



Experto en psicooncología



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA XII. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN

Introducción

Al igual que en temas anteriores, hemos tenido que optar por elaborar algunas de las temáticas que se ubican dentro de las alteraciones psicológicas posibles, dejando abiertamente otras fuera de este tema para que puedan ser abordados en otros momentos.

De esta forma, nos proponemos elaborar la ansiedad, los trastornos del ánimo, la depresión, y el TEPT en los sujetos que padecen esta grave enfermedad que es el cáncer.

La ansiedad

La anudación entre ansiedad, miedo y tristeza constituye una manifestación general ante el diagnóstico de cáncer o de recidiva. A lo largo de los tratamientos oncológicos, de los seguimientos e incluso de la historia de la vida posterior, cuando el enfermo está libre de enfermedad o curado, ansiedad y cáncer aparecen estrechamente vinculadas en casi



todos los sujetos.

La ansiedad está presente en la mayoría de las experiencias de sufrimiento que puede conducir a alguna de las clasificaciones diagnósticas de los Manuales de Diagnóstico

Internacionales – DSM-IV, ICD-10; RDC -. Aludiremos a la ansiedad como síntoma antes que como trastorno, excepto cuando manifestemos lo contrario.

El objetivo que nos proponemos es que el sanitario valore las experiencias subjetivas de las diferentes ansiedades en el paciente oncológico; conozca la trascendencia que tienen para el enfermo en cuanto a su bienestar psicológico y adaptación al proceso de enfermedad y recuperación y las tenga en cuenta durante la intervención que plantee; ubicando al paciente en las condiciones para contenerlas y calmarlas, cómo también con la colaboración del personal sanitario, con independencia de que su expresión se encuentre asociada o no a algún trastorno psicopatológico.

Manifestaciones clínicas de ansiedad en Oncología

Vamos a exponer un rango muy variado de manifestaciones de ansiedad en pacientes oncológicos adultos que no reúnen criterios para el diagnóstico de trastorno mental siguiendo el Manual del DSM-IV, pero que acuden a intervención psico-oncológica, unos mientras reciben los tratamientos médicos activos y otros durante el periodo de revisiones y seguimiento.

La ansiedad podría definirse como la manifestación de un estado emocional en el que el sujeto se siente y se describe como nervioso, inquieto, tenso, atemorizado o excesivamente preocupado por ya temas concretos o bien indefinidos. Quien la padece puede experimentarla de forma física y psíquica, y asociada a importantes manifestaciones somáticas.

La experiencia de sentirse enfermo y amenazado; la extensa trayectoria desde las pruebas diagnósticas hasta el final de los tratamientos antineoplásicos; el malestar y la incomodidad provocados por los efectos secundarios; Las consecuencias tóxico-metabólicas tanto de la enfermedad como de los tratamientos; la afectación del rendimiento neuropsicológico, emocional, endocrino, hepático, etc., así como factores personales – estados crónicos previos de ansiedad, personalidad premórbida y

experiencias anteriores con la enfermedad y el sufrimiento -, factores familiares y de contención social, son los responsables en diferente medida cada uno, de la proporción tan alta que la ansiedad como síntoma tiene en el enfermo oncológico.



La ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación, por el miedo y la aprensión que el cáncer supone para muchos enfermos, es la considerada patológica.

Otras manifestaciones clínicas como la irritabilidad, dificultades para tomar el sueño, dificultades para concentrarse, la evocación recurrente del peligro o incluso de la muerte ante situaciones cotidianas y en principio neutrales, la aprensión duradera, la afectación del rendimiento intelectual, perceptivo, motor, etc., la inquietud, el estado incontrolado de preocupación y alerta, constituyen todas experiencias psicológicas de la ansiedad patológica.

Las manifestaciones de la ansiedad aparecen recogidas en varios de los trastornos mentales del DSM-IV y de ICD-10; es el caso, en el Manual americano, del delirium, demencia, organicidad, abuso de sustancias, y, principalmente: crisis de angustia, trastorno de ansiedad con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad no específico, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, la fobia social, la específica, trastorno obsesivo-compulsivo, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por estrés agudo,

trastorno pos estrés postraumático y trastorno de adaptación con ansiedad o síntomas mixtos de depresión y ansiedad.

Pero, digamos, que ansiedad no es sólo lo descrito en los ítems de los cuestionarios de ansiedad. Hoy día términos como angustia, miedo, inquietud, estrés, desasosiego, preocupación, persecución, acorralamiento, hostigamiento, temor y hasta llegar a la desesperación son utilizados por los pacientes y sus allegados para designar la ansiedad asociada al cáncer.

La ansiedad ante la enfermedad y los tratamientos

La experiencia silenciosa y dramática manifestada por sujetos que tienen que estar durante años con biopsias de malformaciones dermatológicas frecuentes después de recibir el diagnóstico de melanoma, alude al temor de ser rebanado, ser cortado a trocitos, ser destruido en última instancia; y cuando a uno de los hijos del paciente, a edad temprana, le tienen que biopsar por nevus u otras malformaciones, el desasosiego y la culpa por la transmisión de la enfermedad a su descendencia implican un sufrimiento que escasamente alcanza a describirse con la terminología de la ansiedad.

Los pacientes con sarcomas y fibrosarcomas que requieren resección quirúrgica y posterior reconstrucción y en muchas ocasiones la amputación, se enfrentan a la indicación sin soporte emocional previo ni posterior, cambian su estilo de vida y sus relaciones así como su imagen corporal, la movilidad, el equilibrio, y todo este proceso está plagado de miedo, desencanto, angustia por la medicina y la biotecnología, y dudas corrosivas sobre el comportamiento y el afecto futuro de aquellos que son importantes para ellos.

Algunos tumores cerebrales, tumores secretores de hormonas, y los que por su localización invaden núcleos de síntesis hormonal están entre los más relacionados, con la generación de alteraciones afectivas y ansiedad.

En cuanto a los tratamientos, la preocupación y los temores durante los mismos acompañan al sujeto en todos y cada uno de ellos. La pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional generada por los citostáticos, así como por la mucositis, las náuseas, anorexia, y vómitos, desencadenan en pacientes de diferentes edades, mientras duran estas condiciones, el temor y la fantasía de no volver a recuperar el vigor o la fortaleza física y de conducir a la muerte directamente. Estas fantasías que en ocasiones se confunden con creencias arraigadas, las tienen también algunos pacientes sometidos a radioterapia, cuando empiezan a sentir que sus esfuerzos por sobreponerse al cansancio y a la fatiga son baldíos, así como cuando las alteraciones de la piel derivadas del tratamiento ocasionan heridas relevantes y curas delicadas que ni a ellos mismos les gusta curar y requiere de la dependencia de algún familiar para ello.

Durante la espera y el propio proceso de trasplante de médula ósea se aprecia, ya en el propio sujeto como en sus familiares, la combinación de expectativas positivas y optimismo con la ansiedad e intensa incertidumbre acerca del tratamiento, la postcirugía y los resultados a medio o largo plazo del trasplante.

Los efectos secundarios emocionales relacionados con la terapia hormonal vienen dados por múltiples síntomas a los que se dedica poca atención aún a pesar del malestar que provocan y la percepción desagradable de estar fuera de control que generan. Nos referimos a la alteración del ánimo y la libido, el aumento de peso, la retención de agua o sal, el sangrado vaginal, las cefaleas, las erupciones cutáneas, los sofocos y el desasosiego.

Especialmente en mujeres jóvenes, el cambio en su identidad o autoconcepto y en su imagen física, ocasionado por estos efectos secundarios alcanza consecuencias



imprevistas en otras áreas vitales más allá de la salud –pareja, sexualidad, ocio y tiempo libre – debido a la consecuente variación, no suficiente bien asimilada ni manejada en las relaciones

interpersonales establecidas previas a la precipitación de la enfermedad.

La quimioterapia repercute en los niveles de calidad de vida, disminuyéndola, pero esto que tanta investigación planteó principalmente desde los años ochenta, es menos preocupante – al menos en la clínica de adultos sin hijos menores a su cargo- que la vivencia subjetiva de derrumbe, que es la que les parece menos soportable a muchos pacientes por la alarma que les genera.

La transmisión genética de mutaciones y el consiguiente aumento de riesgo de padecer la enfermedad que hereda la descendencia, constituyen una fuente de preocupación y culpa para muchos enfermos de cáncer hereditario. Estos sujetos tienden a emplear la negación emocional o la defensa como estrategias psicológicas, cuyo objeto consiste en disminuir el impacto emocional de este hecho durante los primeros meses del descubrimiento; así mantienen la sensación temerosa y difusa que pueden ser criticados o inculcados de forma inesperada. Este temor, ciertamente variable de intensidad, puede conducirles a evitar hablar sobre el asunto con los demás familiares afectados, conllevando que el terapéutica, enfermos y descendientes no comparten sus reacciones

emocionales y preocupaciones, o por el contrario, se descargan e increpan, antes de pactar una versión modificada – por los datos de los tests genéticos – de la historia familiar y las influencias biográficas, en la dinámica de confianza y de apoyo.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad en enfermos oncológicos o con otras patologías médicas es delicado porque un mismo síntoma puede deberse tanto al trastorno emocional como al efecto directo de la enfermedad, y también al efecto del tratamiento antineoplásico; o a una interacción de ambos. Las manifestaciones motoras y las autonómicas de ansiedad son las más proclives a esta conjunción.

Oncólogos, enfermeras, fisioterapeutas pueden contener mínimamente las reacciones de ansiedad si se producen en su presencia, y derivar a psicooncología para una evaluación precisa e intervención, si es conveniente e indicada, antes de esperar que el malestar del paciente desborde a la familia y al propio equipo sanitario.

Prevalencia de la ansiedad en oncología

Entre el quince y el diecinueve por ciento de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año; y entre el veinticinco y el treinta y uno por ciento lo padece al menos una vez en el desarrollo de su vida.

La prevalencia de la ansiedad en enfermos oncológicos es diferente según los instrumentos de evaluación que utilicemos, y las muestras de localizaciones tumorales. Usando los criterios diagnósticos para la investigación –RDC- en una muestra de 125 enfermas de cáncer de mama en estado inicial, se pudo diagnosticar ansiedad patológica en el 1% de ellas, elevándose al 5% en el hospital la prevalencia de trastornos de ansiedad. Empleando el DSM-II, diversos autores identificaron ansiedad en el 44% de pacientes con estadios tempranos de localizaciones tumorales diferentes; además pudieron constatar que el 8% padecía un trastorno de ansiedad previamente al cáncer.

Derogatis, Morrow y su grupo informan, a través del DSM-III-R, en una muestra de 215 pacientes oncológicos, del 13% de trastornos de adaptación con síntomas mixtos de ansiedad y depresión; y de ansiedad intensa en el 21% de pacientes.

