversias, por lo que amerita una mejor planeación terapéutica. Siendo uno de los más antiguamente conocidos y descritos, ya que existen datos sobre tumoraciones mamarias en la medicina egipcia y concretamente referidos a neoplasias malignas, en la medicina griega y romana.

Cáncer enigmático, que presenta interesantes aspectos etiopatogenéticos, diagnósticos y terapéuticos, que justifican por sí solos el esfuerzo que se lleva a cabo a escala mundial, para combatir tan terrible enfermedad (Estape,1982).

1.4.1.- EPIDEMIOLOGIA

El estudio de la epidemiología del cáncer del seno en Latinoamérica se ve obstaculizado por varios factores importantes que impiden tener un panorama completo; como la falta de información confiable sobre incidencia y mortalidad, a nivel regional y como de países individuales, además de la heterogénea composición racial y socioeconómica de los mismos; estas variables presentes en todos los países latinoamericanos deben tenerse en cuenta para la interpretación de las estadísticas publicadas por diferentes organismos e instituciones.

En diversos estudios de cáncer del seno han sido identificados ciertos factores que están presentes en un número de pacientes con esta enfermedad (Moisa,1989) :

FACTORES DE RIESGO EN CARCINOMA DE MAMA

FACTOR	BAJO RIESGO	RIESGO AUMENTADO
Edad	30 años	Arriba de 50 años
Paridad	Multiparidad	Nuliparidad Baja Paridad
Edad al 1er embarazo	Menos de 20 años	Más de 30 años
Menarquía	Más de 16 años	Menos de 13 años
Menopausia	Menos de 45 años	Más de 50 años
Etnico-geográfico	Japón, Taiwan, China	E.U, Europa Occidental
Genético familiar	Historia negativa	Historia familiar de Carcinoma de mama
Lactancia	Si	---
Nutrición	---	Obesidad
Enfermedades benignas del seno	---	Si
Radiación	---	Si

La importancia de estos factores varía y es probable que su identificación no sea similar en países latinoamericanos con poblaciones tan diversas, no sólo desde el punto de vista racial sino socioeconómico. La incidencia del cáncer del seno presenta una variabilidad geográfica difícil de explicar, ha sido atribuida a la raza, las costumbres alimenticias, el medio ambiente y otros factores difíciles de identificar y cuantificar; esta variación de la incidencia se observa con mayor facilidad al comparar los países asiáticos desarrollados, Taiwan, Singapur; China, Japón; en donde la incidencia es baja, con países desarrollados occidentales como Estados Unidos y Europa Occidental, en donde esta es muy alta; en una situación intermedia parece encontrarse Latinoamérica al tomarse como un todo (Moisa,1989).

La importancia del carcinoma del seno puede medirse, ya sea sobre la base de la incidencia o la mortalidad; analizándolo con relación a la primera se observa que en Latinoamérica ocupa ya sea el primero o el segundo lugar en frecuencia en los países que reportan este tipo de estadísticas, en general en México y América Central tiende a ser superado únicamente por el cáncer invasor del cuello uterino; en Sudamérica, especialmente en los países de predominio racial blanco sí ocupa el primer lugar.

Se estima que en Estados Unidos de Norteamérica se presentaron 175,000 nuevos casos en el año de 1991, la incidencia de este cáncer se incremento en un 3% anual en 1980 en México, al inicio de los 90's la frecuencia se elevo en un 72%, la tasa cruda de mortalidad en mujeres mayores de 25 años se incremento de 9.5 a 13, el peso relativo en la mortalidad por tumores se triplicó (Lazcano,1996), el primer lugar de todos los cánceres lo ocupa el cervico-uterino, seguido por el de mama; de acuerdo al registro de Cáncer, en los hospitales de población cautiva y abierta (Seguro Social, Salubridad, ISSSTE, Pemex y Militar) se puede observar esta relación, misma que se invierte en los hospitales privados, el primer lugar lo ocupa el cáncer de mama; en el Instituto Nacional de Cancerología ocupa el segundo lugar de todos los cánceres, independientemente del sexo y el segundo lugar entre los que afectan a la mujer, situación que

ha permanecido igual desde 1985, con un promedio de 400 nuevos casos por año (Zeichner,1993).

Los intentos por definir los grupos de mujeres con alto riesgo para desarrollar cáncer de mama han promovido múltiples estudios epidemiológicos para delimitarlos y dirigirles los mayores esfuerzos de las campañas de diagnóstico precoz. La mayoría de estudios de incidencia coinciden en que el riesgo aumenta con la edad, ya que el promedio en que aparecen los tumores en los senos es durante la quinta década de la vida (Reforma,1994). Winder (1980) destaca la ingesta exagerada de grasas, obesidad y las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado; ingesta de azúcar y grasas (en mujeres de 65 a 69 años) es significativa para Hems (1970) para quien el cáncer mamario de desarrollo precoz estaría determinado genéticamente y el tardío influido por diversos factores ambientales, tales como la dieta.

Por otra parte estudios en grupos familiares, epidemiológicos, citogenéticos y de genética molecular apoyan la hipótesis de que el cáncer es una enfermedad profundamente genética; ya que existen fuertes evidencias de la relación entre el cáncer de mama y ciertos oncogenes; por la tendencia a la aparición en miembros de la misma familia, se apoya la hipótesis de una susceptibilidad genética hacia esta neoplasia, siendo los familiares consanguíneos de primera línea los más afectados. Según la literatura, la proporción de cánceres de mama atribuibles al factor genético es de 10% o menos; en un estudio realizado por Ruisánchez y cols. (1993) sobre cáncer de mama e historia familiar menciona que no pudieron concluir que este aspecto fuera un factor de riesgo en los diversos grupos de edades, sólo a partir de los 50 años. Ellos consideran que el cáncer como enfermedad multifactorial, porque no es probable que se deba a un sólo factor carcinogénico; pero si que distintos factores actuando sobre hospederos diferentes pero genéticamente predispuestos, puedan explicar la aparición de cáncer de mama entre los miembros de una misma familia.

Otra de las hipótesis más aceptadas, son las influencias hormonales para el desarrollo del cáncer de mama; el ovario es el órgano más frecuentemente incriminado, aunque actualmente, los resultados no son concluyentes, por ejemplo: a) tan sólo uno de cada tres cánceres mamaros es sensible al tratamiento hormonal substitutivo o ablativo, es por tanto, inaceptable sostener una relación etiológica hormonal valida en todos los casos; b) el cáncer es 100 veces más frecuente en el sexo femenino, argumento muy esgrimido por quienes defienden la influencia estrogénica en la cancerización mamaria (Estapé,1982).

No obstante, se precisan estudios más amplios para obtener conclusiones definitivas como el realizado en el Hospital *20 de Noviembre* en donde el 22% de las neoplasias corresponde a mama; de estas el 25% es de pacientes no clasificadas, entendiéndose por esto a las pacientes que son manejadas fuera de la Unidad y que no pueden ser clasificadas adecuadamente, el 30% a clasificadas en etapa III, 25% en etapa IV, 15% en etapa II y solamente el 5% en etapa I (Argentina,1981).

En el Instituto Nacional de Cancerología, la Dra. Zeichner y cols. (1993) realizaron un estudio con el objetivo de conocer las características de su población que presenta cáncer de mama y observar la presencia de factores de riesgo ampliamente descritos en la literatura; se llevó a cabo con un número total de pacientes de 1313, correspondiendo 813 a neoplasias malignas y 500 benignas. Entre los padecimientos benignos, los más frecuentes fueron mastopatía fibroquistica y fibroadenomas. La distribución porcentual de acuerdo a la clase socioeconómica a la que pertenecían fue: clase baja 63% y 59% respectivamente para las malignas y las benignas; 32% y 39% la clase media y 5% y 2% la clase alta, no observándose diferencias estadísticas importantes. El sitio de residencia de las pacientes de acuerdo a neoplasias malignas y benignas fue respectivamente 38.9% y 51.4% D.F., 18.8% y 23% el

Estado de México, el resto se distribuyó en los demás estados de la república. La media de edades fue de 50.8 años para las enfermas con neoplasias malignas y de 31.5 años en los casos benignos, con una diferencia importante, siendo esta última considerablemente más joven.

Entre los antecedentes ginecoobstétricos, la media de la edad de la menarca fue de 13.4 años las pacientes con enfermedades malignas y 13 años quienes padecían neoplasias benignas. Eran núbiles 7.4% y 30.6% de los casos con padecimientos malignos y benignos, respectivamente, nulíparas 16% y 42.6%, habían tenido cuatro o más gestas 52.8% y 31.4%. El primer parto fue antes de los 30 años en 88.2% y 93.4% respectivamente. De las pacientes con neoplasias malignas, 73.3% tenían menos de 60 años, presentando la siguiente distribución porcentual de acuerdo a las etapas clínicas: I 4.1%; II 14.5%; III 30.4%; IV 23.9% y no clasificables por manejos previos fuera del INCAN 27.1%. El tipo histológico más frecuente fue el de adenocarcinoma canalicular infiltrante en 89.4%. El cuadrante más afectado fue el supero externo con 45%; la mama derecha fue ligeramente predominante con una diferencia mínima, se observó bilateralidad sólo en 2%. El estado de las pacientes en su última consulta, con un período de seguimiento máximo de dos años y medio, fue el siguiente: vivas sin actividad tumoral 10.5%, perdidas con actividad tumoral 33.9%, muertas con actividad tumoral 5%. Durante este lapso tan corto (1989-1990) se perdieron el 44.4% de las pacientes. Se analizó la posibilidad de que tal vez influyera el lugar de residencia o el estatus socioeconómico, sin embargo, se determinó que ninguno de estos factores intervenían en la adherencia terapéutica: Respecto al estadio clínico de las pacientes que se perdieron, el más frecuente fue el estadio IV; de cualquier modo, se perdieron pacientes de todos los estadios con tratamiento y sin él.

1.4.2.- ANATOMIA PATOLOGICA

Actualmente el tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinario, por lo que el papel del anatomopatólogo es fundamental, ya que brinda información pertinente para los diferentes parámetros que se utilizan como factores pronósticos en cáncer de mama. Los hallazgos histopatológicos en las glándulas mamarias, sumados a los clínicos se consideran como factores que permiten determinar la evolución y la respuesta a los diferentes tratamientos. (Martell, 1994)

De tal forma que el grado de diferenciación, combinado con la información sobre el involucro ganglionar por la neoplasia, permite mayor exactitud en el pronóstico de las pacientes. La mayoría de los carcinomas de mama se originan del epitelio ductal o lobulillar, el carcinoma mamario se origina en las células de los conductos mamarios más pequeños y crece hacia su luz, pero con invasión posterior de espacios periductales; el tejido conectivo vecino reacciona a la invasión fibrosándose en mayor o menor cantidad constituyendo el estroma tumoral, tal es el caso del carcinoma ductal infiltrante.

El grado de agresividad del carcinoma mamario es variable, se observan formas de crecimiento lento, crecimiento medio y otras muy agresivas e invasivas. Del 1 al 2% de todos los carcinomas mamarios son bilaterales y en este aspecto destaca el carcinoma lobular. El carcinoma mamario metastatiza con mucha frecuencia; siendo las más comunes las ganglionares, las metástasis hematógenas más frecuentes son pleuro-pulmonares; hepáticas y óseas, sigue a éstas la diseminación a glándulas suprarrenales y a la piel, después a ovario, bazo, páncreas, riñón y cerebro y por último a tiroides y corazón (Estapé, 1982).

Pese a la profusión metastásica final, el cáncer mamario evoluciona por medio de formas anatomoclínicas bastante bien separadas unas de otras; las más frecuentes son: forma cutánea, forma pulmonar, forma ósea, forma hepática, forma cerebral y mastitis carcinomatosa.

Los factores pronósticos que tienen marcada relevancia e influyen directamente en la supervivencia de las pacientes son: la edad, el tamaño del tumor y las metástasis a ganglios linfáticos. Las pacientes menores de 50 años consideradas como premenopáusicas tienen por lo general una evolución desfavorable en comparación con las mayores de 50 años o postmenopáusicas. El tamaño del tumor es uno de los factores con mayor significado para el pronóstico; las pacientes con cáncer de mama mínimo o in situ tienen una supervivencia que varía del 85 al 100%, cuando el tumor sobrepasa los 2 cm la posibilidad de metástasis a ganglios linfáticos es alta; esto se incrementa en neoplasias que miden 5cm, lo mismo que los índices de recidivas y el de metástasis a distancia.

Del número de ganglios afectados dependerá la supervivencia de las pacientes, a esto se suman las características de la respuesta del tejido linfoide ganglionar a las metástasis. Las pacientes con ganglios negativos o con metástasis menores de 2mm (micrometástasis) sin importar el número, tienen una expectativa mayor de vida. (Martell,1994).

Por todo lo anterior la información proporcionada en los estudios histopatológicos, en general representan uno de los factores con mayor importancia para el pronóstico de las pacientes con carcinoma mamario.

1.4.3.- DIAGNOSTICO

La mayoría de los diagnósticos de sospecha es llevado a cabo por la propia enferma, aunque no esté entrenada en la técnica del autoexamen (que consiste en revisar las glándulas mamarias cinco días después de finalizada la menstruación lo que permite descubrir si existen anomalías en ellas). Los esfuerzos para mejorar el diagnóstico precoz deben encaminarse a perfeccionar la revisión de grandes masas de la población femenina de un modo práctico y económico (como ocurre con el papanicolau en la detección de cáncer cervico-uterino) antes de que la paciente se detecte casualmente un nódulo mamario, muchas veces maligno (Serrano,1993).

Se considera que existen ciertas etapas fundamentales para el diagnóstico de las lesiones mamarias:

-*EXAMEN CLINICO* (Intencionado o periódico): el médico examina las glándulas mamarias (tórax, piel, etc.) para detectar la presencia del tumor; el cual debe complementarse (para una certeza preoperatoria cercana al 100%), ya que las limitaciones para determinar por palpación el tamaño de los tumores son mayores cuando las mamas por explorar son grandes o bien los tumores se encuentran localizados en la profundidad; los factores que intervienen son entre otros, la piel, el grosor de los tejidos blandos que los rodean, más acentuado en mujeres obesas, siendo frecuente que en estos casos el tamaño de los tumores sea sobrestimado, sin embargo la palpación ha sido considerada como un método simple, barato, rápido de realizar y sobre todo muy seguro en los tumores localizados superficialmente, además son utilizados rutinariamente para la estadificación en el sistema T.N.M.

-*HISTORIA CLINICA COMPLETA, EXAMENES RUTINARIOS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFIA DE TORAX.*

- *MASTOGRAFIA*: Técnica indispensable, siendo la única capaz de descubrir y detectar una lesión oculta y no palpable, permite una excelente vista del tumor, no obstante, ésta varía con la magnificación, dependiendo de la distancia entre el tumor y la placa. La mayor dificultad en estas mediciones es la pobre demarcación de la opacidad tumoral en mamas densas, lo cual es mayor cuanto más joven es la paciente.

-**ULTRASONIDO**, es particularmente útil en el diagnóstico diferencial entre una masa con líquido y una sólida, entre una lesión benigna con demarcación nítida y una irregular; sin embargo es poca su utilidad para poder descubrir una lesión oculta y no palpable, ya que no es un estudio ideal para determinar la presencia de microcalcificaciones como ocurre con la mastografía o con la xeromastografía; por el contrario, en las lesiones palpables permite medidas libres de magnificación y determina fácilmente el diámetro del tumor. La seguridad de las mediciones por ultrasonido depende también de la demarcación de los tejidos circundantes al tumor, pero en menor grado, por todo lo anterior parece ser el método más exacto para determinar el tamaño de los tumores mamarios.

- **XEROMASTOGRAFIA**: Sustituye con ventajas a la mastografía por su mayor poder de resolución permite identificar lesiones más pequeñas, sobre todo si tienen calcificaciones.

- **LA PUNCIÓN Y BIOPSIA**.

- Ante la sospecha clínica y/o radiológica de metástasis óseas se necesita la cuantificación de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina en el suero. Su alteración obliga a la búsqueda de esas metástasis.

- **MASTOGRAFIA BILATERAL**, es necesaria hacerla: a) para descartar focos neoplásicos en la mama afectada y en la opuesta, b) como estudio básico para vigilancia post-operatoria de la mama no afectada.

- La **CENTELLOGRAFIA OSEA** con Tecnecio 99, este procedimiento es más sensible que las radiografías; está indicada en las etapas I y II, cuando existen datos clínicos o de laboratorio sospechosos de metástasis óseas, en las etapas más avanzadas es un estudio de rutina.

- También es necesario hacer los estudios con radioisótopos del hígado cuando existen datos clínicos o de laboratorio sospechosos de metástasis; de estos últimos la elevación de la fosfatasa alcalina es muy sugestiva de metástasis hepáticas.

- Si hay manifestaciones de lesión del sistema nervioso central es conveniente hacer **TOMOGRFIA AXIAL COMPUTARIZADA** de cráneo (Tenorio,1986).

Todos estos métodos diagnósticos son complementarios o auxiliares en el mismo diagnóstico y aunque tienen sus limitaciones, son de una enorme utilidad para precisar el tipo de lesión, extensión de la enfermedad y así planear el tratamiento adecuado.

Para efectuar el diagnóstico es indispensable conocer la clasificación propuesta por la Unión Internacional Contra el Cáncer (U.I.C.C.,1987) la cual reconoce la importancia de mantener una estabilidad en la clasificación de los estadios clínicos, así como de las definiciones generales de la extensión local de los tumores malignos, para que estos datos puedan ser acumulados de una manera ordenada durante un período razonable de tiempo; lo que permitirá proveer de un método que transmita la experiencia clínica a otros sin ambigüedad, facilitando el intercambio de información entre los centros de tratamiento.

Pierre Denoix desarrollo en los años 1943 y 1952 el sistema T.N.M. la clasificación clínica de los tumores malignos, para describir la extensión anatómica de la enfermedad; el sistema se basa en la evaluación de tres componentes:

T= La extensión del tumor primario.

N= La ausencia o presencia y extensión de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

M= La ausencia o presencia de metástasis a distancia.

El agregado de números a estos tres componentes indica la extensión de la enfermedad maligna.

La clasificación por el sistema TNM logra razonable precisión en la descripción y registro de la extensión anatómica aparente, para propósitos de la tabulación y análisis, es necesario

condensar estas categorías en un número conveniente de grupos de estadios TNM (U.I.C.C.,1987)

En el caso particular de los Tumores de Mama; los procedimientos para evaluar las categorías T,N y M; son los siguientes:

SUBSITIOS ANATÓMICOS:

- 1.- Pezón
- 2.- Porción Central
- 3.- Cuadrante Súpero-interno
- 4.- Cuadrante ínfero-interno
- 5.- Cuadrante Súpero-externo
- 6.- Cuadrante ínfero-externo
- 7.- Prolongación axilar

GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

- 1.- AXILARES (Homolaterales) e INTERPECTORALES (Ganglios de Rotter): Ganglios linfáticos a lo largo de la vena axilar y sus tributarios que pueden ser divididos en los siguientes niveles:
 - i) Nivel I (axila baja): Ganglios linfáticos por fuera del borde externo del músculo pectoral menor.
 - ii) Nivel II (axila media): Ganglios linfáticos entre los bordes interno y externo del músculo pectoral menor y los ganglios linfáticos interpectoriales (Rotter).
 - iii) Nivel III (vértice de axila): Ganglios linfáticos por dentro del borde interno del músculo pectoral menor incluyendo aquéllos designados como subclavicular, infraclavicular o paical.
 - 2.- MAMARIOS INTERNOS (Homolaterales): Ganglios linfáticos en los espacios intercostales a lo largo del borde del esternón en la fascia endotorácica.
- Cualquier otra metástasis ganglionar es codificada como metástasis a distancia (M1), incluyendo los ganglios linfáticos supraclaviculares, cervicales o mamarios internos contralaterales.

T.N.M. Clasificación Clínica

- TX Tumor primario no puede ser evaluado
TO Sin evidencia de tumor primario
Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, o carcinoma lobular in situ, o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
- Nota: La enfermedad de Paget asociada a tumor es clasificada de acuerdo al tamaño del tumor.
- T1 Tumor de 2cm o menos en su mayor dimensión
T1a 0.5cm o menos en su mayor dimensión
T1b Más de 0.5cm pero no más de 1cm en su mayor dimensión
T1c Más de 1cm pero no más de 2cm en su mayor dimensión.
- T2 Tumor de más de 2cm pero no más de 5cm en su mayor dimensión.
T3 Tumor de más de 5cm en su mayor dimensión
T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o piel.
- Nota: Pared torácica incluye arcos costales, músculos intercostales y músculo serrato anterior pero no al músculo pectoral.
T4a Extensión a la pared torácica.
T4b Edema (incluyendo piel de naranja), o ulceración de la piel de la mama, o nódulos cutáneos satélites confinados a la misma mama.

T4c Ambos a y b, precedentes

T4d Carcinoma inflamatorio

Nota: Carcinoma inflamatorio de la mama se caracteriza por una induración difusa, firme de la piel con un borde erisipelatoide, habitualmente sin masa palpable subyacente. Si la biopsia de piel es negativa y si no existe cáncer localizado primitivo y medible, la categoría T es pTX cuando se estadiafca patológicamente al carcinoma inflamatorio clínico (T4d).

Cuando se clasifica pT el tamaño del tumor es una medición del componente invasivo. Si hay un componente in situ grande (por ejemplo, 4cm) y un pequeño componente invasivo (por ejemplo, 0.5cm) el tumor es codificado pT1a.

Capitonaje de la piel, retracción del pezón u otros cambios cutáneos, excepto aquéllos de T4, pueden ocurrir en T1, T2 o T3, sin afectar la clasificación.

N - Ganglios Linfáticos Regionales

NX Ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados (por ejemplo: previamente extirpados)

N0 Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales.

N1 Metástasis en ganglio(s) axilar(es) homolaterales móviles entre sí o a otras estructuras.

N2 Metástasis en ganglio(s) axilar(es) homolaterales fijos entre sí o a otras estructuras.

N3 Metástasis en ganglio(s) linfático(s) mamario interno(s) homolaterales.

M - Metástasis a Distancia

MX Presencia de metástasis a distancia no puede ser evaluada

M0 Sin metástasis a distancia

M1 Metástasis a distancia (incluye metástasis a los ganglios linfáticos supraclaviculares).

G - Grados Histopatológicos

GX Grado de diferenciación no puede ser evaluado

G1 Bien diferenciado

G2 Moderadamente diferenciado

G3 Pobrementemente diferenciado

G4 Indiferenciado

Agrupamiento por Estadios

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T0	N1	M0
	T1	N1 (1)	M0
	T2	N0	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0

Estadio IIIB	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Nota: (1) El pronóstico de los pacientes con pN1a es similar al de los pN0.

El agrupamiento designado en el diagnóstico debe ser para asegurar, dentro de lo posible, que cada grupo sea más o menos homogéneo respecto a la sobrevida y tratamiento.

1.4.4.- ESTRATEGIA TERAPEUTICA

El objetivo del primer tratamiento debe ser correlativo a la extensión individual del proceso, para extirpar toda la patología presente, pero con la menor interferencia posible del resultado post-operatorio externo y la recuperación funcional (Urban,1970).

El primer tratamiento de una mujer con cáncer de mama no diseminado suele ser quirúrgico, pero hay una gran polémica aun no solventada para la elección del tipo de cirugía; es indiscutible que los principios de la cirugía oncológica prescritos por Halsted en 1894, fueron de gran utilidad para el tratamiento del carcinoma mamario, pero los actuales conceptos acerca de la etiopatogenia y de la diseminación de la enfermedad, no coinciden con esos criterios, ya que ahora también se considera importante la calidad de vida de la enferma después del tratamiento. Esto ha provocado que existan diversas tendencias para la indicación de los diferentes procedimientos operatorios, toda decisión terapéutica debe ser razonablemente valorada por el equipo médico (Cirujano Oncólogo, Radioterapeuta, Quimioterapeuta, Cirujano Plástico, Psicólogo), a la luz de los actuales conocimientos sobre la historia natural del tumor y sobre todo, individualizar el tratamiento de acuerdo al paciente (Tenorio,1986).

CARCINOMA NO INVASOR

Existe poca experiencia en el tratamiento del carcinoma lobular in situ, del papilar confinado a los conductos y del comedocarcinoma intracanalicular porque su frecuencia es escasa. El problema principal de estas lesiones es su frecuente multicentricidad, lo que ha conducido a varios autores a usar la mastectomía simple con biopsia contralateral, en espejo, como tratamiento. Pero si el estudio cuidadoso de ambas mamas descarta la multicentricidad y sobre todo, si se trata de enfermas jóvenes, está indicada la mastectomía segmentaria (cuadrantectomía) con estrecha vigilancia posterior.

Tampoco en la enfermedad de Paget existe una definición terapéutica, algunos se deciden por la mastectomía radical modificada de Patey cuando hay masa palpable y mastectomía simple cuando no la hay, si se considera que las lesiones cutáneas son la manifestación de un carcinoma oculto y en ocasiones, con metástasis ganglionares no aparentes clínicamente, es lógico considerar que el tratamiento adecuado será la mastectomía radical modificada.

CARCINOMA INVASOR

Se consideran operables las etapas I y II de la clasificación TNM, o sea tumor primario no mayor de 5cms, aún cuando esté fijo a la fascia del pectoral mayor, con o sin ganglios axilares homolaterales móviles.

Según diferentes épocas y tendencias las operaciones que se han utilizado son las siguientes:

MASTECTOMIA RADICAL AMPLIADA (Supermastectomía).- Consiste en la extirpación de la mama con un huso de piel, de ambos músculos pectorales, de todos los ganglios de la axila y ganglios mamarios internos, para esto último se resecan los cartílagos costales segundo, tercero, cuarto y quinto. En manos expertas la morbilidad no es mayor que en la mastectomía radical; pero el defecto estético es importante.

MASTECTOMIA RADICAL CLASICA DE HALSTED.- Técnicamente igual a la anterior, con excepción de que no extirpa los ganglios mamarios internos. Durante más de 75 años ha sido la elección en la etapa operable y hay grupos que continúan practicándole casi de rutina. La sobrevida global es de 72.4% en la etapa A y de 43.3% en la B (Tenorio,1986).

MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA.- Con este término se designa la extirpación en bloque de la mama y de los ganglios axilares, conservando el pectoral mayor, en ocasiones el pectoral menor. La técnica más común es la de Patey que conserva el pectoral mayor y extirpa el menor. El objeto de esta modificación es mejorar el resultado estético (se hace incisión transversal) sin comprometer las posibilidades de curación.

MASTECTOMIA SIMPLE .- Sólo se extirpa la mama con un huso de piel que incluye el pezón. Algunos autores la consideran de elección en tumores pequeños (de menos de 2cms) y axila negativa con o sin radioterapia post-operatoria. Desde luego tiene menos morbilidad y mejor efecto estético que la cirugía radical.

MASTECTOMIA SEGMENTARIA (Cuadrantectomía).- Consiste en la resección del cuadrante de mama en el que se localiza el tumor, incluyendo la piel, el volumen de mama extirpado es variable; pero debe incluir totalmente el tumor con márgenes libres. Es indiscutible que conservar el órgano significa una gran ventaja para la enferma.

Otra polémica importante es respecto a la utilidad de la **OOFORECTOMIA** profiláctica; esta intervención (o la castración radioterápica) se lleva a cabo muchas veces junto a la mastectomía o a continuación de ésta (o de la radioterapia), tanto si hay o no metástasis después del tratamiento del tumor primitivo; su objetivo fundamental es aumentar el período sin enfermedad; pero no hay un acuerdo unánime sobre su eficacia.

En mujeres premenopáusicas, la ooforectomía puede producir regresiones de la enfermedad diseminada en un tercio de los casos, pero no es aconsejable que se practique antes de la aparición de metástasis; ya que impide conocer si la paciente responde o no a la castración (es decir, si se trata de un tumor hormono-dependiente); de esta manera se pierde una importante información para decidir posteriormente (cuando aparecen metástasis) la estrategia hormonal que hay que seguir; además añade problemas físicos y psíquicos en las pacientes recientemente traumatizadas por la mastectomía (Estapé,1982).

Los casos diseminados han disminuido respecto a los localizados, pero se sabe que dos terceras partes de las mujeres que padecen esta enfermedad pueden mostrar su extensión metastásica. En el momento de enfocar el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama diseminado, el terapeuta no sólo debe interrogarse acerca del porcentaje de pacientes que seguirá viviendo a partir del tratamiento, sino cuál va a ser la calidad de la supervivencia y la morbilidad terapéutica, incluyendo la consideración de los efectos secundarios y los aspectos psíquicos y socioeconómicos de la paciente y de su familia.

Siempre que la recidiva sea local, el tratamiento de elección es la radioterapia; cuando la enfermedad recidiva en pacientes no castradas inicialmente (premenopáusicas y posmenopáusicas con actividad estrogénica), debe efectuarse la ooforectomía; las que no mejoran quedan excluidas automáticamente de otras intervenciones de tipo hormonal (adrenalectomía-hipofisectomía), si la respuesta es buena a la castración, también lo será (si se presentan otras recidivas) a la terapéutica hormonal ablativa.

Una línea relativamente reciente de hormonoterapia es el empleo de antiestrógenos; son sustancias dotadas de actividad hormonal escasa (prácticamente inexistente), cuya acción básica se realiza al interferir en la capacidad del receptor citoplasmático para fijar el estradiol-17B; así el estrógeno, al quedar bloqueado su receptor específico, no puede informar a la cromatina nuclear, con lo que las células hormonodependientes no se duplican. En clínica humana los antiestrógenos son más efectivos en mujeres posmenopáusicas que en premenopáusicas. Un factor fundamental es la determinación previa de los receptores de estrógenos, ya que con el reciente conocimiento de la presencia de estos receptores hormonales en las células del tejido mamario neoplásico, se ha logrado elegir mejor al grupo de enfermas que podrían obtener mayor respuesta con este tipo de tratamiento endocrino, entre el 50 y el 60% de las pacientes con *Receptores Estrogénicos* positivos responden al tratamiento hormonal, ya sea ablativo (principalmente ooforectomía) o aditivo (estrógenos, andrógenos, progestágenos o antiestrógenos), el doble que lo esperado en grupos no seleccionados, en donde la tasa de mejoría no es mayor del 35%. Por otra parte menos del 10% de las enfermas con *Receptores Estrogénicos* negativos tendrán algún beneficio con la hormonoterapia, por lo que este grupo no deberá ser manejado con hormonas al menos como terapia única (Cárdenas, 1987).

Si la teoría de la hormonodependencia del cáncer de mama fuera absolutamente exacta, la terapéutica ablativa hormonal debería ocupar el primer lugar en las recidivas locales y las metástasis. La cirugía hormonal llamada Mayor (adrenalectomía-hipofisectomía) fue en su momento acogida con entusiasmo; aunque los logros de la Hipofisectomía son inferiores a los de la adrenalectomía, si bien la mortalidad y morbilidad operatorias son algo inferiores. Ambas intervenciones deben ser indicadas con circunspección y son secundarias a la ooforectomía o al tratamiento hormonal substitutivo (Estapé, 1982).

QUIMIOTERAPIA

A pesar de que la cirugía radical por sí sola es capaz de curar a la mitad de pacientes con tumores pequeños localizados, el resto tendrán progresión y requerirán de tratamiento sistémico. Por otra parte y principalmente en países como México, existe un porcentaje elevado de enfermas que se presentan con diseminación a distancia al momento del diagnóstico, que también requerirán de manejo agresivo sistémico.

En los últimos años el lugar de la quimioterapia en esta neoplasia, estuvo relegado a sólo justificar su empleo en caso de enfermedades progresiva después de falla a tratamientos primarios e incluso secundarios de manejo hormonal, con la correspondiente dificultad de tratar mayor masa tumoral y en general peor estado de las enfermas. Con la introducción de la quimioterapia de combinación, los porcentajes de respuesta objetiva se han elevado por arriba del 60% con una duración media de aproximadamente 15 meses. Estos resultados han hecho que en la mayoría de las instituciones donde se maneja cáncer mamario, la quimioterapia haya alcanzado un lugar cada vez más importante en su manejo inicial (Cárdenas, 1987).

En régimen monoquimioterápico los citostáticos eficaces son: ·Ciclofosfamida; ·5-Fluoracilo; ·Metotrexate; ·Vincristina; ·Adriamicina; ·Mitomicina C; siendo Cooper en 1969 (citado en Cárdenas 1987) el primero en emplear la combinación de cinco fármacos: ·Ciclofosfamida; ·Metotrexate; ·5-Fluoruracilo; ·Vincristina; ·Prednisona; con esta pauta obtuvo respuesta en 90% de pacientes tratadas, destacó también la obtención de respuestas positivas en pacientes monoquimioterápicas previas (metastatización intracraneal, hepática, cutánea). Estos resultados produjeron una favorable impresión en los medios oncológicos; entonces diversos autores ensayaron pautas semejantes, aunque la mayoría modificara (generalmente por sustracción de

alguno de los cinco fármacos) la pauta originalmente propuesta por Cooper; por ejemplo la realizada por el Dr. Zetina (1990) empleó la combinación de mitoxantrona, metotrexato y mitomicina-C, que resulta ser un tratamiento efectivo en el carcinoma de mama en estadios avanzados, con respuestas objetivas en 64% de los casos; por otra parte se comprobó la excelente tolerancia (tanto hematológica como sintomática) a los pacientes incluidos en el protocolo de tratamiento.

Todos estos avances en la terapéutica se consideran de buena o muy buena paliación, sin embargo la toxicidad asociada a la quimioterapia es muy alta; los efectos secundarios frecuentes son: náusea, vómito, diarrea, estomatitis, alopecia, cefalea y pigmentación subungueal, además de anorexia, disuria y dolor abdominal; debido a que los pacientes logran una sobrevida más larga son evidentes los efectos colaterales; por lo que la meta es obtener agentes activos con mayor efecto antineoplásico y menor toxicidad. Esto se reflejará en una mejor tolerancia y una superior calidad de vida para la enferma, facilitando la administración de dosis óptima.

En el Instituto Nacional de Cancerología se compararon los dos esquemas utilizados por Verduzco y cols. (1986) como quimioterapia adyuvante con un total de 43 pacientes; de éstas 23 pacientes premenopáusicas recibieron el esquema FAC (5-Fluorouracilo-ciclofosfamida-adriamicina); mientras que las 20 pacientes postmenopáusicas recibieron el esquema CFM (5-Fluorouracilo-ciclofosfamida-methotrexate) y se agregó en ellas tamoxifen. El índice de recurrencia a dos años de 39% en pacientes premenopáusicas y de 40% en postmenopáusicas está por arriba de lo reportado en la literatura que es de un 20-30% a 3 años en pacientes con ganglios positivos.

La sobrevida libre de enfermedad en pacientes con cáncer de mama con ganglios positivos después de cirugía radical y quimioterapia adyuvante era de sólo un 60% a 2 años en el INCAN, muy por debajo de lo reportado; existiendo en alto índice de recurrencia local (23%) por lo que ahora se emplea la radioterapia post-operatoria además de la quimioterapia. Como parámetros pronósticos desfavorables se encuentran: edad menor de 30 años (75% de recurrencias) afección de más de 10 ganglios linfáticos axilares (56% de recurrencia) y presencia de permeación linfática y/o vascular (61% de recurrencias); datos que son encontrados muy frecuentemente en los pacientes vistos en el INCAN; el mal pronóstico y el alto índice de recurrencias parece deberse al tipo de pacientes que acuden, ya que sólo hubo un 4% de tumores T1 y el 69% de los casos tenían más de 4 ganglios axilares afectados por la neoplasia.

Se concluye que a pesar de los esfuerzos realizados por las diferentes instituciones de salud coordinadas por el gobierno, el diagnóstico de carcinoma de la mama se realiza en etapas avanzadas, situación que ensombrece el pronóstico y limita las posibilidades de un tratamiento curativo, sobretodo porque el porcentaje de mujeres que desertan a los diferentes tratamientos es alto ya sea por causas económicas y/o sociales (Verduzco, 1994).

Por lo anterior es necesario que se realicen esfuerzos por lograr diagnósticos tempranos; Haagensen (1958) decía que "...para la eficacia del diagnóstico precoz, enseñar a las mujeres a examinar sus propias glándulas mamarias es más importante que enseñar la técnica del examen de la mama a los médicos...". Ya que desterrar la idea de cáncer sinónimo de muerte, es responsabilidad de toda la población la cual debe estar consciente de este problema y participar en su curación y prevención, efectuándose exámenes periódicos que puedan detectar el inicio de un tumor. ¡ La responsabilidad a este respecto es de todos! (RETO, 1989).

CAPITULO II “ PSICOLOGIA ”

2.1.- CONCEPTO

La psicología es una disciplina joven en México, sin embargo su crecimiento ha sido considerable, ejemplo de ello son las publicaciones editadas en el país, así como el número cada vez mayor de universidades que imparten la carrera de Psicología; es decir, hace 20 años solos existían 2 universidades que impartían dicha carrera, en la actualidad el número de estas ha aumentado a más de 60; dicho crecimiento ha dado como resultado que los psicólogos mexicanos busquen formar una ciencia adecuada a las condiciones reales del país y de esta manera explicar y resolver los problemas existentes en el mismo.

Tomando como premisa que el hombre, es un ente “biopsicosocial”, y de la influencia de cada una de sus partes al conformar el todo (hombre); por lo anterior es necesario mencionar algunos conceptos acerca de la Psicología para entender su objeto de estudio.

“ La Psicología (del griego “psiche” y “logos” tratado); ciencia que estudia uno de los niveles estructurales de la interacción de los sistemas vivos altamente organizados con el mundo circundante. Son objetos de la Psicología, la actividad psíquica, sus propiedades y estados” (Rosental,1991).

“ La Psicología trata de la conducta del hombre, de sus experiencias íntimas y de las relaciones entre ambos, también se ocupa de los organismos que ejercen influencia entre la experiencia y el comportamiento, así como sus conexiones con el ambiente” (Wolff,1967).

“ La Psicología es una ciencia cuyo objeto de estudio es el comportamiento de los organismos; se dirige principalmente a la solución de problemas, en el ámbito individual o de grupo en interacción con su medio ambiente” (Manual del Estudiante,1987).

“ La Psicología esta en el centro para comprender el comportamiento de todo ser viviente; acumula conocimiento observando y midiendo cuidadosamente mediante la experimentación. Este conocimiento se clasifica en categorías que permiten establecer principios que describan la conducta; entendiendo esto no como un simple conjunto de acciones no coordinadas y separadas sino como un proceso continuo” (Haller,1974).

Basándose en lo anterior se considera a la psicología como una ciencia, la cual se enfoca al estudio del ser humano y organismos altamente organizados en relación con su medio ambiente, por lo tanto se agregará que la psicología enfatiza su objeto de estudio a los procesos psíquicos; los cuales reflejan la realidad objetiva.

Por tanto al establecer algunas definiciones de la psicología, se puede observar, que el campo de trabajo es extenso, en donde el punto de partida es poder describir, explicar y predecir resultados de la interacción del sujeto con su entorno.