Los trastornos de ansiedad en oncología son los más frecuentes cuando se comparan con otras patologías o con población sin problemas médicos. Brandenberg encontró ansiedad clínica en el 28% de pacientes con melanoma evaluados con el HADS, y con el mismo instrumento encontró ansiedad en el 15% de la muestra de familiares con enfermedad de dichos pacientes.

Algunos estudios señalan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico del cáncer; en la clínica podemos observar que un estadio precoz de la enfermedad o incluso un pronóstico favorable pueden desencadenar una intensa reacción de ansiedad y desadaptación en pacientes vulnerables, ya sea por personalidad



o por circunstancias de orden vital, con independencia del cáncer.

El pronóstico es independiente del grado de miedo o ansiedad que suscita la enfermedad. El cáncer en estos casos no hace más que levantar la caja

de pandora, provocando una crisis que sólo esperaba la percepción de amenaza intensa para precipitarse y eclosionar. La no asociación entre estado de cáncer y otras variables como ansiedad, género y estado civil descrita por Carroll, usando el HADS, y por Stefanek, con el BSI – no se encuentran diferencias en cuanto a la edad de los pacientes –, nos convocan a la reflexión acerca de la necesaria intervención sobre el malestar emocional

al margen de que dicho malestar alcance criterios estadísticos para el diagnóstico de trastorno clínico – teniendo a la ansiedad en todas sus representaciones como queja, o sufrimiento principal –.

La ansiedad en la relación médico-paciente

Es conveniente que el especialista médico explique a sus pacientes las etiologías de los síntomas que les atraviesan, estando atentos a las necesidades de información de los enfermos y al grado específico despreocupación que les supone cada síntoma. La percepción de control del enfermo contribuye a disminuir la angustia o al menos a que no se dispare o desborde.

Esta cuestión profiláctica, aumenta en el paciente la sensación de control al encontrarse con que su médico se preocupa y le anticipa los efectos que va a ir encontrándose. Este reconocimiento anticipado que puede hacer el oncólogo sobre los efectos que va a provocar su tratamiento es una cuestión delicada porque puede alarmar sino tienen la consideración atenta y necesaria al ritmo de procesamiento afectivo e informativo del enfermo. Para que pueda reportar un bienestar subjetivo al sujeto, el oncólogo informará un poco por delante del síntoma; esto es, preguntará al enfermo, antes de la administración de la técnica o del fármaco, si quiere reconocer los efectos con que previsiblemente se va a encontrar, y puede ofrecer su apoyo dándole atención al enfermo y cuidado.

El objetivo a alcanzar es la percepción del enfermo sobre el control; por ello, no es suficiente con enumerar, al principio de iniciar el contacto, el listado de síntomas o efectos secundarios que sobrevendrán semanas o meses posteriores, y que cese y no diga más hasta que el enfermo se queje sorprendido. Durante la recepción de malas noticias, la reacción emocional de alarma y ansiedad interviene disminuyendo la eficacia del procesamiento de la información dada por el médico. La escucha, la acogida de esta

reacción emocional y la contención que hace el oncólogo en esos momentos va a proporcionar al tratamiento y a la relación entre médico y paciente un valor añadido y muy apreciado por todas las partes implicadas.

Los trastornos del estado de ánimo

A pesar de la frecuencia con la que se producen trastornos del estado de ánimo en los enfermos con cáncer, los síntomas depresivos pueden pasar desapercibidos en esta población, y por tanto no reciben el tratamiento adecuado.

Existen varios elementos que contribuye a que se desestime la presencia de sintomatología depresiva en enfermos oncológicos. Con frecuencia, se tiende a considerar que es “norma” estar deprimido cuando se padece una enfermedad de este orden, crónica y grave que amenaza la vida, y raro es el enfermo que no pasa por estados emocionales de tristeza, sentimientos de desesperanza o inutilidad, o alteraciones en el



sueño, apetito o peso durante su travesía por la enfermedad. A menudo, es el propio enfermo el que se niega a reconocer sentimientos de tristeza, preguntándose si su reacción emocional es normal.

Otro motivo por el cual no se identifican los trastornos del estado de ánimo es que hay casos en los que el diagnóstico de la depresión está bajo la sombra de síntomas neurovegetativos que pueden ser secundarios, bien al propio trastorno depresivo, o al cáncer o a sus tratamientos.

La falta de reconocimiento de trastornos afectivos no se limita al cáncer, sino que se extiende a la población de individuos que padecen otras enfermedades físicas, observándose que los internistas identifican depresiones en sólo del 25 al 50% de los enfermos que la sufren.

Durante muchos años se pensó que la depresión era causa del cáncer, pero estudios posteriores no han podido demostrar tal relación. En cambio, la importancia de la detección y tratamiento de este trastorno radica en su elevada presencia en enfermos con cáncer durante cualquier fase del proceso oncológico y en su impacto en el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

Prevalencia de trastornos afectivos en oncología. Factores de riesgo

La prevalencia en la población general se estima en un tres por ciento. Katon y Sullivan concluyeron que un seis por ciento de los enfermos de atención primaria y el once por ciento de pacientes no psiquiátricos hospitalizados padecían depresiones mayores.

En general, la prevalencia descrita en depresiones en oncología oscila entre un 1,5% en enfermos con leucemias agudas y un 50% en enfermos con tumores de páncreas. La interpretación de estos resultados es compleja y la enorme variabilidad de la prevalencia detectadas se debe a que los estudios realizados difieren en su método y criterios diagnósticos, en el tipo de trastorno depresivo estudiado, en el tiempo transcurrido desde la confirmación del diagnóstico oncológico, y en el estadio de cáncer.

Es probable que al menos el 25% de los enfermos oncológicos hospitalizados cumplan los criterios para el diagnóstico de una depresión mayor, o de un trastorno de adaptación con el ánimo deprimido. Middleboe y colaboradores identificaron un 40% al inicio de la quimioterapia en un estudio prospectivo con seguimiento, en el que se emplearon varias escalas de medición. En cambio, sólo un diez por ciento de dichos enfermos cumplían los

criterios para el diagnóstico de una depresión mayor. Muy probablemente, estos criterios se reducirían en la mayor parte de los casos una vez transcurrida la etapa diagnóstica e iniciado el tratamiento de quimioterapia.

En una revisión minuciosa sobre consideraciones psiquiátricas en oncología, Breibart concluye que la prevalencia de depresión en enfermos con cáncer oscila entre un 20 y un 25%, aumentando con mayores grados de incapacidad física, enfermedad más avanzada y presencia de dolor.



Wellisch y colaboradores detectaron un 28% de depresiones mayores en una muestra de casi 90 adultos con tumores cerebrales, bajo criterios diagnósticos del DSM-IV.

Se han identificado algunos factores de riesgo para la depresión en enfermos oncológicos. Entre ellos, ser joven, ser mujer, estar sintomático, y estar recibiendo tratamiento activo contra la enfermedad o tratamiento paliativo, en oposición a no estar recibiendo tratamiento antineoplásico alguno.

Otros factores de riesgo identificados aportan elementos como aislamiento social, pérdidas recientes paralelas al cáncer, tendencia al pesimismo, presiones socioeconómicas, enfermedad avanzada con un grado mayor de incapacidad asociada, deterioro físico significativo, historia de alcoholismo u otras sustancias tóxicas, presencia de enfermedades concurrentes, e historia previa de trastornos de ánimo o de intentos de

suicidio. Aunque algunos autores han observado que la gravedad de la enfermedad oncológica está asociada a la depresión, no significa que todos los enfermos graves, o con enfermedad más avanzada necesariamente sufran depresiones.

Diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo en oncología

Los criterios para el diagnóstico de una depresión son:

Criterios diagnóstico depresión	• Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas: •Ánimo deprimido •Reducción por el interés o placer en las actividades que realiza •Pérdida o aumento significativo de peso •Insomnio o exceso de sueño •Agotamiento o retardo psicomotor •Cansancio •Sentimiento de inutilidad •Alteración concentración •Pensamientos recurrentes • Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto • Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social
--	--

	• Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica • Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo
--	--

a) Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas: uno de los síntomas debe de ser 1 ó 2.:

1. Ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi a diario.
 2. Reducción significativa en el interés o placer en casi todas las actividades, casi a diario – según manifestaciones subjetivas del paciente u observación de apatía la mayor parte del tiempo -.
 3. Pérdida o aumento significativo del peso.
 4. Insomnio o exceso de sueño.
 5. Agitación o retardo psicomotor.
 6. cansancio – pérdida de energía -.
 7. Sentimiento de inutilidad o de culpabilidad.
 8. Alteración en la capacidad de concentración o falta de decisión.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.
- b) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- c) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas de funcionamiento.
- d) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

La angustia y la tristeza, tan frecuente en enfermos con cáncer, son el resultado de una interacción compleja de factores médicos, psicológicos y sociales. El duelo por las pérdidas simbólicas y reales, los efectos somáticos y afectivos de la enfermedad física y de sus tratamientos, y las encefalopatías subclínicas interactúan de modos variables y complejos produciendo sintomatología depresiva diversa. Además, las depresiones asociadas a la enfermedad difieren de aquellas que se ubican en poblaciones psiquiátricas. Tenemos que alteraciones profundas en la autoestima del enfermo oncológico deprimido son poco frecuentes. Es por ello que el diagnóstico de la depresión en esta población puede ser complejo. A esto se añade el que muchos de los síntomas de la depresión – véase cansancio, cambios de apetito o peso, alteraciones del ciclo del sueño y la vigilia – pueden estar causados por el avance de la enfermedad o por sus tratamientos y no por la depresión misma. De ello se deduce que los índices somáticos empleados para el diagnóstico de depresiones en poblaciones físicamente sanas carezcan de especificidad en el enfermo con cáncer y no siempre sean válidos en este contexto. Por este motivo, se han revisado las diferentes orientaciones diagnósticas de trastornos depresivos en enfermos oncológicos.

La orientación inclusiva consiste en contabilizar todos los síntomas que exhibe el enfermo, independientemente de la posibilidad de que puedan o no estar causados por la enfermedad subyacente. Aunque esta orientación proporciona un método diagnóstico de elevada sensibilidad, sin embargo, pueden conducir a un sobrediagnóstico de depresiones entre los enfermos con cáncer, produciendo un elevado número de falsos positivos.

La orientación etiológica consiste en no contabilizar un síntoma en el diagnóstico de la depresión si está claramente asociado a la enfermedad. La limitación de esta orientación radica en la dificultad de identificar la etiología de los síntomas con fiabilidad.

La tercera orientación es la de exclusión; consiste en excluir la fatiga y la anorexia en la lista de síntomas de depresión en sujetos con enfermedades físicas. Aunque esta orientación produce pocos falsos positivos, es más difícil el diagnóstico de la depresión con ella. Probablemente se producen demasiados falsos negativos debido a su baja sensibilidad diagnóstica, pudiendo resultar en que no todos los enfermos necesitados de tratamiento lo reciban. En cambio, parece ser un método diagnóstico adecuado y de uso



extendido en oncología.