2.2.- FUNCIONES DEL PSICOLOGO

Señala Urbina (1989), que el psicólogo es un profesionista con bases científicas, cuyo objeto de estudio es el psiquismo humano y a partir de la investigación de los procesos cognitivos, afectivos y de su interacción con el entorno (aspectos histórico-espaciales); es un promotor del desarrollo humano incidiendo en las dimensiones psicológicas de los problemas sociales, su función genérica es la de intervenir como experto de la psique en la promoción al cambio individual y social. Por lo anterior el psicólogo como profesional tiene participación en un extenso campo de trabajo, su objetivo no solamente se limita al hombre individual, además

trabaja con la interacción con el medio ambiente y con otros hombres, lo cual significa que su practica no solo son rutinas específicas con situaciones o instituciones perfectamente delimitadas, también tiene las habilidades necesarias y suficientes para diseñar y evaluar metodologías de intervención, y predicción del comportamiento humano; no solo aplicándolo junto con otros psicólogos sino conjuntamente con otros profesionistas de diferentes disciplinas.

Se ha mencionado, el amplio campo de trabajo, sin embargo es necesario considerar que el definir el perfil del psicólogo, no se puede realizar únicamente con los requerimientos de la disciplina como tal, es necesario realizar un análisis de las necesidades apremiantes del país; ya que esto permitirá clasificar los problemas, para dirigir la acción profesional a un área determinada; para lograrlo se han compaginado las funciones profesionales a través de los cuales el psicólogo podría colaborar en la solución de problemas.

DETECCION, el psicólogo hace una identificación de problemas psíquicos que requieren de prevención, orientación o tratamiento psicológico; al **EVALUAR** se realiza un proceso sistemático en el que se contemplan las posibles causas que están generando el problema; en la **PLANEACION** es donde se identifican necesidades, establecen prioridades en la acción, detectan los recursos necesarios para conseguir los propósitos y finalidades, estableciendo objetivos, determinando métodos, diseñando programas de intervención y/o investigación. Posteriormente en la **INTERVENCION** se lleva a cabo la aplicación de métodos y procedimientos diseñados para el cumplimiento de los objetivos establecidos. Uno de ellos es la **REHABILITACION**, siendo un procedimiento mediante el cual se reestructura, reeduca y establece en su caso comportamientos que se han visto alterados por diversas causas.

En la **INVESTIGACION** se buscan los determinantes y causas de un fenómeno o proceso psicológico; utilizando la teoría, la técnica y el método científico pertinente a la disciplina. En base de los resultados de la evaluación se lleva a cabo la **PREVENCION**, en donde se establecen procedimientos a través de los cuales se evita la presentación de un problema. Todo lo anterior esta incluido en la intervención y por lo tanto las acciones y los programas al respecto, requieren del establecimiento de metas concretas, medios (métodos y técnicas), tiempo, recursos humanos, y materiales para alcanzarlas; además de determinar las áreas específicas del problema que se pretende resolver así como las técnicas que empleará el psicólogo (Anuario Estadístico,1991).

Algunas áreas en las cuales interviene son:

- 1) Educación
- 2) Salud Pública
- 3) Producción y Consumo
- 4) Organización Social
- 5) Ecología

Las técnicas más comunes de diagnóstico empleadas por el psicólogo son:

- 1) Entrevistas
- 2) Pruebas psicométricas
- 3) Encuestas
- 4) Cuestionarios
- 5) Técnicas psicométricas
- 6) Pruebas proyectivas
- 7) Registro instrumental
- 8) Observación
- 9) Análisis formales

2.3.- AREA CLINICA

El quehacer profesional del psicólogo se caracteriza por áreas de aplicación, que para fines se la investigación sólo se enfocara a el área clínica:

Anteriormente al psicólogo se le consideraba como un co-terapeuta (ayudante) del psiquiatra y debido a esto no se le identificaba como un profesionista, con funciones diferentes y específicas; actualmente esta idea se ha ido superando y el psicólogo se proyecta en diversas áreas, logrando introducirse en la Industria, la Educación, la Familia, las Instituciones Médicas, etc.; en el interior de las mismas se ha desempeñado en el área Clínica y Social principalmente (Ardila,1982).

Con respecto al área Clínica se ocupa esencialmente de problemas emocionales, empleando diferentes técnicas y aplicando los principios de la Psicología al individuo, con el fin de reducir sus tensiones para que pueda lograr una mayor adaptación a la realidad. En el más amplio sentido, el trabajo de la Psicología Clínica incluye la psicoterapia (individual, de grupo y familiar), con una gran variedad de orientaciones teóricas, consultas, psicodiagnóstico, enseñanza e investigación; administración educativa o de servicios de salud.

Algo que se destaca en el área Clínica es la combinación que existe entre investigación, educación e intervención necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos; respetando a las personas en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades dentro de una sola disciplina. La psicología clínica se aplica directamente en los sectores de la familia, los grupos laborales y educativos de rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales, así como la elaboración de programas de salud mental en el ámbito preventivo. Sus centros de acción profesional son: Instituciones Psiquiátricas y Penales, Centros de Salud, Hospitales, Escuelas, Guarderías, Casas de Cuna, Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). También es posible la aplicación de esta área en el ámbito privado en consultorios, clínicas y hospitales particulares.

Es importante destacar que esta área de la psicología se le ha llegado a confundir con la Psiquiatría porque en algunas instituciones trabajan juntas; aún cuando la imagen pública de los psicólogos se ha ido esclareciendo en los últimos años a veces se olvidan que los psicólogos clínicos y los psiquiatras son dos tipos diferentes de profesionales, con historias y métodos distintos (Hersch,1989).

A este respecto cabe decir que la psicología como profesión se asemeja a la medicina, sin embargo, los aspectos sociales y epidemiológicos de la salud y la enfermedad vistos a través de la psicología debe lograr un nivel apropiado de reconocimiento dentro de los servicios de salud pública; aunque ya se ha iniciado con la interrelación de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad; además de la aplicación de este conocimiento a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La historia comienza en 1979 cuando tiene lugar la *International Conference on Psychology and Medicine*; en donde Weiss (1979) menciona que la unión de esfuerzos de los científicos procedentes de la Biomedicina y la Psicología debe producir un todo mayor que la suma de las partes, siempre y cuando ambos grupos de profesionales estén dispuestos a "reconocer, aceptar y respetar el hecho de que abordan problemas comunes desde perspectivas muy diferentes".

Con base a lo anterior Bayes (1985) se enfoca en una rama especializada en la Medicina Comportamental; la Psicología Oncológica.

2.4.- PSICOLOGIA ONCOLOGICA

Bayes (1985) menciona que el estudio de la Psico-oncología incluye las relaciones entre los factores psicológicos y el cáncer. Considera que los factores psicológicos-cognitivos, emocionales y motivacionales, producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socio-económico y político, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Esta convencido de que las variables psicológicas inciden "siempre" en alguna medida, en todos los trastornos y enfermedades (no únicamente en los denominados psicósomáticos) desde el dolor crónico, al cáncer, así como en el mantenimiento y fortalecimiento de los estados de salud; y que, a su vez todos los trastornos, enfermedades y estados de salud, poseen repercusiones, en el ámbito psicológico.

Por otra parte John Wiley y Sons.(1994); consideran que la Psico-oncología es, el estudio científico de personas que desarrollan cáncer, incluyendo los aspectos psicológicos y sociales. Su función principal es aliviar el estrés emocional que aflige a muchos pacientes; a través de la práctica clínica de la psico-oncología, que busca así, ser parte integral de los cuidados médicos de los pacientes con cáncer.

El área principal de la investigación comprende estudios clínicos de:

- 1) Las consecuencias psicológicas y sociales del cáncer y sus tratamientos en los pacientes y familias, y
- 2) El desarrollo y evaluación de las terapias psicológicas destinadas a reducir la relación cáncer-morbilidad psiquiátrica; su influencia en la calidad de vida de los pacientes y en el aumento de su sobrevida.

La práctica e investigación de estos estudios es de gran importancia en el tratamiento de los pacientes; además constituyen los principios fundamentales de la psico-oncología y la razón que avala el establecimiento de unidades de psico-oncología en hospitales y departamentos oncológicos.

Otra área de investigación concierne al papel de los eventos estresantes, depresión y características de personalidad (incluyendo personal oncológico) en el desarrollo y subsecuente curso del cáncer; en esta área se incluyen los estudios psicobiológicos; neuro-hormonales y mecanismos inmunológicos.

Por último Holland y Roland (1992), definen a la Psico-oncología como: una subespecialidad de la Oncología, enfocada a conocer la respuesta emocional de los pacientes en relación con el estadio de la enfermedad, la familia y el personal oncológico; los factores psicológicos; conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad por cáncer (aspectos psicobiológicos).

Basándose en los conceptos antes mencionados se considerara a la Psico-oncología como el estudio de los factores psicológicos (personalidad, actitudes, concepciones, comportamientos, etc) de los pacientes oncológicos y su familia; y su influencia en la prevención, desarrollo, detección, tratamiento y/o rehabilitación del cáncer.

LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA PSICO-ONCOLOGIA

Por todo lo anterior es fundamental, no olvidar la relación entre lo biológico y lo psicológico, entre la medicina y la psicología; el Dr. Sobrevilla (1991) menciona que la medicina esta cambiando aceleradamente; esto se debe a que el ámbito del conocimiento médico se ha expandido y no es posible que un sólo individuo pueda abarcarlo en su totalidad; además de la

influencia de lo que llaman "productividad"; que en los institutos de investigación e instituciones de salud; se mide en el número de consultas, operaciones, altas hospitalarias, investigadores, artículos publicados, etc.; de tal forma que parecen haberse olvidado los valores básicos en la actividad médica. El médico super-especialista desdén el contacto con los pacientes, a excepción de aquel que es "interesante", que le permitirá publicar un artículo o que puede ser incluido en un protocolo de investigación; con ello resta importancia a la relación con cada paciente, sin pensar en las repercusiones psicosociales que éste enfrenta.

En el caso concreto del Instituto Nacional de Cancerología, cuando el residente médico es admitido; para cursar alguna de las especialidades oncológicas, se plantea como meta principal la adquisición de una serie de conocimientos técnicos relacionados con el proceso biológico del cáncer y quizá lo que menos tiene en mente es que deberá considerar los aspectos psicológicos y sociales particulares del paciente con cáncer. Esta expectativa es preocupante, ya que parecen olvidarse que el objeto de estudio del oncólogo sigue siendo el hombre y que este es un ente bio-psico-social; así que no puede interesarse solamente en el problema biológico del proceso maligno, sino también el problema del individuo, tanto con respecto a sí mismo (es decir, en su yo o psique), como en su relación con la sociedad que lo rodea.

En este contexto de énfasis en la "productividad", se contraponen la enseñanza de la psico-oncología; ya que su objetivo es enseñar la importancia de entender al paciente como un ente único, necesitado no sólo de ayuda técnica, sino también del apoyo de otro ser humano que le muestre respeto, comprensión y le dedique tiempo. Para lograrlo se considera a la comunicación como una de las destrezas de mayor importancia que debe de desarrollar el personal oncológico. Desgraciadamente la estructura socioeconómica del país, abre una brecha de comunicación entre el especialista y el paciente (quien en muchas ocasiones es cuasi-analfabeta) ya que ambos viven en mundos muy diferentes. Es por ello que el entrenamiento debe de incluir instancias específicas para desarrollar habilidades que lo capaciten en la comunicación y transmisión de la información, independientemente de la escolaridad y el grupo socioeconómico del paciente; de tal manera que pueda plantear de una manera clara diversas opciones terapéuticas (mastectomía vs cirugía conservadora), siendo capaz de jerarquizar el grado y la profundidad de la información que se transmite.

Deben hacerse los cambios necesarios en los programas de los oncólogos (y médicos en general) para que adquieran los conocimientos, las actitudes y las destrezas que les permitan hacer una identificación oportuna, de la esfera (bio-psico-social) en que se encuentra el problema, apoyados por el especialista indicado, por ejemplo en conjunto con el psicólogo o psiquiatra poder discriminar si los síntomas son debidos a la enfermedad o a un problema emocional (por ejemplo la anorexia en cáncer).

Lo anterior se debe dar como un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, cuyo objetivo principal sea modificar el marco de referencia del alumno a través de la reflexión y análisis de la problemática psicosocial de cada paciente. Pero aprender implica una modificación de la conducta, y en este medio la imitación de modelos puede resultar una técnica efectiva; es decir si el residente observa en el médico adscrito o el jefe de servicio una actitud de comprensión e interés genuino por el bienestar del enfermo; aun cuando pertenezca a una clase social desprotegida y no se trate de un caso interesante, ni parte del último protocolo, se le respeta y se le dedica tiempo suficiente; además que se cuestionan y modifican las medidas terapéuticas rutinarias para adecuarlas a la situación psicosocial particular de cada individuo, entonces se puede pensar que se está realizando un proceso satisfactorio de enseñanza-aprendizaje de los aspectos humanos, en el sentido más amplio del término. Para reforzar los contenidos

cognoscitivos; este aprendizaje tutorial debe ser complementario con lecturas, seminarios, talleres y conferencias sobre temas afines.

Preocupados por este aspecto en el Instituto Nacional de Cancerología, se fundó el Servicio de Psico-oncología en 1983, cuando se contrató a un médico psiquiatra; desde entonces cada año, se imparten dos conferencias sobre este tema como parte del curso de Oncología. Por otro lado desde 1989 se inició un programa de residencia en Psico-oncología para psicólogos, los cuales apoyan la enseñanza de la materia al resto de los residentes con interconsultas, supervisadas por los médicos psiquiatras adscritos, así como aconsejando y cooperando en el manejo diario de los problemas psiquiátricos de los pacientes.

Pero esto no es suficiente ya que el médico oncólogo sigue careciendo de tiempo, preparación y en ocasiones interés suficientes, para asumir la carga psicológica de la enfermedad cancerosa; por lo que debe ser el psicólogo clínico formado en oncología, el que inserto en un equipo multidisciplinario oncológico, debe asumir las tareas de brindar este soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente; sin olvidar su lugar esencial en el diseño de la Educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz (Casalod,1998).

Basándose en los siguientes objetivos fundamentales:

- Prevención
- Intervención terapéutica y rehabilitación
- Cuidados paliativos.

Apoyándose para lograrlos en la ventaja que le brinda el que la medicina individual de antes se ha ido sustituyendo por la medicina moderna psicosocial más elaborada y multidisciplinaria que exige una relación interhumana entre varios integrantes del equipo de salud; el médico; la enfermera, el psicólogo, la trabajadora social, la familia, etc.; cada uno con su lógica personal pero con la misma intención de ayudar al prójimo; estas relaciones humanas son esenciales en la medicina de hoy y del futuro y forman parte de los fundamentos de la Psico-oncología

CAPITULO III “ ESTADOS EMOCIONALES ”

3.1.- “ DEPRESION ”

3.1.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

El uso del término *depresión* se remonta a un cuarto de siglo, pero el cuadro patológico fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de *melancolía* de melas *negro* y chole *bilis* (Polaino,1985); en el siglo IV a.de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se conocen como psiquiátricos estaban relacionados, por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra que con frecuencia vomitaban los pacientes a causa de su irritabilidad y ansiedad.

Sorano de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad (Calderón,1989).

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia; en la primera etapa de este periodo se considera como un vicio capital más; posteriormente como un desorden de la vida emocional, introducido por Santo Tomás. En realidad dicho término se uso en este periodo para designar un especial estado melancólico en el que la tristeza, la pena y el abatimiento no constituiran, sus principales contenidos, más bien la pereza y la holgazanería. Durante este período inicial, la acedia es tipificada como un *estado del alma*, cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas; en la etapa tardía de la Edad Media la acedia se extiende también a los laicos. En particular lo que diferencia a la melancolía de la acedia es la aparición o no de ideas delirantes. Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia; la pena, el desaliento y la desesperanza, que caracterizaban a la acedia, son ahora síntomas que se transfieren al concepto de melancolía (Polaino,1985).

A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señalo en primer lugar, las psicológicas (por ejemplo miedo, engaños amorosos, perdida de propiedades y dificultades familiares), en segundo, las físicas (por ejemplo amenorrea y puerperio).

Cuando Kraepelin utilizo en 1896 el término psicosis maniacodepresiva incluía “todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, una gran parte de los estados morbosos designados con el nombre de melancolía y también ciertos casos de locura”. Basaba el enfoque del problema en su clasificación etiológica de enfermedades exógenas, causadas por toxinas bacterianas, químicas o de otro orden; y enfermedades endógenas causadas, a su parecer por trastornos degenerativos y hereditarios (Mendels,1989). Lange (1928) trabajó sobre la dicotomía que menciona Kraepelin; propuso que además podían existir formas mixtas con componentes dominantes endógenos o exógenos; dio el nombre de reactivos al grupo de depresiones endógenas que sucedían a ciertas tensiones de origen ambiental. Años más tarde; Gillespie (1929) psiquiatra inglés, propuso tres grados de depresión: *reactiva* (respuesta emocional a los cambios del ambiente) *autónoma* (carencia de reacción ambiental) e *involutiva*.

La confusión aumento a partir de 1940, con el empleo de la electrochoqueterapia (E.C.T.); entonces se sugirió que si la depresión endógena respondía mejor a un tratamiento físico (ECT) y la depresión exógena (o reactiva) a la psicoterapia, entonces la primera era un trastorno orgánico y la segunda un trastorno psíquico.

De esta forma las clasificaciones terapéuticas dieron por sentado clasificaciones fenomenológicas de mayor importancia, las alteraciones afectivas van a considerarse sobre dos puntos de referencia: su vinculación primitiva al grupo de la psicosis y el carácter alternante, bipolar y variable de los sentimientos a lo largo de la evolución de la enfermedad (de ahí los términos de circularidad, ciclotimia, fasofrenia y bipolaridad, con que se adjetiva el concepto de psicosis, según distintos autores) (Mendels,1989).

3.1.2.- EPIDEMIOLOGIA

El Dr. Norman Sartonus, director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (Calderón 1989) calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión, que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (1974) estima entre cuatro y ocho millones el número de enfermos depresivos existentes en EE.UU; en cinco millones el número de franceses que padecen depresión en algún momento de su vida, una quinta parte sufren un cuadro grave. En España, el informe epidemiológico de 1982, estima en dos millones a los afectados de depresión, con mayor incidencia en la mujer (10.7%), frente a la existencia en el hombre (3.1%).

En el Distrito Federal y en la República Mexicana los trastornos afectivos ocupan el cuarto lugar entre los distintos diagnósticos de las instituciones psiquiátricas (Dirección general de Salud Mental, SSA,1979, citado en Campillo 1979), sólo son superados por la esquizofrenia, la psicosis orgánica y la adicción a las drogas; dentro de los cuadros depresivos los más frecuentes son la psicosis maniacodepresiva y la psicosis reactiva-depresiva. La imagen cambia radicalmente si en lugar de las cifras de hospitales psiquiátricos se utilizan la de hospitales generales; en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Español de la Ciudad de México, el diagnóstico de depresión ocupó el primer lugar entre todos los demás diagnósticos y alcanzó una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento (1975). Posteriormente una encuesta en los Servicios de Medicina Interna y en las salas de pacientes crónicos, arrojó porcentajes del 38% y 48% respectivamente. Tasas tan altas no deben sorprender, pues la población de los hospitales generales por su misma situación es de alto riesgo.

En el Centro de Salud Mental de la UNAM (1976) (citado en Campillo 1979), el cual atiende a población estudiantil de Ciudad Universitaria, se encontró que el síntoma depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48%; la cifra es muy cercana a la reportada por centros similares en Canadá en los que tal porcentaje fue de 43%. Se ha intentado explicar la alta prevalencia entre la población juvenil, diciendo que las depresiones son indispensables para que se cumpla con el proceso de maduración.

Por lo anterior los investigadores a nivel internacional (OMS) (citado en Calderón,1989) consideran que el problema tiende a aumentar en los años venideros, y algunos motivos son:

- El promedio de expectativa vital está creciendo en todos los países, por lo que el número y porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentarla se han incrementado.
- El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y sus grupos a un ambiente tensionante, intenso y creciente, como el que se presenta

en situación de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

- El aumento de la morbilidad por padecimientos crónicos, tales como reumatismo, trastornos gastrointestinales, cerebro-vasculares y problemas neurológicos que se ha demostrado, se asocian con depresión en un 20% de los casos.

- El creciente abuso de medicamentos, algunos de los cuales pueden causar depresión, como antihipertensivos, fenotiacinas y varios preparados hormonales como los anticonceptivos orales.

Por todo ello, se ha dicho que la depresión es la enfermedad de este siglo, de la segunda mitad del siglo XX.

3.1.3.- ETIOLOGIA

Si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial en la etiología de la depresión también se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; de acuerdo a Polaino-Lorente(1985) hay posibles modelos para analizar las manifestaciones psicopatológicas, aunque ello no implica que cualquier alteración se manifieste obligadamente y con idéntica relevancia (para el diagnóstico) en cada uno de los niveles que a continuación se presentan:

1) MODELOS PSICOLOGICOS:

PSICOANALITICOS

En 1911, Abraham realizó el primer intento sistemático de explorar la enfermedad maniaco-depresiva según las exigencias de una teoría psicoanalítica, comparando la depresión con la pesadumbre o el duelo normal; afirmaba que la diferencia se encuentra en que la persona que lleva duelo está conscientemente preocupada por la pérdida de alguien, mientras que el paciente deprimido está dominado por sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestima y los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la persona perdida (real o simbólica) se dirigen contra sí mismo. Además que percibe una pérdida como rechazo de sí mismo por la manera en que la confunde inconscientemente con experiencias previas y sensibilizadoras (E. James, 1981).

En su escrito de 1917, "*Duelo y Melancolía*", Freud amplió las ideas de Abraham para dar una base teórica psicoanalítica al concepto de depresión, distingue con toda nitidez entre el duelo y la melancolía: "El *duelo* es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, económica, del ideal, de poder, etc.; es un afecto normal paralelo a la melancolía. Jamás se debe considerar el duelo como un estado patológico, ni someter al sujeto a un tratamiento médico; aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones a su conducta normal se considera, que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo y se juzgará inadecuado e incluso perjudicial perturbarlo".

En cambio la "*melancolía* se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, con pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y disminución del amor propio. Está última se traduce en reproches y acusaciones, que el paciente se hace a sí mismo y puede llegar a una delirante espera de castigo. Este cuadro se hace más inteligible cuando se reflexiona que el duelo muestra también, estos caracteres, a excepción de uno solo: la perturbación del amor propio" (Polaino, 1985).

CONDUCTUALES

Recientemente, la psicología del aprendizaje se ha ocupado de la depresión, considerando las leyes del aprendizaje, en donde se ha denominado a estos cuadros con el término de *learned helplessness* (desvalimiento aprendido) (Polaino, 1985).

La psicología del aprendizaje no tiene inconvenientes en aceptar que la depresión endógena y la psicosis maniaco-depresiva son diferentes y de difícil replicación, aun cuando algunos científicos del aprendizaje no renuncien por eso a la investigación de esas alteraciones.

Seligman y Mair (1976) (citado en Polaino, 1985) replicaron un experimento (anteriormente hecho con perros) con sujetos humanos; el *shock inescapable* (S.I.) consistía en tratar de resolver problemas insolubles; el *shock escapable* (S.E.) fue diseñado como una tarea de resolución de problemas solubles; la tarea de evitación-escape fue sustituida por la conducta de solución de anagramas. El grupo sometido a S.E. presentó siempre un mayor rendimiento en la solución de anagramas (Tarea de evitación-escape) que el grupo sometido a situaciones de S.I., como primera tarea. De todo esto derivan dos componentes fundamentales, en el caso del hombre normal, el organismo se apropia del entorno y automáticamente predice los eventos contingentes que sucederán a sus respuestas (RR); en el caso de la *helplessness*, aparece una independencia sobre las RR y los refuerzos, los refuerzos suceden independientemente de las RR emitidas por el sujeto (información sobre las contingencias). En segundo lugar, un sujeto normal elabora continuamente expectativas sobre lo que ocurrirá en relación con las conductas por él emitidas; al quedarse sin autoinformación sobre las consecuencias generadas transformará decisivamente, en primer lugar, la expectación sobre el porvenir y la percepción, el aprendizaje y hasta sus propias convicciones.

De acuerdo a Polaino (1985), el bloqueo y la información aversiva que recibe van a actuar de forma aberrante sobre tres niveles:

- *Nivel Emocional*: porque el evento traumático, en la primera ocasión, produce cierto miedo; si el sujeto aprende a controlar el trauma - y saca consecuencias que le sirvan para la próxima situación traumática -, el miedo será reducido y desaparecerá en análogas situaciones futuras; pero si no aprende a controlarlo, este irá en aumento hasta que se convierta en una respuesta penosa y maladaptativa que a nada conduce, en cuyo caso es reemplazado por la depresión.

- *Nivel Motivacional*: porque si la RR espontáneas y/o voluntarias no generan consecuencias estas tenderán a disminuir, ya que ahora no tienen sentido ni finalidad; surge así la pasividad y la inhibición; el hombre deja de interactuar con el ambiente, porque no encuentra en él incentivos que le motiven, ni él puede ejercer ningún control sobre el mismo (la familiaridad del ambiente se diluye, siendo imposible prever que acontecerá).

- *Nivel Cognitivo*: Porque no se produce ningún aprendizaje de las RR que generan consecuencias y sirven a la adaptación situacional y circunstanciada; las consecuencias derivadas interfieren, más bien, con posibles aprendizajes futuros (interferencia proactiva); lo que se aprende es algo aberrante; porque nada congruente se sigue de hacer esto o no. La expectación sostenida y continuada - el sobresalto, la inseguridad, el estar en guardia - engendra la ansiedad; que no ha logrado resolver el problema y adaptar al sujeto al mundo y es sustituida, finalmente, por la *depresión* (la anticipación de lo peor).

Desde un punto de vista operativo podrían recorrerse así los pasos de este proceso: irrelevancia de las RR sobre las consecuencias que éstas generan - pérdida del control sobre el medio (incapacidad para prever que sucederá) - aparición del estrés (aumento de la activación para el sostenimiento de la expectación temerosa) - aumento del estrés por la perpetuación de la

situación - fase de agotamiento (estrés maladaptativo) - convicción de que todo es ineficaz (desesperanza) - anticipación de lo peor - *Depresión*.

En el depresivo, la atención y el cuidado de la familia o el protagonismo que el enfermo desempeña frente al terapeuta refuerzan las secuencias conductuales depresivas. La conducta del sujeto deprimido - su ansiedad, pesimismo, inhibición, etc. - conlleva un comportamiento de evitación sobre sus amigos y compañeros, lo que disminuye aún más la accesibilidad y la posibilidad de obtener refuerzos sociales.

COGNITIVO

Beck (1967) (Citado en Polaino,1985) pone énfasis en los aspectos cognitivos al explicar la helplessness; este modelo es probablemente el más saturado de pruebas experimentales con sujetos humanos. Para él una persona deprimida es la que tiene una idea negativa de sí misma, del mundo y del futuro (Triada cognitiva). Considera que existe una alteración previa en el pensar que causa el desarrollo de la alteración del estado de ánimo; cada persona tiene un esquema - una norma o un marco del pensar - con el que enfoca y experimenta la vida; la naturaleza y de acuerdo a este se determinan las respuestas propias del individuo; por ejemplo, menciona que las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas relacionados con la depreciación de sí mismo, aquellos que despliegan estados de ansiedad parten de esquemas en los que entra como componente la anticipación del daño personal.

Dentro de las características cognoscitivas que Beck considera tienen los pacientes deprimidos se menciona: la subestimación de sí mismo; las ideas de pérdida, el autocriticismo y la autoinculcación, las ideas exageradas de deber y responsabilidad, los frecuentes autopreceptos y mandatos, los deseos de huida y suicidio; inmerso a todas ellas se encuentra una distribución de la realidad y un prejuicio sistemático de los pacientes contra sí mismos.

Se mencionan a continuación los procesos del pensamiento que Beck (citado en Polaino,1985) consideró importantes en el desarrollo de este estado cognoscitivo:

- 1.- Deducción arbitraria, que es una tendencia a sacar conclusiones (por lo común de carácter denigratorio de la persona misma) de una situación que de por sí es neutral o impersonal.
- 2.- Abstracción parcial, esto es, concentrarse sobre un aspecto de la situación tomado fuera de su contexto y llevado hasta la exageración.
- 3.- Generalización excesiva, implica una conclusión de carácter general fundada en una experiencia o accidente concreto, con frecuencia de escasa importancia.
- 4.- Magnificación y minimización, que deben considerarse como evoluciones distorsionadas y exageraciones de una situación o de una experiencia.
- 5.- Clasificación inexacta, de una experiencia de manera exagerada, que guarda relación directa con la respuesta afectiva y la clasificación, en lugar de asociar la respuesta real con la experiencia del momento.

Sobre la base de estas y otras observaciones, Beck indica que sería más apropiado considerar la depresión como “ un trastorno antecedente del pensar, como una resultante alteración de la afectividad y de la conducta en consonancia con la distorsión cognoscitiva”; que como un trastorno primariamente afectivo.

2) MODELO CLINICO - DESCRIPTIVO

Estos modelos son los que tienen una más larga tradición; no obstante, muchos de ellos tratan de presentarse como un sistema, lo suficientemente eficaz para la práctica; aunque algunos

resultan excesivamente unilaterales e incompletos, su utilidad para la clínica continúa siendo válido, en especial desde que recientemente se les han incorporado datos provenientes de la neurofisiología y de la bioquímica, que superan con mucho su antigua característica meramente descriptiva.

- El dilema Psicosis / Neurosis Depresiva

Según Jaspers (1970)(citado en Polaino, 1985), la psicosis es una grave perturbación, incomprensible psicológicamente, que supone una ruptura de la continuidad histórico-significativa y biográfica del sujeto. En esto se diferenciaría cualitativamente la tristeza vital de la tristeza normal. La neurosis es una alteración más leve y comprensible psicológicamente no supone una ruptura en la continuidad del sentido biográfico del sujeto, que aparece como inquebrantable, debe sumergirse en los motivos y no buscar causas. Esta distinción no es aceptada por Paykel (1974) y Copeland (1975) (citados en Polaino, 1985) quienes consideran que la psicosis depresiva es extraordinariamente rara, y que la mayoría de las depresiones pueden explicarse por una mayor o menor exposición del sujeto al estrés.

- El dilema de la Depresión Endógena / Psicógena

Se basa en un criterio etiológico; si la causa de la depresión son factores biológicos originados dentro del organismo e independientemente de los factores ambientales se tendrá el modelo de depresión endógena; en caso contrario se habla de depresión psicógena. Lo endógeno es con frecuencia superpuesto a lo psicótico y lo exógeno a lo neurótico (Feinberg,1982).

Para Reth y cols. (1975), se trata de distintos tipos de enfermedades: lo que se denomina endógeno corresponde a la enfermedad depresiva, y lo exógeno a los estados de angustia. Esta distinción se sostiene en dos criterios: a)*Farmacológico* : El uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) y de fármacos tricíclicos resuelve mejor los estados depresivos, mientras que la administración de fármacos como los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y benzodiazepinas soluciona más certeramente los estados de angustia. b)*Cuestionarios* : Reth ha presentado pruebas (además de las escalas de depresión y angustia) como el análisis estadístico de los datos, el estudio catamnésico de los enfermos, y la naturaleza de los predictores de los resultados en los distintos grupos, afirmando haber validado la existencia de los tipos de enfermos:

- Deprimidos : Más estables en los índices de personalidad premórbida y de dificultades para la adaptación.
- Ansiosos : Presentaban más rasgos neuróticos durante su infancia, eran más dependientes, tenían adaptaciones matrimoniales más insatisfactorias, índice de neurotismo más alto y mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre sus familiares de primer grado.

3) MODELO NEUROFISIOLOGICO

A continuación se menciona un conjunto muy amplio y variado de datos neurofisiológicos que fundamentan aunque con distinta intensidad y eficacia, las diferentes formas clínicas depresivas hasta ahora descritas.

- Actividad Electro dérmica y Depresión

Richter (1928) registró la resistencia de la piel en un grupo de pacientes depresivos, encontrando un alto nivel de resistencia y una baja actividad de las glándulas sudoríparas; la

conductibilidad de la piel era, no obstante, una buena variable para discriminar la ansiedad. En los sujetos ansiosos la conductancia de la piel es muy alta, disminuyendo en aquellos pacientes que sufren un cuadro mixto, de ansiedad y depresión, no diferenciándose apenas de los sujetos normales; los pacientes depresivos en los que la ansiedad está muy débilmente presente, la amplitud de la respuesta psicogalvánica de la piel es muy reducida y la respuesta apenas varió su nivel basal ante la incidencia de un ruido estresante. Los pacientes agitados demostraron habituación, mientras que los depresivos retardados mostraron tan escasa reactividad que no pudo estimarse su tasa de habituación, en todos los pacientes depresivos - tanto agitados como retardados - la respuesta psicogalvánica de la piel fue mucho menor que en los sujetos normales.

El poder discriminantes de esta respuesta neurofisiológica permite establecer de una forma más exacta el criterio diagnóstico de depresión endógena, a la vez que puede constituir un buen predictor de la respuesta terapéutica de los pacientes al uso de diferentes fármacos (Ragot, 1979).

- Estudio Electroencefalográfico del Sueño

Mediante electroencefalograma (EEG) en los pacientes depresivos es de gran utilidad; ya que las alteraciones del sueño constituyen un síntoma específico de la depresión, que puede constatare incluso clínicamente. El análisis de las características del sueño ha probado que en los depresivos esta actividad se inicia más tardíamente, decrece el total de horas de sueño (5.5 horas frente a 7.2 horas) y aparecen frecuentes activaciones durante la noche; a la vez que se incrementa la movilidad del paciente durante el sueño (De la Fuente, 1989).

Otra variable estudiada es la densidad REM (número de movimientos oculares por minuto) que aparece aumentada en la depresión, hasta el punto de existir una correlación altamente significativa entre la densidad REM total y la severidad del cuadro depresivo. Sin embargo, no se ha encontrado correlación significativa entre la reducción de la latencia REM y el grado de severidad de la depresión. Es curioso notar que la densidad REM en los depresivos es casi dos veces mayor que en los sujetos normales (Lolas, 1983).

- Estudio Electromiográficos (EMG)

La tensión muscular o la actividad motora residual puede medirse con un electromiógrafo, aparato que calcula la actividad eléctrica de un músculo en reposo. Whatmore y Ellis (1969) (citados en Polaino, 1985) presentaron una serie de estudios sobre la medición de la tensión muscular en diferentes estadios de la enfermedad y después de la recuperación; aunque la actividad motora residual era alta en grado anormal en ambos grupos de pacientes, tan sólo en los enfermos depresivos se observaba un incremento de tensión muscular, persistente y mantenido; este incremento era mayor en los pacientes de movimientos lentos, que en los depresivos agitados.

4) MODELOS BIOQUIMICOS

Sin duda el descubrimiento de los neurotransmisores en el sistema nervioso central (SNC) es el que mayor número de consecuencias ha generado, para el progreso en el estudio del comportamiento normal y patológico. Como los neurotransmisores y las hormonas son un substrato permanente para el funcionamiento del SNC, se deduce que toda conducta está relacionada con estas sustancias.

Básicamente, la investigación en enfermos deprimidos se ha orientado al metabolismo de las aminas biógenas, en especial: 1) CATECOLAMINAS (Norepinefrina y Dopamina): a) Se sostiene que en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas en concreto Noradrenalina

(NA) en determinadas regiones cerebrales; tal déficit, no es constante en todos los tipos de depresión. b) Algunas investigaciones conducen a la hipótesis de que las depresiones - o al menos cierto tipo - consisten en una disminución de las sustancias dopaminérgicas, que afectan principalmente a los circuitos de recompensa, de quienes depende el procesamiento de gran parte de la información con significación positiva para el sujeto, lo que podría explicar los déficit que caracterizan el comportamiento depresivo.

2) **INDOLAMINAS:** Se sostiene que en ciertos depresivos hay un decremento en los niveles funcionales de serotonina 5-Hidroxitriptamina (5HT) cerebral; la tasa de esta sustancia en el cerebro se incrementaría por la acción de los antidepresivos y de los precursores de la misma (Leboyer,1983).

- Metabolito Electrolítico

Los electrólitos o átomos cargados de electricidad, desempeñan una función vital en el funcionamiento normal del Sistema Nervioso. Ciertos estudios han demostrado que pueden existir perturbaciones en la distribución del sodio y del potasio por lo que respecta a los pacientes depresivos (y maníacos); hablaron de un aumento del sodio intracelular en pacientes con depresión psicótica después de la recuperación clínica, tenía lugar la correspondiente disminución del sodio intracelular. Además, la distribución de estos electrólitos ejerce un importante efecto sobre el funcionamiento de las catecolaminas (Calderón,1989).

- Metabolismo del Calcio

Es posible, que durante la depresión exista una relativa deficiencia de calcio en la membrana celular (que se pierde mediante la orina), y que el sodio se introduzca así en el interior de la célula en cantidades crecientes originando el aumento de sodio intracelular (Calderón, 1989).

- Metabolismo de la Hormona Adrenocortical

Numerosos estudios han demostrado que, en los pacientes depresivos, la producción de hidrocortisona aumenta, en proporción directa con la gravedad de la enfermedad. Por otra parte la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres; esto tiene lugar durante el período involutivo cuando precisamente ocurren cambios significativos en varias hormonas, según dictámenes, los compuestos contraceptivos orales (por lo general, combinación de estrógeno y progesterona, dos hormonas esteroides) tanto causan depresión como, paradójicamente, aligeran los síntomas depresivos (Mendels,1989).

Existen asimismo pruebas para afirmar que la progesterona, hormona sexual producida principalmente por los ovarios y de importancia vital para la actividad normal sexual y reproductora de la mujer, puede catalogarse junto a las hormonas esteroides masculinas o andrógenas; por último las progesteronas, los andrógenos y los estrógenos poseen todos un efecto sedante sobre el SNC. Estas observaciones no dan base, para una prueba definitiva, pero apoyan la hipótesis de que las alteraciones, tanto de la cantidad de estas hormonas sexuales como de sus proporciones relativas, pueda producir cambios del estado de ánimo y de la conducta o influir en ellos.

3.1.4.- DIAGNOSTICO

Diagnosticar supone "determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos" (Dic. De la Lengua Española,19ª ed.). En la acción diagnóstica se parte de un supuesto

(la existencia de la enfermedad), se asume un procedimiento (el examen de los signos sobre los que se funda aquélla) y se tiende a una valoración (el juicio diagnóstico) desde la cual ordenar y disponer ciertos tratamientos (Polaino,1985).

Dentro de los procedimientos que permiten diagnosticar la depresión se mencionan los tests y escalas, los cuales permiten dentro del campo de la investigación psicosocial: determinar tasas de prevalencia en población general o en grupos de riesgo específico; y en la clínica : la valoración del efecto terapéutico, psicológico y de antidepresivos. Por lo menos esa sería la situación actual para un medio como este, en el que la automatización se encuentra apenas en sus inicios (Calderón,1989).

Algunos de estos tests y escalas son realmente útiles, pero también están sujetos a determinados límites; como son:

- La dificultad de decidir aquello que debe ser medido
- La dificultad que implica la elaboración conceptual de la depresión y la determinación de sus características.
- La necesidad de que el paciente debe tener la capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando está muy deprimido.

Los tests psicológicos que se emplean en el estudio de los pacientes deprimidos pueden dividirse en varios grupos de amplio alcance: Tests psicológicos generales para pacientes deprimidos que incluyen la autoestimación (self-rating) y los Tests proyectivos; las Escalas de estimación por un observador (observer-rating) y las escalas de autoestimación.