La cuarta es la orientación sustitutiva; incluye la sustitución de síntomas como fatiga o anorexia por otros como la indecisión. Aunque es un método razonable para diagnosticar

depresiones en pacientes con enfermedades diversas, hay poca experiencia con este método.

El diagnóstico en una depresión en la población oncológica requiere que nos centremos en los síntomas psicológicos o emocionales de este trastorno – sentimientos de impotencia, disforia, desesperanza, indefensión, pérdidas de autoestima, sentimientos de culpabilidad y de inutilidad, anhedonia, deseos de morir, presencia de ideación autolítica -, excluyendo aquellos síntomas que pueden estar causados por la enfermedad oncológica o por sus tratamientos – esto es, los síntomas físicos -.

La evaluación de un trastorno depresivo debe de incluir, aparte de los síntomas clínicos, la historia personal de trastornos afectivos, la respuesta previa a los tratamientos antidepresivos recibidos - psicológicos y/o farmacológicos -, la historia familiar de depresión – vulnerabilidad psicológica -, y si fuera preciso, marcadores biológicos – tests

de supresión de la dexametasona, test de estimulación de la hormona secretora de tirotropina, etc.-. Es igualmente importante para diagnosticar un síntoma depresivo el tipo de cáncer que padecen, su curso, los tratamientos médicos administrados, su pronóstico y la presencia de dolor, alteraciones en la calidad de vida, y otros efectos secundarios de la enfermedad o de los tratamientos.

Es de gran importancia a la hora de diseñar el tratamiento adecuado, la identificación de posibles factores orgánicos que pudieran estar produciendo o intensificando la sintomatología depresiva en el enfermo. Pueden encontrarse factores endocrinos, neurológicos, metabólicos, neoplasias, factores vasculares y factores infecciosos.

La evaluación diagnóstica multidimensional comprenderá factores del entorno personal, familiar y laboral del enfermo que puedan estar contribuyendo o causando la sintomatología depresiva; con frecuencia, pueden ser de tal naturaleza que inhiban la alteración emocional que genera la experiencia con el cáncer. Aquí los exponemos:

Evaluación multidimensional de los trastornos afectivos en el enfermo con cáncer.

- Signos clínicos y síntomas.
- Historia personal de depresiones.
- Respuesta previa al tratamiento.
- Historia familiar de depresiones.
- Respuesta al tratamiento-episodio depresivo actual.
- Presencia de ideación autolítica.
- Historia personal y familiar de suicidios/intentos.
- Historia médica:
 - . Tipo de tumor

- . Curso de la enfermedad.
- . Pronóstico.
- . Tratamientos antineoplásicos
- . Efectos secundarios del cáncer o tratamientos.
- . Presencia de dolor.
- . Alteraciones en la calidad de vida.
- . Factores orgánicos subyacentes.
- Entornos personal, familiar y laboral.
- Sistemas de apoyo disponibles.
- Marcadores biológicos:
 - . Test de supresión de la dexametasona.
 - . Test de estimulación de la hormona secretora de tirotropina.

Es importante en el proceso diagnóstico diferenciar entre todos los síntomas depresivos que puedan manifestar los enfermos con cáncer y que varían desde una tristeza leve a una depresión mayor incluyendo los trastornos de adaptación con el ánimo deprimido y los trastornos distímicos. El primer estudio que diferenció la Depresión mayor del trastorno de adaptación con el ánimo deprimido en el marco sanitario lo realizaron Snyder y sus colegas. Estos investigadores observaron que pacientes no psiquiátricos hospitalizados con depresiones tendían a ser mayores, a ser viudos a ser mujeres y a vivir solos. Por el contrario, pacientes con trastornos adaptativos tenían puntuaciones más elevadas en el eje IV del DSM-III y padecían enfermedades menos graves a aquellas con depresiones mayores. Además, su condición anímica había mejorado de forma importante en el momento del seguimiento psiquiátrico.

El diagnóstico diferencial ha de incluir también el síndrome de desmoralización. Kissane y sus colaboradores han identificado este síndrome en el marco de los cuidados paliativos, distinguiéndolo de una depresión mayor.

Criterios para el diagnóstico del síndrome de desmoralización:

Criterios diagnostico síndrome de desmoralización	• Síntomas afectivos de angustia existencial que incluyen desesperanza o pérdida de significado o propósito en la vida. • Actitudes cognitivas de pesimismo, indefensión, sensación de estar atrapado, fracaso personal o ausencia de un futuro que merezca la pena. • Ausencia conativa del impulso o motivación para actuar de un modo diferente. • Características asociadas de alienación social o aislamiento o ausencia de apoyo. • Permitiendo fluctuaciones en la intensidad emocional, este fenómeno persiste durante más de dos semanas. • Ausencia de una depresión mayor o de un trastorno psiquiátrico como condición principal.
--	--

La desesperanza, la pérdida de significación y la angustia existencial son las características centrales de esta nueva categoría diagnóstica asociada a enfermedades crónicas, a incapacidad, a deformidad, al temor a la pérdida de dignidad, al aislamiento social, y en los casos en los que hay una sensación subjetiva de incompetencia, a sentimientos de mayor dependencia de los demás o a la sensación de ser una carga para ellos.

Con el fin de diagnosticar correctamente un trastorno afectivo en un enfermo con cáncer, será necesario conocer la respuesta considerada como “normal” o apropiada al diagnóstico oncológico y que incluye incredulidad, shock, sensación de caos, ansiedad, irritabilidad, tristeza, alteraciones del sueño, y del apetito, reducción de la capacidad de concentración, y pensamientos o temores recurrentes sobre la enfermedad.



Estos síntomas predominan en un momento de crisis que generalmente dura unas semanas, resolviéndose por sí mismo por la ayuda del apoyo social y familiar que recibe el enfermo y con sus propios recursos personales.

Tratamiento de los trastornos afectivos en oncología

Hay un gran número de enfermos oncológicos que, aún no cumpliendo los requisitos diagnósticos de una depresión mayor o de un trastorno distímico, sufren uno o varios síntomas depresivos – por ejemplo, sentimientos de inutilidad, alteraciones del apetito, sueño, peso, o falta de energía – que combinados unos con otros o por sí mismos, pueden alterar de forma importante su calidad de vida y su capacidad para alterar la administración de tratamientos médicos altamente agresivos. Algunos autores han observado como el pesimismo y las expectativas negativas acerca del futuro pueden afectar adversamente al tiempo de supervivencia, la duración de las hospitalizaciones, la adhesión al tratamiento médico prescrito, y la motivación y la capacidad para cuidar de uno mismo durante la enfermedad.

También se ha observado que en pacientes con enfermedades crónicas los trastornos del estado de ánimo conducen a menudo a una amplificación de sus síntomas físicos, concluidos entre ellos el dolor, la incapacidad funcional, y disminuyen la función social.

La ideación autolítica y los deseos de muerte son comunes en pacientes con depresiones y el riesgo de suicidio se va incrementando cuando la depresión no recibe el tratamiento adecuado. En enfermos terminales de cáncer el deseo de muerte ha sido asociado a la presencia de una depresión mayor, observándose que, una vez tratada la depresión, desaparece el deseo de morir. A eso se añade que el sufrimiento psicológico se manifiesta habitualmente en forma de depresión.

Tanto la identificación del trastorno afectivo específico como el de factores orgánicos subyacentes que hayan generado o acentúen dicho trastorno determinará en gran parte el tratamiento más idóneo para cada sujeto enfermo. En general, dicho tratamiento tendrá en cuenta la combinación de la eliminación o control de potenciales factores orgánicos subyacentes al trastorno depresivo; psicofarmacoterapia; psicoterapia, y formación del personal sanitario para que pueda detectar síndromes depresivos e implantar pautas psicoterapéuticas sencillas que puedan aliviar la sintomatología del enfermo.

El tratamiento farmacológico para la depresión en oncología ha demostrado ser eficaz.

Tanto la depresión mayor como los síntomas depresivos deben recibir la atención adecuada, independientemente de su intensidad, siendo exploradas sus causas y aplicados los tratamientos para ello. Esto implica que no solo ha de ofrecerse tratamiento a los enfermos que expresan alteración del estado de ánimo severas y ataques de llanto frecuentes, sino también a aquellos que presentan sub-síndromes de trastornos afectivos; nos referimos a los que se aíslan, no cooperan con los cuidados sanitarios, funcionan a un nivel menor del que deberían según su estado físico, expresan

excesiva irritabilidad e irascibilidad. O manifiestan un cambio comportamental que puede sugerir una alteración anímica.

El tratamiento de una depresión orgánica deberá centrarse, fundamentalmente, en el tratamiento de la condición física subyacente o en la retirada de la medicación que produzca el síndrome depresivo. Con frecuencia, esto no se puede llevar a cabo en oncología, por ejemplo, los tumores pancreáticos. En estos casos, si el trastorno cumple los criterios clínicos para el diagnóstico de una depresión mayor, deberán iniciarse con mucha cautela los mismos tratamientos biológico y psicológicos que se emplearían en el caso de no existir dicha organicidad. En otros casos, en los que se han podido controlar o eliminar los factores orgánicos, la depresión persiste como si hubiera comenzado un proceso depresivo que luego se mantienen por sí solo, independientemente de que hayan desaparecido los factores orgánicos que la iniciaron. En estas situaciones, deberían tratarse como depresiones mayores.



El tratamiento de los trastornos de adaptación con el ánimo deprimido es fundamentalmente psicológico y social. El énfasis debería centrarse en el apoyo no específico, la información y la clarificación psicológica de

los conflictos particulares del sujeto en el contexto de la enfermedad oncológica. Muchos enfermos que no cumplen todos los criterios para el diagnóstico de una depresión mayor pueden responder a los psicofármacos. Esto es particularmente cierto en los casos en los que el sujeto sufra interrupciones continuas en los hábitos de sueño o dolor asociado a su enfermedad.

Los enfermos con trastornos distímicos han experimentado síntomas depresivos la mayor parte del tiempo al menos los dos años anteriores al diagnóstico oncológico. En muchos de estos sujetos, la disforia se acentúa en el contexto de una enfermedad grave como el cáncer. Si los síntomas cumplen el criterio para el diagnóstico de una depresión mayor, deberían recibir el tratamiento que cualquier otro enfermo con una depresión mayor. Si no cumplen los criterios diagnósticos, el énfasis del tratamiento será, como en el caso de los trastornos de adaptación, en la intervención psicosocial.

Algunos objetivos del tratamiento psicológico para la depresión

El objetivo de la terapia es curar el trastorno afectivo en el enfermo con cáncer. En cambio, una reducción de los síntomas depresivos es un objetivo igualmente deseable y quizá más realista en algunas circunstancias. Tal es el caso de enfermos terminales, cuya limitación de vida constituye un obstáculo para alcanzar objetivos terapéuticos.

Rando, tras el trabajo de Weisman, sugiere los siguientes objetivos en el tratamiento psicológico de la depresión en enfermos terminales; se pueden adaptar a cualquier fase de la enfermedad oncológica:

-Proporcionar un entorno de seguridad.

El alivio del sufrimiento emocional debido a la crisis personal de la enfermedad y de la muerte es un objetivo principal del tratamiento. Se debe de ayudar al enfermo a afrontar su situación psicológica y socialmente.

El entorno de seguridad se obtiene a partir de dos componentes: El comportamiento de terapeuta, que debe de ser prudente y cauto, y la sensación de seguridad generada en el enfermo a través de la guía del terapeuta durante el proceso de enfermedad. Aquel trabajará para reducir la angustia y soledad del paciente y aliviar la angustia de su familia.

Intentará involucrar de una manera continuada a los seres queridos y a otras personas en el cuidado y tratamiento del enfermo.

-Una supervivencia significativa y una muerte digna.

Significa reconocer el valor de quiénes somos y de lo que hacemos: consiste en facilitar al enfermo el proceso de atribuir un significado a cada una de las fases de su vida. Más que únicamente reducir el sufrimiento, el terapeuta buscará aquello que ha constituido cuestiones significativas para el paciente en otros tiempos, mejores y más saludables, con el fin de ayudarlo a recordar la sensación de bienestar y autoestima. Ciertamente, es más que probable que el paciente no viva ahora estas cosas que han sido importantes para él como la hizo en el pasado. En cambio, el recuerdo de estas experiencias, junto con la percepción de dignidad en la enfermedad y en el mantenimiento de vida que tiene el enfermo sea significativo para él. De este modo, las oscilaciones en la capacidad funcional pueden aceptarse sin pérdidas en la estima.

-Una muerte apropiada.

Una muerte que uno mismo escoge para sí es una muerte apropiada. No se trata de una muerte ideal - ¿?-, sino una que se vive, en la que se mantiene o restaura la continuidad en las relaciones significativas, se resuelve el duelo anticipatorio o reactivo, se reducen los conflictos personales del moribundo; hay una ausencia de sufrimiento, y se llevan a cabo todas las opciones posibles dentro de las limitaciones físicas del enfermo.

La psicoterapia con el enfermo oncológico deprimido

Apuntaremos diferentes técnicas psicológicas cuya eficacia está comprobada científicamente en el tratamiento de la depresión en enfermos con cáncer.

La psicoterapia de orientación dinámica, la experiencia clínica demuestra que son válidas en mejorar el estado anímico del enfermo con cáncer y su adaptación psicosocial global, especialmente cuando el sujeto se encuentra en una fase de remisión o supervivencia del

cáncer, esto es, cuando el enfermo no se encuentra tan centrado en los aspectos médicos de su cuidado, y posee mayor capacidad de explorar cómo su vida y sus conflictos personales pasados han influido en su enfrentamiento a la enfermedad y en su momento vital actual. Con frecuencia, el enfermo de cáncer desarrolla sintomatología depresiva durante estos periodos libres de enfermedad tras finalizar el tratamiento antineoplásico, lo cual suele crearle una enorme confusión. Es función del profesional, aclarar que es ahora cuando el enfermo cuenta con mayor espacio psicológico como para centrarse en su mundo afectivo y en el impacto emocional que ha tenido sobre él el haber vivido una enfermedad potencialmente mortal. Por este motivo, muchos enfermos desarrollan síndromes depresivos en estos momentos de control sintomático o de remisión. Es ahora cuando tienen el tiempo, la capacidad, y la motivación para explorar el impacto de su vida pasada, de sus conflictos previos y de su experiencia oncológica. Es por ello, que la psicoterapia de orientación dinámica cumple una interesante e importante función significativa en el contexto tratado.



Las terapias cognitivas están fundamentadas en los procesos de pensamiento y en cómo estos afectan al estado de ánimo. Su objetivo es modificar o retar los pensamientos irracionales o negativos que generan o

acentúan la tristeza del sujeto. Hay evidencia de su eficacia en el control de la depresión; suelen combinarse con terapias conductuales o de modificación de conducta, dando lugar a las llamadas terapias cognitivas-conductuales. Estas se basan fundamentalmente en la teoría del aprendizaje y consisten en proporcionar información y entrenar en habilidades de afrontamiento específicas para resolver determinadas dificultades; se

centra en la conducta del individuo y en cómo ésta contribuye a su malestar. El terapeuta intenta elevar el estado de ánimo modificando los comportamientos identificados que covarían con la depresión. Algunas técnicas conductuales incluyen entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, técnicas de autocontrol, entrenamiento en relajación y técnicas de control del estrés.

La psicoterapia interpersonal hace énfasis en el papel que juegan factores familiares y ambientales en el desarrollo de psicopatología – en nuestro caso, la depresión-. Un terapeuta interpersonal tiene como objetivos el duelo, la transición de roles, las disputas entre roles, y los déficits interpersonales, entre otros. Algunas técnicas incluyen facilitar el proceso de elaboración del duelo, identificar conflictos y modificar expectativas. Igualmente, es eficaz en el tratamiento de la depresión.

La terapia psicológica adyuvante ha sido descrita por Moorey y Greer para su uso en enfermos con cáncer. Esta es también una forma breve de tratamiento centrada en la identificación de los problemas más significativos planteados por el paciente, y en el entrenamiento de estrategias cognitivas y conductuales para resolver problemas y facilitar el desarrollo de un espíritu de lucha. Este tipo de terapia ha sido descrita para ser aplicada individualmente, aunque se solicita la participación de la pareja del enfermo en algunas sesiones. Aunque se fundamenta en los principios de la terapia cognitiva descrita por Beck, la terapia psicológica adyuvante se centra en aspectos relevantes para pacientes oncológicos. Se basa en la premisa de que el malestar emocional relacionado con la enfermedad no surge solamente de la enfermedad misma sino también del significado que el paciente atribuye a ésta, y de la falta de habilidades de afrontamiento en el sujeto. Esta forma de psicoterapia puede emplearse con pacientes que padecen enfermedades crónicas diferentes al cáncer.

La psicoterapia grupal de apoyo expresivo ha sido descrita y empleada contra la depresión por Spiegel y Spira, en grupos de pacientes con cáncer avanzado. La

metodología terapéutica incluye establecer rapport con el paciente; guiar y explorar; facilitar autonomía y control; clarificar los problemas que exhiben los pacientes, centrándose en metas alcanzables e identificando los recuerdos personales y externos, y los recursos presentes y pasados que pueden facilitar la obtención de dichas metas; ofrecer continuidad en la relación terapéutica, y facilitar el desarrollo de cohesión grupal a través del modelado de diálogo y de métodos basados en la ingeniería social.



La psicoterapia existencial, cuya premisa es una orientación al presente, enriquecida por un enfrentamiento al futuro, ha sido empleado en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo en pacientes con cáncer

avanzado como parte de otro tipo de terapias. El término de terapia existencia surge de la creencia de que la existencia no es inferior a la esencia, como la consideraban algunos filósofos idealistas.

La psicoterapia existencial emplea como herramientas el enfrentamiento a la incertidumbre del futuro. Desde esta perspectiva un enfrentamiento con la propia mortalidad, mientras que genera ansiedad, tiene el potencial de enriquecer la propia existencia. El objetivo no es trabajar la transferencia ni analizar el pasado de uno, sino el de desarrollar relaciones auténticas.

Síndrome de estrés postraumático

No todos los sujetos que viven experiencias traumáticas sufren un trastorno de estrés postraumático -en adelante, lo llamaremos TEPT-. La mayor parte de las personas consiguen continuar su vida sin ser afectadas crónicamente, aunque esto no significa que no hayan registrado o sufrido heridas traumáticas, la mayoría si es afectada durante un tiempo.

Es difícil, en todo caso, poder definir donde está la frontera entre reacciones patológicas y reacciones “normales” ante determinados sucesos traumáticos, tales como los atentados o las catástrofes, situaciones extremadamente amenazantes para la vida...

Nos basaremos en un trabajo de Benyacar, 2003, para acercarnos a las reacciones que pueden suceder...

1- Reacciones individuales:

Podemos hablar de un comportamiento adaptado y un comportamiento inadaptado. Este último es debido al impacto emocional y se manifiesta de tres formas distintas:

- Reacciones emocionales efímeras: Se expresan como agitación psicomotriz, conductas agresivas hacia otros o hacia sí mismo o estupor. Duran poco tiempo, dado que recuperan prontamente la lucidez y la capacidad autocrítica... Es de destacar que las reacciones extremas suelen darse más entre los socorristas y personas que se ocupan de la evacuación.

- Reacciones neuróticas: Evidentemente este tipo de reacciones surgen en sujetos con antecedentes neuróticos o con previa estructura neurótica... Son frecuentes aquí: los estados de ansiedad, los ansiofóbicos, los histéricos, y las neurosis traumáticas y TEPT.

Los sujetos dominados por los estados de ansiedad suelen mostrar síntomas tales como inquietud, agresividad, temblores, síntomas somáticos como precordalgias y espasmos

digestivos, o sintomatología psíquica que incluye sensación de muerte inminente, miedo y angustia.

Los estados histéricos provocan los síntomas típicamente histéricos como son: conversiones, crisis excitomotrices, conductas suicidas, despersonalización y también conductas espectaculares y de llamada de atención.

Es en las reacciones neuróticas de origen traumático donde podemos encuadrar el TEPT. Aunque se debe especificar que pueden aparecer en sujetos sin antecedentes neuróticos y están determinadas sobre todo por el impacto emocional. Se distinguen de las reacciones emocionales efímeras en el hecho de que dan lugar a una nueva organización neurótica permanente que tiende a reproducirse sin cesar. Se hacen visibles generalmente después de un periodo de latencia que puede ser breve -de horas- o tardío. Pueden presentar un síndrome de repetición que a veces consiste en revivir una y otra vez las escenas de la catástrofe y hacer una y otra vez crisis emotivas.



- Reacciones psicóticas: La precariedad de la estructura origina con frecuencia dificultades para sobrevivir por sus propios medios a estos sujetos. Ello desencadena una dependencia extrema. Las

reacciones psicóticas pueden darse de las siguientes formas:

a- reacciones confusionales: obnubilación, desorientación témporo- espacial, e inhibición psicomotriz. Pueden durar horas o días; y luego, al disiparse, los sujetos se suelen mostrar perplejos y no recuerdan el episodio.

b- Delirios donde se dan mecanismos alucinatorios, interpretativos e intuitivos.

c- En los accesos maniaco-depresivos inducidos por una catástrofe, en estado de manía el sujeto se muestra excitado y eufórico; mientras que en la etapa depresiva se le verá postrado e inhibido, acompañado por ideas de suicidio o sentimientos de culpa. Generalmente este estado dura entre una y dos semanas.