- Tests de Autoestimación:

M.M.P.I. : El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, es el test de uso más difundido en la categoría de autoestimación; esta constituido por 568 ítems que se evalúan como verdaderos o falsos, de ellos se deriva una serie de escalas destinadas a medir el grado de psicopatología que pueda presentarse y diferenciar las categorías psicopatológicas, como son: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad - feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía.

La escala 2(D) se considera como la escala del *estado de ánimo* y fue diseñada para medir la depresión; la cual se define como “pesimismo con relación al concepto de la vida y al futuro, sentimientos de desesperanza e inutilidad, lentitud en el pensamiento y la acción y, con frecuencia, preocupación por la muerte y el suicidio”.

- Tests Proyectivos

TESTS DE RORSCHACH: Con esta prueba, llamada comúnmente “tests de las manchas de tintas”, se pide al sujeto que describa todas las figuras y objetos que pueda discernir en una configuración abstracta.

Algunas respuestas al test, que algunos autores asocian con la depresión, son:

- 1.- Tanto para la depresión psicótica como la neurótica, la respuesta es baja (número total de respuestas); los pacientes depresivos sólo alcanzan un promedio de 11 a 18 respuestas.
- 2.- El tiempo de reacción (el tiempo que se tarda en responder ante una lámina), y los fallos (respuestas nulas), son mayores entre los deprimidos.
- 3.- En los pacientes deprimidos, se manifiesta cierta tendencia a seleccionar zonas parciales de las láminas con preferencia a una respuesta global (Mendels,1989).

TESTS DE APERCEPCION TEMATICA (TAT): Se muestra al sujeto una serie de dibujos de situaciones humanas, se le pide que cuente una historia que describa lo que acontece en la escena dibujada, cómo se desarrolló y cuál pudo ser el resultado; se adquiere de esta forma una

comprensión acerca del modo de pensar propio del sujeto. Las historias que narran los deprimidos se caracterizan, por una considerable restricción de pensamientos e ideas, relatos vagos y breves y por respuestas renuentes a las preguntas del examinador (Mendels,1989).

ESCALAS DE ESTIMACION DE LA DEPRESION

- Estimación por Observador

ESCALA HAMILTON DE ESTIMACION DE LA DEPRESION: Elaborada en 1960, se utiliza, sobre todo para medir la intensidad de la depresión con antidepresivos. Esta formado por una lista de 17 ítems de síntomas que deben ser obtenidos por un experto mediante entrevista; entre estos se hallan el estado de ánimo depresivo, la culpa, el suicidio, diversas clases de insomnio, lentitud, hipocondría y varios síntomas de tipo somático. Presenta definiciones de algunos de estos ítems: por ejemplo el estado de ánimo depresivo se define como “actitud melancólica, pesimismo acerca del futuro, sentimientos de tristeza, tendencia a llorar”.

Se cuantifica el registro incluyendo cuatro variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, esto da un total de 21 reactivos; las variables se miden con una escala de cinco o de tres puntos; cuando la cuantificación es difícil no se establece una distinción entre frecuencia e intensidad de los síntomas, y la persona que califica debe tomar en cuenta ambos elementos al hacer su valoración. El autor recomienda que dos personas independientes califiquen al paciente en la misma entrevista, para obtener una calificación promedio y evitar errores de interpretación personal (Calderón,1989).

- Escalas de Autoestimación:

INVENTARIO DE BECK PARA LA DEPRESION: Elaborado por Aaron T. Beck (1967) (citado en Mendels,1989) para ser administrado por un entrevistador, se utiliza con una doble copia; una se entrega al enfermo y la otra es leída en voz alta por la persona que la aplica; después de enunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique “cual de las declaraciones define mejor cómo se siente en este instante”; en ningún momento debe sugerirse la respuesta, y si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera como se siente debe registrarse el número más alto; el puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la letra A a la letra U (Mendels,1989).

El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas es una manifestación de depresión, valores numéricos del 0 al 3 cuantifican esta posibilidad; en algunas categorías existen dos alternativas de respuesta y se les divide en a y b para indicar que se encuentran en el mismo nivel; los ítems se escogieron teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo y no tienen ninguna significación etiológica. El cuestionario ha sido analizado factorialmente por diversos investigadores y utilizado como detector de la depresión en grupos de enfermos mentales no seleccionados y en pacientes internos en centros médicos.

ESCALA ZUNG DE AUTOESTIMACION DE LA DEPRESION (Self-Rating Depression Scale,SAS): en 1965, Zung y Durham publicaron una investigación, en el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento (Calderón,1989).

Cabe mencionar que se han proyectado una serie de escalas de autoestimación para pacientes depresivos que han alcanzado relativa popularidad por razón de su fácil empleo, porque han significado un avance importante en la precisión y su utilidad no sólo se limita a la evaluación del comportamiento depresivo, sino también para la detección precoz del síndrome depresivo,

para su investigación epidemiológica, el control y seguimiento de la eficacia comparativa entre los distintos procedimientos terapéuticos utilizados. Sin embargo, se les imponen ciertas limitaciones por el perjuicio que puede provenir de una autovaloración y del uso restringido en pacientes gravemente enfermos o poco instruidos; porque serán incapaz de llevar a cabo estos tests o bien complementarlos de forma satisfactoria.

Finalmente, conviene recordar que cualquier escala o tests para medir la depresión es un auxiliar en el diagnóstico de la depresión; por lo tanto nunca suplirá al estudio clínico efectuado por el profesional calificado.

3.1.5.- CLASIFICACION

En la actualidad se trabaja con la clasificación propuesta en el DSM-IV(1994) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que ha resultado ser la sistematización más completa, tanto funcional como clínicamente; en ella se combinan criterios cuya relevancia para el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas resulta hoy imprescindible.

Los pacientes son evaluados según cinco ejes, a lo largo de los cuales se distribuye el mayor o menor peso patógeno de los diferentes bloques etiológicos en torno al padecimiento depresivo concreto de un sujeto. La valoración del estado psicológico del paciente en esta clasificación multiaxial queda perfilada según los ejes siguientes: síndrome clínico específicamente depresivo; trastornos de la personalidad en el adulto y del desarrollo en niños y adolescentes; otros diagnósticos médicos coexistentes, evaluación de la intensidad de los factores psicosociales estresantes que puedan estar relacionados con el comienzo y la evolución de la enfermedad, y evaluación del nivel de funcionamiento adaptativo del paciente durante el año anterior al padecimiento de la depresión.

A continuación se exponen los principales criterios clínicos que presiden el diagnóstico de la depresión; tal y como se ofrecen en el DSM-IV (Edic,1994)

1.- Criterios para el diagnóstico de EPISODIO MANIACO

NOTA: Un *síndrome maniaco* se establece cuando cumple los criterios A, B, y C. Un *síndrome hipomaniaco* se establece cuando cumple los criterios A y B, pero no el C.

- A.- Un período delimitado y persistente en el que hay un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable.
- B.- Durante el período de alteración del estado de ánimo, como mínimo se han mantenido presentes de forma significativa 3 de los síntomas siguientes (4, si el estado de ánimo sólo es irritable);
- 1) autoestima excesiva o grandiosidad,
 - 2) disminución de la necesidad de dormir, por ejemplo; el sujeto se siente descansado después de dormir sólo 3 horas
 - 3) el paciente está más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente.
 - 4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad.
 - 5) distraibilidad, por ejemplo, la atención se dirige con facilidad hacia estímulos externos irrelevantes o poco importantes.
 - 6) incremento de la actividad dirigida hacia un objetivo (tanto social, como laboral, escolar, o sexual) o agitación psicomotora.

- 7) implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, sin que ello sea reconocido por el sujeto; por ejemplo gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en absurdos negocios.
- C.- La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar un notable deterioro en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás, o como para requerir hospitalización en prevención de posibles perjuicios para el paciente o para los demás.
- D.- Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- E.- El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, ni a un trastorno esquizofreniforme, ni a un trastorno delirante o psicótico no especificado.
- F.- No puede establecerse que un factor orgánico inició y mantuvo (por ejemplo fármacos, TEC) que aparentemente desencadena una alteración del estado de ánimo, no debe ser considerado como un factor etiológico de naturaleza orgánica.

2.- Criterios para el diagnóstico de EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

NOTA: Un *síndrome depresivo mayor* se define según el criterio A siguiente:

- A.- Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes ha estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones).
- 1) estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
 - 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
 - 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día.
 - 4) insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5) agitación o entecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud).
 - 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día,
 - 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autoreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);
 - 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás).
 - 9) ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir); ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B.- 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
 2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

NOTA: Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o entecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

- C.- Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- D.- El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

2.1.- Criterios para el diagnóstico del tipo MELANCOLICO

Presencia de cinco de los síntomas siguientes, como mínimo:

- 1) pérdida de interés o de capacidad para el placer en toda o casi todas las actividades;
- 2) falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría cuando eventualmente sucede algo bueno)
- 3) la depresión suele ser más intensa por la mañana,
- 4) despertar precoz por la mañana (como mínimo, dos horas antes de la hora habitual),
- 5) entecimiento o agitación psicomotora (no simplemente quejas subjetivas)
- 6) anorexia significativa o pérdida de peso (por ejemplo más de 5% del peso corporal en un mes)
- 7) ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo mayor,
- 8) uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa.,
- 9) buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica, por ejemplo tricíclicos, TEC, IMAO, Litio.

3.- Criterios para el diagnóstico de los TRASTORNOS BIPOLARES.

3.1.- TRASTORNO BIPOLAR, MIXTO

A.- El episodio actual (o el más reciente) incluye la sintomatología completa de los episodios maníacos y depresivos mayores (exceptuando la duración de dos semanas, requerida para los síntomas depresivos), tanto mezclados como alternando rápidamente en pocos días.

B.- Los síntomas depresivos predominantes duran un día completo como mínimo.

Especificar si hay un patrón estacional.

3.2.- TRASTORNO BIPOLAR, MANIACO

Actualmente (o muy recientemente) en un episodio maniaco (si ha habido un episodio maniaco previo, el episodio actual no necesita cumplir todos los criterios de un episodio maniaco).

Especificar si hay un patrón estacional.

3.3.- TRASTORNO BIPOLAR, DEPRESIVO

A.- Ha tenido uno o más episodios maníacos.

B.- Actualmente (o muy recientemente) en un episodio depresivo mayor (si ha habido un episodio depresivo mayor previo no es necesario que el episodio actual cumpla todos los criterios de un episodio mayor)

Especificar si hay patrón estacional.

4.- Criterios para el diagnóstico de TRASTORNO CICLOTÍMICO

A.- Presencia durante dos años como mínimo de numerosos episodios hipomaniacos (todos los criterios para el episodio maniaco, excepto el criterio C que indica un marcado deterioro) y numerosos períodos con el estado de ánimo deprimido o con pérdida de interés o de capacidad para el placer, sin que se cumpla el criterio A de episodio depresivo mayor.

B.- Un período de dos años en el que se da la alteración, sin síntomas hipomaniacos o depresivos por más de dos meses consecutivos.

C.- No hay pruebas claras de la existencia de un episodio depresivo mayor o de un episodio maniaco durante los dos primeros años de la alteración.

NOTA: Después de este período mínimo de ciclotimia, pueden haber episodios depresivos mayores o maniacos superpuestos, en cuyo caso debe optarse por el diagnóstico adicional de trastornos bipolar o de trastorno bipolar no especificado.

D.- El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

E.- No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración, por ejemplo intoxicación repetida de fármacos y alcohol.

4.1.- Criterios para el diagnóstico de DISTIMIA

A.- Estado de ánimo deprimido, comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo.

B.- Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los síntomas siguientes:

- 1) poco apetito o voracidad
- 2) insomnio o hipersomnias
- 3) pérdida de energía o fatiga
- 4) disminución de autoestima
- 5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
- 6) sentimientos de desesperanza

C.- Un período de dos años, en el que se da la alteración, sin síntomas del criterio A por más de dos meses seguidos.

D.- No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración.

NOTA: Antes de la aparición de la distimia puede haber un episodio depresivo mayor, a condición de que este en remisión completa (ningún signo o síntoma significativo durante seis meses). Además al cabo de dos años de aparecer la distimia puede haber episodios superpuestos de depresión mayor, en cuyo caso se optará por ambos diagnósticos.

E.- Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco inequívoco.

F.- El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

G.- No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración, por ejemplo la administración prolongada de una medicación antihipertensiva.

5.- Trastorno depresivo no especificado.

Incluye los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

Ejemplos:

- 1) un episodio mayor superpuesto a una esquizofrenia residual,
- 2) una alteración depresiva, leve y recurrente que no cumple los criterios de distimia.
- 3) episodios depresivos no relacionados con el estrés, que no cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

Especificar si hay patrón estacional.

Una vez establecidos los aspectos que permiten integrar un diagnóstico, es necesario establecer un plan de tratamiento

3.1.6.- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

En 1957, Jean Delay propuso una clasificación de los psicofármacos; los divide en: *psicolépticos* con acción sedativa; *psicoanalépticos* que elevan el tono mental, entre los que distingue los estimulantes de la vigilia o *analépticos* y los estimulantes del humor o *timoanalépticos*, finalmente un tercer grupo, el de los perturbadores del tono psíquico o *psicodislépticos* (Calderón,1989).

Medicamentos Antidepresivos o Timoanalépticos

- Definición y propiedades:

El término timoanaléptico se aplica en sentido amplio a todo fármaco cuya acción es antidepresiva; son medicamentos capaces de mejorar el humor deprimido y de normalizar el estado de ánimo; el resultado terapéutico suele demorarse días o semanas, pero su efecto es sostenido, además son útiles en el tratamiento de la depresión psicótica, neurótica y simple (Rago,1979).

- Actividad Farmacológica

Los medicamentos antidepresivos corrigen los estados depresivos anormales, pero no causan ningún efecto en el organismo normal, no actúan como estimulantes o euforizantes y no originan dependencia.

- Clasificación

Los medicamentos antidepresivos están divididos en tres grandes grupos:

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

- Mecanismos de Acción

La imipramina bloquea preferentemente la recaptación presináptica de las catecolaminas, y la clorimipramina inhibe sobre todo la recaptación de la serotonina.

- Metabolismo y eliminación

La absorción digestiva es en general satisfactorio, todos los tricíclicos sufren una transformación metabólica casi total, prueba de ello es que en la orina no se detecta más que un porcentaje mínimo (0.5 a 5%). Los efectos tardan en aparecer entre tres y cuatro semanas, en algunos casos se presentan en los primeros cinco días; por lo general producen efectos colaterales de tipo vegetativo, relacionados con su efecto anticolinérgico, suelen ser más intensos durante los primeros días y disminuyen con el tiempo, habitualmente se presenta sequedad de boca en casi todos los casos por disminución de la secreción salival, mal sabor de boca, sensación de mareo o desvanecimiento, sobre todo al ponerse de pie (Berlenga, 1990).

Algunos de los productos más conocidos son:

Nombre Genérico	Nombre Comercial
• Imipramina	Tofranil, Talprim
• Desmetilimipramina o Desimipramina	Pertofrán, Norpramin
• Amitriptilina	Tryptanol, Adepsique, Limbitrol, Mutabon, Sarotex.
• Nortriptilina	Avantyl, Motival
• Clorimipramina	Anafranil
• Trimipramina	Surmontil
• Butriptilina	Evadyne

ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO)

- Mecanismos de acción.

Aumentan directamente la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación.

- Metabolismo

Tienen una cinética de eliminación mucho más larga que los tricíclicos, generalmente tardan hasta diez días; pueden originar vértigos, mareos e insomnio. Su máxima eficacia terapéutica la alcanzan cuando se administran en síndromes depresivo-ansioso o atípicos en los que la ansiedad, la fatiga, las fobias y los componentes neurovegetativos y somáticos son los síntomas predominantes (Berlenga, 1990).

Los medicamentos son:

Nombre Genérico	Nombre Comercial
• Fenelcina	Nardil
• Isocarboxacida	Marplan

ANTIDEPRESIVOS TETRACICLICOS

En los últimos años se han empezado a utilizar ya que sus efectos secundarios son menores, sin embargo su actividad en México no ha superado a la de los tricíclicos. En los casos en que existan contraindicaciones para utilizar los tricíclicos o se presenten efectos secundarios molestos, deben utilizarse estos:

Nombre Genérico	Nombre Comercial
• Maprotilina	Ludiomil
• Nomifensin	Merital

- Mianserina
- Trazodona

Tolvon
Sideril

En pocos años, se han introducido bastantes medicamentos antidepressivos que han demostrado ser de utilidad, logrando reducir la electrochoqueterapia, haciendo posible la mejoría de pacientes crónicamente enfermos y resistentes a cualquier otro tratamiento, disminuyendo la necesidad y tiempo de hospitalización, mejorando la capacidad de reacción de los pacientes a la psicoterapia.

Además se cuentan hoy con dos criterios en que fundamentar las decisiones terapéuticas, en relación con las depresiones:

- *El criterio clínico* - mejorado por una observación más sutil de la respuesta del sujeto al fármaco - va aumentando certezas en torno al uso de las distintas sustancias antidepressivas.
- *Las pruebas funcionales endocrinas* - todavía en desarrollo- gracias a las cuales puede el clínico decidirse, de forma más precisa y objetiva por la administración de cierta sustancia.

No obstante lo anterior, el psiquiatra, buscando ofrecer algo más que un alivio sintomático y consciente de que el paciente que sufre una enfermedad depresiva, padece problemas en sus relaciones objétales durante los intervalos entre los episodios depresivos, prefiere seguir un programa razonado que no sólo sirva para interrumpir el episodio de enfermedad actual, sino que tienda a rectificar el funcionamiento de la personalidad y por consiguiente, protegerlo frente la recaída. Por lo anterior la farmacología debe considerarse un medio útil para un programa terapéutico que debe incluir la psicoterapia superficial o intensiva y recomendaciones en cuanto a la alteración de las circunstancias del paciente y su *modus vivendi* (E. James, 1981).

Existen indicaciones obvias, por ejemplo ha de preferirse el efecto relativamente rápido de la terapéutica farmacológica al efecto retardado y lento de la psicoterapia cuando el paciente se muestra seriamente suicida; si sufre intensamente, se encuentra seriamente incapacitado o se muestra tan desorganizado que ni siquiera puede participar en un procedimiento psicoterapéutico. También debe considerarse la terapéutica farmacológica si, el paciente es demasiado viejo y las circunstancias externas demasiado fijas para permitir que la psicoterapia ejerza influencia; si no se disponen de estos servicios o si el paciente la rechaza, porque no puede soportar la idea de que su enfermedad revela un defecto en el funcionamiento de su personalidad.

Finalmente el psiquiatra al elegir la medicación, debe guiarse por las características de la enfermedad, el paciente y del fármaco; no se trata de seleccionar un fármaco, sino preparar un programa que incluya la terapéutica farmacológica, la psicoterapia y la influencia medioambiental, dicho programa debe alterarse en relación a los cambios en el estado clínico del paciente (E:James, 1981).

3.1.7.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Algunas de las modalidades de tratamiento para los enfermos depresivos pueden ser:

- *La psicoterapia médica*: debe ser efectuada por un médico o psicólogo cuyo entrenamiento éste especialmente orientado a terapias breves, que son más útiles para estos enfermos.
- *El mensaje terapéutico*: es el marco básico de apoyo emocional al paciente y comprende:
 - Explicación de la enfermedad: lo que más afecta a la persona es que el médico, después de ciertos estudios, le diga que "no tiene nada, que sólo son sus nervios y que debe controlarse, culminando la entrevista con la prescripción de un tranquilizante y el cierre del caso.

Precisamente, este es el enfoque que se debe evitar si el enfermo no ha visto a otros médicos, o contrarrestar si ya ha recibido opiniones en este sentido; es muy conveniente dar estas explicaciones frente a familiares, con objeto de lograr una buena colaboración de su parte, al mismo tiempo resolver sus dudas al respecto.

La primera situación por aclarar es que efectivamente se encuentra enfermo, aunque no precisamente de un padecimiento orgánico, sino de tipo emocional y ello explica lo mal que se siente y la necesidad que tiene de ayuda profesional adecuada.

El segundo mensaje es explicarle en forma sencilla que no es una enfermedad grave, pero sí muy molesta, que se presenta con frecuencia en la actualidad debido al tipo de vida que se lleva.

- **Transferencia de Seguridad:** la seguridad que el psicólogo tenga para lograr la recuperación de la enfermedad se transmite indudablemente al paciente; no hay nada más desconsolador que un "posiblemente", "tal vez" o "esperemos"; el profesionista que conoce bien el cuadro debe ser siempre positivo en su pronóstico; no hay que olvidar que hay casos complicados en su evolución, pero el armamento terapéutico con que se cuenta brinda un gran número de opciones en el tratamiento; la relación psicólogo-paciente puede ser el mejor tratamiento que reciba el enfermo. (Calderón,1989).

-**La psicoterapia basada en la teoría psicodinámica:** busca la resolución de los episodios periódicos y conseguir un cambio en los conflictos de la personalidad subyacentes que, es la que proporciona la base para la aparición de la enfermedad; los principios generales de la psicoterapia que se aplican al tratamiento de la depresión son:

1.- El deprimido presupone que será repudiado; le será necesario saber que el terapeuta lo acepta; esta aceptación debe captarse como existente a pesar de la creencia del paciente en su propio desmerecimiento y no por razón de ella.

2.- Al deprimido se le debe suministrar cierta dosis de apoyo y confianza; sin fomentar el desarrollo de una dependencia indebida, el terapeuta sabe que la depresión tiene sus propios límites, que las ideas y sentimientos del paciente son impropios e ilógicos; es muy importante que logre comunicarle algo de esta convicción (Mendels,1989).

- **La psicoterapia comportamental:** de ciertas depresiones se fundamenta en:

- a) Algunas depresiones pueden ser provocadas por factores psicológicos, cuya importancia etiológica variará, según actúen desencadenantes, precipitantes o mantenedores del cuadro.
- b) La conducta depresiva es sensible y modificable en función de los cambios que deliberadamente o no, se introduzcan en el flujo estimular ambiental.
- c) El comportamiento depresivo puede ser evaluado cuantitativamente, determinándose con cierta exactitud la profundidad y gravedad de sus alteraciones, así como los cambios generados en ella tras la aplicación de técnicas para la modificación comportamental.
- d) El comportamiento de los sujetos deprimidos se modifica. cuando experimentan, operativa y funcionalmente, su capacidad de ejercer un cierto control sobre el medio.

En la última década ha cobrado vigor entre las técnicas de modificación de conducta (TMC), **la terapia cognitiva** (T.C.) de las depresiones de Beck (1978) (citado en Polaino,1985). A continuación se mencionan algunas de las principales notas que caracterizan a estas estrategias:

- 1.- La T.C. constituye un modo de terapia estructurada y diseñada para el tratamiento de los factores específicamente cognitivos implicados en las conductas depresivas reactivas, sean moderadas o severas; abarca un bloque de estrategias integradas con las que el paciente y el terapeuta trabajan juntos y activamente.
- 2.- La T.C. se propone los objetivos siguientes:
 - a) Identificar y modificar las alteraciones cognitivas del paciente.

- b) Hacer explícito el esquema cognitivo subyacente al comportamiento depresivo.
 - c) Incrementar el repertorio adaptativo del paciente para la conducta de solución de problemas.
 - d) Examinar junto con el paciente las evidencias en pro y en contra del pensamiento automático distorsionado.
- 3.- La T.C. se sirve de estrategias y situaciones, diseñadas, para la identificación de los desórdenes cognitivos del paciente, a este fin se asignan tareas comportamentales al sujeto depresivo; de modo que pueda experimentar y registrar las situaciones y problemas que considera especialmente insuperables.
 - 4.- La T.C. entrena al paciente, mediante las anteriores estrategias, de manera que sea él mismo quien obtenga la información relevante, para que pueda hacer más objetiva y real la organización de los estímulos que le llegan o la interpretación - atribución de las situaciones estimulantes- que hasta entonces son funcionalmente depresógenas.
 - 5.- La T.C. encamina al paciente a aprender que resolver su alterada construcción de la realidad, es el primer paso que se debe dar en el tratamiento de sus síntomas depresivos. El terapeuta, a la vez entrena al paciente en estas actividades, introduciendo las estrategias de intervención que considere pertinentes, en función del paciente y sus circunstancias le impongan.
 - 7.- El terapeuta debe seleccionar, de acuerdo con su paciente, el área sobre la que dirigirán de manera preferente su trabajo.

De acuerdo a la información anterior se considera que la terapia breve con un enfoque cognitivo-conductual resulta la más efectiva, sobre todo con los pacientes deprimidos en un medio hospitalario; ya que no se dispone del tiempo y las condiciones óptimas para una terapia más larga o complicada.

3.2.- ANSIEDAD

3.2.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

Es considerada como uno de los síntomas de casi todas las psicopatologías y en particular de los trastornos neuróticos, desempeña un papel importante en el estudio de la psicología de las personas normales, ya que son contadas las que pasan una semana de su vida sin experimentar, en alguna forma, una emoción que todos coinciden en llamar ansiedad.

Aunque los trastornos mentales caracterizados por la presencia de angustia como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, la decisión de agruparlos en categorías diagnósticas específicas corresponde Sigmund Freud (1894) (citado en Ayuso, 1988), quien en el siglo pasado describió los diversos tipos de neurosis, considerando a la angustia como su elemento básico; eran trastornos sin base orgánica, motivados por un conflicto intrapsíquico y cuyas diferencias provenían de los diversos dispositivos manejados por el sujeto para defenderse contra el conflicto instintivo. Freud describió la neurosis de angustia, que constituye la expresión más simple del trastorno neurótico en el que el supuesto conflicto no se encuentra disfrazado, desplazado o simbolizado; "Damos a este complejo de síntomas - dice Freud - el nombre de neurosis de angustia por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia".

3.2.2.- EPIDEMIOLOGIA

"La angustia, sentimiento implícito en la condición humana constituye, además de un estímulo productivo, el sufrimiento psicológico por excelencia que con frecuencia perturba el comportamiento y compromete seriamente el funcionamiento del individuo" (Ayuso, 1988).

Según el Diccionario de la Real Academia Española, la angustia, aflicción o congoja, es la emoción más universalmente experimentada y ha sido objeto de especial atención por parte de filósofos, teólogos, poetas, psicólogos y psiquiatras. Se trata de una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el sujeto; implica el presentimiento de la disolución del yo o la conciencia de la nada.

Tanto desde el punto de vista subjetivo como fisiológico, el miedo es indistinguible de la angustia; cuando el sentimiento ansioso resulta de una amenaza ante el peligro externo identificable en el ambiente, se usa el término miedo; en cuanto conocido existe la posibilidad de evadirse del peligro de ser dominado, mientras el miedo va dirigido hacia un objeto determinado, la angustia es vivenciada como indeterminada y carente de objeto; a diferencia de los animales, que sólo responden con los signos fisiológicos del miedo ante una situación de peligro, el hombre es capaz también de poder anticipar la amenaza futura, y esta anticipación es la base de la angustia.

La angustia y la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables; ansiedad se refiere al aspecto puramente psíquico, subjetivamente vivenciado como un estado de inquietud, sentimiento de amenaza y temor indefinido; angustia, se denomina la vivencia somática de la ansiedad sentida como malestar corporal vago y muy especialmente constricción torácica y cardíaca. La ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento; supone un poderoso estímulo para el desarrollo de la maduración de la personalidad; de alguna forma, la angustia implica un impulso creador.

En términos generales, la *angustia normal* es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal; la *angustia patológica* es desproporcionada con la situación o

se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, el sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para neutralizar las situaciones provocadoras de ansiedad (Maher,1970).

Mientras la angustia normal surge en el plano de los sentimientos psíquicos, es decir de los sentimientos dirigidos o motivados, la angustia patológica pertenece a los sentimientos vitales aquellos que se refieren a la vivencia corporal, informando sobre la salud y la enfermedad y por tanto no están en relación con las circunstancias ambientales.

Más recientemente, Sheehan (1982) propuso la distinción de angustia endógena versus angustia exógena, que se ubica con la separación normal-patológica. En la *angustia endógena*, los síntomas ofrecen un carácter súbito, paroxístico, inexplicable sin relación aparente para el sujeto que la sufre con las situaciones ambientales; se asocia frecuentemente con fobias múltiples; generalmente requiere tratamiento farmacológico para lograr buenos resultados. *Angustia exógena* relacionada con el estrés, habitualmente responde al tratamiento psicológico, su evolución no registra ataques espontáneos de angustia, es menos común el desarrollo de conducta de evitación fóbica y cuando surge suele tratarse de una fobia concreta (monofobia).

Desde la perspectiva evolutiva se distingue la angustia aguda de la crónica: *angustia aguda* surge con un comienzo habitualmente brusco, como secuela de un suceso específico, aunque puede aparecer de forma diferida y mostrar un incremento paulatino de la intensidad a lo largo de un breve período de tiempo. *Angustia crónica* representa un estado habitual de hiperalerta, que implica frecuentemente un descenso del rendimiento social y laboral del sujeto, este estado persistente de angustia flotante o localizada en algún sector de la geografía corporal ofrece fluctuaciones condicionadas por acontecimientos vitales, a veces banales (Coderch,1991).

3.2.3.- TEORIAS PSICOLOGICAS

Entre los distintos enfoques psicológicos de la angustia se destacan la teoría psicoanalítica y la teoría conductista, que han contribuido notablemente a la comprensión del desarrollo y la sintomatología de los trastornos de angustia, aportado modelos terapéuticos.

Freud prestó particular atención al estudio de los pacientes con síntomas de angustia, independientemente del valor que en la actualidad pueda concederse a sus interpretaciones, es preciso reconocer la riqueza y precisión de sus observaciones clínicas. Freud separó de la neurastenia un *complejo de síntomas* al cuál calificó con el término de neurosis de angustia; el cuadro clínico comprendía el incremento de la excitabilidad general, la espera angustiosa y los ataques de angustia. En los estudios sobre la histeria, formulaba que el recuerdo de un "traumatismo sexual" causaba la angustia, considerándola como resultado de la represión de la pulsión sexual en el inconsciente; cuando la energía psíquica ligada a los pensamientos, impulsos y deseos reprimidos llega a ser, por su intensidad incontrolable por el mecanismo de represión, se desplaza al ámbito de la conciencia bajo el disfraz de los síntomas de la angustia.

Finalmente en 1962, se desarrolla la última concepción freudiana de la angustia para adecuarla a la teoría estructural del aparato psíquico en sus tres instancias: ello, ego y super-yo. En inhibición, síntomas y ansiedad, en vez de considerar que la represión conduce a la ansiedad se invierten los términos, de modo que la angustia es considerada como un signo para el ego que se encuentra en una situación de peligro; este es el concepto de *ansiedad-señal*; la represión es en esta formulación una maniobra psíquica que intenta reducir el grado de ansiedad percibida y facilitar la evitación de la situación peligrosa; es decir la angustia conduce a la represión, y no a la inversa (Ayuso,1988).

Freud distinguió tres tipos de ansiedad, de acuerdo con su origen; la *ansiedad objetiva* se refiere a la reacción del yo ante un peligro de tipo externo, como por ejemplo la ansiedad que se siente cuando peligran la vida misma, este tipo de ansiedad es lo mismo que el miedo justificado. La *ansiedad moral*, experimentada por el yo en forma de culpabilidad o de vergüenza, se considera como un temor a que el super-yo castigue un desacato a las normas morales de conducta. La *ansiedad neurótica*, el miedo a las consecuencias desastrosas de la expresión de un impulso previamente castigado del ello, la ansiedad neurótica tiene sus raíces en la ansiedad real (Davison, 1991).

La teoría psicoanalítica con estos planteamientos sigue siendo aceptada en la actualidad, constituyendo el soporte conceptual del tratamiento psicoanalítico que pone el acento en la experiencia adquirida y en el conflicto inconsciente. La tarea esencial en la cura psicoanalítica consiste en recordar los contenidos traumatizantes que pueden estar olvidados en el inconsciente analizando las resistencias que impiden su descubrimiento.

Por su parte los psicólogos conductuales proponen que la angustia es una conducta aprendida y por consiguiente, puede ser *desaprendida* con un tratamiento adecuado; según la teoría del aprendizaje, la angustia constituiría la respuesta condicionada (aprendida) hacia aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro. En la formulación clásica de Pavlov, un estímulo no condicionado, como dolor o miedo, determina una conducta defensiva de evitación, los estímulos que frecuentemente preceden a los no condicionados se convierten en estímulos condicionados y conducen a una respuesta condicionada, en este caso la angustia, a su vez también determina una conducta de evitación fóbica. Asimismo, los factores disposicionales facilitarían la dicitación de la respuesta de angustia, de modo que los individuos ansiosos serían aquellos que presentan la respuesta con mayor facilidad, intensidad y frecuencia y aprenden a generalizarla de una manera también más fácil y excesiva (Ayuso, 1988).

A pesar de ciertas objeciones para aplicar el modelo conductista a la recurrencia de los ataques de angustia, la teoría sigue siendo válida para explicar el desarrollo de la agorafobia; en este caso, el ataque de angustia actúa como estímulo incondicionado para promover la conducta de evitación, mientras sigan sufriendo ataques de angustia, la conducta de evitación de los pacientes se ve reforzada y la agorafobia no mejora; en cuanto los ataques son bloqueados, el paciente puede ser sistemáticamente desensibilizado de las fobias.

3.2.3.1.- BASE NEUROBIOLÓGICA

En contraposición con el modelo psicodinámico en cuyo marco se ha conceptualizado la angustia durante un siglo, una serie de estudios experimentales y clínicos indican que puede ser considerado como un fenómeno básicamente biológico.

- Receptor de Benzodiazepinas G.A.B.A.

El concepto de receptor, conlleva, la doble condición de capacidad para ligar sustancias específicas y de poner en marcha con ello una respuesta biológica. Con el descubrimiento de los receptores de las benzodiazepinas (ansiolíticos) se demostró que la afinidad del receptor por estos psicofármacos se incrementaba *in-vitro* por la adición de bajas concentraciones de ácido-gamma-aminobutírico (GABA) que constituye el principal neurotransmisor inhibitorio de la excitabilidad neuronal. Desde el punto de vista bioquímico las benzodiazepinas, al unirse con sus receptores específicos, facilitan la unión del GABA a los suyos. El GABA provoca un cambio en la permeabilidad de la membrana neuronal a los iones cloro, con lo que la neurona se carga negativamente con respecto al medio, siendo más difícil de excitar. (Ayuso, 1988)

Aunque todavía puede parecer algo especulativo, el complejo receptor benzodiazepinas-GABA puede estar involucrado no sólo en las acciones ansiolíticas de las benzodiazepinas, sino también en la patología de la angustia.

- Neurotransmisión Noradrenérgica.

Varias líneas de investigación avalan el protagonismo del sistema noradrenérgico cerebral en la neurobiología del miedo y de la angustia; este sistema, que cuenta con la noradrenalina como mensajero en la transmisión del impulso nervioso, tiene como núcleos principales el *locus coeruleus*, situado en el puente cerebral cerca del cuarto ventrículo, contiene casi el 70% de la noradrenalina cerebral, el sistema límbico, el tronco cerebral y el cerebelo, constituye el centro responsable del control de las reacciones de alarma que implican alteraciones del sistema nervioso vegetativo y respuestas emocionales.

El *locus coeruleus*, a su vez, recibe importante información del sistema reticular y de los núcleos sensoriales, todas estas conexiones parecen explicar los distintos fenómenos, centrales y periféricos asociados a la angustia; la actividad del sistema reticular produce un incremento del *arousal*, la conexión con el cerebelo explica la reacción de temblor y las comunicaciones con las áreas corticales y límbicas justificarían los síntomas subjetivos de la angustia (Ayuso, 1988).

- Neurotransmisión Serotoninérgica

La evidencia experimental y clínica apunta hacia una posible participación de la actividad serotoninérgica en la producción de la ansiedad patológica. Evans y cols. (1985) (citados en Ayuso 1988) han demostrado que hay una disminución de la concentración plásmatica de serotonina en los pacientes que sufren agorafobia con ataques de angustia; este fenómeno podría ser consecuencia de un incremento en la recaptación de este neurotransmisor a nivel del sistema nervioso central, incremento que se detecta en las plaquetas de estos pacientes.

Por otra parte las neuronas serotoninicas de los núcleos del rafe ejercen una influencia inhibitoria sobre la actividad neuronal de diversas estructuras cerebrales implicadas en la presencia de angustia, como el *locus coeruleus*, la amígdala y el hipocampo; así la facilitación de la neurotransmisión serotoninica antagoniza la producción de angustia, implicándose de esta forma tanto la serotonina como la noradrenalina en la patofisiología (Gray, 1979).

3.2.3.2.-SINTOMAS CLINICOS

La sintomatología que se presenta en estados de ansiedad puede describirse como sigue:

- 1.- Sensaciones conscientes de temor, aprehensión, anticipación de peligro o amenaza determinada que pudiera explicar estas sensaciones.
- 2.- Un tipo mezclado de estados orgánicos, incluyendo síntomas cardio-vasculares (palpitaciones, pulso rápido o errátil, tensión arterial elevada, languidez, etc.) síntomas gastro-intestinales (náuseas, pérdida de apetito, vómitos, diarrea), síntomas respiratorios (disnea, sensación de sofocación, respiración rápida y superficial) junto con otros síntomas tales como transpiración, micciones frecuentes, insomnio, etc.
- 3.- Tirantez muscular, incluyendo temblores, hiperactividad, desorganización general motora, *pesadez*, quejas de cansancio muscular después de un estado prolongado de tensión.
- 4.- Una sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad de pensar con claridad (Mendoza, 1997).

3.2.4.- DIAGNOSTICO

Para los psicopatólogos, una cuestión de primordial importancia es formarse un concepto de ansiedad; se han utilizado tres métodos para evaluarla: el autorreporte, el método conductual y el método fisiológico.

- El autorreporte

El punto de vista es fenomenológico, en su evaluación de los síntomas psicopatológicos, se concede importancia a las impresiones subjetivas inmediatas del individuo sobre sí mismo y su mundo; esta descripción que hace de su situación, sería la base para que un fenomenólogo tratara de entender la ansiedad; los investigadores idearon varios cuestionarios que intentan traducir las impresiones del individuo a términos estandarizados; por ejemplo el IDARE.

El inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado (IDARE), versión en español del STAI - State Trait Anxiety Inventory - (Spielberger y Díaz Guerrero,1975) es uno de los instrumentos diseñados para la medición de la ansiedad . Está constituido por dos escalas independientes (ansiedad-estado y ansiedad-rasgo). La ansiedad de estado es conceptualizada como un estado emocional transitorio o condición de la persona que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo; esta puede ser mayor bajo circunstancias en las que el individuo las perciba como peligrosas. La ansiedad de rasgo se refiere a diferencias individuales relativamente estables en la predisposición a la ansiedad, es decir, diferencias en la disposición de percibir un rango de situaciones como peligrosas o amenazantes y la tendencia a responder a ellas con estado ansioso. (Spielberg,1972)

De esta forma se obtienen dos porcentajes individuales; ambas escalas consisten en 20 reactivos que el sujeto valora sobre una escala de 1 a 4; en el caso de la escala ansiedad-estado el sujeto evalúa como se siente en el momento preciso de la aplicación, en la escala ansiedad-rasgo el sujeto evalúa los reactivos de acuerdo a su estado emocional general; este inventario está diseñado para ser autoadministrado y sin límite de tiempo.

- La conducta manifiesta

Consiste en observar la conducta manifiesta sobre reacciones y movimientos que supuestamente reflejen el estado emocional interno.

- El método fisiológico

La ansiedad suele definirse fisiológicamente de acuerdo a las actividades del sistema nervioso autónomo y de la secreción de ciertas glándulas endocrinas, se pueden observar directamente algunos cambios fisiológicos que supuestamente indican ansiedad, por ejemplo respiración acelerada y sudoración, aunque también pueden ser registrados por instrumentos electrónicos para poder hacer determinaciones más precisas (Davison,1991).

3.2.5.- CLASIFICACION

A continuación se exponen los principales criterios clínicos que presiden el diagnóstico de la ansiedad, tal y como se ofrecen en el DSM-IV (Edic.1994), cuya importancia para el diagnóstico y las decisiones terapéuticas resulta imprescindible:

1.- Criterios para el diagnóstico del TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

A.- Ansiedad y preocupación no realista o excesiva (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales, por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de

los hijos (que no se halla en peligro). O preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte del día. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.

B.- Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y de la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a tener una crisis de angustia (como ocurre en el trastorno por angustia), a sentirse ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o en ganar peso (como en la anorexia nerviosa).

C.- El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.

D.- Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo esta ansioso (no debe incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia):

Tensión Motora

- 1) temblor, contracciones o sacudidas,
- 2) tensión o dolor muscular,
- 3) inquietud
- 4) fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad Vegetativa

- 5) falta de aliento o sensación de ahogo,
- 6) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia),
- 7) sudoración o manos frías y húmedas,
- 8) boca seca
- 9) mareo o sensación de inestabilidad
- 10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales
- 11) sofocación o escalofríos
- 12) micción frecuente
- 13) dificultades para tragar o sensación de tener “un nudo en la garganta”

Hipervigilancia

- 14) sentirse atrapado o al borde de un peligro
- 15) exageración de la respuesta de alarma,
- 16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad
- 17) dificultad en dormir o mantener el sueño
- 18) irritabilidad

E.- No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo un hipertiroidismo o la intoxicación por cafeína.

2.- Criterios para el diagnóstico de TRASTORNO POR ANGUSTIA

A.- En algún momento durante la alteración se han presentado una o más crisis de angustia (períodos concretos de miedo o molestias intensas) que han sido (1) inesperados, es decir,

que no se han presentado inmediatamente antes o durante la exposición a una situación que casi siempre causa ansiedad, y (2) no han sido desencadenados por situaciones en las cuales el individuo ha sido el foco de la atención de los demás.

B.- Por lo menos cuatro crisis tal como se definen en el criterio A durante un período de cuatro semanas, o bien una o más crisis seguidas de miedo persistente a presentar otro ataque por lo menos durante un mes.

C.- Por lo menos, cuatro de los síntomas siguientes durante alguna de las crisis:

- 1) falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo
- 2) mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia,
- 3) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
- 4) temblor o sacudidas
- 5) sudoración
- 6) sofocación
- 7) náuseas o molestias abdominales
- 8) despersonalización o desrealización
- 9) adormecimiento o sensaciones de cosquilleo de diversas partes del cuerpo (parestias)
- 10) escalofríos
- 11) dolor o molestias precordiales
- 12) miedo a morir
- 13) miedo a volverse loco o perder el control

NOTA: Las crisis que incluyen cuatro o más síntomas se les denomina crisis de angustia, aquellas que tengan menos de cuatro síntomas son crisis de síntomas limitados.

D.- En alguna de estas crisis, por lo menos cuatro de los síntomas C han aparecido rápidamente y han aumentado en intensidad durante los diez minutos siguientes al comienzo del primer síntoma.

E.- No es posible establecer la presencia de algún factor orgánico que haya iniciado o mantenido la alteración, por ejemplo intoxicación por anfetamina o cafeína, o hipertiroidismo.

NOTA: El prolapso de la válvula mitral puede ser un trastorno asociado pero en ningún caso excluye el diagnóstico de trastorno por angustia.

3.- Criterios para el diagnóstico del TRASTONO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

A.- Se cumplen los criterio de trastorno de angustia.

B.- Agorafobia: miedo de encontrarse en lugares o situaciones de las cuales pueda ser difícil (o embarazoso) escapar, o en las cuales no es fácil obtener ayuda en el caso de tener una crisis de angustia, (se incluyen aquí aquellos casos en los que la conducta de evitación persistente se ha originado durante una fase activa del trastorno por angustia, aun cuando el individuo no atribuya la conducta de evitación al miedo a tener otra crisis). Como resultado de este miedo, el individuo bien restringe su capacidad de desplazamiento, o necesita algún tipo de compañía cuando se encuentra fuera de casa. La tercera posibilidad es que resista las situaciones agorafóbicas a pesar de la intensa ansiedad; las situaciones agorafóbicas más frecuentes son el hallarse solo fuera de casa, encontrarse entre una multitud o haciendo cola, pasar por encima de un puente y viajar en autobús, en tren o en coche.

4.- Criterios para el diagnóstico del TRASTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA

A.- Se cumplen los criterios de trastorno por angustia.

B.- Ausencia de agorafobia como se definió anteriormente.

Debe especificarse la intensidad actual de las crisis de angustia, de acuerdo con lo definido.

Una vez establecidos los aspectos que permiten realizar un diagnóstico, se hace necesario establecer un plan de tratamiento.

TRATAMIENTO

Cuando el psicólogo se enfrenta con la tarea de tratar a un sujeto ansioso debe establecer el diagnóstico clínico, valorar la intensidad del trastorno, el grado de interferencia en el rendimiento y conocer las particularidades personales del individuo para decidir si procede o no al tratamiento y cuál es la modalidad terapéutica más aconsejable.

La angustia es una emoción humana universal cuyo rango oscila desde una respuesta adaptativa ante una situación estresante hasta la instauración de un trastorno endógeno incapacitante; en la mayoría de los casos no requiere tratamiento alguno, sólo cuando la angustia se hace lo suficientemente intensa como para desbordar la capacidad del sujeto a reaccionar de forma adaptativa e interfiere de modo sustancial con la actividad cotidiana, debe considerarse el tratamiento. En tal caso es importante decidir si éste consistirá en medicamentos, psicoterapia o en una combinación de varios sistemas terapéuticos (Ayuso,1988).

La polémica psicoterapia versus farmacoterapia en los trastornos de angustia como dos alternativas antagónicas resulta inadmisibles en la actualidad gracias a la evidencia no sólo de la compatibilidad de ambas modalidades de tratamiento, también a la comprobación de que en la mayoría de los casos los mejores resultados se obtienen con el tratamiento mixto.

3.2.6.-TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

La introducción en la década de los 60's de las benzodiazepinas para el tratamiento de los estados de angustia constituyó un avance significativo con respecto a la medicación ansiolítica anteriormente disponible, que tenían un efecto más sedante, con mayor riesgo de adicción y con letalidad elevada en caso de sobredosis. La eficacia y la relativa seguridad han conducido a su amplio uso, sin embargo, el riesgo de desarrollar dependencia debe ser considerado por el médico, de modo que no deben ser prescritos indiscriminadamente, sin una completa evaluación del caso. Son sustancias depresoras del sistema nervioso central, con propiedades ansiolíticas a dosis relativamente bajas y efectos sedativo-hipnótico a dosis altas; otras propiedades comunes pero presentes en grados diferentes, son la relajación muscular y la acción anticonvulsionante.

Los compuestos de vida media de eliminación prolongada están más indicados en individuos con ansiedad crónica, ya que proporcionan un continuo nivel sanguíneo de ansiolisis; análogamente, su empleo está especialmente justificado en caso de insomnio de comienzo tardío. Presentan mayor incidencia de síntomas de abstinencia tras la interrupción del tratamiento, puesto que la persistencia del compuesto durante una o dos semanas proporciona un descenso paulatino del fármaco en forma natural; asimismo ofrecen menor riesgo de abuso en sujetos dependientes a otras drogas (Gray,1979).

En cambio, los pacientes con dificultad para conciliar el sueño o con ansiedad situacional aguda pueden obtener mayor beneficio con los ansiolíticos de vida media corta, obviándose el

posible efecto sedativo una vez transcurrida la situación ansiosa. En general, a mayor intensidad del nivel de ansiedad, superior efecto ansiolítico estricto; por el contrario, con cotas más bajas de ansiedad se traspasa con mayor facilidad el umbral de la sedación; clínicamente se manifiesta por somnolencia y déficit cognitivo, expresado por la disminución de la memoria, atención, concentración y coordinación motora.

Un importante argumento a favor del gran margen de seguridad que ofrecen las drogas ansiolíticas es la excepcional rareza de sobredosis letal cuando se consume como único tratamiento. Los síntomas de abstinencia se asemejan mucho a los síntomas previos de ansiedad: irritabilidad emocional y neuromuscular, cefalea, parestesias, inquietud, sudoración, insomnio, hipersensibilidad a la luz y al ruido, molestias abdominales, náuseas, despersonalización, raramente síntomas psicóticos y convulsivos. A pesar de la dificultad que conlleva, es importante establecer el diagnóstico diferencial entre síntomas por interrupción del tratamiento y síntomas por recaída del trastorno de angustia, en la supresión se pueden encontrar nuevos síntomas mientras en la recaída aparecen sólo las manifestaciones clínicas anteriores.

Por otra parte el empleo generalizado de los agentes betabloqueadores en los estados de angustia es reciente, se trata de drogas cuya acción consiste en inhibir los impulsos nerviosos que estimulan un tipo especial de terminación nerviosa conocida como receptor betaadrenérgico, se comportan como antagonistas competitivos de la noradrenalina y de la adrenalina en dichos receptores. Ejercen su acción ansiolítica mediante la interrupción del mecanismo de retroalimentación (feedback) somatopsíquico que mantiene la ansiedad (Ayuso,1988). La mayoría de los estudios confirman una moderada acción ansiolítica, considerándose que su efecto en la vertiente psíquica de la angustia es inferior al logrado con las benzodiazepinas; en cambio la ansiedad somática -expresada por taquicardia, taquipnea, temblor y sudoración- responde satisfactoriamente a los betabloqueantes. Es aconsejable interrumpir el tratamiento de forma paulatina, pues de lo contrario pueden aparecer ansiedad, agitación e insomnio.

En la actualidad, tres grupos de medicamentos, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminooxidasa y el alprazolam, se disputan en cuanto a eficacia, el tratamiento de los pacientes con crisis recurrentes de angustia. El efecto terapéutico generalmente se demora por un tiempo que puede exceder el período de latencia como antidepresivo, por tanto, se debe persistir con el tratamiento al menos de seis a ocho semanas antes de considerar que el medicamento es ineficaz.

3.2.7.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO

El término psicoterapia comprende todos los tratamientos en los que se utilizan medios psíquicos; de forma simplificada, se distinguen tres modalidades aplicadas con éxito en el tratamiento de los estados de angustia: psicoterapia de apoyo, psicoterapias dinámicas y terapia de la conducta.

- *La Psicoterapia de Apoyo:* Constituye una modalidad muy efectiva en el tratamiento de los trastornos de angustia, sobre todo de los pacientes agudamente enfermos, los que se enfrentan a una grave situación estresante y aquellos que carecen de recursos emocionales o culturales para poder seguir una psicoterapia dinámica; basándose en los siguientes preceptos:

1.- Crear una atmósfera favorable, es decir, una actitud llena de cordialidad, comprensión y respeto para que el paciente pueda expresar sus problemas y mostrar sus emociones sin temor a la desaprobación.

2.- Clarificar el problema e identificar el conflicto revisando las soluciones posibles, con las ventajas, e inconvenientes de cada opción.

3.- Estimular la comprobación objetiva de la realidad, evitando la frecuente distorsión de la misma.

4.- Favorecer la adopción de los cambios necesarios en el estilo de vida, apoyando el despliegue de los mecanismos de defensa de carácter adaptativo.

- **Las Psicoterapias Dinámicas:** Suponen que la conducta está determinada por las realidades presentes y por la experiencia pasada; el sector conflictivo de la experiencia personal puede estar escondido en el *inconsciente* y ejercer un papel importante en la determinación de la situación presente y en el funcionamiento del sujeto, incluyendo la sintomatología de la angustia; que es considerada no sólo como una emoción del ego sino, al mismo tiempo, como un indicador del conflicto psicológico oculto; por consiguiente, la ansiedad que se da en la situación terapéutica apunta a conflictos y problemas que precisan atención: Todas las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis tratan de conocer y comprender estos conflictos inconscientes sin resolver, que pueden conducir a los trastornos de angustia, se trata de un objetivo ambicioso: aliviar la sintomatología descubriendo las causas psicológicas y ayudar al paciente a conocerse mejor y manejar más eficazmente los mecanismos psicológicos para evitar recurrencias del trastorno de angustia.

Para alcanzar este objetivo se utilizan diversas técnicas; por ejemplo se estimula al sujeto a hablar libremente sobre cualquier pensamiento o sentimiento que aflore a su mente, sin que trate de rechazarlos, cuando en este contexto de libre asociación emerja la ansiedad, el terapeuta deberá proseguir la exploración adecuada. Otras vías utilizadas asimismo son la interpretación de los sueños y la exploración del pasado en tanto se relaciona con los problemas presentes.

Los pacientes suelen utilizar defensas psicológicas para mantener a niveles menos conscientes materiales conflictivos cargados emocionalmente, la tarea del terapeuta es reducir estas barreras defensivas, de forma que puedan aflorar a la superficie, y formular una interpretación que clarifique al paciente el conflicto básico subyacente. A través de este proceso el sujeto alcanza mayor capacidad de introspección sobre los orígenes psicológicos de su enfermedad, se resuelve el conflicto y por tanto, se alivia la sintomatología (Coderch,1991).

- **La Terapia de la Conducta:** Consta de técnicas basadas en el principio de que las respuestas son aprendidas o condicionadas y constituye el objetivo del tratamiento la inversión del proceso o descondicionamiento; hay dos modalidades que se consideran fundamentales: la desensibilización sistemática y la implosión.

El procedimiento de la *desensibilización sistemática*; se inicia con una exploración de todas las situaciones que provocan una respuesta de angustia y determinan una conducta de evitación; el propio sujeto ordena los estímulos ansiógenos, para lo que confecciona una lista jerarquizada desde los menos traumáticos hasta los más insoportables; a lo largo de varias sesiones aprende a utilizar una técnica de relajación, habitualmente la relajación muscular progresiva de Jacobson (1929); posteriormente se insta al sujeto a que imagine, mientras está relajado, situaciones que le causan ansiedad; en cada sesión se aumenta la potencia ansiógena, hasta llegar a imaginar las escenas que habían sido, más intolerables sin que susciten respuesta negativa alguna; en todo caso si aparecen manifestaciones de intranquilidad o de incomodidad se le ordena que interrumpa la evocación de la situación provocadora y se le tranquiliza, generalmente, para consolidar los resultados se precisa una fase posterior de exposición en vivo, es decir, afrontando las situaciones correspondientes de la vida real (Ayuso,1988).

En la *implosión*, se provoca una respuesta de angustia; el paciente se enfrenta durante largos períodos (30 o 40 minutos) con material provocador de angustia, hasta que la respuesta empieza a languidecer y eventualmente se extingue, se considera un tratamiento más eficaz y rápido.

Las diversas modalidades de *relajación* se utilizan también para el alivio temporal de la sintomatología ansiosa; en la *relajación muscular*, que constituye la técnica más utilizada, los mensajes de calma procedentes de las terminaciones de los husos musculares provocan una respuesta de disminución del nivel de actividad del S.N.C.

Otra forma de conseguir este efecto es el *entrenamiento autógeno* de Schultz o autorrelajación concentrativa; en esta técnica se pide al sujeto que “visualice” parte de su cuerpo manteniendo la concentración durante un tiempo, con lo cual se induce una modificación global de la persona; en general alcanza a niveles más profundos que la *relajación progresiva*, circunstancia que le confiere mayor eficacia clínica.

La *hipnosis* puede definirse como estado de alteración de la conciencia en el que se produce una regresión de las manifestaciones fundamentales de la personalidad como el pensamiento, la afectividad y la voluntad, en el cual se acentúa la receptividad de la totalidad psicosomática a ser influida efectivamente mediante este estado, el terapeuta puede dar instrucciones autoritarias para que el sujeto se sienta tranquilo y libre de miedo cuando se halle en una situación ansiosa.

El sujeto puede aprender asimismo a relajarse con la ayuda de una máquina de *biorretroalimentación* o biofeedback; el nivel de tensión muscular en cualquier sector de la geografía corporal es comunicado (feed-back) a través de un estímulo visual o auditivo para ayudarle a disminuir la tensión y con ella, la ansiedad.

Otro enfoque terapéutico, propuesto fundamentalmente por Beck (1986) y Clark y cols (1985) es el cognitivo; estos autores sostienen que los ataques de angustia y espontáneos resultan de la interpretación errónea catastrófica de ciertas sensaciones corporales que se dan en respuestas de ansiedad normales. Si estos estímulos se perciben como amenaza, resulta un estado de aprensión, acompañado de sensaciones corporales que se interpretan de forma catastrófica, lo cual aumenta la aprensión y mantiene el círculo vicioso, que culmina en un ataque de angustia, el tratamiento cognitivo se basa en la creencia de que la mayoría de las sensaciones físicas que se producen en una crisis son muy similares a las ocasionadas por la hiperventilación prolongada, lo cual sugiere que ésta puede tener un papel muy importante en la producción y mantenimiento de los síntomas al disminuir el CO₂ y aumentar el ph de la sangre, de lo cual derivan sensaciones corporales molestas (mareo, visión borrosa, parestesias, etc.) que son interpretadas por el paciente de forma catastrófica (Ayuso,1988).

Los principales elementos del *tratamiento cognitivo* de los ataques de angustia, son:

- 1.- Aislamiento de las cogniciones y sensaciones corporales asociadas con la angustia.
- 2.- Demostración de que la hiperventilación reproduce los síntomas del ataque.
- 3.- La interpretación catastrófica de las sensaciones se imputan a la hiperventilación asociada al estrés.
- 4.- Aprendizaje de respuestas cognitivas apropiadas a la sintomatología corporal.

La información anterior presenta de manera global las técnicas que se consideran más apropiadas para utilizar en el tratamiento de la ansiedad en pacientes hospitalizados.

3.3.-“ DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER”

3.3.1.- ESTIGMATIZACIÓN DEL CANCER

El cáncer ha sido y es una enfermedad motivo de preocupación para el mundo entero en los últimos años; los esfuerzos por combatirlo han hecho que la ciencia médica alcance un gran desarrollo en su tratamiento; aun cuando todavía se desconoce su etiología, se ha logrado que el paciente sobreviva por períodos más largos; lo que implica sufrimiento y una necesidad de adaptarse al impacto del diagnóstico, tratamientos y el desajuste emocional al que está expuesto. Por lo tanto además de las perturbaciones propias de la enfermedad, el paciente enfrenta una crisis total que afecta su equilibrio psíquico, así como el ambiente familiar y social en el que se desenvuelve; porque la sola mención de la palabra cáncer en la sociedad, tiene una connotación especial que acarrea diversos sentimientos y significados que complican aun más el problema.

Se considera que la mayor parte de las enfermedades neoplásicas entran dentro de las llamadas enfermedades crónicas; las cuales conllevan además otro factor de dificultad, que es la alegoría de la “*enfermedad llamada cáncer*”, que implica sentimientos y símbolos que la sociedad asocia con esa palabra; por lo que resulta necesario ser consciente de esta realidad, y ello forma parte de los conocimientos que deben de tener los profesionales de la salud.

Es bien conocido el miedo generalizado que la palabra y más el diagnóstico cáncer suscitan en la gente; Hersh (1989) menciona que el alcance psicológico del cáncer está matizado y fuertemente influido por el miedo que la sociedad proyecta en dicha enfermedad; el cual se centra especialmente en la pérdida de control y la mortalidad: “.. Presenta al propio cuerpo como destruyéndose a sí mismo; parece que no viene de ninguna parte y, sin embargo, ataca sin avisar.. (manifestándose) en cualquier parte, en cualquier persona, en cualquier tiempo... El cáncer representa la condición anormal del yo físico que simboliza tanto nuestro apego a la vida como la realidad frágil de nuestro control..” El cáncer suscita una imagen de soledad, abandono y desamparo, siempre se ha ligado a una entidad patológica incurable, crónica, mutilante, deformante y con profundas alteraciones funcionales de la persona (sexuales, laborales, sociales, económicas, etc.).

En diferentes épocas de la historia de la humanidad, distintas enfermedades han representado en el pueblo la realidad de que todos tienen que morir, y más particularmente las limitaciones que se sufren en el control de lo que sucede en la propia vida; diversos padecimientos (lepra, peste bubónica, malaria, tuberculosis) han actuado en función de símbolos parecidos y han sido, consideradas como misterios en su día; incluso los *hombres sabios* y los curanderos de la época ignoraban la etiología; lógicamente, esas personas carecían de medios para modificar el curso y contagio de dichas enfermedades; este tipo de situaciones siempre anima a la gente a formular razones que expliquen su desgracia (Hersh, 1989).

A pesar de los esfuerzos para educar a la población por parte de distintas organizaciones; las enfermedades denominadas cáncer continúan marcando a la gente en su familia, amistades, grupos vecinos y lugares de trabajo, esta estigmatización se manifiesta hoy día de varias maneras, por ejemplo; a través de la curiosidad morbosa que muestran algunas personas que antes no estaban interesadas en aquel conocido que ahora se convierte en un enfermo canceroso; por el distanciamiento de otros que antes se relacionaban bien con el (lo que significa a menudo miedo al contagio); con una conducta que ocasionalmente puede resultar cruel del empresario que despide o deja de contratar a alguien en cuanto conoce que está diagnosticado de cáncer y a través de los vecinos que intentan evitar que una familia que tiene un niño con cáncer adquiera un hogar en su vecindad.

Cuando la estigmatización se convierte en el proceso activo social, el estrés que debe manejar el paciente puede ser insoportable, suficiente para causarle depresión, pérdida del apetito, decaimiento, mala tolerancia y quizá mala respuesta a los tratamientos médicos; más aún, este estigma combinado con el miedo generado por la pérdida de control implícito en el diagnóstico es causa de muchas conductas maladaptativas; entre ellas la *conducta de retraso* y el rechazo o incapacidad de una persona con síntomas a efectuar una visita diagnóstica al médico.

Las múltiples hipótesis y puntos de vista relativos a las posibles causas de cáncer que se reflejan en la opinión pública y prensa tanto científica como no especializada complican aún más la metodología del cáncer; se pueden citar algunos aspectos como la delimitación de los agentes químicos, incluido el alcohol, que pueden producir cáncer; el descubrimiento de que una cierta diferenciación cromosómica transmisible puede aumentar de manera importante la probabilidad en personas de ciertas líneas genéticas a sufrir cáncer; las posibles relaciones de infecciones por virus lentos en individuos con determinado cáncer y la hipótesis de que algunos estados emocionales crónicos producidos por el estrés pueden predisponer a un cierto número de personas a sufrir algún tipo de cáncer; todo esto resulta aumentado por la ansiedad, la preocupación y el miedo que suscita entre la gente "*ignorante*" esta enfermedad. El cáncer en América se asocia con cualquier cosa, desde un castigo por pecado hasta problemas derivados de la consanguinidad, mala suerte, malos pensamientos, genes y gente que ensucia irresponsablemente el medio ambiente (Hersh, 1989).

El cáncer parece que ésta en todas partes y es causado por cualquier cosa; por lo que no debe extrañar que el impacto de la palabra *cáncer* sea terrible y que la cancerofobia aumente a pesar de las campañas de diagnóstico precoz y otras similares.

La *cancerofobia* presenta tres grados distintos; en primer lugar, existe la que se da en la sociedad; el cáncer es una enfermedad tabú, no se conocen bien sus causas, por lo que puede afectar a cualquiera, incluso a los que se esmeran en evitarlo; conocido es el caso del cáncer de pulmón entre los no fumadores (15% de todos los casos); el cáncer es prevenible pero no siempre. Está entre todos y su incidencia aumenta; si sus causas son poco conocidas se ignora mucho más (por parte del individuo normal y de un porcentaje elevado de profesionales de la salud) que es curable en una gran proporción. Finalmente, se teme al tratamiento y sus consecuencias (mastectomía, deformidad facial, amputación de extremidades, etc.); pese a que los tratamientos conservadores se van imponiendo, el miedo a las terapéuticas agresivas no se reduce; también se desconfía de los "*misteriosos*" efectos de la radioterapia y ¡que decir de la quimioterapia y la temida, aunque transitoria, alopecia! Vencer esta modalidad de cancerofobia social es un objetivo básico de las campañas de educación pública, para hacer llegar cuanto antes los mensajes positivos que sean necesarios.

Se observa una segunda forma de cancerofobia en aquellas personas que recientemente han sufrido la pérdida de un familiar cercano por cáncer; la liberación de la tensión psíquica acumulada durante el proceso de la enfermedad se expresa en ocasiones en un cuadro depresivo; ¡el temor al contagio explota!, una persona en tal situación debe ser tomada en consideración, lo más práctico es someterla a un chequeo cuyo resultado -es de esperar que sea negativo- tranquilizará al individuo; aquí es importante mencionar la ausencia de contagiosidad del cáncer (no se ha demostrado agente transmisor alguno; no ha habido epidemias - en el sentido estricto del término - ni entre la población ni entre el personal de hospitales oncológicos).

Por último, una tercera manifestación de cancerofobia es aquella que se presenta dentro de una neurosis fóbica; aquí la fobia es a padecer cáncer, dentro del cuadro depresivo del paciente; algunos de éstos - de no ser cuidadosamente evaluados y diagnosticados - son a veces sujetos a repetidas intervenciones en la búsqueda del inexistente cáncer (J. Estape, 1991).

¿ Qué impacto tiene en el enfermo la palabra cáncer?

Todo paciente que acude al médico porque sospecha que padece una enfermedad es un enfermo angustiado; en ocasiones lo enmascara con una aparente seguridad en sí mismo, quiere saber su diagnóstico, dice, y se siente seguro de ello, pero debajo de esta actitud, se suele esconder un gran terror a que le confirmen su sospecha; “.. sus exámenes han mostrado la presencia de un cáncer.. ”, no existen palabras más duras para el enfermo; ya que no solo corren el riesgo de cambiar el curso de su vida, sino el de su familia y sus allegados; ¿ Como reaccionará el enfermo?..

Ante tal situación de acuerdo a Schwarzenberg (1981) el paciente va a pasar por tres fases evolutivas principales, que pueden esquematizarse así:

- 1.- **TOMA DE CONCIENCIA:** Que comienza con el primer síntoma y se extiende hasta la confirmación del Diagnóstico.
- 2.- **ENFERMEDAD ESTABLECIDA:** El enfermo trata de organizarse frente a su mal.
- 3.- **FASE DE DECLINACION:** Es el caso en que el tratamiento ya no sea eficaz, y el enfermo se dé cuenta de que comienza a perder sus fuerzas vitales.

3.3.2.- LA TOMA DE CONCIENCIA

- Presentación del Diagnóstico

La actitud del médico y del personal de salud debe ser serena y estimulante, ya que las exploraciones que se sucederán serán complicadas, muchas veces traumáticas y además irán confirmando al paciente su sospecha de que padece una grave enfermedad; durante este periodo, el equipo debe mezclar sus actitudes, de tal modo que el paciente sea consciente de la necesidad del proceso que se lleva a cabo pero, por otra parte, no huya, no retrase el diagnóstico ante el miedo que a veces siente ante determinadas exploraciones.

Constituye un grave error remitir al paciente a exploraciones cruentas sin una advertencia, una mínima explicación; el terapeuta debe exponer los detalles fundamentales de las exploraciones que se sucederán, sobre todo de las dolorosas; no es lícito (ni rentable en cuanto a captarse la confianza del paciente); por el contrario, el paciente avisado (siempre y cuando se mezcle la explicación de los inconvenientes con la de la utilidad para el diagnóstico) es un buen candidato a soportar las pruebas desagradables, mientras que el paciente que de golpe se encuentra ante el bisturí o la punción es una persona hipersensible y no colaboradora.

Superadas las etapas diagnósticas llega el momento esperado y temido a la vez por el médico, el paciente, y sus familiares de revelar el diagnóstico La actitud que se adopta con relación a esto varía de unas sociedades a otras, las más representativas son las imperantes en E.E.U.U. y en la antigua URSS (J.Estape,1991):

En EE.UU, se prefirió la participación consciente del paciente, tanto mediante la información de su diagnóstico como la del pronóstico y sus vicisitudes terapéuticas; esta actitud proviene de la definición en 1950 (1954) en el artículo 12 de la *Patient's Bill of Rights* (Derechos de los pacientes) del llamado consentimiento informado; dos hechos llevaron al cambio de la actitud más clásica sostenida hasta entonces (que se podría definir como engañar al paciente o informarle en parte, a cambio de pasar la información a los familiares):

- El conocimiento médico de las leyes.

- El mayor respeto a los derechos del individuo, tanto de la información que le permite disponer de su propia existencia como al obligado consentimiento previo del paciente antes de iniciar las terapéuticas oncológicas.

En el extremo opuesto, en la URSS, se practica la información pragmática; por lo general, los oncólogos soviéticos dan informaciones alternativas eludiendo el término "cáncer" (utilizando inflamación, quiste, etc.); si el paciente acepta esta información, se sigue adelante con el tratamiento pero, si alguien, ante una información alternativa rechaza un tratamiento que le pueda ser útil, entonces se practica la información pragmática y comunica al enfermo su verdadero diagnóstico, en cuanto le pueda beneficiar (J.Estapé,1991).

En el programa Europa Contra el Cáncer de las Comunidades Europeas se estudió la posibilidad de proponer un modelo determinado de información al paciente; pero el Comité de Expertos opinó que no era cuestión para ser legislada que debía dejarse a la consideración de cada caso individual y cada médico; concepto con el cual profesionales latinos (por ejemplo el Dr. Canónico, 1976) están de acuerdo ya que consideran que establecer una fórmula estandarizada de cómo emplear la verdad científica, es inconsistente; se debe considerar que no existe uniformidad en el carácter de las lesiones, tipo de enfermo o la modalidad de los médicos; de ahí que no puede haber normas prefijadas, ni constantes de igual significado para todos.

Específicamente en el Instituto Nacional de Cancerología de México, los médicos optan por informar al paciente directamente su diagnóstico siempre en la compañía de algún familiar, además de las opciones terapéuticas y expectativas acorde a su caso.

¿Cómo debe presentar el terapeuta el diagnóstico de cáncer al paciente?, ¿Qué hacer o dejar de hacer?, Hersh (1989) propone una "guía" para este proceso:

- 1.- Los objetivos deben ser ayudar al paciente a mantener la integridad física y psicológica.
- 2.- El terapeuta debe presentar el diagnóstico al paciente y su familia obteniendo el máximo conocimiento posible de ésta (información como historia tradicional, etc).
- 3.- Se debe planificar el diagnóstico para más de una entrevista con el enfermo, puesto que éste retendrá muy poco de lo que se diga en la primera entrevista.
- 4.- Al utilizar la información relativa a la edad del paciente, personalidad y familia (disponibilidad, proximidad, creencias, tipo de comunicación, etc.), se decidirá si se informa al paciente junto o por separado de esta. En general se prefiere la presencia de la familia; estas entrevistas deben tener la misión de apoyo para el paciente.
- 5.- El lenguaje y los términos deben adecuarse a la edad, idioma y antecedentes culturales del paciente, incluso con los enfermos de una elevada formación, empleando expresiones elementales y no la terminología médica.
- 6.- Debe pedirse al paciente y a su familia(amablemente) que repitan lo que acaban de oír y lo expliquen, esto ayudara a identificar lo antes posible lo que el enfermo y su familia han asimilado, a menudo es más adecuado que el clínico se limite a tomar nota de las posibles divergencias o malentendidos que tratar de rectificarlos de inmediato.
- 7.- El terapeuta deberá observar y escuchar atentamente al paciente y familiares durante las entrevistas, utilizando la información obtenida para orientar su futura relación con ellos.
- 8.- El paciente no comunicará al especialista todas sus preocupaciones y temores; solo con el tiempo irá manifestándolas, por lo cual se recomienda al enfermo hacer una relación de las preguntas que se le ocurran después de su entrevista, para exponerlas en las próximas visitas.
- 9.- Deberá permitirse al paciente que adapte a su manera el diagnóstico y tratamiento, pero el terapeuta debe examinar atentamente y consultar con algún colega las adaptaciones que no le satisfagan antes de entrar en acción.

A pesar de las recomendaciones anteriores no se descarta el hecho de que también se producen malas reacciones de adaptación al diagnóstico y la enfermedad, ya que la confirmación o revelación de la misma provoca un traumatismo psíquico.

Kübler.Ross (1969), ha propuesto una serie de etapas psicológicas por las cuales pasa el paciente ante una pérdida inminente (salud, en este caso); estas fases no deben ser consideradas como fenómenos inevitables, sino más bien como muestras representativas de las emociones que experimentan los pacientes y que señala como reacciones:

1.- **NEGACION Y AISLAMIENTO**: La reacción inicial del paciente es de sacudida breve, seguida por la sensación de que "no puede ser verdad, esto no puede pasarme a mí"; ocurre en todos los pacientes en cierto grado durante la enfermedad y sirve para proteger al organismo contra la sobrecarga emocional.

2.- **IRA**: El paciente se pregunta "¿Porqué yo?"; la ira se desplaza y se proyecta en todas direcciones de modo que tanto familiares, como personal médico deben estar preparados para recibir la hostilidad que no está realmente dirigida de manera intencional hacia ellos.

3.- **NEGOCIACION**: El paciente intenta negociar el tiempo o reducción del dolor, y esto suele representar un pacto con Dios o el destino. Representa una realidad, una extensión de la actitud infantil de que ser bueno puede ganar favores especiales, con dios: "Si me curo, iré a la iglesia todos los domingos...seré un buen cristiano", como con el médico: "Si acepto el tratamiento más difícil, ¿puede garantizarme la curación hasta la boda de mi hijo?".

4.- **DEPRESION**: Adopta dos formas: *depresión preparatoria* (el paciente va a tener pérdidas constantes) y *depresión reactiva* o aflicción por las cosas ya perdidas (agotamiento de los recursos económicos, pérdida del trabajo o de diversas funciones).

5.- **ACEPTACION** : Cuando el paciente acepta lo inevitable de la enfermedad, disminuye su esfera de interés y se retrae hacia sí mismo, esta actitud no debe confundirse con la renuncia a toda esperanza, que es quizá una reacción más común y más desdichada.

Por su parte Estape (1991) menciona que el paciente con cáncer presenta una respuesta emocional característica, sobre todo en los momentos críticos, como el diagnóstico; al inicio del tratamiento y en la eventual recaída o progresión de la enfermedad. Ante el shock inicial existe una etapa de negación o incredulidad, que contribuye a atenuar el impacto, seguida de sentimientos de ansiedad y depresión, preocupación por complicaciones de la enfermedad y el futuro, alteración del apetito y sueño, dificultad de concentración y de realización de las actividades cotidianas. Habitualmente estos síntomas psicológicos disminuyen progresivamente en un plazo breve, de 2 a 3 semanas, con ayuda de la familia y la elaboración, por parte del terapeuta, de un programa realista y esperanzador; en muchas ocasiones, resulta impresionante la energía y capacidad de adaptación de los pacientes ante estas situaciones de crisis.

El médico y el psicólogo deben valorar cuidadosamente los factores de riesgo psicológicos, médicos y sociales de inadaptación a la enfermedad; entre los primeros destacan:

- Las experiencias negativas previas ante situaciones personales traumáticas, lo propio del individuo, su fuerza o debilidad de carácter, su parte de vida ya vivida.
- Reacciones ante el cáncer en familiares, amigos y el propio paciente, porque con todo lo que significa es el centro de los pensamientos, que oscilan entre sueños de muerte y de curación.
- Antecedentes de patología psiquiátrica y actitudes persistentemente negativas hacia el médico o el tratamiento.
- Edad: a menor edad, mayor dificultad para la adaptación a la enfermedad.

Desde un punto de vista médico, debe tenerse en cuenta:

- La presencia o ausencia de síntomas aparentes: si el diagnóstico ha sido establecido sin signos aparentes, dolores o molestias para el enfermo (mediante una imagen radiológica) la fase de negación puede prolongarse y retrasar la aplicación de una decisión terapéutica; en el otro extremo una gran cantidad de síntomas físicos, aunados a un deterioro de la imagen corporal y un mal pronóstico, se asocia a mayores reacciones maladaptativas.
- Además difícilmente puede conseguirse un estado psicológico adecuado cuando el sufrimiento físico, uno de los temores fundamentales del paciente, acapara toda su atención y aumenta su aislamiento (Schwarzenberg, 1981).

Los factores de riesgo de tipo social son:

- La posibilidad de que el término de su existencia tome el carácter de catástrofe familiar, o por el contrario la ausencia de un ambiente familiar de relación adecuada.
- Se considera que el estado civil también influye, los pacientes casados se adaptan mejor.
- Los hombres reaccionan peor que las mujeres.
- La situación económica se asocia a la mayor o menor disponibilidad para aliviar la enfermedad. los síntomas y el deterioro de la imagen corporal.
- Las creencias religiosas, que pueden proveer de una sensación de seguridad que sirve de importante apoyo durante la enfermedad (De la Parra, 1992).

El cuidado de estos factores se debe iniciar durante las exploraciones encaminadas al diagnóstico y mantenerse durante la evolución de la enfermedad; el paciente debe saber que, a pesar de su soledad, no está aislado y sin esperanza, su enfermedad es una lucha en la cual él está implicado con la ayuda de los profesionales de la salud (médico, psicólogo, trabajadora social, enfermera) y su familia, cualquiera que sean los resultados.

Existe unanimidad en señalar que el paciente con cáncer desea no sólo ser sino sentirse atendido por el profesionista en quien deposita su confianza y a quien solicita ayuda en situaciones de sufrimiento. La relación terapeuta-paciente representa un acto complejo en el que se requiere recursos psicológicos del enfermo y la forma de serle útil en cada momento; las diferentes etapas diagnósticas y terapéuticas suponen una experiencia única y extraordinaria para cada persona, por lo que la individualidad es un factor determinante de esta relación.

La comunicación representa la base fundamental de esta relación; hay una serie de características necesarias para que ésta se desarrolle correctamente y la más importante es, por parte del psicólogo, la capacidad de escuchar con atención, de expresar el interés y comprensión por el relato; resulta llamativo comprobar que algunos pacientes agradecen exageradamente la simple posibilidad de hablar y ser escuchados; debe tenerse en cuenta que la comunicación no sólo es verbal, sino que los silencios, los gestos y las miradas tienen un gran significado; además el factor tiempo puede ser utilizado estratégicamente para dosificar la información según requieran la capacidad y las necesidades del paciente.

El psicólogo debe captar en cada momento lo que la persona es capaz de soportar y que desea conocer acerca de su enfermedad; es necesario que existan permanentes niveles de esperanza en cuanto al pronóstico de la enfermedad, lo que puede conseguirse al reforzar los contenidos positivos: el objetivo principal de esta comunicación, es dejar al paciente con la sensación de no estar abandonado o sin ayuda en el futuro (J. Estape, 1991).

La familia a menudo trata de influir al terapeuta para modificar o eliminar ciertas partes del diagnóstico; este debe ser cauteloso con tales solicitudes y examinar críticamente esta situación, pues podría tratarse de un "proceso de proyección familiar", en el cual los miembros transfieren al paciente su propia incapacidad para comprender y hablar abiertamente de esto; el paciente

puede rechazar esos intentos de protección como infantilistas e irrespetuosos, lo cual da origen a división y desconfianza en la unidad familiar en un momento de lo más inoportuno.