2- Reacciones Colectivas

En general, los comportamientos colectivos que se observan son adaptados. A veces, esto se debe a la existencia de organizaciones que asumen la responsabilidad de conducir e impartir las órdenes correspondientes, otras al seguimiento de líderes capaces de ofrecer consignas adecuadas, y en otros debido a la cohesión del vínculo social en las comunidades.

Los comportamientos colectivos inadaptados, tales como el pánico, suelen ocurrir en situaciones de escasa integración social y desarrollo de la organización comunitaria. La reacción inadaptada dura sólo algunas horas y suele coincidir con el momento de evacuación de la zona que sufrió el siniestro. Finaliza cuando se recupera del estado de estupor y los sujetos recuperan la lucidez.

El pánico es una de las reacciones colectivas más frecuentes. Consiste en un miedo colectivo intenso sentido en forma simultánea por todos los miembros de la comunidad. Se caracteriza por un estado regresivo, impulsivo y gregario -recordemos las ideas sobre la horda primitiva de Freud-. Según Benyacar, el pánico colectivo es el resultado de un proceso que atraviesa por distintas etapas:

- La etapa de iniciación: Comienza con la instalación de un clima de inquietud y aprehensión que los sujetos se van comunicando a través de los rumores que se gestan.

- La etapa de choque: Sobreviene cuando una señal cualquiera hace estallar la angustia y provoca un estado de estrés colectivo que se acompaña de tensión motriz y de una percepción secundaria del peligro.



- Etapa de reacción:
Comportamientos impulsivos e incluso agresivos que desembocan en violencia e incluso pueden llegar al suicidio.
- Etapa de resolución: El pánico concluye cuando el miedo se calma, cesa la reacción motriz, se recupera

la lucidez, la capacidad autocrítica y se reorganiza la comunidad.

Síndrome de estrés postraumático

Pasemos, sin más dilación a este síndrome. Dividiremos el tema en siete puntos.

- 1- Un poco de historia
- 2- Definición
- 3- Factores de riesgo
- 4- El estresor
- 5- Criterios diagnósticos y DSM IV.
- 6- Otras patologías relacionadas.
- 7- Curso clínico del TEPT

1- Un poco de historia:

El término se acuñó en el siglo XX y la mayor cantidad de descripciones clínicas del cuadro también. Sin embargo, podemos encontrar ya referencias en la Grecia clásica. Hipócrates menciona pesadillas relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes a ciertas batallas y Heródoto da cuenta en su tratado sobre la historia de los síntomas que presentaban soldados que habían participado en la batalla de Maratón.

También podemos encontrar referencias en la Biblia, la Guerra de los cien años, e incluso en clásicos de la literatura como Shakespeare... Ya en la revolución francesa, surgió la figura de P. Pinel que impulsó la moderna psiquiatría y describió a la neurosis cardiorrespiratoria y los estados postraumáticos estuporosos que denominó idiotismo. Sus descripciones corresponden al concepto de neurosis de guerra.

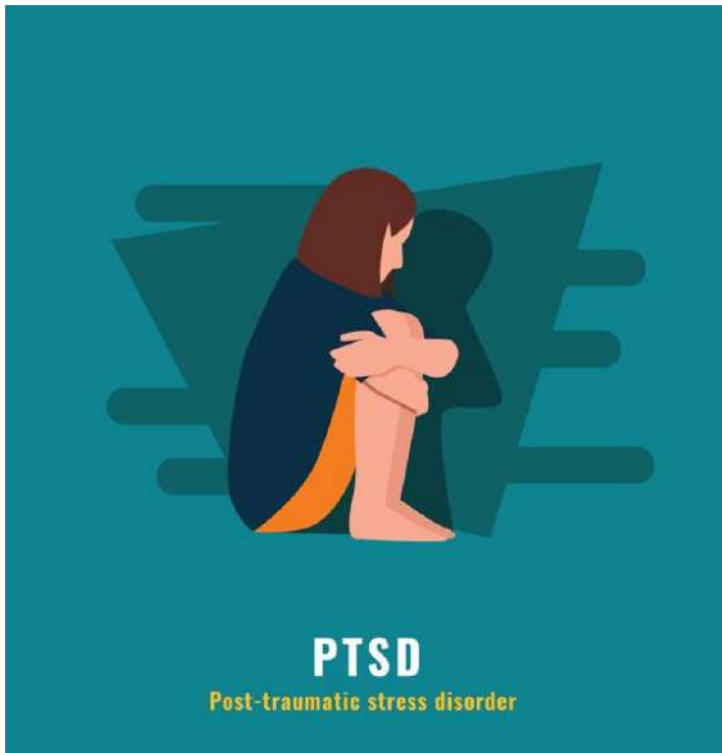
Fue el médico alemán, H. Oppenheim quién acuñó el término neurosis traumática en 1884 para referirse a los síntomas presentados por pacientes que habían sobrevivido a accidentes ferroviarios.

A finales del siglo XIX y principio del XX, destacan las aportaciones de Freud, al principio en colaboración con Charcot.

En la I Guerra Mundial, surgió el término “shell shock” que aludía a las reacciones de los soldados en el frente de batalla a causa de explosiones de minas y de granadas, o bien el hecho de ser testigos de las muertes de sus compañeros. Todo ello provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para caminar o mantenerse de pie, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones.

Un aporte importante fue el del psicoanalista A. Kardiner, quién trató a veteranos de la I Guerra Mundial entre 1922 y 1925. Publicó en 1941 el libro “The traumatic neuroses of war”. Postuló que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la cual el trauma era capaz de desencadenar síntomas somáticos y psicológicos. Advirtió de la

importancia en el tratamiento precoz de estos pacientes para prevenir la consolidación de las neurosis en sus formas crónicas y habitualmente de difícil tratamiento.



Los psiquiatras norteamericanos hicieron un importante trabajo sobre este tema en la II Guerra mundial e incluso buscaron avanzar en el reconocimiento de las bases biológicas de este trastorno.

Sin embargo, fueron las consecuencias de la Guerra de Vietnam (1964-1973), que dejó 700.000 afectados psicológicos, la que lanzó la investigación y constituyó uno de los factores

importantes para que la Asociación Psiquiátrica Americana incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980.

Digamos que un equivalente en el DSM I de 1952 es la reacción intensa de estrés, y en el DSM II de 1938 es el estrés relacionado con el combate. Este concepto se sistematizó todavía más en el DSM IV, donde, sobre todo, se modificó la definición e implicación del “estresador”.

2- Definición:

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte, una respuesta de estrés que es patológica, y por otra el trauma. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación, el equilibrio, pero recordemos que existe el goce, aquel que va más allá del principio del placer... Podemos decir además que esto es lo

propio del proceso traumático. Por lo tanto, se trata de una adaptación con muchas dificultades puestas por el propio psiquismo.

En todo caso, el estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede ser adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). Es por ello que estrictamente deberíamos estar hablando de trastorno por distrés postraumático...

La definición del TEPT, por el DSM III y sucesivas definiciones de la APA, se basa en un modelo conceptual que separa a los eventos traumáticos de otras experiencias estresantes y, por consiguiente, separa al TEPT de otras respuestas al estrés.

Los eventos traumáticos o catastróficos, a diferencia de las experiencias estresantes cotidianas, han sido ligados a este síndrome, cuando originan una serie de síntomas y consecuencias determinadas.

Los estudios han comprobado que el TEPT es una enfermedad frecuente, que representa un problema para la salud pública muy importante, si bien se sabe que este trastorno no es la salida inevitable a toda exposición traumática. Llega a ser alarmante el incremento de los sucesos traumáticos en nuestra sociedad, en forma de asaltos, robos, secuestros, violaciones, atentados y otros daños que amenazan lo cotidiano.

El DSM IV ha modificado el criterio del estresador del TEPT, de manera que ya no constituye una exigencia el hecho de que el evento se encuentre fuera del marco habitual de las experiencias humanas, siendo suficiente y necesario que la persona haya experimentado, presenciado o le hayan explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y hay respondido con temor, desesperanza y horror intensos.

El TEPT presenta tres tipos de síntomas: intrusivos, de evitación e hiperexcitabilidad. Y tres tipos evolutivos: la forma aguda que comienza durante los tres primeros seis meses tras el evento, la forma crónica que dura seis o más meses y la forma retardada que

aparece al menos seis meses después del trauma. Algunas formas son atípicas. Cuando la duración del trastorno es inferior a un mes, debe codificarse como trastorno por estrés agudo.



Frecuentemente, después de un cuadro agudo de estrés agudo o postraumático, puede haber una transformación permanente de la personalidad, secundaria a

experiencia catastrófica, que viene expresamente recogida en la CIE-10, que es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud. La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud.

La transformación de la personalidad no debe confundirse con los trastornos de la personalidad. Estos se desarrollan durante la infancia y se ponen de manifiesto durante la adolescencia o inicio de la edad adulta, mientras que la transformación implica un cambio o modificación de la personalidad previa, ya desarrollada. También debe diferenciarse de la acentuación de rasgos de la personalidad, ya que aquí se trata simplemente de una mayor significación de dimensiones ya existentes en la personalidad del sujeto.

Por el contrario, la transformación implica la aparición de rasgos nuevos, que no se encontraban presentes - suspicacia, desconfianza, apatía, etc.- con las siguientes exigencias: el evento debe ser suficientemente grave como para no tener que considerar la vulnerabilidad del sujeto, debe ser persistente - más de dos años después del evento - ; los nuevos rasgos resultan desadaptativos, y causan malestar o deterioro social

significativo, y debe descartarse que el cambio no sea debido al uso de sustancias psicotrópicas, enfermedad médica, o trastorno mental.

Concretemos después de este recorrido, una definición: Se trata de una severa reacción patológica, cuyo causante es un suceso traumático. El efecto de este último se plasma en el interior del organismo, cronificándose. No se genera sin un acontecimiento traumático - agente estresante-, pero éste por sí mismo no garantiza el desarrollo del cuadro, debe existir una vulnerabilidad previa, o factores de riesgo, en el sujeto para que ello ocurra.

3- Factores de riesgo:

Según Cias (2001) los factores que influyen el riesgo de sufrir un TEPT, a consecuencia de una exposición traumática pueden diferenciarse en:

a- Postraumáticos:

- Género: Las mujeres presentan el doble de posibilidades de desarrollar un TEPT, respecto a los hombres.
- Edad: adultos jóvenes. Menores de 25 años.
- Educación: sujetos de educación terciaria
- Traumas infantiles: aquellos que experimentaban abuso sexual o físico infantil.
- Exposición previa a traumas: en forma de accidentes graves, abuso, maltrato, violación, migraciones forzadas, etc.
- Trastorno psiquiátrico preexistente: de cualquier clase.
- Vulnerabilidad genética: Es discutible y da lugar a confusiones.
- Antecedentes personales en la adultez.
- Eventos vitales adversos: divorcio, desocupación, muertes recientes, bancarrota.
- Salud física deteriorada.

- Historia familiar de trastornos psiquiátricos.



b- Peritraumáticos: Los cuales implican las características del evento (individual, grupal, accidental o provocado) entre los cuales se encuentran:

- Severidad o dosis del trauma: a mayor magnitud de la

exposición traumática, mayor es la posibilidad de desarrollar un TEPT. Los traumas más severos, frecuentemente, incluyen la percepción de que la vida se encuentra amenazada o existe la posibilidad de sufrir lesiones graves.

- Naturaleza del trauma: La violencia personal en forma de asaltos, torturas o violaciones, en las cuales hay un agresor humano, es mucho más probable que generen TEPT que un evento impersonal (desastre natural).

- Participación en atrocidades: como agresor, testigo o víctima de las mismas.

c- Postraumáticos. Los podemos dividir en:

- Pobre apoyo social y familiar.
- Reacción inmediata postrauma: Como la disociación peritraumática, la activación fisiológica o síntomas evitativos tempranos se encuentran bajo investigación como posibles factores de riesgo para el TEPT.

Cías propone además otra forma de clasificar los factores de riesgo:

- Factores referidos al trauma. Se han realizado diferentes estudios que confirman este extremo. Por ejemplo, se ha visto como los traumas intencionalmente provocados por el

hombre confieren un riesgo mayor que los accidentes o desastres naturales. En general, la magnitud de los sucesos traumáticos, así como su repetición en el tiempo, constituyen elementos críticos.

- Factores referidos al sujeto que lo padece. En diferentes estudios, se han encontrado una serie de antecedentes que predisponen al desarrollo de la enfermedad: una historia familiar con ansiedad, una historia personal con conflictos neuróticos y problemas de conducta, una historia de tratamientos por conflictos psicológicos, separación temprana de padres o comportamiento antisocial. Todos estos factores predijeron, de manera significativa, el desarrollo del TEPT, luego de la exposición a un agente estresante.

4- El estresor:

Ya comentábamos más arriba como el DSM IV modificó el criterio del estresador, debido a lo cual no es necesario que la persona sea víctima en primera persona del suceso traumático, puede bastar con presenciarlo o escucharlo.

El DSM IV identificó cinco grupos de acontecimientos traumáticos: muerte, amenaza de muerte, graves lesiones, amenaza a la propia integridad y amenaza a la integridad de otras personas.

Las dos características más importantes son la severidad y la duración. Así, por ejemplo, la experiencia en un campo de concentración y la violación se consideran situaciones de mayor riesgo para producir un TEPT crónico que la experiencia de combate o el haber sufrido un accidente de tránsito.

Entre las causas más frecuentes de TEPT, por sexo, se tiene en los hombres las experiencias de combate o haber presenciado muertes o graves lesiones; en cambio en las mujeres destacan las violaciones y los ataques sexuales.

En frecuencia descendente las situaciones que provocan más TEPT son el recuperar la conciencia durante alguna cirugía (56%), la violación en mujeres (48,4%) y el presenciar muertes o graves lesiones entre los hombres (10,7%).

5- Criterios diagnósticos:

En principio, señalar, de nuevo, que el TEPT se presentará en una minoría de las víctimas de situaciones traumáticas con cifras que van entre el 10% y el 20%.

El diagnóstico del TEPT está, en principio, caracterizado por tres elementos mayores:

- 1- La reexperimentación repetida de memoria de la experiencia traumática. Estas tienden a involucrar memorias visuales y sensoriales del evento que frecuentemente son acompañadas por un desastre fisiológico y psicológico extremo, y a veces por un embotamiento emocional. Estos recuerdos pueden ocurrir espontáneamente o pueden ser disparados por una serie de estímulos reales o simbólicos.
- 2- Evitación de los estímulos que recuerden el trauma, así como embotamiento emocional e incapacidad de expresar los sentimientos. Se da un alejamiento de los estímulos cotidianos.
- 3- El estado de hiperalerta, expresado por la hipervigilancia, irritabilidad, problemas de memoria y concentración, trastornos del sueño y una respuesta de sobresalto exagerada.

Pasemos ahora a la descripción de los criterios que hace el CIE-10 y el DSM IV.

Criterios diagnósticos. CIE-10 (OMS, 1992)

- 1- Surge como respuesta tardía a un evento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en un número mayoritario de personas.

- 2- Ciertos rasgos de personalidad (Ej.: compulsivos), o antecedentes de enfermedad neurótica pueden predisponer al padecimiento de la enfermedad, disponer un descenso en el umbral de la aparición del síndrome o agravar su curso.
- 3- Sus características: episodios reiterados de reviviscencias o sueños, persistente sensación de entumecimiento emocional, desapego, falta de capacidad de respuesta y evitación de todo lo que provoca el trauma.
- 4- Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- 5- Pueden presentarse estallidos agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original.
- 6- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia e incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- 7- Los síntomas se acompañan de depresión y/o de ansiedad, y no son raras las ideaciones suicidas.
- 8- El consumo excesivo de sustancias o alcohol puede ser un factor agravante.
- 9- Comienza con un periodo de latencia luego del trauma cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses.
- 10- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación, en la mayoría de los casos.
- 11- En algunos casos el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad.
- 12- Se diagnostica si aparece dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático. Establecer un diagnóstico fuera de tiempo es posible cuando sus manifestaciones clínicas

son típicas y la alternativa de otro diagnóstico no es viable. Deben estar presentes: las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes o de ensueños reiterados. Suelen estarlo: el desapego emocional, el embotamiento afectivo, la evitación de estímulos relacionados al trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico.

Criterios diagnósticos DSM IV. F43.1

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:



1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno - o más - acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una - o más - de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo - se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse -. Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo - ausente antes del trauma -, tal y como indican tres - o más - de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. restricción de la vida afectiva - p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor-.

7. sensación de un futuro desolador - p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal-.

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación –arousal-, ausente antes del trauma-, tal y como indican dos - o más- de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

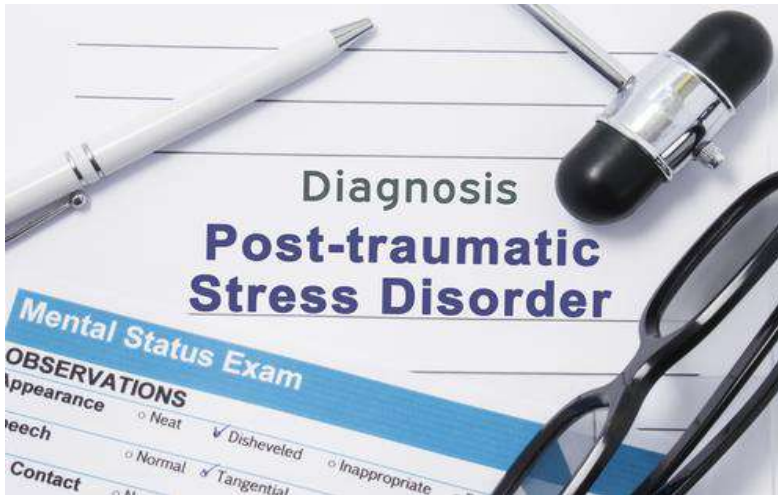
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.



Modificaciones del diagnóstico del TEPT presentes en el DSM IV-TR

En el DSM IV-TR - APA, 2001- se ha introducido modificaciones del diagnóstico respecto a la versión de 1994.

Respecto al curso de la enfermedad se agregó que puede haber una reactivación de los síntomas en respuesta a recordatorios del trauma, a agentes estresantes vitales o ante nuevos sucesos traumáticos. Se han descrito además posibles connotaciones hereditarias, estableciendo una relación entre la historia de las depresiones en familiares de primer grado y una mayor vulnerabilidad a padecer el síndrome. Bajo nuestro punto de vista, la connotación hereditaria es cuestionable ya que las relaciones con la historia de la familia también pueden explicarse desde un punto de vista estrictamente psicológico.

En lo que hace al trastorno de Estrés Agudo, el DSM IV, da una información adicional, con relación al progreso de esta enfermedad hacia el TEPT. Menciona rangos de prevalencia para el TEA que oscilan entre el 14% y el 33% en sujetos expuesto a traumas severos.

Respecto a los síntomas asociados al TEPT, es interesante destacar la presencia de una constelación de síntomas, comúnmente asociados a un agente estresante interpersonal: perturbaciones en la modulación afectiva, comportamientos autodestructivos e impulsivos, síntomas disociativos, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperanza o desesperación, sentir que ha sido perjudicado o dañado en forma permanente, pérdida del sistema de creencias anterior, hostilidad, retraimiento social, deterioro en las relaciones, alteración de las características previas de personalidad.

En esta versión, se describen nuevas causas que producen el TEPT y se acentúan otras:

- combatir o participar en una guerra (también ser víctima civil)
- sufrir violencia personal (agresión sexual, física, robos a mano armada)
- ser secuestrado o tomado como rehén.
- ser víctimas de ataques terroristas
- sufrir torturas o tormentos.
- ser prisionero de guerras o permanecer en campos de concentración.
- sufrir desastres naturales o provocados por el hombre
- participar en accidentes automovilísticos o vehiculares graves.
- recibir un diagnóstico de una enfermedad parcialmente terminal.

6- Otras patologías:

Cabe decir que ha medida que ha ido avanzando el estudio de las situaciones traumáticas, se han ido describiendo más clases de reacciones. Se ha definido así, el TEPT parcial y el trastorno de estrés postraumático. En ambos casos, no se acaba de cumplir el diagnóstico para un TEPT. También ha aparecido el TEPT complejo o trastorno por estrés extremo no especificado; este cuadro se asocia de preferencia con una historia de abuso interpersonal prolongado y severo (como abuso sexual, maltrato físico o experiencias bélicas prolongadas) y tiene generalmente un curso crónico y de difícil tratamiento.

Veamos algunas distinciones:

Estrés agudo:

Cía (2001) plantea que, el TEA (trastorno de estrés agudo) incluye la mayoría de los síntomas del TEPT y a otros relacionados a la disociación. Se incluyó esta categoría en el DSM IV para diagnosticar a los sujetos que exhibían los síntomas dentro de las primeras

cuatro semanas, dado que el TEPT no podía ser diagnosticado hasta un mes después de transcurrido el suceso traumático.

Según el DSM IV-TR (2001), el TEA se refiere a personas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático que se caracteriza por muerte o amenaza a la propia integridad física o de los demás. A consecuencia de ello, las víctimas desarrollan una serie de síntomas disociativos: anestesia emocional, amnesia disociativa, desrealización, despersonalización y reducción de la atención.