Los signos de incapacidad familiar para soportar la carga emocional, incluyen:

- Abandono emocional del paciente por parte de la familia.
- Llamadas constantes al terapeuta (del paciente o miembros de la familia) que aparentemente tratan de problemas médicos pero en realidad se refieren a asuntos psicológicos.

Las actitudes positivas del núcleo familiar consideran los siguientes aspectos:

- Estimular la actividad del paciente y crear un ambiente de esperanza.
- Mantener la comunicación de los sentimientos para que el paciente adquiera una fuerza emocional que le permita trabajar en su curación y favorecer una coherencia entre el enfermo, y las personas relacionadas (Sarna, 1986).

Para conseguir estos objetivos es importante que el paciente y la familia tengan una información similar, la reciban conjuntamente del terapeuta; al realizar esté el planteamiento inicial del diagnóstico, esto le permitirá observar la capacidad de respuesta que tienen ante la enfermedad, y a estos experimentar que pueden dominar la situación, de esta forma estarán menos desconcertados y ansiosos, lo cual repercutirá favorablemente en su estado emocional; que tendrá un papel determinante en la fase siguiente:

3.3.3.- LA ENFERMEDAD ESTABLECIDA

La detección del cáncer va a suponer al paciente importantes conflictos en el ámbito personal, familiar y social; por una parte la fenomenología social del cáncer que sitúa a la enfermedad en paralelo con la muerte y provoca en el paciente un proceso de impotencia y sensación de pérdida, con fuerte vivencia de temor y frustración; por otra la enfermedad se asocia a graves efectos corporales que junto con los tratamientos que requiere, provoca rechazo y sensación de inseguridad personal.

El momento del diagnóstico, es un tiempo importante y decisivo, existiendo estrecha relación entre la respuesta personal en ese momento y la posición que va a adquirir la paciente en el transcurso de la enfermedad. La persona se encuentra en una forma de pensar y sentir diferente a su modo anterior, le surgen una serie de preguntas que ponen en duda el sentido de su vida, un caos que hace relativo el valor de lo que ha hecho hasta ahora; se produce una búsqueda de causalidad de la enfermedad en su historia, oscilando desde accidentes meramente físicos sin importancia hasta cuestiones de orden moral y ético, haciendo asociaciones entre la enfermedad y algún hecho de relación personal de su vida pasada (Coll, 1991).

En estos momentos iniciales de la enfermedad, aparece una evaluación de su vida y, según su edad y estructura personal, las respuestas van a ser diferentes. La edad influye en la forma como la paciente y su familia harán frente a la enfermedad; se pueden prever muchos problemas así como valores positivos siempre que el psicólogo sea consciente de que en ocasiones no coinciden la edad cronológica y el estadio de madurez del enfermo; con independencia de la edad del paciente, el diagnóstico y el tratamiento inicial provocará tanto en el afectado como su familia, el ensombrecimiento de las perspectivas de continuidad del ciclo vital; ocasionando un comportamiento regresivo en el sistema personal y familiar, por ejemplo, alejamiento de las relaciones sociales, mayor dependencia de los miembros de la familia para la asistencia y decisiones cotidianas; "acto impulsivo" (acting-out) en vez de reconocimiento directo y manifestación libre de los sentimientos; dicho tipo de conductas está por regla general limitadas a la persona misma y resultan fáciles de tratar por el psicólogo.

En adultos - jóvenes se da una respuesta con importante irrupción de angustia, que puede derivar hacia una posición de notable implicación en su proceso de enfermedad y tratamiento, que dispone a la actividad en mayor grado que a la pasividad.

En pacientes de una edad más avanzada, de 55 años en adelante, suele darse una respuesta de inhibición, de resignación, debido a que la continuidad en las experiencias de su vida se interrumpe igual que en el caso de los jóvenes; la paciente recordará sin duda, con claridad, el nivel de funcionamiento de su cuerpo en tiempos pasados, su energía y la habilidad para satisfacer sus necesidades; aunque es frecuente que establezcan asociación de la cuestión imaginaria de su edad con la cercanía de la vejez y la muerte (Coll,1991).

En relación con la **estructura personal**, desde la época de Galeno hasta estos días se habla de una estrecha relación entre el cáncer y los aspectos psicológicos de la personalidad del paciente; uno de los factores psicológicos más asociados a la etiología y desarrollo del cáncer ha sido la pérdida de una importante relación emocional que antecede a los primeros síntomas de la enfermedad, en los años cincuenta, una serie de estudios sugirieron que la pérdida de objeto, la depresión, la desesperanza podrían ser precursores de un cuadro clínico de cáncer.

Cole (1962) expresa que si bien no cree que el trauma emocional sea capaz de desarrollar cáncer, es muy posible que disminuya la resistencia, influyendo en el crecimiento del tumor y facilitando que las células neoplásicas circulantes se transformen en metástasis. Uno de los estudios más importantes ha sido el de Simonton (1975), quien utilizó la prueba del MMPI y cuestionarios, encontrando en pacientes con cáncer: depresión, rechazo y abandono por parte de una figura significativa durante la infancia, imposibilidad de expresión de los sentimientos, pacientes que mantienen una conducta defensiva, que desconfían del medio que los rodea, rigidez de pensamiento, negación y represión como principales mecanismos de defensa (Cuenca,1987).

Bacon y cols. (1962) (citados en Lara 1984) describieron a la típica paciente con cáncer mamario como incapaz de expresar abiertamente su enojo y agresividad y en cambio, aparentar placidez en lugar de la frustración que realmente siente. Por su parte Coll Espinoza y cols. (1991) mencionan que una observación bastante generalizada en sus pacientes estudiadas (pacientes con cáncer de mama con mastectomía radical); parece haber una disposición a no manifestar los momentos de ira, agresividad, convirtiéndolos en una especie de "acting-in", es decir, en una vuelta hacia el propio cuerpo de la reacción dirigida al otro; parece darse la asociación de que las expresiones de afectividad o ira pueden desembocar en situaciones límite, extremas, en algo inesperado, pudiendo establecerse la confusión entre lo que es la expresión en palabras y lo que es su puesta en acto, este control supone cierta visceralidad en la relación con el otro, debido a las tensiones que genera las relaciones vividas de esa forma: el control lo consideran como consecuencia de una disposición nerviosa que padecen; como medio y forma de mantenerse en equilibrio emocional, personal y familiar, suele darse gran vivencia de frustración y soledad ante cualquier dificultad en las relaciones con los otros, describen los nervios como una irrupción espontánea y fuerte, sobre la que ejercen un control con la sensación de que es "para una mejor estabilidad familiar".

Por lo anterior se infiere que las pacientes con cáncer de mama son personas que no tienen un buen manejo del estrés, considerando al mismo como casi cualquier factor que perturba la estabilidad emocional; de acuerdo a la doctora Martha Piña (1994) oncóloga y directora de la Clínica de Mama del Hospital Angeles afirma que hay una estrecha relación entre el grado de estrés, la aparición y desarrollo de tumores cancerígenos; ella comenta que como cirujano oncólogo convive a diario con pacientes con cáncer y ha comprobado que el grado de estrés en que se encuentran cuando se detecta el tumor es muy elevado porque estas mujeres viven en

situaciones muy especiales, "si la persona no sabe manejar su estrés, invariablemente impedirá su mejoría" (Reforma,1994).

Lo anterior es apoyado por el Dr. Guillermo Ruiz F. (1996), jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS; el cual menciona que el 70% de las personas con cáncer sufren depresión, cuando una persona se entera que tiene cáncer, se niega a aceptarlo y desiste de llevar un tratamiento, posteriormente sufre de ansiedad, alteraciones del apetito y sueño, disminución de la capacidad de concentración, modificaciones inesperadas en su ritmo de vida y en general síntomas de depresión, a lo anterior agregó que estas manifestaciones son naturales en las primeras semanas del diagnóstico pero si persisten por más de seis semanas deben atenderse de inmediato porque el paciente ha pasado a desarrollar un síndrome depresivo. El considera que la depresión inhibe el sistema inmunológico del cuerpo y debilita las defensas del organismo que lucha para evitar que se propague el cáncer, ya que inhiben y hasta pueden contrarrestar los efectos curativos de los tratamientos anticancerosos, al debilitar el funcionamiento inmunológico.

Se considera que los efectos fisiológicos del estrés sobre la resistencia y la susceptibilidad para desarrollar una enfermedad neoplásica están determinados por su interacción con los sistemas inmunológico y endocrino; las células de naturaleza maligna se forman constantemente en el organismo, pudiendo encontrar el medio propicio para su multiplicación o una resistencia natural a su implantación, este fenómeno está relacionado con la capacidad del organismo para reconocer y destruir las células malignas, función delegada al sistema inmunológico, que se pierde cuando disminuye la resistencia a este tipo de células. El estrés inducido por la razón del hombre, único ser vivo capaz de responder a amenazas, símbolos de peligro y riesgo inminente tiene repercusiones más graves que las provocadas por los agentes físicos (Rosch,1981).

Las reacciones de estrés al cáncer son universales, el tipo de tumor, facilidad o dificultad en localizarlo, lugar en que se sitúa son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y familia e incluso en la actitud de los médicos. De manera específica, la reacción inicial si el cáncer se halla en lugar visible, lejos de órganos internos, tiende a causar menor miedo y mayor esperanza, ya que supone que es más fácil su control y curación, esto se aplica a las reacciones de cáncer que los médicos diagnostican como muy malignos, por ejemplo melanomas o sarcomas, suscitará más esperanza en el paciente que lo que sería lógico esperar, ante un caso así, el paciente se autoconvencerá de la realidad aparente de que el tumor ya ha sido localizado, se halla lejos de la cabeza y los órganos vitales, por tanto se trata de una parte que se puede cortar y curar; los tumores asociados a los órganos vitales producen mayor miedo, difícil de superar; los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la integridad masculina o femenina del individuo.

Aunque estudios efectuados en mujeres con cáncer de mama revelaron que la mayoría aceptaban bastante bien la enfermedad y sus tratamientos, no por ello dejan de subsistir dificultades; que se pueden citar ideas suicidas, aumento de ansiedad, humor versátil, cambios de comportamiento e incrementos pasajeros en el consumo de alcohol y tranquilizantes; todos las pacientes experimentan una creciente ansiedad ante los cambios de humor y de conducta; entre las manifestaciones se pueden citar silencio estoico, retraimiento social, depresión y ansiedades constantes, dichos cambios suelen ser pasajeros, a menudo se puede alcanzar el equilibrio psicológico y social gracias a la energía personal que muchas personas encuentran dentro del contexto de sus creencias, la familia y otros sistemas de apoyo, las personas que encuentran graves problemas para hacer frente al estrés de su enfermedad y su tratamiento o dificultades crónicas presentan generalmente condiciones premórbidas que aumentan considerablemente su vulnerabilidad (Hersh,1989).

3.3.3.1.- HOSPITALIZACION

En sí es una experiencia que produce ansiedad y predispone al paciente a la depresión y al retraimiento; cuando la enfermedad amerita estancia prolongada en cama, o cuidados intensivos que disminuyan física y emocionalmente su independencia, puede determinar la regresión a un estado infantil, caracterizado por debilidad, pasividad y mayor dependencia; esta situación que culturalmente es aceptada en un individuo enfermo, es tolerada en los padecimientos agudos; tan es así que en ocasiones el médico la fomenta, ya en estas condiciones el paciente se torna más obediente y cooperador; sin embargo esta situación se transforma en un problema cuando el padecimiento se prolonga y la regresión del enfermo llega a un estado de total desinterés e incapacidad para cooperar en su tratamiento, pareciéndole la enfermedad incurable y presentándose un estado depresivo con desesperanza, pérdida de control, orgullo y autoestima; que entorpece el curso natural de la enfermedad (Calderón, 1989).

Se deben investigar seriamente los efectos que los centros de tratamiento oncológico tienen sobre el funcionamiento psicosocial de los pacientes y sus familias; ya que independiente del requisito de la solvencia (pago), los centros médicos exigen un grado de sumisión en los cuidados que obliga al paciente y familia a renunciar a su autonomía, la dinámica familiar queda alterada, médicos y enfermeras, incluso en pacientes adultos, se convierten en figuras paternas; sólo cuando así lo establece el sistema, puede el enfermo cuidar de sí mismo. A los pacientes ingresados se les aparta, de manera más o menos encubierta, de la tranquilidad física tan sencilla que pueden obtener de abrazos, caricias y contacto físico con sus familiares, el ritmo familiar y personal se alteran en la dirección y exigencias de los distintos horarios del centro médico; Hersh presenta la hipótesis de que una atención sensible a estas realidades; trabajando con las familias para mantener en lo posible su contacto activo con los pacientes y esforzándose con éstos para conseguir en cuanto sea posible su autonomía y control, tendrá efectos positivos en la realidad de vida que experimentarán todos los afectados; se especula que dicha actividad disminuirá por lo menos algunos pesimismo que conlleva el tratamiento (Hersh, 1989).

3.3.3.2.- TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

El sentido humano del psicólogo es necesario, frente al temor que aqueja a cualquier paciente cuando alguna alteración orgánica se prolonga; ya que teme por su vida, por una posible incapacidad física, un aislamiento social o un derrumbe económico, este temor, si persiste, se convierte primero en ansiedad ante la incógnita del futuro, posteriormente en angustia de que pueda sobrevenir la invalidez y el dolor, de esta forma se presenta una depresión difícil de corregir. Esto hay que advertirlo desde el primer momento que se asiste al paciente; la función del psicólogo es evitar que este temor se convierta en ansiedad, angustia, o depresión.

En los pacientes con cáncer lo anterior se acrecenta debido a una serie de factores que influyen en su reacción como son: los cambios en la imagen corporal, pigmentación, úlceras que no acaban de cicatrizar, hemorragias y pérdida crónica de peso, son ejemplos de como pueden manifestarse los distintos tipos de cáncer; los cambios físicos y la pérdida funcional pueden consistir en cuello hinchado, voz ronca o niveles de energía y fuerza disminuidos, el tratamiento origina a menudo amputaciones, pérdida de cabello, úlceras en la boca, debilidad física, cambios de humor y disminución de la libido (Hersh, 1989).

La esperanza nace fácilmente cuando se aplican terapéuticas conocidas como curativas, que cuando son tratamientos cuyos efectos no parecen tener más que una finalidad sintomática; la

aprensión puede ser evitada en gran parte por el terapeuta, quien debe informar al enfermo sobre los protocolos terapéuticos que van a ser aplicados; además prevenirlo de la eventual aparición de ciertas complicaciones; en la experiencia clínica, se observa que si el paciente y sus familiares comprenden las implicaciones de la enfermedad y del tratamiento, es posible conseguir una buena cooperación por parte del enfermo (Schwarzenberg, 1981).

En ocasiones, la estructura de personalidad del paciente determina importantes resistencias al tratamiento, la personalidad narcisista no tolerará la fragilidad física ni el deterioro de la imagen corporal y reaccionará rabiosamente; el paciente con personalidad paranoide se sentirá atacado por el tratamiento y tendrá una actitud suspicaz. Además se debe recordar que con los enfermos oncológicos y los miembros del equipo terapéutico se produce una relación muy intensa, ya que es en ellos donde el paciente depositará sus rabias y resistencias (De la Parra, 1992).

Ahora por la finalidad de la investigación solo se enfocará a las repercusiones de la:

QUIMIOTERAPIA

Para la mayoría de los pacientes, los temores relacionados con el tratamiento, corresponden a muchos de sus miedos hacia la enfermedad; este es el momento - en algunos sentidos - en que las pacientes tendrán que enfrentar a la enfermedad por primera vez; comúnmente se encontrará que el inicio del tratamiento quimioterapéutico sacará a relucir todas las dudas sobre la enfermedad conservadas, este suele ser un estadio importante en la afección de la paciente por la intensidad de las emociones al inicio de la quimioterapia.

Los temores hacia la enfermedad quizás no se resuelvan instantáneamente; sin embargo, podrían ser disminuidos permitiendo que la paciente platique sobre ellos; simplemente con escuchar con atención y empatía, se puede disminuir la intensidad de las emociones; como se ha dicho en ocasiones; "No se necesita saber todas las respuestas; simplemente escuchar las preguntas podría ayudar a resolverlas".

Otra característica muy común es el temor a lo desconocido; muchas de las pacientes oncológicas son de edad media o avanzada y no esperan tener que enfrentarse a nuevas experiencias significativas en las últimas etapas de sus vidas; es natural que esto las incomode, ya que una vez que alcanzan esta edad, han adquirido patrones que les permite enfrentarse a situaciones estresantes; es incomodo enfrentarse a una experiencia totalmente novedosa y para la cual no se ha tenido preparación alguna; la familiaridad con la enfermedad y su tratamiento podría disminuir esta molestia, mientras más conocimientos tengan acerca del tratamiento, será mejor su aceptación, su temor disminuirá después del primer tratamiento, además se sugiere que se le proporcione a la paciente, información sobre los fármacos que se utilizarán.

Un aspecto que acompaña al temor; es el no poder con el problema, la paciente se encuentra preocupada, no solamente por lo que le sucederá con el tratamiento, también de lo que ella haga (o deje de hacer) cuando se enfrente al mismo, es una nueva experiencia y no considera poseer la habilidad de luchar con el estrés de la misma. Muchas pacientes no se han percatado de las maneras en que enfrentaron situaciones estresantes en el pasado (problemas del trabajo, maritales, etc), podría ayudar el preguntarles, cómo se enfrentaron a estos retos y esclarecerles que poseen estrategias de enfrentamiento aún cuando no se encuentren conscientes de ello.

El temor a perder el control es multifacético y común, este se inicia con la misma enfermedad pero es amplificado cuando la paciente siente que es atendida y pasada de una persona a otra como una pieza de ensamblaje, un equipo multidisciplinario (por definición) lo conforman profesionistas de diferentes disciplinas, pero un efecto colateral accidental proveniente de esto, es que la percepción del paciente se altere y sienta que no posee control alguno sobre la

situación. En esto puede ayudar el clarificar el papel que desempeña cada una de las personas del equipo, también el asignarle una tarea específica, como el anotar sus síntomas (llevar un diario o registro de episodios de dolor o náuseas). El temor a ser abandonado es amplificado cada vez que un nuevo aspecto de cuidado es introducido y la quimioterapia es una causa común de esto; mantener una continuidad en el tratamiento podría ayudar, si el paciente es atendido siempre por la misma enfermera de quimioterapia cada vez que recibe su tratamiento (si es posible), esto disminuirá sus preocupaciones (Buckman, 1993).

Temor específico a la Quimioterapia; muchos pacientes han leído o escuchado algo sobre ella en artículos de revistas, reportajes y televisión, de hecho es difícil evitar hablar de quimioterapia a menos que se retire de la sociedad de una manera drástica; sin embargo, a pesar del conocimiento universal que existe sobre esta, cada paciente tendrá sus temores particulares, algunos correctos y otros no. Quizá el psicólogo no tenga idea de los aspectos del tratamiento de los cuáles se encuentra más preocupado la paciente, probablemente sean situaciones que no ocurrirán; pero no lo sabrá hasta que indague sobre ello, las enfermas pueden encontrarse preocupadas sobre la alopecia, quizá piensen que la náusea persistirá durante los seis meses del tratamiento y no solamente por uno o dos días después de la aplicación de la quimioterapia o temen una hospitalización prolongada cuando ésta sea improbable. Una vez más, el proporcionarle información disminuirá su preocupación; si se sabe que los temores de esta no se realizarán simplemente proporcionar una explicación puede ayudar.

Las preocupaciones sobre el tratamiento con quimioterapia son muy comunes, muchos pacientes se encuentran particularmente preocupados sobre la probabilidad de sufrir náuseas o molestias; que la mayoría de los citostáticos provoca, por lo tanto el control adecuado de estos síntomas es de importancia fundamental para la tolerancia y la aceptación del tratamiento por parte del sujeto, con los antieméticos de los que se disponen, esto generalmente puede lograrse.

Los vómitos inducidos por la quimioterapia pueden ser: agudos, anticipados o tardíos; el vómito inducido por los agentes antineoplásicos se produce tras el estímulo de la zona gatillo quimiorreceptora situada en el área postrema del bulbo raquídeo; esta zona se halla relacionada con el centro del vómito, localizado en la formación reticular del bulbo, otras veces el vómito se debe a un estímulo directo sobre los quimiorreceptores del propio tubo digestivo; así pues, el control del vómito dependerá del empleo de los antieméticos adecuados para bloquear los estímulos producidos por los distintos fármacos antineoplásicos.

El *vómito agudo*; se presenta generalmente en aquellos pacientes que reciben quimioterapia por primera vez, la emesis suele comenzar a las dos horas de la inyección del fármaco.

Los *vómitos anticipados* son los episodios de náuseas y/o vómitos que comienzan antes de la administración de quimioterapia en las pacientes que en ciclos anteriores tuvieron un mal control de la emesis; se trata de una respuesta condicionada o un fenómeno de conducta en el que el ambiente hospitalario u otras asociaciones relacionadas con el tratamiento provocan el estímulo del vómito; en este caso el factor psicológico o de conducta se añade al estímulo químico del fármaco empleado superándolo incluso, para prevenirlo es necesario utilizar regímenes antieméticos muy activos en el primer ciclo del tratamiento y posteriormente combinarlos con técnicas de desensibilización sistemática, hipnosis o relajación.

Los *vómitos tardíos* se definen como las náuseas y vómitos que ocurren tras las 24 horas de la administración de la quimioterapia; su fisiopatología no está bien comprendida y podría relacionarse con metabolitos del fármaco.

Por otra parte la *Alopecia* es uno de los efectos más notables e indeseables de la quimioterapia; es comúnmente temida por ser la evidencia física de que la paciente está recibiendo quimioterapia y termina con cualquier comentario que le haya hecho a sus amigos;

esta se produce por freno del crecimiento celular de la raíz del folículo piloso, ocasiona caída parcial o total del cabello; se inicia aproximadamente a las tres semanas de la primera dosis y se recupera casi siempre al finalizar la quimioterapia, brotando más que antes, aunque no siempre del mismo color (pueden aparecer más canas). Existen dos maneras de atender este problema; ayudar a la paciente a elegir una peluca desde el principio del tratamiento (antes de que sea necesario utilizarla) o un turbante que le permite estar más fresca; además de tratar de aumentar la autoestima del paciente respondiéndole como un individuo (J.Estape,1991).

Sobre la piel, el efecto secundario más frecuente que se ha observado es el eritema pigmentario fijo por bleumicina, que afecta a codos y rodillas, en ocasiones es doloroso; otras veces afecta a las palmas de las manos con edema e impotencia funcional.

La quimioterapia afecta a las mucosas que tienen células en constante reproducción, en la boca, origina a los 4-7 días un eritema algo doloroso, que por el trauma del alimento se lacera y aparecen úlceras o aftas que duran hasta 14-21 días muy dolorosas que llegan a impedir la ingestión de alimentos.

Sobre la médula ósea se produce mielodepresión, pues las células hematopoyéticas están en constante reproducción y eso las hace muy vulnerables a los citostáticos, la médula tiene más reservas de precursores de leucocitos que duran 10 días, por eso la leucopenia no se observa en sangre periférica hasta el décimo día tras la aplicación de la dosis de tratamiento y que dura hasta los 14-21 días; este es el motivo de que se espere ese tiempo para administrar la siguiente sesión de quimioterapia.

Ocasionalmente, las pacientes refieren cierta incomodidad cuando son expuestas a inyecciones repetidas (se conoce como temor a las jeringas y rara vez es tan severo, que ocasione que un paciente abandone su tratamiento; de ser así, requerirá de psicoterapia).

Todos estos aspectos llevaron a investigar el impacto de este tratamiento en las pacientes, llegando a la conclusión que las repercusiones de esta terapia en la calidad de sus vidas aunque desagradable, eran moderadas y pasajeras, y menos trascendentales que el proceso de adaptación a la propia enfermedad; aunque las que recibieron más dosis de quimioterapia tardaron más en mejorar su calidad de vida (Matey,1996)

Sobre este aspecto también se ha investigado la mayor neurotoxicidad central que la quimioterapia adyuvante en altas dosis puede provocar en comparación con la quimioterapia en dosis convencionales; ya que lo que se busca con el primer tratamiento es un período prolongado de supervivencia, con calidad de vida social y profesional aceptable finalizado el tratamiento, y no un deterioro cerebral (concentración, memoria, pensamiento y lenguaje) a largo plazo, como el que se determinó que ocurría, ya que este ocasiona profundas consecuencias en la vida cotidiana de las pacientes; por lo que los autores proponen que la toxicidad del sistema nervioso central es un factor limitante de la dosis en los regímenes de quimioterapia en dosis elevadas (Van,1998)

Por todo lo anterior se sugiere a los profesionistas (médicos y psicólogos) encargados de este tipo de pacientes, estar alerta de:

- 1) Rigor de la quimioterapia y los cambios físicos provocados por ésta;
- 2) La dependencia involuntaria del paciente a su familia y al personal médico, aislamiento de su grupo de pares y,
- 3) La depresión inevitable que acompaña al paciente cuando se va dando cuenta de las implicaciones de su padecimiento.
- 4) Posibles alteraciones cognitivas anormales.

Por otra parte en el proceso de la enfermedad del cáncer existe otro aspecto que puede estar asociado a los tratamientos y/o a la evolución misma de la neoplasia: el **DOLOR**; que es la manifestación clínica que afecta a la mayoría de pacientes, produce molestias importantes y serias alteraciones de la calidad de vida; la mitad de la población se encuentra afectada de dolor agudo o crónico; siendo el primero más difícil de controlar adecuadamente. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo ha definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesiones tisulares reales o posibles, o descritas como si estas lesiones existiesen”.

La complejidad y amplitud de vivencias que derivan del dolor por cáncer, indujo a Saunders a definir el término de “dolor total”; este concepto considera aspectos emocionales, sociales, espirituales y/o financieros que hacen que el conjunto de la vida esté dominada y gire en torno al dolor de estos pacientes; que genera ansiedad, depresión, debilidad, insomnio, miedo, deterioro físico y alteraciones funcionales en las están implicadas connotaciones económicas y sociales. El análisis del dolor en el paciente oncológico requiere una valoración del síntoma y de sus implicaciones somatopsíquicas, como concepto de “*dolor total*”.

El componente esencial de la metodología terapéutica del dolor es la administración de analgésicos, que utilizados correctamente permiten controlarlo en más del 90% de los casos; en el pequeño porcentaje restante puede ser necesario recurrir a procedimientos anestésicos y neuroquirúrgicos especializados. Es importante señalar que la empatía, las explicaciones e información esperanzadora y los recursos generados a través del diálogo tienen un profundo efecto analgésico que junto con la terapéutica farmacológica conducen al alivio integral de la experiencia dolorosa (J.Estape,1991).

Por otra parte durante el proceso de enfermedad y sus tratamientos terapéuticos se pueden dar una serie de alteraciones psico-sociales en el paciente; como son:

3.3.3.3.- AUTOIMAGEN Y ESTADO PSICOLOGICO GENERAL

La manera como una persona piensa y siente sobre sí misma se denomina “*autoimagen*”, esta influye en el nivel de bienestar y aceptación de sí mismo y los demás; se deriva de las experiencias del desarrollo, dentro del contexto de los propios recursos clínicos e intelectuales; los componentes principales de esta imagen son el yo físico, el yo psicológico y el yo social.

Cualquier tipo de cáncer y su tratamiento producen cambios, pasajeros o permanentes, en estas tres áreas, cuando estos ocurren, se basan en la realidad inmediata como en la anticipación de posibles cambios futuros; por ejemplo, la amputación, impotencia e incapacidad para el trabajo pueden ser modificaciones inmediatas a los que el enfermo debe enfrentarse simultáneamente: la posibilidad de quedar desfigurado, dudas sobre la capacidad sexual y la pérdida del trabajo son las preocupaciones más importantes; la adecuada adaptación a los cambios producidos por la enfermedad puede resultar sorprendente, sin embargo, se ve pocas veces la descompensación psicológica en un grado tan importante como para que derive en un problema clínico; el psicólogo debe entender que los retos a la autoimagen de un paciente, a pesar de las alteraciones en el nivel de energía, fuerza, agilidad y estados de ánimo, pueden ser drásticas, pero tratables (Hersh,1989).

En las pacientes, después de la aparición de la enfermedad, hay variabilidad en su estado emocional, aunque sin una motivación consciente que les sea clara, este estado oscila desde la emoción por una parte y la impulsividad e irritabilidad por otra. En su entorno familiar es donde

más se dan estas actitudes y generalmente las pacientes son conscientes de esta variabilidad personal y de la necesidad de su manifestación. El malhumor del que se habla es especial, ya que sin ser respuesta a nada concreto, es la expresión de la sensación de desubicación consiguiente; este puede ser el primer paso antes de la pregunta personal de las pacientes sobre que lugar ocupan con respecto de la enfermedad y la vida; con el paso del tiempo, el malhumor se pueda suavizar y se desplaza, haciendo sus formas más cotidianas y aparecer o ser sintomático en otro lugar: en relación con esto se pueden ver estados temporales de melancolía.

A partir de los 55 años existe mayor tendencia a posturas de emoción, siendo más común que en las pacientes de menos edad; se dan respuestas de mayor irritabilidad, en otras esta fase de malhumor aparece con una posición marcadamente melancólica. El estado emocional de las pacientes viene marcado por un carácter pasional, significa la disposición a un modo impulsivo y emotivo de vivir determinadas situaciones, impregnando sentimentalmente casi todas las manifestaciones de la vida diaria. Esto sería como decir que ante una falla en la situación de vida corporal, hay un aumento en la situación de vida emocional.

Además como información básica, el psicólogo debe recordar que el arsenal humano para tratar los cambios que se producen en la autoimagen, las alteraciones del humor y las funciones vegetativas, así como en tipos de estrés, estriba básicamente en los mecanismos psicológicos de defensa; estos son procesos mentales protectores, casi siempre inconscientes utilizados para proteger al paciente de una excesiva ansiedad; al mismo tiempo le ayudan a afrontar cualquier tipo de esfuerzo interno o externo que esta le produzca. Los mecanismos de defensa más frecuentes en las pacientes son rechazo, intelectualización y racionalización; el rechazo se puede entender como negación psicológica de los sentimientos asociados a ciertos sucesos o pensamientos y puede estar más generalizado en relación con experiencias o realidades más amplias; se trata de uno de los mecanismos más importantes, efectivos y fáciles de adaptar, por regla general el médico debe evitar enfrentarse con el, a no ser que origine problemas con el proceso de tratamiento o responsabilidades importantes con respecto a su familia (finanzas, redacción de testamentos, etc.). La intelectualización y la racionalización están íntimamente relacionadas; la primera estriba en la utilización de procesos intelectuales para controlar o evitar la experiencia y expresión de sentimientos, la última implica la utilización de los procesos intelectuales para esconder ante uno mismo y los demás los motivos instintivos para una conducta concreta (Hersh, 1989).

SUEÑO

La mayoría son pacientes con gran disposición a soñar, a partir del inicio de la enfermedad, hay en un tiempo una importante actividad onírica, con aparición de pesadillas producto de la tensión que genera la enfermedad y la sensación de inestabilidad personal en que se encuentra.

También se da mucha dificultad en dormir, con problemas de insomnio y tendencia a despertar varias veces durante la noche; la paciente asocia con facilidad el hecho de dormir, de perder la consciencia, con la idea de muerte; derivada de la asociación con la enfermedad, no queriendo perder el control de sus pulsiones vitales, buscando en todo momento un estado de vigilia con la enfermedad. A pesar de la ambivalencia que se da en las pacientes con respecto al proceso de la neoplasia, la pérdida de la consciencia se asocia con un *desplazamiento* en la enfermedad; a partir de esto se da insomnio y pesadillas por la pérdida de control que produce el dormir; estos síntomas son menores en aquellas pacientes que han podido desplazar la enfermedad de ese lugar central de angustia (Coll, 1991).

SEXUALIDAD Y SEXO

La sexualidad es “un esquema de conducta humana aprendida, un conjunto de habilidades y sentimientos que está relacionado con la identidad de sexo, sentido de masculinidad o femineidad y con la conducta sexual; teniendo en cuenta las experiencias de un nacimiento en común, la formación y educación, la sexualidad incluye las conductas y sentimientos asociados a tocar, asir y abrazar, así como los contactos genitales; exigencias sexuales y expectativas de la gente varían a lo largo del ciclo de su vida”.

Es necesario dedicar una atención médica y psicológica específica al complejo tema del sexo y sexualidad, la información estaba orientada básicamente en los temas de la libido y capacidad de realización de pacientes cardíacos o hemodializados; pero es necesario considerar a pacientes oncológicos; ya que es importante observar las angustias concretas producto de la enfermedad y su tratamiento; en el caso de personas que sufren disfunción o enfermedad crónica, “su nivel de conocimientos y experiencias” relativo a sus capacidades se convierte en factor de influencia significativa en la autonomía, control y sentido de responsabilidad en uno mismo.

El cáncer y su tratamiento pueden repercutir en cualquier aspecto de la imagen corporal y fisiológica relacionado con la identidad sexual; las pacientes pueden experimentar cambios en sus capacidades funcionales y en el interés sexual (libido), dependiendo de la edad, grado de desarrollo, personalidad, expectativas y papel social (esposa, madre, amante); dichos cambios pueden ser físicos (amputación, resección, etc.) o fisiológicos, aunque ambos producen un trastorno emocional. Entre los primeros se pueden citar características sexuales secundarias alteradas, pérdida de una mama o del cabello; otros no bien estudiados son alteraciones en la capacidad sensitiva, como hipersensibilidad de la piel y parestesias; los cambios fisiológicos secundarios a la castración terapéutica tienen mayor importancia en el paciente; pueden observarse asimismo en la misma persona inestabilidad vasomotora, cefaleas, nerviosismo y depresión.

El sentido de integridad como ser sexuado influye significativamente la fuerza y salud, las expectativas que los demás tienen de ellos mismos y la mentalidad que la cultura impone.

Hoy en día los profesionales de la salud que tratan enfermedades oncológicas no deberían ser cómplices del silencio sobre la sexualidad, de la misma manera que no lo serían acerca de la muerte; la sexualidad es una parte de la vida, de los pacientes y sus familias. Las sensaciones que produce la enfermedad acaparan, en principio, todas las vivencias del sujeto y la sexualidad sufre un desplazamiento, hay que destacar dos aspectos que son determinantes en la forma de manifestarse la sexualidad: la edad de la paciente y el tiempo de enfermedad. En las pacientes de más de 55 años se produce casi una desaparición de la realización sexual, del deseo en lo sexual, prevaleciendo cierta forma de resignación y espera, que produce un desplazamiento de las manifestaciones sexuales; se da con frecuencia una desexualización que viene unida con la asociación a la vejez cercana y la idea de muerte, produciendo una pasividad e inhibición sexual; quedando la sexualidad, fuera de las expectativas legítimas de su edad y de su enfermedad; pero esta posición conlleva una sensación de despersonalización, porque la sexualidad, es la vivencia de las sensaciones placenteras, inherente a la constitución del sujeto. En las pacientes de menor edad, al inicio de la enfermedad hay un desplazamiento sintomático de la sexualidad, pero con el paso del tiempo vuelven a su realización, aunque va a existir un remanente de temor imaginario que parece retener sus vivencias, temor a la reactivación de la enfermedad como consecuencia de cualquier intensificación de las sensaciones.

Con relación al tiempo de la enfermedad, en su inicio, la sexualidad sufre una “suspensión” quedando como “fuera de lugar”, en una vivencia agotada de melancolía; con el paso del

tiempo, puede volver a ocupar un lugar en el deseo de la paciente; en algunas se ha observado una asociación imaginaria entre actividad sexual y causa de la enfermedad o empeoramiento; en este sentido se podrían argumentar dos cuestiones; por un lado la "cuestión moral" en que se tiene la vivencia de la sexualidad, y por otro una cuestión corporal, evitando por las posibles connotaciones imaginarias negativas, cualquier actividad interna; el cáncer al ser un proceso interno de células se asocia a que cualquier variación en las experiencias va a incidir directamente en el proceso cancerígeno, desplazando esto en gran medida la expresión y vivencia sexual. Por la localización de este cáncer, en la mama, se establece una vinculación directa con las zonas erógenas y la imagen corporal; a partir de la enfermedad se establece una asociación con una sensación de pérdida en las posiciones personales de deseo y de ser deseada; entra en cuestión, el posible grado de pérdida de femineidad a partir de la enfermedad, que se hace a nivel inconsciente, ponen en duda su relación con los demás, sobre todo su pareja, cuestionándose el valor que ella y su pareja le confieren a la enfermedad, a su "falla" en el cuerpo; estas cuestiones van a desvirtuar, desplazar sintomáticamente la vivencia sexual, produciéndose síntomas con otras manifestaciones por esta falla imaginaria (Coll, 1991).

Las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico que determina una menopausia precoz pueden experimentar una serie de sentimientos entremezclados, que minan su libido y su sexualidad, las alteraciones hormonales ocasionan cambios de humor, irritabilidad, alteraciones del sueño y alteraciones hísticas a nivel vaginal, que influyen directamente en la disfunción sexual; la labilidad emocional y las alteraciones fisiológicas que confluyen sobre una imagen corporal también afectada (pérdida de mama, del cabello) repercuten sobre el atractivo físico y sexual de la paciente, y sobre su sensación de ser deseada, afectando todo ello negativamente la relación matrimonial; para estas pacientes, algunas recomendaciones pueden resultar muy útiles, como por ejemplo, el utilizar lubricantes no estragénicos antes de realizar el acto sexual.

Otros síntomas molestos, como la sofocación, son incómodos y pueden llegar a afectar la capacidad de concentración; el control de estas alteraciones vasomotoras es todavía un problema conflictivo por la relación que existe entre este tipo de tratamiento y la aparición de tumores hormonodependientes; además de la influencia que las dificultades menopáusicas tienen sobre la sexualidad, la repercusión de este tipo de tratamiento sobre la fertilidad y la posibilidad de futuros embarazos es también importante; las mujeres jóvenes que siguen tratamiento quimioterápico complementario no sólo se preocupan por sus efectos secundarios inmediatos, sino de la posible infertilidad irreversible asociada a él; estas mujeres necesitan apoyo y asesoramiento sobre esto y la reversibilidad o irreversibilidad de la disfunción gonadal secundaria al tratamiento y que parece ser que depende de la edad de la paciente y la toxicidad de los fármacos empleados (Derogatis, 1989).

Las reacciones psicológicas en relación con el tratamiento del cáncer de mama son muy variadas; así pues, es necesario conocer las preocupaciones de cada paciente en concreto. Existe una relación muy compleja entre la biología de la enfermedad (tiempo y evolución), el tipo de tratamiento y la psicología de la paciente (estructura de personalidad, relaciones familiares y de pareja), los psicólogos deben tener presentes estos factores, para determinar cómo interaccionan en cada caso individual.

DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD

A partir de la enfermedad disminuye drásticamente la actividad que desarrollaban, en principio, por el estado físico y posteriormente por el psíquico; parece haber algunas asociaciones inconscientes entre volver a su actividad anterior y la reactivación de la

enfermedad; se da cierta tendencia a ocupar el tiempo en otras pequeñas tareas; hay una pérdida generalizada de intereses a causa de la desubicación personal por la aparición de la enfermedad y surgen las preguntas: ¿de que me va a servir lo que haga?, ¿Que sentido tiene?, formuladas a partir del vacío que crea la enfermedad; la actividad significa en algunos casos un índice de desplazamiento simbólico de la misma, ocupando un lugar en las posiciones de deseo de las pacientes, siendo de vital importancia para la evolución de la enfermedad.