Si bien los síntomas del TEA son muy similares a los del TEP, deben durar como mínimo dos días y como máximo cuatro semanas, y aparecen dentro del primer mes que sigue al acontecimiento traumático. El TEPT no puede ser diagnosticado hasta, por lo menos



cuatro semanas después de ocurrida la experiencia traumática.

A pesar de que el TEA es un predictor posible del TEPT, no todos los que presentan un TEA desarrollan luego un TEPT. Así mismo, personas

que no desarrollaron un TEA pueden, posteriormente, sufrir un TEPT.

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3) DSM 1V:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)

3. Desrealización.

4. Despersonalización.

5. Amnesia disociativa (por ejemplo., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Trastorno por Estrés Extremo o TEPT Complejo

Van de Kolk, en 2002, advirtió, después de un estudio de 384.000 beneficiarios del Medicaid en Massachussets, que la mayoría de la gente que busca tratamiento por problemas relacionados con el trauma, tienen historias de múltiples traumas.

Como consecuencia de los trabajos para desarrollar los criterios del DSM IV, se describió un síndrome de problemas psicológicos que se han visto frecuentemente asociados con historias de abusos interpersonales prolongados y severos. Es decir, se describió un perfil clínico de individuos que habían experimentado la exposición prolongada y repetida a sucesos traumáticos, denominándolo «Trastorno por Estrés Extremo No Especificado» (TEE), o «Trastorno por Estrés Postraumático Complejo» (Complex PTSD).

Herman (1992) describió las consecuencias sobre un individuo sometido a un control totalitario por un período prolongado de meses o años. Los ejemplos incluyen: ser secuestrado, o tomado como rehén, prisionero de guerra o de un campo de concentración, ser víctima de violencia doméstica, abuso físico y sexual infantil o explotación sexual organizada.

Según Cazabat, las situaciones descritas van más allá de las consecuencias que puede tener un único hecho traumático, ya que la degradación de la identidad y de su vida relacional provoca alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptual, de la regulación afectiva, en la autopercepción, en la personalidad y la identidad. Van der Kolk plantea

que esto delineó un complejo de síntomas asociados con el trauma interpersonal temprano:

Síntomas asociados con el trauma interpersonal temprano (Kolk)	• alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos, incluyendo dificultad en la modulación de la ira y ser autodestructivo; • alteraciones de la atención y de la conciencia que lleva a amnesias, episodios disociativos y despersonalizaciones. • alteraciones en la autopercepción, tales como un sentido crónico de culpa y responsabilidad, sentimientos crónicos de vergüenza; • alteraciones en la relación con los otros, tales como no ser capaz de creer, no ser capaz de establecer relaciones de cercanía emocional con la gente; • somatización: el problema de sentir síntomas en un nivel somático para los cuales no se encuentra ninguna explicación médica; • alteraciones en los sistemas de creencias: pérdida de fe, desesperanza.
---	--

Estos ahora están detallados en el DSM como características asociadas al trastorno por estrés postraumático.

Cuanto más temprano el trauma, y más larga su duración, mayor es la probabilidad de que la gente sufriera todos estos síntomas en alto grado, que constituyen el diagnóstico de trastorno por estrés extremo.

Desórdenes por disrupción

Benyakar define «desórdenes por disrupción» a «los desórdenes psíquicos activados por la irrupción de eventos o situaciones fácticas, que producen en el sujeto distorsiones de la vivencia afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia».

Los desórdenes por disrupción dan lugar a las «patologías de lo disruptivo» que son aquellas en las que un cambio que ocurre en el afuera impacta en el adentro produciendo distorsiones vivenciales, o sea, vivencias traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad. Esto distingue las patologías por disrupción de las neurosis en las cuales es la distorsión intrapsíquica del sujeto lo que transforma la relación con el entorno.

Según el autor, la vivencia traumática es sólo una de las posibles respuestas a la irrupción del mundo externo en el interno y es, precisamente, la desarticulación que se produce como efecto de la interrupción de la función articuladora del afecto y la representación. El estrés, en cambio, es la respuesta que consiste en una distorsión de la articulación, sujeta a una tensión máxima pero que, sin embargo, no llega al corte. De esto se desprende que una de las diferencias fundamentales entre lo que pertenece al estrés y lo que corresponde a lo traumático, explica el autor, es el destino de la articulación. Así, en la vivencia de estrés hay una articulación distorsionada mientras que en la traumática hay una desarticulación, un corte o quiebre, del afecto y la representación.

Síndrome de ansiedad por disrupción (SAD)

Este síndrome designa el cuadro que genera en algunas personas el mero hecho de vivir en esa clase de entornos disruptivos que, al sostenerse en el tiempo, sufren un deterioro paulatino, desigual y progresivo, causando padecimientos que obedecen a la irrupción de esos entornos en el psiquismo de las personas.

Según el autor, esto lleva a los profesionales de salud mental a desviar la mirada del mundo interno del sujeto al papel que juega la dinámica del mundo externo en los procesos psíquicos que ocurren en las personas. Las formas actuales de articulación entre lo social y lo individual producen cuadros sintomáticos que ya no encajan en las

categorías habituales y piden que los profesionales de salud mental se acerquen a la experiencia singular, idiosincrásica, dependiente de la estructura psíquica de cada individuo, a través de una lente pulida por las características de los eventos fácticos asociados con esa experiencia.

Según plantea el autor, en el SAD la ansiedad emerge porque el psiquismo percibe, adecuadamente, que los referentes y los significados instituidos del entorno, que proporcionan contención y facilitan enfrentar las situaciones, ya no están ahí. Las cadenas que asociaban unos hechos con otros se desdibujan porque los hechos mismos pierden sus viejos y conocidos significados. Por ejemplo, cuando un sobre con una carta deja de ser el vehículo para la comunicación entre personas y se convierte en un arma letal. Por tanto, desaparecen los parámetros que ofrecían las referencias fijas a partir de las cuales evaluar y cuestionar la realidad externa y la interna.

Descripción del SAD

Diversos investigadores y profesionales de la salud mental concuerdan en que los fenómenos psíquicos observados y agrupados bajo la denominación SAD son:

- Estados profundos de desorientación e incertidumbre respecto del presente y, sobre todo, del futuro por la ausencia de parámetros confiables que permitan sostenerse en el pasado, actuar en el presente y planificar el futuro. Los cambios repentinos en las normas que, profundamente incorporadas a la cultura y la subjetividad, enmarcan y regulan las acciones cotidianas desbaratan los recursos simbólicos. Así, los individuos pierden la capacidad para interpretar las situaciones que viven, y, por tanto, el presente pierde su sentido y arrastra consigo al futuro.
- Vivencias personales de desamparo e impotencia porque las instituciones sociales, que normalmente aseguran la vigencia de los marcos normativos, se ven desbordadas por los acontecimientos y ya no pueden garantizar las reglas de convivencia ni cumplir con las funciones para las que fueron creadas.

- Sensación de estar atrapado, de no poder escapar a las situaciones amenazantes, ya que el actual desarrollo de los medios de difusión universaliza los temores y no permite que queden resquicios donde sentirse a salvo.

- Un miedo difuso pero permanente, muchas veces no reconocido como tal, se instala como resultado de vivenciar la presencia constante de peligros larvados de origen no identificable.

- El miedo dispara sentimientos cada vez más hondos e indiscriminados de desconfianza, sospecha y desvalorización de los otros. Estas emociones exacerbadas en relación con las personas a quienes compete la responsabilidad de asegurar la estabilidad normativa e institucional, o sea, funcionarios y dirigentes, pueden desembocar en ira.



- La desconfianza promueve el aislamiento y éste, a su vez, subraya la desconfianza. Se establece así una espiral que empuja a

las personas afectadas a asumir conductas egoístas, indiferentes o incluso hostiles.

- En quienes estos comportamientos no son habituales, son frecuente los sentimientos de malestar, de culpa y las actitudes de culpar a otros.

- Las personas que no pueden manifestar su ira caen presas de sentimientos de indefensión y anonadamiento que a veces las llevan a la parálisis.

- La incertidumbre ocasionada por el cambio en las reglas de juego alienta el sentimiento de impotencia. Incertidumbre e impotencia combinadas inhiben la capacidad para tomar decisiones y/ o sostenerlas una vez tomadas. Es común que personas que se sientan de

esta manera caigan en estados de abulia. O que, por el contrario, recurran a una hiperactividad sin rédito y desgastante.

- El carácter inasible de las amenazas agrava la tendencia humana a establecer culpables visibles e identificables sobre quienes descargar la frustración. A su vez estas actitudes, a menudo irracionales, necesitan ser justificadas, lo cual incrementa la necesidad de aferrarse a certezas absolutas.

- Pueden darse estados de confusión leve. El desconcierto resultante instala en algunas personas la duda acerca de la validez y adecuación de los propios sentimientos y percepciones, y las hace dependientes de la opinión de otros que puedan confirmarlos. Si esta dependencia se establece con personas que enarbolan las buscadas certezas absolutas, quedan establecidas para el desarrollo de adhesiones fanáticas.

- Es muy frecuente la necesidad imperiosa de hablar insistentemente acerca de lo que sucede; de expresar a otros, una y otra vez, los temores, las inseguridades, los desconciertos, como si de ese modo pudieran disiparse o como buscando validar sus vivencias y certificar que la amenaza existe, que no es mero producto de su subjetividad.

- Al hacerlo, sin embargo, la persona se transforma, consciente o inconscientemente, en un «agente propagador del caos» que magnifica y potencia el malestar general y teme estar personalmente involucrada en la generación de su propia desazón y de la ajena. Aun cuando quien así sienta tenga la certeza de que no hay nada más alejado de su deseo que ese resultado y que nada hizo que justifique el temor que siente en ese sentido, se apodera de ella un sentimiento generalmente injustificado de complicidad con lo que amenaza.

- Esta sensación de complicidad se refuerza debido a que la amenaza no puede ser reconocida como totalmente ajena al individuo.

- Puede ocurrir que quienes se saben inocentes, exentos de responsabilidad directa alguna en relación con los acontecimientos externos que producen la disfunción generalizada del entorno, también se sientan atrapados en una penosa situación dentro de la cual ninguna de las respuestas posibles está a salvo de adquirir el sentido que el enemigo ignoto, no identificable, le confiera. No poder dominar el sentido de las propias acciones es una experiencia terrorífica muy frecuente entre las personas que viven en un entorno organizado alrededor de la amenaza terrorista, porque significa que cualquier



conducta que asuman terminará, fatalmente, siendo una prueba del éxito de la acción terrorista.

- En tanto el miedo rechaza toda forma de adaptación, las personas asumen conductas

pseudoadaptativas, por ejemplo, privarse de ir a cines o a supermercados o de viajar en vehículos públicos, como si con ello se pudiera acrecentar la seguridad personal.