En otros casos se da un replantamiento de su actividad y un intento de "vivir el deseo" y sus formas de realización, abandonan sus actividades anteriores e inician otras, por las que siempre han sentido interés y cierto atractivo; esta es otra forma de encontrar respuestas a las preguntas que le surgen al inicio de la enfermedad, este intento responde al carácter pasional antes descrito y es una forma de apurar los instantes de vida, los momentos que piensan les queda.

TRABAJO, ESCUELA Y COMUNIDAD

Son aspectos especialmente importantes para la paciente; por ser entornos sociales en los que las personas se relacionan e influyen mutuamente; cuando a un integrante se le diagnostica cáncer y se enteran los demás, los comportamientos cambian por las personas que participan en ellos y los valores culturales de cada uno, por eso estos grupos se convierten en emplazamientos ideales donde observar una conducta positiva y/o negativa, de apoyo y/o estigmatización; pueden darse casos de ayuda franca, así como de rechazo cruel. Se entiende por comunidad la vecindad inmediata, el lugar de culto, las organizaciones sociales y cívicas a las que pertenece el enfermo, ya que estas pueden ofrecer ayuda de tipo económico, social y emocional. El médico, psicólogo, enfermera y trabajadora social deben reunir toda la información que les sea posible acerca del entorno de la persona, la escuela y el lugar de trabajo ya que el criterio orientativo básico es mantenerla en estos tanto tiempo como sea posible. (Hersh,1989).

FAMILIA

A menudo se descuida el papel de la familia en el cuidado de la paciente, en general es preferible que todos los que estén relacionados con la enferma conozcan que ésta tiene cáncer y sobre todo que la paciente, la familia y el terapeuta conozcan que los otros lo saben, esto evitará situaciones tan absurdas y penosas como el que todos actúen como si nada malo sucediera, cuando saben que no es así; generalmente al descubrirse la enfermedad hay una depresión familiar y la enfermedad pasa a funcionar como "*secreto a voces*"; hay un cambio de actitud de la familia respecto a la paciente, con más manifestaciones de afectividad, pero con un silencio sobre la enfermedad; todos se llenan de angustia y lo emocional provoca un "*pacto implícito de silencio*", rara vez se encuentra un espacio familiar para hablar del padecimiento y las sensaciones que provoca; esto va a producir un desplazamiento sintomático, tanto en la paciente como en los miembros de la familia.

Se puede observar de distintas formas en la consulta; por una parte se presentan pacientes rodeados de familiares que apenas si lo dejan hablar ante el médico e intentan tratar la enfermedad de manera muy optimista y con cierta negación de la misma, produciendo efectos en la paciente de soledad e incomunicación. Por otra se encuentra a personas que acuden a consulta poco acompañados y con un mutismo casi absoluto, con gran sensación de aislamiento y haciéndose cargo de toda la angustia familiar.

El psicólogo debe entender que los familiares pueden sentirse culpables, al considerar que el cáncer es resultado de alguna acción hacia la familia o que podría haber sido diagnosticado

antes y por lo tanto curado, ellos pueden tratar de desahogar su ira y frustración en el equipo terapéutico, ya que son las personas que tienen más al alcance (Coll,1991).

El dolor puede ser devastador para una familia, se activan mecanismos de defensa psicológica, tales como negación, represión y (especialmente) proyección, la cual se puede manifestar en afirmaciones tales como, "ella no soporta hablar de su enfermedad." cuando de hecho los que no quieren hacerlo son ellos. La paciente puede utilizar el rechazo para adaptarse a la ansiedad originada por una enfermedad fatal, pero el rechazo por parte de la familia puede algunas veces bloquear el progreso realizado por ella hacia la verbalización y resolución de problemas psicológicos inherentes a un mal grave o terminal.

El psicólogo debe prevenir a la familia respecto de las secuelas negativas, si se bloquea la necesidad del paciente de discutir abiertamente la enfermedad; estas consecuencias incluyen:

- 1.- Intensificación de depresión y ansiedad.
- 2.- Se crean obstáculos psicológicos para que la paciente reconozca su estado real.
- 3.- Mayor sensación de aislamiento del paciente que le impide aceptar su enfermedad, en un momento en que la aceptación parcial y la calma emocional hubieran sido posible.

El psicólogo puede establecer un modelo de comunicación apropiado en torno a la malignidad, para la paciente y sus allegados; este les dará un modelo de conducta a seguir y reducirá la tensión.

- Tensiones en el matrimonio

La enfermedad de un cónyuge, mina los recursos emocionales de la pareja, porque implica un gran incremento de la necesidad de apoyo e identificación por parte del cónyuge sano; el cual tiende a experimentar privación sexual, restricción de actividades externas, falta de vida social, presiones financieras y alteración de los patrones de vida en el hogar; si el compañero debe sacrificar todo esto y no recibe reconocimiento; es probable el resentimiento y la depresión; el psicólogo debe concederle la oportunidad de discutir con él estas tensiones y reforzar su espíritu de sacrificio en beneficio del paciente, tomando en cuenta que él representa el principal apoyo emocional, pero también el miembro de la familia más susceptible a tensión, depresión y amargura generadas por la convivencia con la enfermedad; el cónyuge requiere de ajustes emocionales tan grandes como el paciente, y además, corre un riesgo considerable de problemas médicos, el año siguiente a la muerte del enfermo.

Es importante evaluar el nivel de dependencia en la relación marital; si el cónyuge sano alienta la dependencia excesiva de la pareja enferma, el psicólogo debe ser honesto con él; acerca de los problemas inherentes a tal sobredependencia, que incluye lo siguiente:

- 1.- Limitaciones en las actividades del cónyuge.
- 2.- Resentimiento de la responsabilidad originada por la sobredependencia de la paciente.

El psicólogo debe aconsejar al cónyuge que mantenga un estilo de vida tan activo como sea posible; además requiere un amplio apoyo para satisfacer las necesidades de un paciente que ya no puede salir de casa; con frecuencia, el esposo anima a la enferma a comer más de lo que ésta es capaz; provocando un sentimiento de frustración en ambos, lo que hace que las comidas sólo originen ansiedad, el psicólogo necesita explicar la dificultad que un enfermo de cáncer tiene para comer, especialmente cuando está sometido a quimioterapia; a menudo la psicodinámica subyacente de esto, lleva al cónyuge a pensar que los alimentos son lo único que puede ofrecerle, debido a que los signos más visibles de progresión de la enfermedad son pérdida de peso, la impresión secundaria de la pareja, es que la malignidad no avanzará si logra que el paciente coma (Sarna,1986).

- Niños y el paciente con cáncer

Los niños son afectados profundamente por los casos malignos en los padres o miembros de la familia; por lo general, si son comprendidos y se les maneja apropiadamente, la experiencia será perturbadora, pero no originará desajuste emocional; si se les ignora, excluye o da información evasiva o falsa, se puede ocasionar interferencias en su desarrollo o secuelas psicológicas que perduren más allá de la enfermedad.

El niño menor de diez años

Los niños pueden concebir lo que significan las enfermedades graves y la muerte, de los seis años en adelante; tienden a hacer preguntas sobre la enfermedad, que hay que contestar honestamente, en términos comprensibles; es preciso prepararlos para el deterioro y la muerte de un miembro de la familia antes de que está ocurra; ellos conciben la realidad sólo a partir de la información que se les da, y si esos datos están distorsionados, se modifica su concepto de la realidad; si la percepción de un niño pequeño es correcta, el principal error es negar o falsear su entorno; por lo tanto, la honestidad es la mejor política al hablar de una enfermedad maligna.

Ciertos síntomas observados en los niños pequeños de pacientes con cáncer, requieren atención y son una razón poderosa para llevarlos con el psicólogo:

- 1.- Pérdida del control de esfínteres
- 2.- Pesadillas nocturnas
- 3.- Pérdida de aptitudes escolares adquiridas (lectura, matemáticas, deletreo)
- 4.- Aislamiento de compañeros y juegos
- 5.- Aumento repentino de agresión hacia sus compañeros
- 6.- Trastorno del apetito (obesidad o anorexia)
- 7.- Cleptomanía, piromania o crueldad con los animales.

Los mecanismos de defensa en el niño difieren de los del adulto, ya que estos no pueden soportar una pena durante tanto tiempo; las defensas del niño, pueden manifestarse en ausencia absoluta de interés en la enfermedad o bien, en actividades hipománicas (como una forma de protegerse de la depresión y los sentimientos de desamparo), el psicólogo debe alertar a la familia a buscar los motivos de tal conducta, para así comprender su reacción hacia la enfermedad. El niño a menudo no puede diferenciar el pensamiento de la acción; por lo tanto, se puede sentir responsable del padecimiento, debido a un sentimiento de ira o "malos" pensamientos con respecto al enfermo; el psicólogo y los padres necesitan explicar al pequeño que de ninguna manera es responsable de la enfermedad (Sarna, 1989).

El adolescente

El adolescente corre un riesgo emocional superior al del niño, para adaptarse a la enfermedad en un miembro de la familia; por lo general, se tienen mayores expectativas del adolescente y se pide más de él, tanto en forma abierta como implícita; se espera se encargue de los quehaceres domésticos y cuando hay niños más pequeños, sustituya a los padres; que desempeñe el papel de pseudocónyuge o figura de apoyo adulta, cuando emocionalmente no es capaz de ello, entonces puede fingir que lo hace, lo cual obliga a los padres a reasumir su función.

Las defensas del adolescente frente a un caso de enfermedad, pueden consistir en:

- 1.- Proyección e incluso abuso de drogas, promiscuidad, robos o huir de casa.
- 2.- Ascetismo, que implica distanciamiento sobreintelectualizado de la familia y del mundo.
- 3.- Sublimación de sentimientos, por ejemplo, deportes agotadores.

El psicólogo debe estar al tanto de estos problemas, para ayudar a la familia a entender la conducta del adolescente, a fin de que no se enfaden con él, ni lo usen como chivo expiatorio. El

principal problema en el desarrollo del adolescente frente a la enfermedad especialmente en uno de los padres, puede ser la reversión, por la intervención de la familia y padres en su vida, en casos de enfermedad todos tienden a participar más activamente, se debe alentar al adolescente a continuar desarrollando una postura independiente, mientras afronta los cambios de vida y las nuevas responsabilidades que trajo la enfermedad (Sarna,1986).

Por la influencia de todos los aspectos antes mencionados en el paciente con cáncer, este puede presentar una serie de alteraciones psicológicas, que en un detallado estudio del Grupo Colaborativo de Oncología Psicosocial (citado en J.Estape,1991) indican que la prevalencia en 215 pacientes fue del 47%, presentando el 53% restante una adaptación normal ante la enfermedad. El trastorno más común fueron alteraciones de adaptación con síntomas de ansiedad y depresión reactiva (32%), seguido de depresión severa (6%), delirio (4%), alteraciones de la personalidad (3%) y ansiedad (2%).

Las *alteraciones de adaptación* representan una exageración y/o prolongación de las respuestas habituales de ansiedad y depresión reactivas ante el estrés, su evocación depende en gran parte, de la relación que se establece entre el médico y el paciente.

El diagnóstico de *depresión* no puede basarse en síntomas somáticos frecuentes en los pacientes con cáncer, como astenia, insomnio, pérdida de apetito o adelgazamiento; deben valorarse fundamentalmente sus aspectos psicológicos: alteraciones del humor sentimientos de desesperanza, desamparo o culpa, pérdida de la autoestima e ideas de suicidio.

El *delirio* es un síndrome cerebral orgánico (encefalopatía) caracterizado por una alteración de las funciones cognitivas. En pacientes hospitalizados, su incidencia es del 15-20% y aumenta al 75% en pacientes terminales; debe sospecharse ante aparición brusca de agitación, desorientación temporoespacial, alteraciones de memoria o atención y fluctuaciones del nivel de conciencia; el interés diagnóstico del delirio radica no sólo en su tratamiento sintomático, sino en que puede revelar una complicación tratable del cáncer; su etiología es multifactorial, y a ello contribuyen uno o varios de los siguientes problemas: efectos secundarios de la medicación, trastornos endocrinometabólicos, alteraciones nutritivas, infecciones y fracaso de un órgano.

Las *alteraciones de la personalidad* como las ideas paranoides obsesivas, la dependencia exagerada o la personalidad histriónica resultan a menudo frustrantes y son una fuente de ira para el personal médico; pero el paciente no los vive habitualmente como un problema, el psicólogo debe conocer estos patrones de comportamiento y explicarlos al personal sanitario.

Como ya se ha señalado, la *ansiedad* es habitualmente de tipo reactivo; en individuos con antecedentes de ansiedad crónica, el cáncer puede exacerbar sus manifestaciones y desencadenar crisis de angustia y ataques de pánico.

Las *fobias* suelen ser relativas a síntomas físicos, sobre todo al dolor, los métodos diagnósticos, temor a la soledad y la muerte (J.Estape,1991).

3.3.4.- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Un buen medio para afrontar los períodos de tensión, son los agentes psicofarmacológicos; por si solos nunca son una solución mágica para los problemas psicológicos; pero su empleo racional puede contribuir a un mejor cuidado de los pacientes, fundamentalmente cuando existen manifestaciones de ansiedad, depresión y delirio, ya que producen una reducción significativa o eliminación de síntomas, contribuyendo a que el paciente responda mejor a las intervenciones necesarias o que mejore física, psicológica y socialmente.

Se calcula que alrededor del 20% de pacientes con cáncer desarrollan problemas que precisan la intervención del psiquiatra y psicólogo; porque se presentan diversos síntomas asociados al S.N.C.; como ansiedad, cambios de humor o irritabilidad, falta de concentración, confusión e incluso alucinaciones; cualquiera que sea el síntoma, la primera responsabilidad del terapeuta es estudiar que cambios fisiológicos secundarios a la enfermedad, tratamientos administrados, infecciones o metabolismo pueden producir estos síntomas. La respuesta a los tratamientos administrados (quimioterapia, radioterapia, cirugía) puede afectar la conducta, humor y percepción; de particular interés son los efectos de la quimioterapia en el SNC; todos estos agentes (alquilantes, antimetabólicos, cisplatino, etc.) producen síntomas reveladores, que pueden variar desde la forma clásica de encefalopatía tóxica, ataxia, depresiones, manías o cambios de humor, hasta conductas esquizofrénicas (Hersh, 1989).

Al utilizar fármacos psicoactivos, la finalidad del psiquiatra es devolver la sensación de comodidad y control al paciente. A continuación se expondrán algunos de los casos en los que pueden emplearse, así como los fármacos adecuados para ellos:

ANSIEDAD DE MODERADA A GRAVE: Se recomienda el uso prudente de tranquilizantes menores, de los que se espera un alivio de tensión durante las crisis periódicas, que de otra manera podrían minar rápidamente las fuerzas emocional y física. Los fármacos utilizados habitualmente son benzodiacepinas, preferibles los de vida media corta como el alprazolam, oxacepam y loracepam; la dosis inicial debe determinarse según el grado de ansiedad, estado físico y uso concomitante de otros psicofármacos.

DEPRESION DE MODERADA A GRAVE: El uso prudente de medicamentos antidepresivos; son especialmente útiles para tratar problemas de sueño, depresiones con agitación y trastornos del apetito que afectan al paciente con cáncer; el psiquiatra debe evaluarlo cuidadosamente para ver si requiere ayuda psicológica para afrontar la depresión en una forma más completa, cuando su estado ha alcanzado el nivel en el que los antidepresivos están indicados. Esto es preciso especialmente para el paciente con depresión psicótica (deterioro completo, de sus funciones) o con tendencias suicidas ligadas a la depresión.

El tratamiento de la depresión se basa casi exclusivamente en antidepresivos tricíclicos; por razones no bien explicadas las dosis requeridas por pacientes deprimidos con cáncer suelen ser inferiores a las necesarias en la población general, el tratamiento debe iniciarse con dosis bajas, con aumento cada 2 días, hasta la obtención de respuesta manteniendo su administración entre 4 y 6 meses. La elección del fármaco depende de la naturaleza de los síntomas depresivos, problemas médicos asociados, efectos secundarios y la vía de administración; en pacientes con insomnio o agitación son preferibles los de acción sedante como amitriptilina y doxepín, en cambio, si predomina la inhibición, la imipramina y la nortriptilina son más eficaces; estos últimos tienen menos efectos anticolinérgicos y por tanto, influyen menos sobre la motilidad intestinal, el esfínter urinario y la sequedad de boca (J.Estape, 1991).

ANSIEDAD GRAVE O CONFUSION MENTAL: Cuando estos casos requieren medicación, la atención psiquiátrica siempre es necesaria, debido a la gravedad de su estado y al riesgo de una descompensación indicada por los síntomas, estos son signos claros o de problemas psicológicos profundos subsecuentes, o de deficiencias del ego, o bien tienen causas orgánicas que deben ser evaluadas cuidadosamente, cuando el problema principal es una malignidad.

La intervención farmacológica está a menudo justificada en el delirio; los pacientes con síntomas psicóticos y agitación, precisan una medicación rápida eficaz y fácilmente administrable; el haloperidol es el fármaco de elección, por sus efectos sedantes y la baja incidencia de efectos cardiovasculares y anticolinérgicos.

ALIVIO SINTOMATICO: Es importante considerar que al prescribir agentes psicofarmacológicos para el paciente con cáncer o su familia, sólo se debe esperar que dicho tratamiento proporcione alivio sintomático; esto no resolverá o eliminará las dificultades emocionales inherentes al enfrentamiento con la enfermedad, tales como el aspecto físico alterado, privaciones o cambios en el estilo de vida, efectos colaterales difíciles de tratar o la muerte; estos problemas requieren de la intervención del psicólogo tanto como los psicofármacos, se debe vigilar cuidadosamente al paciente y familiares, cuando éstos piden se les prescriban con mayor frecuencia tranquilizantes menores y evitan hablar abiertamente acerca de las cargas emocionales relacionadas con la enfermedad; en estos casos los tranquilizantes son contraproducente porque demoran la adaptación que impide el progreso real en el tratamiento eficaz de conflictos reprimidos (Sarna,1986).

3.3.5.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO:

Para ayudar a los pacientes a vivir con cáncer se puede recurrir a numerosos recursos y técnicas; para utilizarlos adecuadamente, el psicólogo debe mantener sus conocimientos sobre las continuas y sutiles interacciones humanas que se producen entre las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, todas las cosas se influyen y afectan mutuamente: las funciones renales, hepáticas y pulmonares (por citar algunas) afectan las funciones cerebrales, estas se ven alteradas por la administración de analgésicos, agentes quimioterápicos, cirugía y radioterapia; incluso la respuesta a estos tratamientos por la función del cerebro, puede ser modificada; diversos fenómenos influyen como la edad, información genética, funciones y experiencias premórbidas, inteligencia y creencias. El empleo de los recursos y técnicas debe ser de una manera creativa e individualizada con la finalidad de abordar los problemas específicos, que pueden ir desde la depresión hasta la disfunción sexual; algunas de estas técnicas son:

ENTREVISTA: Permite al psicólogo explicar su función, obtener datos generales del paciente, detectar su expresión verbal, conducta y respuestas emocionales, información que conoce y maneja respecto de su padecimiento oncológico, posibles causas que desencadenen o exacerben la sintomatología emocional, tales como: conflictos interpersonales, disfuncionalidad familiar, problemas psicosociales, deterioro económico, alteraciones de personalidad, etc.

ASESORIA Y ENSAYO COGNOSCITIVO: Consiste en una interacción con el paciente a fin de compartir sus sentimientos y reacciones; este proceso le ayuda a identificar conscientemente sus temores, preocupaciones y pone en evidencia sus ansiedades y miedos mediante un proceso llamado aireación: dada la presencia de otra persona, puede aconsejarse e intentar ayudar a corregir malas interpretaciones; este tipo de asesoría puede ofrecer a la persona un aliado para solucionar sus problemas; posteriormente pueden desarrollar por sí mismos la técnica denominada ensayo cognoscitivo; que le permite anticiparse a los sucesos y situaciones penosas que se darán en el futuro (por ejemplo, informaciones dolorosas, como impotencia, o necesidad de mutilación por cirugía, toxicidad por quimioterapia, radioterapia o cirugía, o recidiva), de tal manera que él se enfrente con los hechos antes de que ocurran, lo cual permite movilizar las defensas y recursos psicológicos; cuando se utilizan adecuadamente tanto la asesoría como la técnica especial de autoayuda, da un mayor sentido de control sobre su vida. Esta asesoría puede hacerse individualmente, con los esposos, sistemas familiares o grupos; el psicólogo deberá escoger el tipo adecuado para cada situación e individuo.

PSICOTERAPIA DE ESCLARECIMIENTO: Coleman (citado en Small, 1988) define el esclarecimiento como la explicación de la situación de la persona, donde el material consciente

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

y a veces preconscious, se reúne para constituir una nueva disposición. Esta clase de esclarecimiento puede adquirir una de dos formas; podrá ser casual y ligar los acontecimientos precipitantes con sus secuelas, o bien descriptivo y definir la situación. Por lo general, el individuo no posee noción completa de las tensiones precipitantes y de sus consecuencias, de modo que el esclarecimiento de la situación y las tensiones que intervinieron en él facilita a menudo el restablecimiento del equilibrio emocional.

En pacientes oncológicos permite proporcionar información que sirve para aclarar sus dudas con relación al diagnóstico y/o tratamiento oncológico y psicológico que conlleve a la disminución de la ansiedad.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: Utilizada en situaciones donde generalmente los síntomas psicológicos y la conducta asociada parecen graves, no han respondido al asesoramiento y no se basan en una disfunción cerebral por posibles causas toxicometabólicas, es útil para abordar ansiedad crónica, depresión, sentimientos de desamparo, preocupaciones autodestructivas, alejamiento social o desarrollo súbito de disfunciones de aceptación del tratamiento o sexuales; deben estar en contacto continuo los médicos que tratan al paciente y los psicoterapeutas (Hersh,1989).

CATARSIS: Es el proceso mediante el cual un individuo traspasa un impulso o pensamiento del inconsciente a la conciencia; se busca de esta forma modificar el equilibrio energético, abrir sistemas de acceso a afectos que permanecieron cerrados hasta el momento, con el alivio de la tensión y la restauración del equilibrio consiguiente.

Esta técnica permite la salida de tensión y ansiedad al representar vivencias actuales y pasadas referentes al diagnóstico, pronóstico o tratamiento del cáncer principalmente.

TERAPIA CONDUCTUAL: Junto con Biofeedback implica la utilización de técnicas muy concretas para cambiar la respuesta de una persona a situaciones y estímulos específicos; muy útil para modificar ciertos problemas de aceptación en pacientes jóvenes, reacciones fóbicas, náuseas y vómitos psicógenos. La formación previa en técnicas de relajación (consciencia de la tensión muscular somática temperatura de las manos y pies, ejercicios de respiración, control de ritmo α y θ del EEG) forma parte de esta.

PSICOTERAPIA DE APOYO: Se lleva a cabo en aquellos pacientes con una adecuada capacidad adaptativa, pero que se encuentran en un período aparentemente temporal de presión, agitación, tensión o indecisión, en su proceso oncológico. La técnica consiste en reforzar formas de afrontamiento que han tenido éxito en situaciones similares (Sarason,1985).

PSICOTERAPIA BREVE: Es un tratamiento en donde la extensión y frecuencia de las entrevistas; así como la duración total de la interacción, se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente. Se limita a eliminar o aliviar síntomas específicos, pero no intenta la reconstrucción de la personalidad, si bien la intervención dinámica puede, como efecto secundario, conducir a la reestructuración autónoma de dicha personalidad. Esta técnica se aplica cuando el paciente no puede sobrellevar la crisis de la enfermedad y presenta la negación como principal mecanismo de defensa; el proceso en sí permite que mejore su respuesta adaptativa.

INTERVENCION EN CRISIS: Es un proceso dirigido a auxiliar a una persona o familia en el momento de una desorganización grave resultado de una crisis; para que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y el de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas de vida, etc) se incremente. Este proceso se subdivide en: intervención en primer orden, o ayuda psicológica, dirigida a ayudar a la persona para tomar las primeras medidas necesarias para restablecer el enfrentamiento, utilizando cinco componentes:

1) contacto, 2) dimensiones del problema, 3) posibles soluciones, 4) acción concreta y 5) seguimiento.

La segunda intervención o de segundo orden, es la terapia en crisis, esta retoma al paciente donde la primera ayuda psicológica deja de ser efectiva para el proceso de reconstrucción de una vida destrozada por un suceso externo, sea muerte de un ser querido, pérdida de un miembro del cuerpo o cualquier otra crisis circunstancial (el momento del diagnóstico de cáncer o que está fuera de tratamiento oncológico) y se encamina a la resolución de la crisis (Slaikue, 1997).

HIPNOSIS E IMAGENES GUIADAS: Técnicas donde se centra la atención de la persona en un punto concreto; hoy día se utilizan en medicina y psiquiatría, casi siempre combinadas con ejercicios de formación en relajación muscular somática; ambas técnicas son muy útiles en niños y adultos para resolver problemas de ansiedad, náuseas y dolor; el sueño guiado, término mucho menos familiar, supone educar al paciente enseñándole a crear por sí mismo un estado de relajación durante el cual crea en su mente un lugar u objetivo ideal y en este estado, experimentar tan intensamente como lo permita su mente, el lugar o finalidad previstos.

GRUPOS DE AUTOAYUDA Y REDES DE APOYO PACIENTE/FAMILIA: Son recursos poderosos y recomendables; constituyen una ayuda natural de persona a persona y una extensión de la familia sana en la que predominan la reciprocidad y ayuda mutua; proporcionan un intercambio social, económico y cultural basado en intereses, experiencias o tribulaciones comunes, estos grupos tratan las necesidades inmediatas más importantes y por tanto son ideales para apoyar a los pacientes neoplásicos y sus familias; más que cualquier forma terapéutica, los grupos de autoayuda y las asociaciones de pacientes y familias permiten compartir información, airear y reducir el sentimiento de aislamiento, en este tipo de situaciones la solución del problema constituye por sí misma la mayor legitimidad que se puede pedir (Hersh, 1989).

Como ejemplo de grupo ya constituido en México, se puede mencionar al *GRUPO RETO* (RECUPERACION TOTAL) que fue formado por mujeres operadas de cáncer mamario en 1983; dentro de sus objetivos se encuentran la concientización del público en general sobre la importancia de la detección oportuna del cáncer y apoyar a mujeres mastectomizadas; además cuentan con *NOTI-RETO* que es un órgano de difusión de los programas del grupo, a través del cual se busca no solamente informar las actividades que se realizan, sino ser una fuente de comunicación entre todas las integrantes del grupo (NOTI-RETO 1994).

3.3.6.- REHABILITACION DEL PACIENTE

“.. Una curación clínica brillante se anula si queda el saldo de una invalidez física, mental o social..”; siempre existe un paciente en el cual los beneficios de la terapia ha resuelto la completa eliminación del proceso neoplásico; pero persisten importantes secuelas que gravitan considerablemente en su psique, por no haber empleado los adecuados recursos correctores, basta citar la impotencia funcional de los brazos en ciertas operaciones de mama, o las deprimentes condiciones derivadas de un mal funcionamiento de las colostomías, etc.; para tener una rápida estimación de las sensibles perturbaciones psicológicas que pueden acontecer en estos enfermos. Situación que ha despertado el interés y la colaboración de diversos profesionales en salud para mejorar los servicios de rehabilitación de los pacientes con cáncer.

Se puede definir la rehabilitación, como un proceso destinado a minimizar la disfunción física, psicológica, social o profesional; que pueda resultar de la enfermedad o su tratamiento; algunos autores consideran que se debe dar en cuatro niveles; en función de cada caso concreto:

a) *PREVENTIVO*: Cuando se puede prever la incapacidad a la que el enfermo tendrá que hacer frente más adelante y existe la posibilidad de llevar a cabo un adiestramiento previo que disminuya la intensidad del déficit cuando este aparezca.

b) *RESTAURATIVO*: Si se confía en que el paciente tendrá que soportar sólo una incapacidad mínima o temporal.

c) *DE APOYO*: Si se prevé que el paciente tendrá que enfrentarse a una incapacidad importante, prolongada o permanente pero existe la posibilidad de que realice progresos en el control de su ambiente a través de programas de aprendizaje.

d) *PALIATIVO* : En el caso de que la enfermedad se encuentre en un estado avanzado, la incapacidad sea básica, y no se disponga de medios para corregirla o compensarla (Bayes,1985).

Las principales áreas de la rehabilitación se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- *REHABILITACION FISICA*: La pérdida o disfunción de una parte del cuerpo requiere esfuerzos en la rehabilitación; los múltiples enfoques actuales tienden hacia la utilización de procedimientos menos radicales en el tratamiento de carcinoma de mama disminuyendo la morbilidad física debido a la mastectomía; sin embargo, estas pacientes aún necesitan ejercicios postoperatorios para asegurar el completo movimiento del hombro además el linfedema aún aparece en algunos casos requiere tanto el uso de aparatos de compresión como recomendaciones adecuadas y fisioterapia; un componente importante en la rehabilitación es el consejo en cuanto al empleo de prótesis y la conveniencia de la misma; así como el momento para la reconstrucción de la mama, si la persona en cuestión desea tal procedimiento.

- *REHABILITACION PSICOSOCIAL*: La paciente puede estar físicamente rehabilitada pero ser incapaz de reintegrarse a su entorno social; las necesidades en este ámbito requieren un asesoramiento sistemático; se necesita información actual sobre el entorno familiar, relaciones sociales, historia laboral o participación social y religiosa en la comunidad, estatus educacional, recursos económicos o cualquier información que nos indique sobre anteriores mecanismos de adaptación; se desarrolla un plan de acción sobre la base de estos datos y los recursos disponibles; a veces puede que sólo haga falta animar al paciente para reanudar su actividad normal; también es beneficioso la posibilidad de conocer a otros con problemas parecidos.

- *REHABILITACION SEXUAL*: El sexo es un tema tan personal que a menudo el paciente como el terapeuta dudan en mencionar problemas potenciales o reales: la situación se complica más debido a una comprensión generalmente deficiente de la mayoría de los pacientes y profesionales, de los factores implicados en la función sexual normal como en la disfunción debida a la enfermedad; es necesario reconocer que la rehabilitación sexual va más allá del restablecimiento del coito o la capacidad de alcanzar el orgasmo; para conseguirla se tiene que abarcar todo el espectro de la sexualidad humana, desde reconocer al paciente como atractivo y digno de amor a pesar de la devastación producida por la enfermedad, hasta apoyar al cónyuge para que asuma el riesgo de la intimidad. Por tanto la rehabilitación sexual es necesaria para todos los pacientes y sus seres queridos, no importando la edad, estado civil, religión, naturaleza de la enfermedad o pronosis, de hecho cuando la evolución es más grave y la muerte parece inminente, se pueden agudizar las necesidades de consuelo físico, cariño, ternura y amor.

Muchos centros confeccionan sus programas de rehabilitación, según el modelo PLISSIT de J. Annon (1989); el cual propone tratar los problemas sexuales en cuatro niveles de intervención:

a) Consentimiento: Implica, abordar el tema con la paciente y conseguir su asentamiento para discutirlo con ella.

b) Información limitada: Proporcionar información requiere cierto conocimiento de los problemas del paciente y sobre la sexualidad humana, salud y enfermedad; por lo que es

necesario que algún miembro del equipo oncológico posea cierto grado de habilidad, conocimiento y voluntad para tratar problemas de esta índole.

c) Sugerencias específicas: A veces es preciso realizar una valoración más detallada de la problemática del paciente y las posibles soluciones; una explicación sensible y profesional sobre las técnicas implicadas y formas alternativas de satisfacción sexual puede disminuir las inquietudes de la paciente y su compañero sexual en cuanto a la posible anormalidad de tales prácticas sexuales, o su condición de segunda opción; a menudo estos deben dar menos importancia al rendimiento sexual, penetración y orgasmo, y lograr una valoración más amplia sobre el placer sexual, en ausencia de tales consejos, la paciente puede conformarse con el celibato o buscar en vano soluciones en las revistas.

d) Terapia intensiva: Finalmente algunos pacientes pueden ser candidatos aptos para la terapia intensiva, psicológica o médica, o a veces incluso someterse a procedimientos quirúrgicos para reconstruir un seno, etc.

- **REHABILITACION PROFESIONAL:** El empleo significa más que una fuente de ingresos; proporciona una identidad y un sentido de autoestima, siendo ambos relevantes para la persona que ha recibido tratamiento oncológico; la mayoría tratada con éxito pueden volver a sus antiguas ocupaciones o asumir otro empleo, algunos especialmente las jóvenes o las que cuyos empleos implican trabajo físico pueden tener dificultades para mantenerlo; la causa puede ser inseguridad o fatalismo de ella misma sobre su enfermedad, se debe animar a la persona capaz de trabajar a que lo haga.

La importancia de la rehabilitación queda manifestado en unas palabras de McPherson, Klein y Dobos, reproducidas en el libro *Coping with Cancer* “.. Para cambiar *dependiente* por *independiente* basta añadir dos letras..”, pero ayudar a una persona a que sea tan independiente como sea posible, superando las pérdidas al cáncer equivale a una ganancia inconmensurable en calidad de vida; depende de los esfuerzos cooperativos de todos que se alcance este objetivo: equipo sanitario, profesionales domiciliarios, paciente y miembros de su familia (Bayes, 1985).

3.3.7.- RECAIDA

El enfermo curado o que se siente curado, llega a olvidar su situación, pero la angustia de una recaída aflora a menudo en sus horas robadas a la muerte; aprende a rechazarla tanto más cuanto más tiempo pasa sin que sobrevenga la recidiva.

La eventualidad de una recaída representa una crisis emocional importante para el paciente y la familia, requiere otro cambio de actitud en la confrontación del cáncer; en esta fase ambos se dan cuenta de que no está curado, el tratamiento no es infalible y la muerte es un problema real que hay que enfrentar; el cambio emocional que tiene lugar, es una sensación de decepción, pánico y a menudo una ira mal fundada hacia el equipo médico por “haberles fallado”; si piensan que el culpable es el médico, esto protege a la familia y paciente del choque emocional que representaría darse cuenta de que la enfermedad está fuera del control de la medicina, esta es una fase particularmente difícil, ya que todos están muy decepcionados y se sienten responsables de la ineficiencia del tratamiento para erradicar la enfermedad (Sarna, 1986).

TRATAMIENTOS NO TRADICIONALES

En una desesperada búsqueda de curación de su enfermedad, muchos pacientes son presa fácil de personas poco escrupulosas que ofrecen curaciones y las garantizan en forma de

alimentos para la salud, dietas, medicamentos naturales, dispositivos y curaciones por la fe; resulta increíble que en esta época, tantas personas recurran a charlatanes y métodos no aprobados para el tratamiento del cáncer, sin embargo, las razones son múltiples y variadas. Desde el punto de vista económico es fácil comprender el porque tantos pacientes sucumben a terapéuticas no convencionales, se ha calculado que un tratamiento completo no convencional costaría aproximadamente la décima parte del gasto que implican las modalidades médicas tradicionales. Además hay quienes temen la mutilación, el dolor y las molestias que la cirugía, la terapéutica con rayos X y la quimioterapia pueden causar, por lo tanto recurren a cualquier remedio que los evite; son muchas las personas que permanecen trágicamente ignorantes de los hechos básicos respecto al cáncer y sucumben a los varios mitos que rodean esta enfermedad.

Algunos de los métodos no convencionales son:

- *Curaciones con Plantas*: Con frecuencia se ha señalado que no hay enfermedad para las cuales la naturaleza no cuente con una curación; el ajo, la sanguinaria y tés preparados con diversas hierbas y raíces, los extractos de almeja, de lágrimas, la bilis de buey, la placenta y las telarañas con polvo de arsénico no son sino algunos de los cientos de métodos no ortodoxos que se ofrecen para prevenir y curar el cáncer todavía en la actualidad.

- *Dietas*: Que pretenden curar el cáncer van desde las uvas hasta el jugo de zanahoria; una de ellas es el *método dietético de Chase*, su teoría era que los tumores son el resultado de la acumulación de desechos no excretados en el cuerpo; el mecanismo más efectivo para desembarazar al cuerpo de esta materia de desecho es mediante el manejo adecuado del ayuno, administración de amortiguadores alimenticios y reposo en cama; los amortiguadores consisten en frutas crudas y ensaladas. El *método de Gerson* consiste en hígado, vitaminas, verduras frescas y jugos de frutas; estos ingredientes deben ser preparados en utensilios de cristal, también se emplean enemas de café en frecuentes y abundantes cantidades. El *método de Brandt*, la "curación con uvas", consiste únicamente en uvas y su jugo sin endulzar durante unas cuantas semanas, el fundamento es: la uva es altamente antiséptica y un poderoso solvente de los depósitos de materia orgánica, la degeneración de grasa, los crecimientos patológicos y malignos actúa como eliminador específico de la malignidad mientras se estructura nuevo tejido. Tras de cuidadosa investigación y revisión de estos métodos, la *American Cancer Society* ha encontrado que no existe ninguna evidencia firme de que estos métodos sean de utilidad en los cánceres ya establecidos.

Los médicos que no ofrecen esperanzas y dan al paciente escaso apoyo emocional pueden inducirlos a buscar a otros que sí cuidan estos aspectos; muchos enfermos tratados por charlatanes, aun cuando prácticamente no obtengan mejoría en su afección, se muestran tan agradecidos por la actitud positiva y el aliento que se les ha proporcionado que continúan confiando en sus "curaciones" hasta el final. Debido a ello, el equipo médico debe mantener una actitud objetiva de apoyo, aun al enfrentar la ira de la familia, su duda o crítica; entender los sentimientos de esta y ofrecer apoyo empático, advirtiendo los efectos negativos que tiene el recurrir a esos pseudo-profesionales, los cuales son:

- a) Cargas económicas adicionales excesivas;
- b) Viajes cansados a lugares distantes en busca de curación, que agotan y debilitan al enfermo;
- c) El peligro real de un deterioro en la enfermedad si el paciente rehusa los métodos probados; y
- d) Mayor carga emocional y penas para la familia por fracasar los métodos no tradicionales;

Frecuentemente no es el paciente sino los familiares, los que buscan esas curaciones para mitigar un sentimiento de culpa de "no haber hecho todo lo posible"; ella acepta proceder con programas no tradicionales sólo por complacerlos, mientras que de hecho desea continuar el tratamiento con el médico (Sarna, 1986).

3.3.8.- LA DECLINACION

Nunca será suficientemente recalcado que cuando una persona entra en los últimos meses de su vida tras sufrir una enfermedad crónica progresiva como el cáncer, tanto si ella lo admite o no, normalmente ésta consciente de su diagnóstico y el pronóstico fatal. Todo hombre acepta la universalidad de la muerte, pero no puede imaginar la suya propia, ante esta idea, la persona que va a morir es sometida a una fuerte presión generada por los sentimientos de miedo, aniquilación, pérdida de autoestima, amenaza, abandono, soledad, ansiedad, depresión y enajenación, entre otros (Schwarzenberg, 1981).

La depresión se asocia a pérdidas pasadas: puede ya no sentir placer ante el comer, la actividad sexual o cualquier otra actividad física; deja de trabajar y pierde su rol en la familia; autonomía y control de la situación; es posible que sus seres queridos se hayan alejado por el temor a la muerte. La angustia se asocia con el temor a pérdidas futuras, miedo a la muerte, a perder funciones corporales, bienestar y en general a perder todo lo que se ama.

Existen dos mecanismos de defensa que por su frecuencia merece la pena citar, la regresión y la negación, a través de ellos la persona puede soportar mejor el envate que supone la proximidad de la muerte. Ante la aparición de lo que un individuo interpreta o reconoce como un conflicto actual, estresante y que no puede resolver satisfactoriamente, tiende a reactivar o actualizar comportamientos que pertenecen a un período evolutivo anterior; este aspecto de la conducta se reconoce como regresión, el enfermo se infantiliza, se vuelve reivindicativo, es difícil de complacer y está demandando de forma continua. La negación es una conducta defensiva ante las ideas insoportables y dolorosas, la negación de la muerte crea una barrera entre el moribundo y la sociedad, lo que imposibilita el acercamiento psicoemocional que le permitiría resolver, compartir, negociar, comunicar o simplemente hablar de los problemas que realmente le preocupan (De la Parra, 1992).

Estos pacientes en una situación límite, cargados de problemas físicos y emocionales, condenados al abandono, aman la vida, pero les aterra seguir sufriendo; en estas condiciones pueden expresar su deseo de morir, pero el ser humano es ambivalente, conflictivo y contradictorio; ante la amenaza y la proximidad se experimenta una serie de sentimientos desde la negación hasta la aceptación, pasando por miedo, ira, depresión, ansiedad, esperanza y culpabilidad; muchos de ellos al mismo tiempo o el mismo día; por la mañana se puede estar aceptando la muerte y por la tarde hacen proyectos para el futuro.

Kübler-Ross (1969) ha identificado seis situaciones emocionales experimentadas con frecuencia por pacientes moribundos, en una variedad de combinaciones y sucesiones:

- 1.- *Esperanza*: El paciente que está muriendo necesita esperanza, incluso a pesar de que reconozca que su enfermedad es incurable.
- 2.- *Negación*: Muchos pacientes se negarán a ellos mismos y los demás el hecho obvio de que están muriendo, se les debe permitir usar este mecanismo mientras les sea útil.
- 3.- *Ira y Hostilidad*: Son sentimientos frecuentes, aunque algunas veces no obvios para el observador, el paciente necesita ayuda para superar estas reacciones; la ira es a veces irracionalmente dirigida al equipo médico, no sólo por parte de él también de su familia, y el personal debe reconocer la frustración que se esconde detrás de la ira e intentar dejarla de lado; es importante que no se enfaden a su vez.
- 4.- *Negociación*: El paciente puede establecer metas y tratar llegar a ellas, a pesar de su deterioro físico; esto puede servir como forma de motivación y fuente de satisfacción, incluso cuando se trata de metas pequeñas.

5.- *Depresión*: Es una reacción muy común a la pérdida de recursos físicos, falta de progreso a pesar de la terapia, aislamiento de la familia y preocupaciones financieras.

6.- *Aceptación*: Después de pasar por uno o más de los estados anteriores, algunos pacientes aceptan el hecho de que están a punto de morir, se reducen sus intereses, sus observaciones de los hechos que acontecen a su alrededor, disminuye su comunicación verbal y al ser librados del dolor, mueren con relativa paz y tranquilidad.

El psicólogo debe conocer la variabilidad psicoemocional del enfermo y ayudarlo a llegar a la aceptación, lo cual no siempre es posible, pero puede facilitarse con la *Psicoterapia de Duelo*, que consiste en asistir al paciente en la separación ante las pérdidas de familia, imagen corporal y/o control, establecer la comunicación y las relaciones significativas con aquellos a quienes perderá, fomentar la gradual aceptación de su situación vital con dignidad e integridad, ayudarlo a enfrentar la ansiedad y asombro ante la cercanía de la *muerte* (Sarason, 1985).

Durante la última década se ha generado mucha literatura, sobre todo en EE.UU.; acerca de los derechos del paciente a morir con dignidad, sin tubos en cada orificio y múltiples agujas vasculares para fluidos intravenosos y medicamentos. El equipo médico debe revisar, no excesivamente, pero sí con cuidado cada decisión terapéutica desde el punto de vista del paciente, durante el curso de un cáncer incurable, llega siempre un punto en que no hay justificación para aplicar más terapias anticancerosas, sin embargo, la decisión de negar más tratamientos es muy complicada y no debe ser tomada a la ligera por el equipo médico ni por la familia, el paciente debe mantenerse claramente libre de dolor y ello a veces pone a prueba la habilidad y la experiencia del médico; incluso en los hospitales especializados donde el control del dolor es a menudo la principal meta; en los pacientes aquejados por una enfermedad terminal, preocuparse por que puedan "convertirse en adictos" es completamente inapropiado.

La muerte provoca angustia, el que ve morir a otro teme su propia muerte, para los profesionistas sanitarios que tratan al moribundo, la muerte de éste es un fracaso; un fallo de poder; en las sociedades con la tecnología médica más avanzada, la negación de la muerte es mayor; "el paciente no sé esta muriendo; lo que pasa es que el hígado le esta fallando".

Por lo anterior se ha dado gran importancia a los lugares donde principalmente se cuida el bienestar físico y emocional del paciente; estos centros se empezaron a desarrollar en Europa y consisten en unidades de cuidados paliativos, a cargo de personal médico y paramédico capacitado para que afronte las carencias del enfermo haciendo hincapié en la calidad de vida. Debido a los choques con los modelos tradicionales en el cuidado de los pacientes, el estrés del personal aumentó considerablemente, aunque la satisfacción profesional haya sido mayor; para disminuirlo, se ha recurrido al relajamiento de las formalidades entre el personal, al intercambio de impresiones en grupos pequeños y a la asistencia de un psiquiatra y/o psicólogo encargado de manejar el estrés en el interior del grupo; ahora bien el factor decisivo ha sido la disminución en el sufrimiento de los pacientes; desarrollando una nueva ética de la vida y la muerte, a favor no de procesos patológicos incurables, sino de la dignidad humana. Los países de Occidente necesitan aprender a aceptar la muerte de forma más racional y con más ecuanimidad de lo que se ha hecho en las últimas décadas (Balfour, 1981).

3.3.9.- EL IMPACTO SOBRE EL EQUIPO DE SALUD

Tanto si el profesional en salud es médico oncólogo, cirujano, enfermera, trabajadora social, psicólogo o psiquiatra, el trato y atención a pacientes oncológicos constituye un reto personal como profesional; porque se combinan los significados de cáncer, enfermedad y muerte de la

sociedad y de él mismo, las limitaciones y naturaleza de los tratamientos de que se dispone, la intolerancia cultural ante la enfermedad, el miedo ante lo que implique muerte y la obsesión por el control; son elementos que constituyen la base para el desafío. También influye la estructura psicológica y el sistema de apoyo que se pueda encontrar; ya que el tratamiento del cáncer exige mucho de las personas que tienen que ver con él; las diversas historias sobre personal que renuncia y abandona el caso de algunos pacientes y que acaban por sentirse distantes de esta enfermedad, e incluso que se suicidan o se deprimen, están basadas en casos verídicos.

El equipo debe autoeducarse en la certeza de por lo menos tres dimensiones de su trabajo en oncología: la exigencia y los efectos que se les hace como seres humanos, las propias reacciones físicas y psicológicas a las mismas y las defensas psicológicas y de comportamiento que se ponen en marcha para enfrentarse con el estrés resultante. Las exigencias que se les plantean son numerosas, entre ellas figuran el control y tratamiento de los procesos de la enfermedad; ha de procurarse en lo posible que estas no repercutan negativamente en el paciente y su familia evitando el menor problema o trastorno. Aunque no haya expresión concreta, no dejan de ser menos constantes e intensas las expectativas que se centran en el equipo para que asista y preste apoyo psicológico a las funciones sociales de sus pacientes; estas expectativas proporcionan los "vehículos" a través de los cuales el profesional es utilizado como la primera persona con la que el paciente y su familia comparten temores, angustias, ira, desamparo o desesperación.

Las ansiedades, miedos y cambios de humor del equipo adquieren significado en virtud de la situación y estado psicológico del paciente; el cansancio que siente el personal frecuentemente no sólo tiene que ver con las largas horas de trabajo, también con la tensión somática y otros cambios fisiológicos que experimenta como respuesta a las reacciones antes descritas. La fatiga y tensión se ven probablemente acrecentadas por los factores de disciplina, inclinación y oportunidad del profesional que se condena a sí mismo a su propio aislamiento; ya que al igual que el paciente, no tiene ningún amigo o persona en quien descargar sus temores, angustias, ira, desamparo y desesperanza.

El profesional de la salud moviliza automática e inconscientemente distintas defensas psicológicas y de conducta; las que más utiliza por su educación son la intelectualización y sublimación; un ejemplo es la lucha constante por intentar comprender intelectualmente todo lo que se sabe acerca de la enfermedad y sus tratamientos (Hersh, 1989).

En el caso del personal de salud, su formación tiene que ver con curar, su éxito lo asocia a la curación más que proveer del mejor cuidado a su paciente; todas estas presiones (exigencias, sensación de fracaso como curador) le provocan vergüenza y culpa; la ansiedad frente a la muerte puede ponerlo en peligro de angustia y depresión. Ante esto, ellos también recurren a mecanismos de defensas que, según estudios realizados en Alemania y Estados Unidos, han sido sistematizados como sigue:

- *Intelectualización y Aislamiento*: Es un proceso que trata de "enfriar" los sentimientos, racionalizando o aislando la emoción de la idea que la acompaña; esto se traduce en una actitud fría y técnica con el paciente, pudiéndole informar a éste sobre su pronóstico y tratamiento sin empatizar con la reacción que esto pudiera provocar.

- *Distanciamiento*: Mediante investigaciones, donde se contaba cada vez que un profesional se acercaba a la cama de un paciente con enfermedad mortal, Koehle (1981) y cols. demostraron que el personal los visitaba significativamente menos que al resto de los pacientes.

- *Evasión*: En este caso, el personal médico rodea ciertos temas con el paciente, oculta resultados de exámenes, etc.; estos hechos son frecuentemente advertidos por el enfermo, aunque no puedan comentarlo.

- *Actitud Paternalista*: Consiste en tomar distancia del paciente infantilizándolo desde una actitud de superioridad o tomándolo exclusivamente como objeto de interés clínico.

- *Fuga a la Hiperactividad*: Aquí el médico no tolera la sensación de impotencia ante la inminente muerte de su paciente e indica exámenes y tratamientos reiterados y eventualmente invasivos, sin pensar si éstos benefician realmente al enfermo.

- *Resignación*: A veces se puede confundir el abandonar el tratamiento específico anticanceroso con abandono del paciente en su sufrimiento, sin escuchar las necesidades de éste.

- *Sobreidentificación*: El terapeuta se pone demasiado en el lugar del paciente; sufre igual que él o más, para paliar sus propios sentimientos de culpa e impotencia, perdiendo así la objetividad y la capacidad para ayudarlo (De la Parra, 1992).

Por supuesto, las defensas conductistas no pueden en realidad separarse de las defensas psicológicas; sin embargo dichas conductas son más fáciles de reconocer en los demás; entre ellas se pueden citar: los arranques de mal genio o impaciencia, sin distinguir a quien van dirigidos (sistema hospitalario, familiares, pacientes, enfermeras, otros médicos, etc.) e incluso a veces no fáciles de identificar; la tristeza y el retraimiento, y una agresividad en las actividades de relajación (por ejemplo, tenis, squash, etc.); asimismo las defensas pueden incluir la costumbre de gastar mucho dinero en bienes de consumo, embriagarse, recurrir a salidas extemporáneas de casa, promiscuidad sexual, depresión, tendencia a confundir la vida privada con la laboral, formas extremas de disociar los sentimientos de las conductas, alejamiento, deseos de liberarse del trabajo, distintas formas de automutilación poco importante (morderse las uñas, tirarse del cabello, etc.) conducción temeraria, tendencia a sufrir accidentes, abuso de algunas sustancias o el suicidio. Todas estas conductas tienden a generalizarse en el personal de salud del servicio oncológico (Hersh, 1989).

Por el contrario cuanto mayor es el éxito que el personal sanitario tiene en sus profesiones, mejor atienden a sus pacientes y sus familiares; la satisfacción y orgullo profesional que estos pueden sentir les ayudan a enfrentarse a su responsabilidad, un primer paso necesario para ello es que el profesionista se acepte a sí mismo como un ser humano con respuestas humanas ante el estrés que representa el trabajo con los pacientes oncológicos.

CAPITULO IV: "METODOLOGIA"

La revisión efectuada permitió constatar que hasta el momento en México, son mínimas las investigaciones publicadas en torno al tema que nos abocamos, es decir trabajos con población, características y situaciones (biopsicosociales) específicas de nuestro medio, siendo las existentes en su mayoría trabajos efectuados por médicos o psiquiatras, con un enfoque muy particular basado en su formación curricular; por lo que es necesario denotar que el psicólogo también se encuentra trabajando en este ámbito, enfocado a resaltar y profundizar la importancia y repercusión de los diversos aspectos emocionales en los pacientes, la evolución de su proceso neoplásico y las diferentes técnicas psicológicas que pueden ser adaptadas a ellos para lograr una mejor aceptación de la enfermedad.

El mundo evoluciona así como la forma de ver las cosas se modifica, por lo que es necesario que en esta era donde el cáncer tiene mayor número de manifestaciones y siendo estas más agresivas cada vez, es fundamental que las terapéuticas evolucionen de igual manera, es esencial que se recurra a la opinión y trabajo de diversos especialistas para conformar un plan de ataque para esta causa, que permita preparar al paciente en todos los aspectos que pueden influir en lograr una mejor calidad de vida o en su momento de muerte; en este proceso el psicólogo puede contribuir en todas las etapas y de esta manera confirmar que la Psicológica no se antepone a la medicina, al contrario puede fortalecer el trabajo médico al actuar en conjunto.

A partir de esta perspectiva y por el interés originado al estar en contacto con pacientes con cáncer y su entorno hospitalario; surge la inquietud de la presente investigación:

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Existen diferencias en la depresión y ansiedad que presentan las pacientes con cáncer de mama, cuando un grupo es diagnosticado y otro grupo esta bajo tratamiento quimioterápico?

2.- HIPOTESIS DE TRABAJO:

En fase de Diagnóstico las pacientes con cáncer de mama presentan menor depresión y ansiedad que las pacientes con cáncer de mama en fase de tratamiento quimioterápico.

3.- HIPOTESIS CONCEPTUAL:

Los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer, tienen un incremento en la posibilidad de desarrollar un estado de ansiedad y/o depresión por la enfermedad.

(T.Ibbotson y cols. 1994)

4.- OBJETIVO GENERAL:

Conocer el marco referencial de las pacientes con cáncer de mama a través de su enfermedad y el papel del psicólogo en este proceso.

4.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar en que grupo se presenta la mayor depresión y ansiedad.

- Determinar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, origen, residencia, escolaridad, estado civil, ocupación, clasificación socioeconómica y diagnóstico oncológico) en la depresión y ansiedad que presentan las pacientes.

5.- VARIABLE DEPENDIENTE:

- Depresión.
- Ansiedad.

5.1.- DEFINICION CONCEPTUAL:

DEPRESION : Estado de ánimo persistentemente triste; que se manifiesta por medio de una combinación de síntomas que interfieren con la habilidad de trabajar, de dormir, de comer, y hasta de disfrutar actividades que fueron anteriormente agradables.

(Instituto Mexicano de Salud Mental; Asociación Psiquiátrica Mexicana,1992)

ANSIEDAD : Se trata de una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el sujeto; implica sensaciones conscientes de temor, aprehensión, anticipación de peligro o amenaza; habitualmente sin facultad para descubrir una amenaza determinada que pudiera explicar estas sensaciones. (Maher, 1970)

5.2.- DEFINICION OPERACIONAL:

DEPRESION : Son las respuestas obtenidas de las pacientes a través del Inventario de Depresión de Beck.

ANSIEDAD : Son las respuestas obtenidas de las pacientes a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE.

6.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE :

- Cáncer de Mama : - En la fase de Diagnóstico de las pacientes
- Durante el Tratamiento Quimioterápico

6.2.- DEFINICION CONCEPTUAL :

CÁNCER DE MAMA: Es un grupo de enfermedades caracterizadas por un anormal e incontrolado crecimiento de células del organismo que lleva a la destrucción de tejidos; en este caso en las glándulas mamarias. (Cairns,1981)

DIAGNOSTICO : Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos. (Dic. De la Lengua Española, 19ª edic.)

TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO : Procedimiento a través de fármacos; cuya acción está dirigida a interferir el metabolismo celular, logrando la destrucción o alteración mitótica de las células tumorales. (Tenorio,1983)

6.3.- DEFINICION OPERACIONAL:

- **CANCER DE MAMA:** Es considerado cuando se presenta(n) algún(os) síntoma(s) como: Induración o nódulo en las glándulas mamarias; retracción del pezón, secreción purulenta por el pezón; “piel de naranja”; entre otros.
- **DIAGNOSTICO :** Identificar o reconocer un padecimiento basándose en el estudio de los síntomas que este presenta.
- **TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO:** Introducción de sustancias químicas en una persona, con la finalidad de disminuir un grupo de células malignas.

7.- METODO:

7.1.- MUESTRA:

60 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN); divididos en dos grupos.

7.2.- TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico; por Juicio y Cuota.

El muestreo no al azar o por *juicio* es un proceso de selección de muestras sin el uso del azar; en otras palabras, se escoge una muestra no al azar, sobre una base distinta de consideraciones de probabilidad, tal como el juicio de un experto, conveniencia o algunos otros criterios. En consecuencia, la probabilidad de que cada elemento individual sea extraído de la población es desconocida y la fidelidad de sus resultados no puede ser objeto del análisis de probabilidades, sino que debe depender del juicio personal del investigador.

Por *cuota*, porque debe cubrir un número de sujetos determinados por el investigador.

(Marques,1988)

7.3.- CRITERIOS DE INCLUSION AL PRIMER GRUPO:

- 30 Mujeres.
- Edad de 25 a 65 años.
- “Pacientes de Decisión” (Dentro del INCAN, son pacientes que regresan a su servicio de base; *Tumores Mamarios*; con los resultados de sus estudios).
- Con diagnóstico de cáncer, conocido por la paciente.
- No tratada fuera del Instituto (No FINC).
- Virgen a cualquier tratamiento anticanceroso.
- Alfabeta.

CRITERIOS DE INCLUSION AL SEGUNDO GRUPO:

- 30 Mujeres.
- Edad de 25 a 65 años.
- Pacientes subsecuentes con cáncer de mama.
- Internadas para recibir del 1° al 6° ciclo de Quimioterapia (Sin antecedentes de algún otro tratamiento como cirugía, radioterapia, hormonoterapia, etc.)

- No tratada fuera del Instituto (No FINC).
- Alfabeta.

7.4.- INSTRUMENTOS :

- Entrevista semi – estructurada; con información sociodemográfica de la paciente.
(Edad, Lugar de Origen, Residente, Escolaridad, Estado Civil, Ocupación, Clasificación Socioeconómica y Diagnóstico Oncológico)
- Inventario de Depresión de Beck.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
(Véase Anexo)

7.5.- ESCENARIO :

En el primer grupo; (pacientes al momento del diagnóstico), se busco un lugar en que se contará con la privacidad mínima; esto fue en consultorios del Instituto de Cancerología de 3x5mts aproximadamente; en donde se contaba con 1 escritorio y 2 sillas.

En el segundo grupo (pacientes al momento del tratamiento), eran cuartos de hospitalización; en donde se encuentran 2 ó 3 camas separadas con una cortina; dando un espacio aproximado de 2 mts. para cada paciente; en donde se encuentra la cama, una cómoda y una silla.

7.6.- PROCEDIMIENTO :

La psicóloga inicialmente se presentó en los consultorios de mama para un período de observación, durante el cual busco que los médicos se acostumbraran a su presencia y la vieran como un miembro más del equipo, esto le permitió familiarizarse con el ambiente y conocer de primera fuente cuales eran las condiciones en las cuales se desarrollaban las consultas y de esta forma contar con mayores elementos para empatizar con las pacientes y determinar cuales serían las condiciones optimas para efectuar la aplicación de los instrumentos.

Se aplicaron los instrumentos al primer grupo, es decir a las pacientes con cáncer en la fase de diagnóstico; ellas tienen que hacer un recorrido el cual inicia en preconsulta donde se verifica que la paciente halla sido remitida por un médico y tenga un diagnóstico de cáncer ya establecido, posteriormente se envía a los consultorios de mama, en donde el médico, la explora y le indica que efectivamente existen ciertos elementos para determinar la neoplasia, pero es necesario que esto sea confirmado a través de diversos estudios, se le canaliza para que se realicen y en el momento en que se cuenta con ellos vuelva al consultorio; ahora la paciente regresa a su 2ª cita al consultorio de mama con el resultado de sus estudios, es aquí cuando la psicóloga se encuentra presente, lo que permite que la paciente lo ubique como parte del personal médico además que escucha junto con ella la información que le proporciona el médico que generalmente es: " Pues si señora, efectivamente los estudios nos confirman que usted tiene cáncer en el pecho, por lo que es necesario que determinemos el tratamiento a seguir para controlarlo, el cual por el grado de desarrollo serian ciclos de quimioterapia, etc..." .

Al finalizar la consulta con el médico, él le indica que tiene que pasar con nosotros un momento; se le traslada a otro consultorio y se inicia la presentación, informándole que se es psicóloga y que es muy importante su cooperación para contestar una serie de preguntas, las cuales permitirán saber como se sienten ellas anímicamente, una vez teniendo el consentimiento se le pide nos proporcione los datos que se encuentran en la entrevista semi-estructurada (ver

anexo 1), se continua con el inventario de Depresión de Beck (anexo 2) para lo cual se le brinda una copia del mismo, se leen las instrucciones y se solicita que conteste, posteriormente es el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (anexo 3) una vez con su copia se leen las instrucciones iniciando con la dimensión de estado y finalmente la de rasgo y en caso de no entender algún reactivo lo manifieste, para tratar de aclararlo; concluida la aplicación de los instrumentos se le agradece su colaboración.

Para contactar a las pacientes para conformar el segundo grupo, cuya principal característica es que se encuentran internadas y están recibiendo su ciclo de quimioterapia, es necesario que la psicóloga se presente en hospitalización a revisar los expedientes para localizar a las pacientes que cuenten con las características establecidas para integrarlas al protocolo de investigación, una vez detectadas se traslada a su cuarto y tras la presentación se le solicita su cooperación y su le proporcionan las instrucciones de la misma forma que a las pacientes del primer grupo.

7.7.- DISEÑO:

Es un diseño Cuasiexperimental; comparación de 2 grupos Independientes.

(Campbell,1980)

7.8.- TRATAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS:

Procesamiento de la Información:

Una vez terminada la captación de datos, los inventarios se prepararon para la etapa de procesamiento de información, codificando las respuestas de los instrumentos (de depresión y ansiedad); así como de las variables ((Edad, Lugar de Origen, Residente, Escolaridad, Estado Civil, Ocupación, Clasificación Socioeconómica y Diagnóstico Oncológico), se concentro la información y se realizó el procesamiento electrónico de la información codificada a través del paquete SSPS versión 3.

Para los datos sociodemográficos se efectuaron análisis de frecuencias, para determinar en que rubro se concentraba el grueso de la población. Posteriormente un "*Coefficiente de correlación por rangos de Spearman*", ya que cuando se obtienen datos en pareja, tales como observaciones de dos variables para un mismo individuo, se pueden usar los rangos para medir el grado de asociación *lineal* entre ellas (Huntsberger,1988); en este caso la correlación entre depresión y cada una de las variables sociodemográficas; y ansiedad con las variables sociodemográficas.

Finalmente y debido a que los Inventarios de Beck e IDARE aportan datos ordinales, se considero adecuado utilizar la "*Prueba del Rango para Muestras Independientes o Prueba U de Mann-Whitney*"; ya que esta prueba sirve para probar hipótesis acerca de dos medias de muestras independientes cuando los datos no alcanzan a ser de tipo cuantitativo sino ordinales (Marqués,1988).

CAPITULO V: "PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS"

Una vez concentrada la información se realizó el análisis de frecuencias con base a las variables sociodemográficas; los resultados son:

EDAD :

La gráfica 1 presenta la distribución de la población de la investigación, que fue de la siguiente manera: **Adulto** (25 a 40 años) representando un 21% (13 pacientes); el rango **Maduro** (41 a 60 años) un 63.3% (38 pacientes) siendo la mayoría de la población, y **Vejez** (61 a 65 años) un 15% (9 pacientes) de la misma. (La asignación por edades se hizo en base a Lidz,T.(1985))

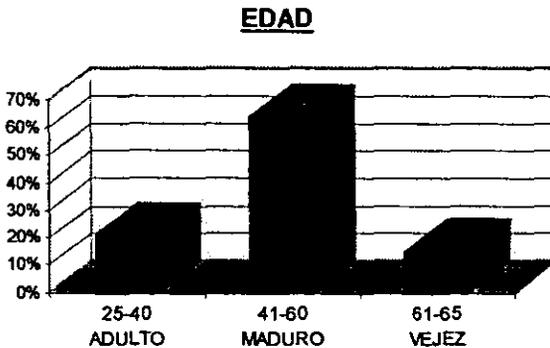


GRAFICO 1:
Distribución
de la población
en rangos de
edad.

ORIGEN :

La gráfica 2 señala el lugar de nacimiento de la población, dividida en zonas de acuerdo a Coedición Coplamar (1982); en la cual se determina que la población en su mayoría es originaria de el D.F. posteriormente de el Centro Occidente y Centro Este :

ZONA	ESTADOS QUE LO CONFORMAN	PORCENTAJE	Nº DE PACIENTES
1.- PACIFICO SUR	Chiapas, Guerrero, Oaxaca	5.0 %	3
2.- CENTRO ESTE	Hidalgo , Puebla , Tlaxcala	23.3 %	14
3.- CENTRO NORTE	San Luis Potosí, Zacatecas	0.0 %	0
4.- CENTRO OCCIDENTE	Guanajuato, Michoacán, Querétaro	15.0 %	9
5.- GOLFO CENTRO	Tabasco, Veracruz	5.0 %	3
6.- SURESTE	Campeche, Quintana Roo, Yucatán	1.7 %	1
7.- PACIFICO CENTRO	Durango, Nayarit, Sinaloa	3.3 %	2
8.- CENTRO	Estado de México, Morelos	5.0 %	3
9.- OCCIDENTE	Aguascalientes, Colima, Jalisco	0.0 %	0
10.- NORTE	Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas	3.3 %	12
11.- PACIFICO NORTE	Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora	1.7 %	1
12.- DISTRITO FEDERAL	Ciudad de México (Delegaciones)	36.7 %	22

ORIGEN

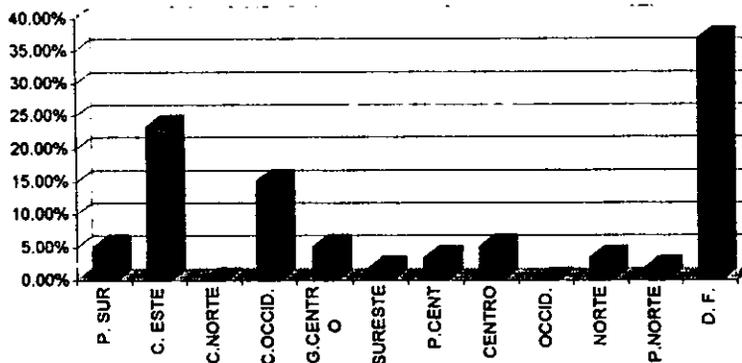


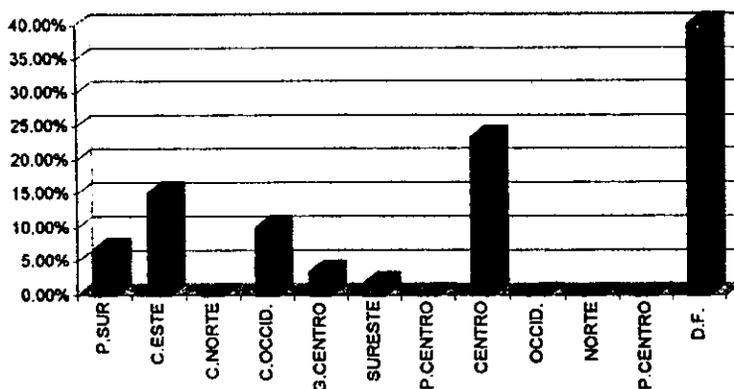
GRAFICO 2: Distribución de la población de acuerdo a su lugar de nacimiento.

RESIDENTE:

En la gráfica 3 se muestra el lugar donde habitan las pacientes, de acuerdo a las zonas mencionadas en Coedición Coplamar (1982); encontrando que la mayoría reside en el D.F., siguiendo el Centro y Centro Este:

ZONA	PORCENTAJE	Nº DE PACIENTES
1.- PACIFICO SUR	6.7 %	4
2.- CENTRO ESTE	15.0 %	9
3.- CENTRO NORTE	0.0 %	0
4.- CENTRO OCCIDENTE	10.0 %	6
5.- GOLFO CENTRO	3.3 %	2
6.- SURESTE	1.7 %	1
7.-PACIFICO CENTRO	0.0 %	0
8.- CENTRO	23.3 %	14
9.- OCCIDENTE	0.0 %	0
10.- NORTE	0.0%	0
11.- PACIFICO CENTRO	0.0%	0
12.- D.F.	40.0 %	24

RESIDENTE



GRAFICA 3: División de la población de acuerdo a su lugar de residencia.

ESCOLARIDAD :

En la gráfica 4 se presentan los datos sobre el nivel educativo de las pacientes el cual es fundamentalmente de **Primaria** 56.7 % (34 pacientes); **Secundaria y/o Comercio** 31.7% (19 pac.); **Bachillerato** 5.0% (3 pac.) y **Profesional** 6.6% (4 pac.).

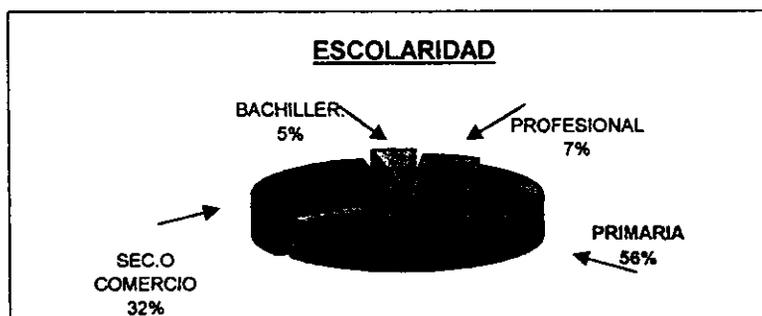


GRAFICO 4:
Porcentaje del nivel educativo de la muestra.

ESTADO CIVIL :

La gráfica 5 permite observar que las pacientes en su mayoría se encuentran **Casadas** o en **Unión Libre** 66.7% (40 pacientes); **Solteras** 11.7% (7 pac.); **Divorciadas** o **Separadas** 15.0% (9 pac.); **Otras** (Viudas, etc.) 6.6% (4 pac.).

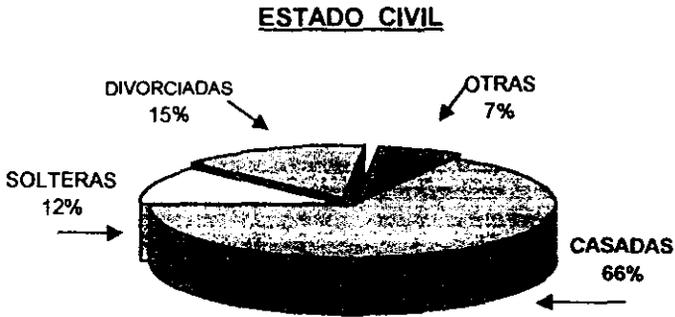


GRAFICO 5:
Porcentaje de la población de acuerdo a su estado civil.

OCUPACION :

La gráfica 6 indica que la población básicamente trabaja en el **Hogar** 71.7% (43 pacientes); son **Empleadas** el 18.3% (11 pac.), y el 10% (6 pac.) se dedica al **Comercio**.

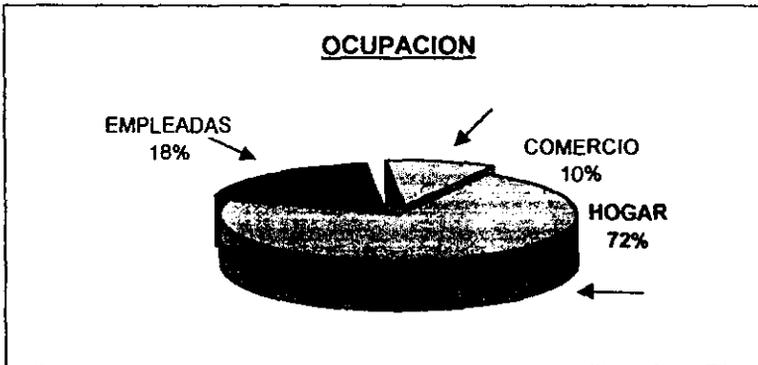


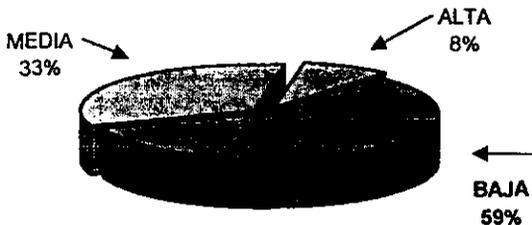
GRAFICO 6:
División de la muestra basándose en su ocupación.

CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA:

En la gráfica 7 se presenta la integración socioeconómica que se realiza con base a los formatos utilizados en el Instituto por las Trabajadoras Sociales; las cuales lo efectúan tomando en cuenta los salarios mínimos de ingreso del paciente; se determina que la mayoría de las pacientes cuenta con muy bajos recursos económicos..

La agrupación BAJA incluye (Clasificación A,B,C)	58.3 %	35 pac
La agrupación MEDIA incluye (Clasificación D,E,F)	33.3 %	20 pac
La agrupación ALTA incluye (Clasificación G,H,I, y Subrogadas (Por alguna Institución)	8.4 %	5 pac

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA



GRAFICA 7:
Porcentaje de la población de acuerdo a su clasificación socioeconómica.

DIAGNOSTICO ONCOLOGICO :

La gráfica 8 presenta la agrupación que se realizó en base al diagnóstico oncológico inscrito en el expediente de las pacientes, por los Médicos Oncólogos; a través de la clasificación T.N.M. propuesta por la U.I.C.C. (1987); y se observa que la mayoría se encuentra en un nivel intermedio de desarrollo de la enfermedad.

1 - Estadio 0	0.0 %	0 pac.
2 - Estadio I	5.0 %	3 pac.
3 - Estadio II-A	31.7 %	19 pac.
4 - Estadio II-B	15.0 %	9 pac.
5 - Estadio III-A	20.0 %	12 pac.
6 - Estadio III-B	11.7 %	7 pac.
7 - Estadio IV	6.6 %	10 pac.

DIAGNOSTICO ONCOLOGICO

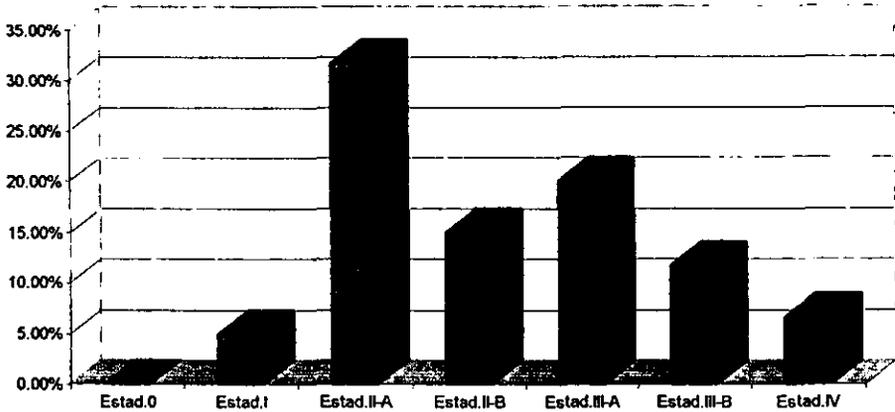


GRAFICO 8 . Distribución de la población de acuerdo a su Estado Clínico

Posteriormente se realizó un Coeficiente de Correlación de Spearman para determinar si existía relación entre la depresión; la ansiedad y las siguientes variables sociodemográficas :

COEFICIENTE DE CORRELACION DE SPEARMAN

VARIABLES	DEPRESION	ANSIEDAD
EDAD	NO	NO
ORIGEN	NO	NO
RESIDENCIA	NO	NO
ESCOLARIDAD	NO	NO
ESTADO CIVIL	NO	NO
OCUPACION	NO	NO
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA	NO	NO
DIAGNOSTICO ONCOLOGICO (*)	S I (*)	NO

Con base a la información del recuadro se observa que ninguna de las anteriores variables tiene una asociación significativa con la depresión o la ansiedad; ya que todas ellas presentan un valor de p mayor a .05 , es decir que el valor observado del estadístico de prueba no es significativo en este caso.

Excepto la correlación efectuada con la ultima variable (*); la cual nos indica que el diagnóstico oncológico si es una variable que modifica la depresión que muestran las pacientes,

ya que el valor de p es menor a .05, es decir que es estadísticamente significativo; como a continuación se muestra:

DEPRESION Y DIAGNOSTICO ONCOLOGICO :

VARIABLE	CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION
DEPRESION	60	.7246	.3765	-.2923
D. ONCOLOGICO	60	4.5167	1.5676	(60) P= .023

Se realizó la correlación, para saber si existía una asociación entre las variables de depresión y ansiedad inicialmente intra grupos. Finalmente de la depresión y la ansiedad y el total de la muestra, encontrando los siguientes resultados:

DEPRESION Y ANSIEDAD (GRUPO 1 = Al momento del Diagnóstico):

VARIABLE	CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION
DEPRESION	30	.5937	.3910	.6469
ANSIEDAD	30	2.2842	.3775	(30) P= .000

La correlación entre la depresión y la ansiedad, del grupo 1 al cual se le aplicó el instrumento al momento del diagnóstico se encontró que el nivel de significancia es menor a .05 por lo tanto es estadísticamente significativo.

DEPRESION Y ANSIEDAD (GRUPO 2 = Al momento del Tratamiento):

VARIABLE	CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION
DEPRESION	30	.8556	.3162	.3982
ANSIEDAD	30	2.3458	.5779	(30) P= .029

Subsiguientemente se efectuó la correlación entre la depresión y la ansiedad del grupo 2, al cual se le aplicó el instrumento al momento del tratamiento oncológico encontrando que el nivel de significancia es menor a .05 por lo que es estadísticamente significativo.

DEPRESION Y ANSIEDAD :

VARIABLE	CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION
DEPRESION	60	.7246	.3765	.4755
ANSIEDAD	60	2.3150	.4849	(60) P= .000

Se busco establecer la asociación entre la depresión y la ansiedad que presentaban el total de las pacientes de la muestra; encontrando que el nivel de correlación es estadísticamente significativo; ya que la p es menor a .05.

Por último se realizó una **Prueba U de Mann-Whitney**, para determinar en que grupo se presento mayor depresión y ansiedad.

DEPRESION

VARIABLES : DEPRESION

GRUPO 1= DIAGNOSTICO
2= TRATAMIENTO

CASOS (RANGO DE MEDIA)

30 V1= DIAGNOSTICO 24.77
30 V2= TRATAMIENTO 36.23

60 TOTAL

CORRECTED FOR TIES

U	W	Z	2-tails P
278.0	743.0	-2.5479	.0108

Basándose en el análisis realizado se encontró que la depresión que presenta el grupo 2, que se encuentra en tratamiento oncológico es mayor que la presentada por el grupo 1 al cual se le aplico el instrumento en el momento del diagnóstico.

A continuación se establecerá si existe diferencia entre los grupos respecto a su estado de ansiedad.

ANSIEDAD

VARIABLES : ANSIEDAD

GRUPO 1= DIAGNOSTICO
2= TRATAMIENTO

CASOS (RANGO DE MEDIA)

30 V1= DIAGNOSTICO 29.37
30 V2= TRATAMIENTO 31.63

60 TOTAL

-CORRECTED FOR TIES

U	W	Z	2-tails P
416.0	881.0	-.5029	.6150

El análisis permite determinar que el grupo 2 presenta un nivel de ansiedad mayor al que se encontró en el grupo 1.

Como se observa existen diferencias que serán analizadas en el siguiente capítulo.

CAPITULO VI: "DISCUSIÓN"

Tal vez la temática de la investigación parezca obvia; pero al entrar en el mundo de la oncología y sus moradores, todas las perspectivas se modifican; lo que afuera es normal y lógico cambia. Para los psicólogos y todos aquellos involucrados en el estudio del comportamiento humano, resulta evidente que toda persona que expuesta a un nivel de estrés mayor, como el provocado por una neoplasia ocasiona alteraciones emocionales como depresión y ansiedad.

Pero que pasa específicamente con las pacientes de cáncer de mama de un hospital que se puede considerar representativo de la ciudad de México, ya que capta a la mayoría de la población de clase media baja; ¿lo reportado en estudios en el extranjero, puede tener similitud con lo que sucede aquí?; a partir de esto surgió el interés por esta población en específico aunado a que es el segundo cáncer de importancia debido a la incidencia y a la mortalidad en México; en el Instituto Nacional de Cancerología es uno de los más frecuentes; con un gran número de pacientes (de nuevo ingreso y subsecuentes), el que mayor número de protocolos de investigación tiene pero a nivel médico a diferencia de Estados Unidos o Europa en donde es una de las neoplasias que más se ha estudiado a nivel médico y psicosocial; por lo cual han desarrollado toda una infraestructura de atención al paciente, desde su diagnóstico hasta su muerte y más allá, porque se continua apoyando a sus familiares tiempo después, resaltando en todo momento la importancia de atender el aspecto emocional de los mismos; aunque haciendo énfasis en que son los médicos los encargados de detectar necesidades o alteraciones emocionales en los pacientes y brindarles el apoyo necesario, solo en casos "difíciles" canalizarlos a los psiquiatras o psicólogos.

Por lo cual se aboco a buscar investigaciones que permitieran confrontar esta información; saber que pasaba con las pacientes en México; porque problemas se enfrentaban, cual era la atención que recibían y sobretodo quien se encargaba de atender el estado emocional, porque en primer lugar la mayoría de los médicos no admite la influencia de los aspectos psicológicos en el proceso de la enfermedad y la minoría que se preocupa por ellos no cuentan con la preparación adecuada para atenderlos, en segundo lugar los psicólogos y/o psiquiatras que laboran en hospitales son insuficientes, si se toma en cuenta el número de pacientes que se atienden diariamente.

Desgraciadamente la cantidad de investigaciones reportadas explícitas a estos temas fue mínima, la mayoría inmersa en protocolos médicos o como aportaciones complementarias a estos; pero al andar en esta situación se encontró que esta es una de las formas más factibles que han encontrado los psicólogos inmersos en este campo de abrir espacios y aumentar el interés, para iniciar sus propios protocolos de investigación que permitan informar y difundir la importancia de atender la salud mental de los pacientes en su proceso de enfermedad.

Por lo tanto la investigación inició con una hipótesis simple ¿Existen diferencias en la depresión y ansiedad que presentan las pacientes con cáncer de mama, cuando un grupo es diagnosticado y otro grupo esta bajo tratamiento quimioterapéutico?; que con los antecedentes teóricos que se tienen parecía fácil de obtener; pero al ir avanzando en ella se empezaron a detectar los primeros inconvenientes y contradicciones; inicialmente se mencionaran los resultados que se obtuvieron estadísticamente y finalmente las experiencias adquiridas durante la estancia en el Instituto.

Se busco determinar si existía una influencia de las variables sociodemográficas en la depresión y ansiedad que presentan las pacientes; esto fue estadísticamente rechazado, ya que los datos no resultaron significativos; aunque se observaron situaciones muy interesantes en relación con estos aspectos; que a continuación se expondrán.

En cuanto a la edad se reforzó lo mencionado por Hersh (1989), que las pacientes más jóvenes tienen una actitud más positiva y de lucha, en cambio en las personas de mayor edad esta era más bien de resignación.

El origen y residencia básicamente fue del D.F. y área metropolitana; esto se explica porque el Instituto se encuentra en la capital, por lo tanto la población que acude es la más cercana a él, además los gastos que por la enfermedad se producen como traslado, consultas, tratamiento y estancia, que aunque son más bajos que en otros hospitales, con el tiempo llegan a ser difícil de solventar, situación que se agrava aun más para los pacientes del interior de la república; asimismo se ha elevado el número de instituciones oncológicas en los estados a los cuales se canalizan a diversos pacientes para una mejor atención cerca de su lugar de residencia.

Aunque las pacientes con cáncer de mama generalmente tienen un nivel cultural más elevado que las pacientes con otro tipo de neoplasia; su escolaridad básicamente es de primaria, lo que en algunos casos influye en el grado de comprensión que se logra con ellas, la mayoría se dedica al hogar y sus ingresos económicos son muy bajos lo cual repercute para tener un adecuado control del tratamiento y la implementación o seguimiento de medidas que puedan beneficiarlas.

El estado civil, en este aspecto más que el estar casadas o solteras se observó la importancia del entorno familiar, ya que el cáncer al ser una enfermedad crónico-degenerativa implica un largo tiempo en el cual la participación de todos los integrantes de la familia resulta básico; como lo mencionan Coll (1991) y Hersh (1989) en sus aportaciones.

El Diagnóstico Oncológico fue el único aspecto que tuvo una repercusión significativa aunque solamente en la variable de depresión, se considera que esto se debe a las características de la mayoría de las pacientes que acuden al instituto, ya que son personas que se encuentran en un grado avanzado de su enfermedad, lo que implica que los síntomas como "las bolas" (como ellas lo reportan), la piel de naranja, la retracción del pezón o la supuración sean sumamente notorias y esto es debido en muchas ocasiones a negligencia por parte de ellas o de los médicos a los que recurrieron, por lo que su estado anímico se encuentra muy deteriorado presentando frecuentemente tristeza, deseos de morir y tendencia al llanto.

Por otra parte los datos mostraron diferencias significativas entre los grupos referente a que los niveles de depresión fueron mayores en el momento del tratamiento, que del diagnóstico; esto concuerda con lo mencionado por Bayés (1985), Calderón (1989), Hersh (1989) y Buckman (1993); en donde afirman que las pacientes que se encuentran en tratamiento presentan un leve incremento en su estado de depresión, debido a que la hospitalización así como el estar expuestas al tratamiento representa de una manera más directa el enfrentarse a la enfermedad y sus consecuencias (físicas y socioeconómicas), que anteriormente en la fase de diagnóstico solo se presentaban; además de acuerdo a los estragos o efectos secundarios del tratamiento van a provocar que exista una alteración de la forma de percibirse, es decir en su autoimagen, que aunado a la evolución del padecimiento ocasionan una alta probabilidad de que se dé un aumento en el estado depresivo.

Respecto al estado emocional de ansiedad los resultados estadísticos muestran que la diferencia no fue significativa, sin embargo clínicamente sí se observó un aumento en ese estado emocional durante la fase de tratamiento y autores como Bayés (1985), Hersh (1989) y Estape J. (1991) en sus estudios consideran que esto es posible, siendo la ansiedad generalmente de tipo reactivo debido a el cúmulo de nuevas experiencias que se les presenta a las pacientes (nuevo entorno, ingreso al hospital, pasar de un médico a otro, continuas exploraciones, diversas fases del tratamiento, etc.); siendo importante la influencia de las expectativas terapéuticas y la actitud del equipo de salud para que esta no se transforme en un trastorno de ansiedad.

Sobre la base de la información que se obtuvo se concluye que las características de la mayoría de la población estudiada es: Personas de edad madura (41 a 60 años), originarias y residentes del D.F. y su área metropolitana, con una educación a nivel primaria, casadas, dedicadas al hogar, con un nivel socioeconómico bajo y un diagnóstico oncológico avanzado.

Por otra parte aunque los datos obtenidos en los instrumentos fueron esenciales para la investigación; también tiene una gran relevancia el mencionar las situaciones y experiencias que se vivieron durante la estancia en el Instituto y en la convivencia con las pacientes y todo el personal que ahí labora.

Como psicólogo se tiene el conocimiento de que puedes trabajar en un hospital pero ¿cómo?, ¿con quién? O ¿qué debes hacer?, son cosas que nunca se tienen claras hasta que se encuentra en él; inicialmente un hospital es un lugar con una connotación cultural muy fuerte y difícil de manejar, ya que la gente llega para que lo alivien de sus molestias, dolores, su enfermedad, su atención y esperanza se centra en aquellos sujetos de blanco a los que les otorga un “poder sublime”.

Por lo que el primer paso es infiltrarse con los hombres de blanco, ¿porqué? Porque la mayoría de la gente no sabe en que lo puede apoyar un psicólogo “si no se está loco” y algunos médicos se muestran bastante excepticos de recibir el apoyo de un profesional en salud mental.

El segundo paso es sobreponer a la falta de experiencia, los conocimientos adquiridos, para atender y comprender a la persona que se tiene enfrente, que no es el expediente n° 20538 sino la Sra. Juanita que esta ahí desde las 4:00 a.m., que ha pasado por la revisión del policía, el interrogatorio de la recepcionista, la enfermera, la exploración del médico, las agujas del laboratorista, la prisa del técnico y la molestia del cajero entre otras cosas; se percibe una facia distinta, un color y olor diferentes que revelan la presencia de una enfermedad, en algunos casos es tan sutil que apenas se percibe; en otro es tan agresivo que impacta.

Por lo tanto ¿qué se hace con las emociones?, ya pareces un hombre de blanco, pero no cuentas con el caparazón que ellos desarrollan día con día, porque a pesar de haber leído y de haberte explicado que el cáncer no es contagioso, te preguntas ¿lo puedo tocar? , ¿le puedo dar la mano? Y aunque conductualmente dices sí emocionalmente dices no. Por lo que se debe explorar que se siente ante la cercanía de la enfermedad, de la muerte, el dolor, la mutilación y solamente a partir de este momento se puede empezar a interactuar y empatizar con los pacientes sin sentir miedo, rechazo o indiferencia; cuando se recuerda que como psicólogo se trabaja con las emociones de las personas y que el aspecto solamente te proporciona información de la paciente pero que no debe influir en tu comportamiento; y es en este momento que se cuestiona, si tú primero como psicólogo, después como un profesional en la salud, con mayor información tienes estas dudas y temores; que pasa con la paciente, sus familiares, la gente con la que convive, el taxista, el policía o el personal administrativo del hospital; son cuestiones sumamente complicadas que solamente las personas que están inmersas en esto pueden comentar y transmitir sus experiencias que son sumamente importantes que los demás noozcan para de esta forma cuestionen su trato hacia los pacientes neoplásicos.

Por todo esto el papel del psicólogo es difícil, porque es un profesional en la salud mental, pero no “cura el cuerpo” por lo tanto no es médico; no llena formas ni da medicamentos, por lo que no es trabajadora social ni enfermera; ¡¡es Psicólogo!!; pero está es una palabra complicada de mencionar, porque los psicólogos sólo son para “los locos”, “si hablo con ellos me están psicoanalizando”, ¿cómo rompes con esto?, ¿cómo defines tu campo de trabajo?, en la teoría es muy fácil de entender pero en la práctica la situación cambia.

Se debe de iniciar con aclararse a sí mismo que "no cura el cuerpo", que se trabaja con cogniciones y emociones, pero sin perder de vista que todo esta relacionado, que toda modificación en el estado psicológico de una persona guarda estrecha relación con su estado orgánico y físico.

El segundo paso es cuando día con día se demuestras a los médicos y enfermeras, no con palabras sino acciones que se es parte del equipo, que no se utiliza un estetoscopio o una jeringa, pero también se puede apoyar a un paciente ¿cómo? escuchándolo, hablando con él y aplicando una serie de técnicas que se aprendieron durante su formación, que son tan eficientes para el paciente como los instrumentos que ellos utilizan para atenderlo.

El tercer paso es con los pacientes, recordándoles que son personas y no expedientes, ni la cama 235 o el hígado que ya no funciona, sino individuos que sienten y piensan, que lo que tienen que decir es importante para otros, porque si más gente conociera como se sienten, las dudas e inquietudes que tienen y por todo lo que tienen que pasar, habría más personas involucradas en apoyarlos, además sus experiencias podrían reconfortar y orientar a personas que desafortunadamente seguirán desarrollando cáncer, hasta que no se encuentre un tratamiento eficaz para controlarlo.

Los siguientes renglones son una pequeña recopilación de los comentarios de las pacientes, que finalmente llevo a ser el sentir generalizado de las personas que se entrevistaron:

Al ingreso al instituto básicamente les importa que les den una posible solución, las preocupaciones son a lo incierto y a la incertidumbre por no saber, tienen muchas dudas e inquietudes pero mantienen la esperanza de un futuro alivio; les preocupa su familia, sus hijos, los costos, los procedimientos y los posibles resultados; pero la mayoría confía en que con la ayuda de su entorno familiar y los recursos que tienen en ese momento será suficiente.

La angustia y la depresión aumenta cuando se pasa a la fase de enfermedad organizada; ¿por qué?, porque se dan cuenta que la curación no es tan cercana, que los recursos se agotan, que la familia se aleja y que ellas se consumen; empieza el transitar por el hospital, por todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud, los tratamientos y medicamentos, esperando que con la ultima quimioterapia el médico al fin diga: ¡esta usted bien!, ¡el cáncer ya no existe!, pero son palabras que no llegan, comentarios que no se oyen, solo se escucha gota tras gota de medicamento que invade el cuerpo, que lo trastorna y modifica; horas de angustia en una cama de hospital; viendo a la compañera de al lado como se consume y pensando ¿Cuánto le falta para verse así?; el ver entrar caras distintas, algunas amables, llenas de aliento y simpatía que elevan el ánimo; otras tristes y preocupadas que confirman que no todo esta bien y finalmente las que llenas de cansancio preguntan ¿cómo se siente?, más por cumplir su trabajo que por sentirlo así. De esta forma queda representado el entorno en el cual se desenvuelven a partir de su enfermedad.

Y es así como se ven manifestados los pensamientos de las pacientes, los cuales en ocasiones no son tomados en cuenta por el equipo de salud, por que estos se encuentran tan enajenados por la presión de las consultas pendientes, el trabajo inconcluso, el jefe prepotente o su misma barrera emocional, que se olvidan que están tratando con personas y no con signos y síntomas, para los cuales es importante la calidad y calidez en la atención.

Finalmente el estar con la paciente durante todo el proceso de la enfermedad, desde la sala de espera, preconsulta, consulta, laboratorios, hospitalización, terapia intensiva y por último en el regreso a su hogar, permite tener un panorama tan amplio de la situación, el observar lo que pasa como paciente, como médico y finalmente como psicólogo es una experiencia sumamente valiosa de la cual se pueden obtener muchos aspectos que serían convenientes considerar y retomar en un futuro.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

- Optimizar los procedimientos administrativos del instituto para que la espera para ingresar al hospital sea menor.
- Proporcionar cursos de "calidad en la atención" a todo el personal administrativo (vigilancia, recepcionistas, laboratoristas, intendencia) para que su trata no sea despectivo.
- Brindarle mayor apoyo a profesionales de otras áreas que acuden al instituto para ampliar sus conocimientos.

PERSONAL DE SALUD

- Que traten de individualizar su trabajo (es decir entablar mayor rapport con los pacientes y cuando sea posible llamarlos por su nombre)
- Que sean más accesibles en cuanto a las necesidades emocionales de los pacientes.
- Que asistan a sesiones de higiene mental periódicamente, para detectar las posibles alteraciones o repercusiones que el trabajo con pacientes neopásicos ocasiona.
- Que reciban capacitación continua en cuanto aspectos psicológicos generales.

PSICOLOGO

- Que trate de insertarse cada día más en los medios hospitalarios, de esta forma detectar las necesidades de apoyo psicológico reales de los pacientes neoplásicos y del personal que los atiende.
- Una vez detectadas estas necesidades, elaborar programas que incluyan apoyo a: pacientes, familiares, personal médico y administrativo que ahí laboran, que incluyan:

Pacientes y Familiares

- Que y como se sienten los pacientes con cáncer durante la evolución e la enfermedad y como pueden afrontarlo
- ¿Qué pueden hacer y decir a un paciente con cáncer y su familia? ¿cómo pueden apoyarlos?
- Talleres informativos que incluyan cuidados generales a los pacientes y un foro en donde puedan verter sus dudas e inquietudes.

Personal médico

- Sesiones de higiene mental en donde se les oriente en como detectar a pacientes con alteraciones emocionales, y como poder brindarles la primera ayuda psicológica, para posteriormente canalizarlos con los psicólogos o psiquiatras.
- Sesiones en donde ellos puedan expresar todos los sentimientos que les provocan los pacientes y su entorno; situación que permitirá detectar sus problemas y de esta forma mejorar su trato a los pacientes y su salud mental.
- Sobre todo implementar talleres o sesiones enfocadas a informar del trabajo del psicólogo, que no sólo "los locos" o "los débiles, que no pueden con sus problemas" pueden recurrir a un psicólogo, que este no sólo se dedica a ver pacientes, también puede elaborar y

participar en los programas de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, que permitirán mejorar la calidad de atención y de vida de los pacientes.

ESCUELA

- Que los programas académicos incluyan más temas e información sobre aspectos emocionales involucrados en pacientes con enfermedades de origen biológico.
- El aprender a trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud para que los pacientes reciban una atención más integral.
- Se fomenten prácticas profesionales en clínicas y hospitales para que el psicólogo se inserte y familiarice con el trabajo y los pacientes que ahí se encuentran.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association; (1994); DSM-IV MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES; Edit. Masson S.A. ; Barcelona.
- 2.- Ardila, R. (1982); PSICOLOGIA DEL APRENDIZAJE; 17ed. ; México; Edit. Siglo XXI.
- 3.- Argentina Erazo, A Dra.; Suárez González ,S. y cols.; (1981); EVALUACION CLINICA DEL CANCER MAMARIO AVANZADO. TRATADO CON TAMOXIFENO; en la Revista del Instituto Nacional de Cancerología; Vol. 26 ; Núm. 2, ano 1981; pp33-38.
- 4.- Ayuso, José Luis; (1988); TRASTORNOS DE ANGUSTIA; Edit. Martínez Roca; España.
- 5.-Balfour, M.; (1981); LA ENFERMEDAD MALIGNA EN SU FASE TERMINAL Y LA PERSONA BAJO STRESS; Rev. Salud Mental; Vol. 4; Jun.2; 1981; México; pág. 67-68.
- 6.- Bayés, R. (1985); PSICOLOGIA ONCOLOGICA; PREVENCION Y TERAPEUTICA PSICOLOGICAS DEL CANCER; Edit. Martínez Roca; España.
- 7.- Berlanga, Carlos; (1990) ; EL USO COMBINADO DE ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS E INHIBIDORES DE LA MAO, UNA REEVALUACIÓN; en la Rev. Salud Mental; México; 1990; Vol.13; Mar 1.
- 8.-Buckman, Robert Dr.; (1993) ; CONOCIENDO LO DESCONOCIDO: COMO ACONSEJAR Y APOYAR A LOS PACIENTES QUE RECIBEN TERAPIA CONTRA EL CANCER; Folleto servicio de SmithKline Beecham Instituto.
- 9.- Cairns, John; (1981); CANCER Y MORTALIDAD; Edit. Reverté; S.A.; España.
- 10.- Calderón Narváez, Guillermo; (1989); DEPRESION; CAUSAS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO; Edit. Trillas; México.
- 11.- Campillo S., Carlos Dr.; Caraveo A. Jorge Dr.(1979); EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION; en la Rev. Salud Mental; año 1981; Vol. 2; Dic. 4; México.
- 12.- Canónico, A. Dr. (1976); FACTORES EMOCIONALES EN LOS PACIENTES CON CANCER; TERAPIA INTEGRAL Y REHABILITACION; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Dic. 1976; México; pag. 592-593.
- 13.- C.N.E.I.P. ; ANUARIO ESTADISTICO; (1991).
- 14.- Campbell, D.; Stanley J.; (1980) ; DISEÑOS EXPERIMENTALES Y CUASIEXPERIMENTALES EN LA INVESTIGACION SOCIAL; Amorrortu Editores; Buenos Aires.
- 15.-Cárdenas Sánchez, J., De la Garza J. y Guerrero(1987); QUIMIOTERAPIA COMBINADA CON FLUOROURACILO, ADRIAMICINA, CICLOFOSFAMIDA Y TAMOXIFEN EN

- PACIENTES POSTMENOPAUSICAS CON CANCER MAMARIO AVANZADO; Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 33; N° 3; Jul.-Sep. 1978; pp. 399-404.
- 16.- Casalod Eva; (1998); LA PSICOONCOLOGIA ; Rev. Salud Mental; Vol. 25 Abril.
- 17.- Coderch, Juan; (1991); PSIQUIATRIA DINAMICA; Edit. Herder, Barcelona.
- 18.- Coll Espinosa y cols. (1991); REPERCUSIONES PSIQUICAS DEL CANCER DE MAMA. EFECTOS PSIQUICOS DE LA MASTECTOMIA; en la Rev. Psiquis; Vol. 12; año 1991; pp. 372-379.
- 19.- Davison, Gerald, Neale John; (1991); PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA ANORMAL; Edit. Limusa; México.
- 20.- De la Fuente, Juan R. y cols. (1989); ALTERACIONES EN EL SUEÑO DE ENFERMOS DEPRIMIDOS; en la Rev. Salud Mental; México; 1989; Vol. 8; Jun 2.
- 21.- De la Parra, G. Dr.; Fodor M. Dr. (1992); FACTORES PSICOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD CANCEROSA; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 38; Núm. 2; Ab.-Jun. 1992; México; pp. 1555-1563.
- 22.- Derogatis, L.R. (1989); PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF PSYCHOSEXUAL FUNCTIONING; en Psychiatric Clinic, 1989.
- 23.- E. James Anthony, Therese Benedek; (1981) ; DEPRESION Y EXISTENCIA HUMANA; Salvat Editores; Barcelona.
- 24.- Estape, J., Burgos I.; (1991); MEDICINA GENERAL Y CANCER. MANUAL CLINICO; Ediciones DOYMA; España.
- 25.- Estapé Rodríguez; (1982); CANCER. DIAGNOSTICO DE EXTENSION ESTRATEGICA TERAPEUTICA; Salvat Editores; Biblioteca Médica de Bolsillo; México.
- 26.- Feinberg M.; Carroll (1982); SEPARACION DE SUBTIPOS DE DEPRESION USANDO UN ANALISIS DISCRIMINANTE: 1.- SEPARACION ENDOGENA UNIPOLAR Y DEPRESION NO ENDOGENA; Rev. Salud Mental; año 1982; Vol. 5; Dic.4; México.
- 27.- Gray, J. A. (1979); LA NEUROPSICOLOGIA DE LA ANSIEDAD; en la Rev. Salud Mental; México; año 1979; Vol. 2; Dic. 4.
- 28.- Haller, G. (1974); PSICOLOGIA GENERAL; Buenos Aires; De. Harla.
- 29.- Haagensen, C. (1978); CARCINOMA OF THE BREAST. A MONOGRAPH FOR THE PHYSICIAN; en Am. Cancer Society, N° 7, año 1978.
- 30.- Hems, G. (1970); EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER IN MIDDLE AND LATE AGE; en British Journal Cancer; año 1970; pp. 24, 226.

- 31.- Hersch, C. (1989); SALUD MENTAL Y ACCION SOCIAL; en American Psychologist.
- 32.- Hersh, Stephen (1989); ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PACIENTES CON CANCER; en la Rev. Psycho-Oncology; Vol. 3; año 1989.
- 33.- Holland, Jimmie C. M.D. (1992); PSYCHOONCOLOGY: WHERE ARE WE; AND WHERE ARE GOING?; en Journal of Psychology Oncology; Vol., 10(2); año 1992; pp. 103-121.
- 34.- Huntsberger, D.; Billingsley P.; (1988) ELEMENTOS DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL; Editorial CECSA; México.
- 35.- International Union Against Cancer (UICC); (1992); MANUAL DE ONCOLOGIA CLINICA; Quinta Edición; Edit. DOYMA; España; Dirigida en español J. Estapé; pp. 165-178.
- 36.- INCAN, División de Enseñanza (1994) FOLLETO INFORMATIVO
- 37.- Khoury, Saad y Jasmin Claude; (1981); CANCER: LOS GRANDES ESPECIALISTAS RESPONDEN; Edición Aguilar; México.
- 38.- Kübler-Ross (1969) citada en Bejarano M.D., Isa Jaramillo Psi.; MORIR CON DIGNIDAD; FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PALIATIVO; ATENCION INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE TERMINAL; Editado por Laboratorios ITALMEX; Santafé Bogotá; 1992.
- 39.- Lara Muñoz, Ma. Dra (1984).; REACCION PSICOLOGICA AL CANCER; en la Rev. Salud Mental; Vol. 7; N° 4; Invierno 1984.
- 40.- Lazcano-Ponce, Tovar (1996), CANCER DE MAMA. UN HILO CONDUCTOR HISTÓRICO, PRESENTE Y FUTURO ; Rev. Salud Publica, Vol.38 N°2, pp139-152.
- 41.- Leboyer, M., Plaisant (1985); ¿LA DEPRESION SEROTONINERGICA ES UNA HIPOTESIS O UNA REALIDAD?; Rev. Salud Mental; México; año 1985; Vol.8; Mar. 1.
- 42.- Lolas, S. Fernando Dr. (1983); LA INVESTIGACION PSICOFISIOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS; en la Rev. Salud Mental; México; año 1983; Vol. 6; Mar.1.
- 43.- López Rodríguez, Armando M.D. (1981); EDITORIAL; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; N° 27; año 1981; México D.F.; Editorial INCAN.
- 44.- López Rodríguez, Armando M.D. (1985); HISTORIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; México.
- 45.-Maher Brendan, A.; (1970); PRINCIPIOS DE PSICOPATOLOGIA; Edit. Mc Graw Hill; España.

- 46.- MANUAL DEL ESTUDIANTE; 1987.
- 48.-Marques, M.; (1988); PROBABILIDAD Y ESTADISTICA PARA CIENCIAS QUIMICO-BIOLÓGICAS; E.N.E.P. Zaragoza; México.
- 49.- Martell Guerrero Ramón J. Hernando José, Serrano M. (1994) ESTUDIO RETROSPECTIVO (1982-1986) DE LOS FACTORES PRONOSTICOS DE 560 CASOS DE CANCER DE MAMA; Rev. Del Inst. Nac. De Cancerología; Vol. 40, Núm. 2 .
- 50.- Matey Patricia (1996) PARA LAS MUJERES CON CANCER, SOBRELLEVAR LA ENFERMEDAD ES PEOR QUE EL IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA; Rev. Salud y Medicina, Num. 202, Mayo.
- 51.- Mendels, Joseph; (1989); LA DEPRESION; Edit. Herder S.A.; Barcelona.
- 52.- Mendoza J. (1997) CLINICA Y ANSIEDAD; Rev. Salud y Medicina, Num. 212. Agost.
- 53.- Moisa, C.F. Dr.; Dra. Liboria de J. López, Dr. Julio Raymundo (1989); EPIDEMIOLOGIA DEL CARCINOMA DEL SENO MAMARIO EN LATINOAMERICA; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 35; Nº 2; Abr.-Jun. 1989; pp 810-814.
- 54.- Pitot ,Henry C. ; (1981); CANCER: AYER Y HOY; Editorial Reverté, S.A. España.
- 55.- Polaino-Lorente; (1985); LA DEPRESION; Edit. Martinez Roca; España.
- 56.- Ragot, M. (1979); LA DEPRESION, LA CIVILIZACION MODERNA Y LOS MEDICAMENTOS TIMOANALEPTICOS; en la Rev. Salud Mental; México; año 1979; Vol. 2; Dic. 4.
- 57.- Reforma Periódico (1994); REDUCIR EL ESTRESS ES EVITAR EL CANCER MAMARIO; Ramos M.; México; 5-Junio-1994.
- 58.- R.E.T.O.;(1989) NOTI-RETO. ORGANO DE DIFUSION DE GRUPO RETO; México; N1.
- 59.- R.E.T.O.;(1994) NOTI-RETO. ORGANO DE DIFUSION DE GRUPO RETO; MÉXICO; Nº 1.
- 60.- Rosch ,J.P.; STRESS Y CANCER: ¿UNA ENFERMEDAD DE ADAPTACION?; en la Rev. Salud Mental; Vol. 4; Jun. 2; 1981; México; pp.67-68.
- 61.- Rosental, 1980 en Sánchez Vidal (1991); PSICOLOGIA COMUNITARIA; Barcelona; Edit. PPV.
- 62.- Ruisánchez N.; Alvarez MT.; Luaces P.; Ramos S. (1993); CANCER DE MAMA E HISTORIA FAMILIAR: ESTUDIO DE CASO-CONTROL; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología ; Vol. 39; Núm. 4; Oct.-Dic. año 1993; pp. 1924-1929.

- 63.- Ruiz Flores, G. Dr. (1996); SUFRE DEPRESION EL 70% DE LAS PERSONAS CON CANCER; Periódico La Prensa; domingo 7 de Abril 1996; México; D.F.; pp. 10.
- 64.- Sarason I.; (1985); PSICOLOGIA ANORMAL; Edit. Trillas; México.
- 65.- Sarna, Gregory M.D.; (1986); MANUAL DE ONCOLOGIA CLINICA; Edit. Limusa; México.
- 66.- Schwarzenberg; (1981); ¿QUE IMPACTO TIENE EN EL ENFERMO LA PALABRA CANCER?; Recopilado en Saad Khoury y Claude Jasmin; CANCER, LOS GRANDES ESPECIALISTAS RESPONDEN; Edic. Aguilar.
- 67.- Serrano Migallón, J.A. Dr., Dr. Francisco J. Sandoval G. y cols.(1993); ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CLINICA, MASTOGRAFIA Y ULTRASONIDO, PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DE LAS LESIONES MAMARIAS; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 39; N° 4; Oct.-Dic. Año 1993; pp. 1931-1936.
- 68.- Sheehan, D.V., Sheehan, K.H.(1984); LA CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD Y LOS ESTADOS HISTERICOS; en la Rev. Salud Mental; México; año 1984; Vol. 7; Mar. 1.
- 69.- Smal L. (1988); PSICOTERAPIAS BREVES; Edit. Gedisa, México.
- 70.- Siegel, S.; (1991); ESTADISTICA NO PARAMETRICA; Edit. Trillas; México.
- 71.- Sobrevilla Calvo, Pedro Dr. (1992); LA IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE LA PSICO-ONCOLOGIA EN EL ENTRENAMIENTO DEL ONCOLOGO; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 38; N° 3; Jul.-Sep.; México; año 1992; pp. 1631-1633.
- 72.- Spielberger, C.D. (1972); ANXIETY: CURRENT TRENDS IN THEORY AND RESEARCH; Vol. I,II; New York: Academic.
- 73.- Spielberger, C.D. y Diaz-Guerrero, R. (1975); IDARE-INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO; México; Manual Moderno.
- 74.- Tenorio González, Francisco Dr. (1983); TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CANCER; MITO Y REALIDAD; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Junio; año 1983.
- 75.- Tenorio González, Francisco Dr.(1986); TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CARCINOMA MAMARIO; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 32; N° 3 y 4; Sep.-Dic.; año 1986; pp.212-216.
- 76.- T. Ibbotson, P. Maguire y cols.(1994); SCREENING FOR ANXIETY AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS: THE EFFECTS OF DISEASE AND TREATMENT; en European Journal of Cancer; Vol.30-A; N-1; pp. 37-40; año 1994.
- 77.- Unión Internacional Contra el Cáncer (U.I.C.C.); T.N.M. CLASIFICACION DE LOS TUMORES MALIGNOS; Edit. Springer-Verlag; Ginebra; 1987; pp.1-4.

- 78.- Urban, J.(1970); THERAPY OF PRIMARY BREAST CANCER; Calif. Med.; pp. 112,10.
- 82.- Urbina Soria; (1989); EL PSICOLOGO; México; UNAM.
- 83.- Van Dam F.S.; Schagen S.B. y cols (1998); FUNCION COGNITIVA DETERIORADA POR TRATAMIENTO DE CANCER DE MAMA;Journal of the National Cancer Institute; Vol. 3 Amsterdam; pp 210-218.
- 84.- Verduzco Rodríguez, Leonardo; Alberto García Benítez y cols. (1994); CANCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE LA SECRETARIA DE SALUD; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 40; Nº 4; Oct.-Dic. Año 1994; pp. 178-181.
- 85.- Verduzco Rodríguez, Leonardo Dr.; Dr. Jesús Cárdenas S y cols. (1986); QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN EL CANCER DE MAMA; EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 32; Nº 1 y 2; Mar.-Jun. Año 1986; pp. 157-161.
- 86.- Wiley Jhon, Sons (1994); PSYCHO-ONCOLOGY: ITS AIMS, ACHIEVEMENTS AND FUTURE TASKS; en Psycho-Oncology; Vol.3; año 1994; pp.87,101.
- 87.- Wolff; (1967); INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA; México; Edit. F.C.E.
- 88.- Wynder, E.; (1980); DIETARY FACTORS RELATED TO BREAST CANCER; Edit. Cáncer; pp.46,899.
- 89.- Zeichner Gancz, Isabel Dr.; Dr. Alejandro Mohar B., Dra. Ma. Teresa Ramírez (1993); EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE MAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (1989-1990);en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 39; Nº 2; Abr.-Jun. 1993; pp. 1825-1830.
- 90.- Zetina T., L. Dr., Dr. Bernardino del Valle y cols. (1990); ESQUEMA 3M (MITOXANTRONA, METROTREXATE, MITOMICINA-C); VALORACION INICIAL DE RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA EN ESTADIOS AVANZADOS; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Vol. 36; Nº 4; Oct.-Dic.; 1990; pp. 1171-1175.
- 91.- Zuckermann, Conrado Dr. (1986); ACTUALIDAD EN CANCEROLOGIA; en la Rev. del Inst. Nac. de Cancerología; Junio de 1986.

ANEXOS

INSTRUMENTOS :

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- 1.- NOMBRE: _____
- 2.- N° DE EXPEDIENTE: _____ 3.- EDAD: _____
- 4.- FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
- 5.- ESCOLARIDAD: _____ 6.- ESTADO CIVIL: _____
- 7.- OCUPACION: _____
- 8.- RESIDENTE (DOMICILIO Y TELEFONO) : _____
- 9.- QUIEN LO ENVIA AL INCAN : _____
- 10.- CLASIFICACION SOCIOECONOMICA : _____
- 11.- PERSONAS QUE VIVEN CON EL PACIENTE: _____
- 12.- MOLESTIAS CON LAS QUE INICIO : _____
- 13.- IMPRESION DIAGNOSTICA: _____
- 14.- PROCEDIMIENTO EFECTUADO EN LA 1ª CONSULTA: _____
- 15.- DIAGNOSTICO: _____
- 16.- FECHA DE INGRESO AL INCAN: _____
- 17.- FECHA DE APLICACIÓN: _____

Nota: Algunas de las preguntas se contestaron en base a la información del expediente.

FECHA: _____

PUNTUACION: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A. ESTADO DE ANIMO

- 0. No me siento triste
 - 1. Me siento triste o melancólico
 - 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo
 - 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
 - 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.
-

B. PESIMISMO

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
 - 1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
 - 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
 - 2b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
 - 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
-

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0. No me siento fracasado.
 - 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
 - 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
 - 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
 - 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
-

D. FALTA DE SATISFACCION

- 0. No estoy particularmente insatisfecho.
 - 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
 - 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
 - 2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
 - 3. Estoy insatisfecho con todo.
-

E. SENTIMIENTO DE CULPA

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
- 2a. Me siento bastante culpable.
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
- 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

- 0. No siento que este siendo castigado.
 - 1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.
 - 2. Siento que estoy siendo castigado o que será castigado.
 - 3a. Siento que merezco ser castigado.
 - 3b. Quiero ser castigado.
-

G. ODIO A SI MISMO

- 0. No me siento desilusionado de mí mismo.
 - 1a. Me siento desilusionado de mí mismo.
 - 1b. No me gusta a mí mismo.
 - 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - 3. Me odio a mí mismo.
-

H. AUTOACUSACIONES

- 0. No siento que yo sea peor que las demás personas.
 - 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
 - 2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
 - 2b. Siento que tengo muchos defectos.
 - 3. Siento que no sirvo para nada.
-

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0. No tengo ninguna intención de dañarme.
 - 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
 - 2a. Pienso que estaría mejor muerto.
 - 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
 - 2c. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
 - 3. Me mataría a mí mismo si pudiera.
-

J. BROTES DE LLANTO

- 0. No lloro más que lo usual.
 - 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
 - 2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme.
 - 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.
-

K. IRRITABILIDAD

- 0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.
 - 1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
 - 2. Me siento irritado todo el tiempo.
 - 3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora.
-

L. AISLAMIENTO SOCIAL

- 0. No he perdido interés en otras personas.
 - 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
 - 2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda.
 - 3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.
-

M. INDECISION

- 0. Tomo decisiones tan bien como antes.
 - 1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.
 - 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
 - 3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.
-

N. IMAGEN CORPORAL

- 0. No siento que me vea peor ahora que antes.
 - 1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
 - 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
 - 3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.
-

O. INHIBICION DEL TRABAJO

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
 - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 - 2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
 - 3. De plano no puedo hacer nada.
-

P. PERTURBACIONES DEL SUENO

- 0. Puedo dormir tan bien como antes.
 - 1. Ahora despierto más cansado que antes.
 - 2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
 - 3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
-

Q. FATIGABILIDAD

- 0. No me canso más que lo usual.
 - 1. Me canso más fácilmente que antes.
 - 2. Me cansa hacer algo.
 - 3. Estoy muy cansado para hacer algo.
-

R. PERDIDA DE APETITO

- 0. Mi apetito no es peor que lo usual.
 - 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
 - 2. Mi apetito es mucho peor ahora.
 - 3. No tengo apetito de nada.
-

S. PERDIDA DE PESO

- 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente.
 - 1. He perdido más de tres kilos.
 - 2. He perdido más de cinco kilos.
 - 3. He perdido más de siete kilos.
-

T. PREOCUPACION SOMATICA

- 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
 - 1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.
 - 2. Estoy tan preocupado por cómo o qué siento que no puedo hacer nada.
 - 3. Estoy completamente absorto en lo que siento.
-

U. PERDIDA DE LIBIDO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo ahora.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3. He perdido el interés en el sexo por completo.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

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

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

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

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