- La compulsión a hablar suele ir acompañada de otra de signo contrario: la de consumir noticieros televisivos y radiofónicos, diarios y revistas, chismes y rumores, buscando la información que aclare y calme. Esta necesidad, que no parece satisfacerse nunca, acrecienta el consumo de datos hasta niveles intoxicantes que desgastan la capacidad crítica de los sujetos.

Rasgos específicos y comunes con otros síndromes

Benyakar plantea que algunas de las manifestaciones clínicas que presentan las personas afectadas por el SAD son comunes a los cuadros de ansiedad generalizada, los ansiodepresivos, la depresión, el estrés agudo y el estrés postraumático. Sin embargo, estas manifestaciones clínicas:

- No cumplen con los criterios que las clasificaciones actuales requieren para establecer tales diagnósticos.
- Mucha de la fenomenología que se presenta en el SAD no aparece en ninguno de los otros cuadros.
- Tampoco es posible ubicar este síndrome dentro de los trastornos por ansiedad no especificada.
- Dado que las personas que presentan manifestaciones del SAD no despliegan defensas tanto psíquicas como conductuales adecuadas porque el medio no lo permite, la sintomatología no puede incluirse dentro de los cuadros de estrés, ni calificarse como vivencias traumáticas.

Según el autor, estos argumentos justifican la postulación de la existencia del síndrome de ansiedad por disrupción y llevan a insistir en la necesidad de considerarlo una entidad nosológica en sí misma. Y justamente por ello, es preciso señalar las características propias, inherentes, al SAD que le confieren su singularidad.

Particularidades del SAD

1. La situación disruptiva no causa el colapso del psiquismo y por ello el SAD no puede ser incluido en la categoría de vivencias traumáticas.
2. El factor disruptivo no puede ser identificado como una amenaza, por lo que no puede hablarse de «vivencias» de estrés.

3. Las personas sienten que los sucesos disruptivos- externos, complejos, difusos, constantes, omnipresentes- son causados por ellas mismas, aun cuando no se encuentren involucradas ni directa ni indirectamente en su ocurrencia.
4. De igual modo que en los trastornos distímicos y por ansiedad originados en el psiquismo individual, el SAD también produce disfunciones en las conductas sociales, laborales, familiares. Pero, en este caso, el sufrimiento individual reconoce su origen no en el factor subjetivo sino en la distorsión del entorno y la pérdida objetiva de los roles y posiciones económicas y sociales (trabajo, ingresos, vivienda, vestimenta, etc.) que sostienen la identidad de los individuos.
5. A diferencia de los cuadros caracterizados como trastornos de ansiedad, en los cuales el individuo tiende a ocultar o esconder sus síntomas, el SAD se caracteriza por la necesidad pseudocompulsiva de hablar y compartir los sufrimientos.
6. Los sufrimientos más comunes son incapacidad para concentrarse, desinterés por el afuera, impotencia vital por deslibidinización de las relaciones cotidianas, astenia mental o física, fatiga, inquietud e impaciencia, letargo o su contrario: hiperactividad sin beneficio y aun debilitante; desesperanza, incapacidad de proyectar, tendencia a sobreactuar el temor, baja autoestima. Son frecuentes, también, los desórdenes del sueño, sea insomnio o hipersomnia, la tendencia a la somatización y a los ligeros desórdenes alimentarios.
7. El soma se transforma en el receptor de ansiedades psíquicas no procesadas, así como en el medio para expresar lo que no puede decirse. La tendencia a somatizar concomitante no va acompañada del correspondiente interés y preocupación de parte de los afectados de SAD por los síntomas somáticos que les aparecen.
8. Por último, el abordaje clínico del SAD reconoce una especial complejidad ya que el tratamiento se desarrolla en un entorno disruptivo que afecta y conmueve tanto a los pacientes como a sus eventuales terapeutas.

6- Curso Clínico del TEPT:

La respuesta inicial a un hecho traumático puede ser variable en intensidad desde síntomas aislados hasta constituirse en un TEA. Cuando la sintomatología dura más de un mes, diremos que se trata de un TEPT. En investigaciones en accidentes de trabajo, se ha encontrado que el 40% de los pacientes que presentaron un TEA, evolucionaron hacia un TEPT.



Algunos datos estadísticos de estudios realizados nos pueden ayudar a tener una idea sobre el posible curso clínico: En el caso de víctimas de violación, un 47% presenta los síntomas propios a los 9 meses del hecho traumático.

A largo plazo, entre 11 y 17 años, todavía un 16% mantiene los síntomas. En víctimas de accidentes de coches, a los tres años del seguimiento, un 11% sigue presentando los síntomas. En general, se puede considerar que entre el 10% y el 15% de los pacientes con TEPT, evolucionan hacia la cronicidad.

En pacientes que han sufrido accidentes con lesiones físicas graves y que fueron seguidos durante un año, se encontró síntomas de TEPT en el 30% a 40%. En estos estudios, aparece como factor de riesgo importante el haber sufrido un trauma previo severo, y el abusar de sustancias. La intensidad de los síntomas de TEPT fue el factor que determinó una peor evolución.

Algunas cuestiones en torno al correcto diagnóstico y evaluación del Tept en oncología

Existen problemas conceptuales y de carácter práctico a la hora de aplicar el TEPT a pacientes y supervivientes de cáncer.



Por un lado, hay una falta de acuerdo sobre en qué momento o cuando considerar a los supervivientes de cáncer, que viven con la amenaza de la recurrencia, como personas que han superado en su

totalidad la experiencia de cáncer y, por tanto, si se puede hacer extensible a estas personas dicho diagnóstico del TEPT. También, el momento en que se evalúa la presencia del trastorno es crucial, tanto para la especificidad del mismo, como para el significado clínico de su sintomatología.

Pensemos por un momento hasta qué punto constituye un trastorno de estrés postraumático o respuestas, en principio, normales y adaptativas, las mostradas por un individuo que, tras ser diagnosticado de un cáncer de cabeza y cuello, presenta insomnio, pensamiento intrusivos donde re-experimenta el momento en que le fue comunicado el diagnóstico, irritabilidad, pesadillas sobre la muerte, evitación de la gente y pérdida de interés y motivación generales. Si no consideramos el hecho de que los pacientes necesitan de un cierto tiempo de adaptación de amenaza a la vida que conlleva el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, el porcentaje de pacientes que satisfará los requisitos para un diagnóstico de un TEPT estará inflado alcanzando el punto

de tener poco valor. Es crucial tener en cuenta la duración e intensidad de dichos síntomas, así como su contexto en la evaluación del trastorno. Es en este sentido que el DSM-IV propone una duración de los síntomas de al menos un mes e insiste en que estos deben de tener un impacto considerable sobre el funcionamiento psicosocial del sujeto.

Otro de los problemas que surgen de la aplicación de TEPT en oncología es la dificultad de definir el estresor traumático para cada sujeto. A diferencia de otros acontecimientos potencialmente traumáticos, la enfermedad oncológica puede ser vista como una experiencia que supone una serie de traumas secuenciales presentes durante todo el curso de la enfermedad, más que como una experiencia aislada en el tiempo, como, por ejemplo, en el caso de una violación. En este sentido, Manuel GM y colaboradores han demostrado la noción de que los síntomas del trastorno pueden manifestarse en diferentes momentos de la experiencia oncológica; los síntomas intrusivos y de evitación puede aparecer poco después del diagnóstico y continuar durante el tratamiento. A pesar de que los síntomas pueden persistir incluso hasta años después de la finalización de los tratamientos, parecen ser más notables en el momento del diagnóstico y tienden a ir disminuyendo de acuerdo al avance del tratamiento. Podemos relacionar estos hallazgos con la conceptualización del cáncer como una serie de traumas secuenciales más que como un evento traumático puntual. Para los pacientes con cáncer el estresor o conjunto de estresores que propicien el desarrollo de síntomas o de un síndrome del TEPT pueden ser el diagnóstico inicial, la percepción de que la enfermedad podría ser mortal, un periodo de dolor o síntomas pobremente controlados, síntomas que anuncien una recidiva, algún procedimiento o tratamiento médico aversivo – una TMO por ejemplo – o alguna experiencia inesperada o repentina como presenciar la muerte del compañero de habitación. Lo suyo, quizá ideal, sería realizarla con relación al estresor desde la

perspectiva del paciente; sin embargo, esto es difícil de implementar, especialmente en investigaciones con muestras grandes.

También la dificultad para diagnosticar correctamente viene dada por la posible superposición de sus síntomas con otros trastornos psicológicos; este trastorno presenta una alta comorbilidad con otros trastornos, con cifras alrededor del ochenta por ciento. Cabría plantearse si tan elevada cifra es la consecuencia de que los criterios diagnósticos



para este trastorno se solapan con algunos criterios para el diagnóstico de otros trastornos como depresión, trastorno de ansiedad generalizada, o trastorno de pánico.

Entre los trastornos que se asocian con más fuerza se encuentran los trastornos afectivos como depresión mayor y distimia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia – agorafobia, más concretamente -, y trastornos por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias.

Si bien la identificación del TEPT o de sus síntomas en supervivientes de cáncer es un área creciente de investigación, aún no parecen existir suficientes datos con relación a la estructura de los síntomas en supervivientes de enfermedades malignas. Los hallazgos encontrados en poblaciones sometidas a otras clases de traumas han sido inconsistentes y no parecen concordar con el conjunto de los síntomas de re-experimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación del DSM-IV. Existen estudios cuyos hallazgos

tentadores ofrecen apoyo al de síntomas del TEPT del DSM-IV y, por consiguiente, por la validez de dicho trastorno en oncología.

Otros de los hallazgos interesantes es el realizado con relación a uno de los síntomas de hiperactivación del TEPT; la hipervigilancia que, a diferencia de las poblaciones expuestas a otra clase de traumas, en el caso del cáncer podría hablarse de una hipervigilancia interna por la cual, por ejemplo, en mujeres con cáncer de mama, podrán experimentar una marcada preocupación y respuestas de alerta ante sensaciones y cambios corporales propios.

Debido a la dificultad a la hora de hacer un correcto diagnóstico del TEPT en oncología, se impone la necesidad de llevar a cabo una evaluación cuidadosa en los sujetos a evaluar. Quizá uno de los puntos más difíciles, ya mencionado, es el de determinar en qué momento debe hacer la evaluación a los sujetos, ya que la experiencia oncológica, más que una experiencia única y puntual, se compone de una secuencia de estresores traumáticos cuya duración es difícil de determinar bien.

El sujeto o sus familiares pueden manifestar síntomas o manifestar el trastorno en cualquier momento del proceso oncológico, desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento, la finalización de éste y la posible recurrencia del cáncer. Debido a ello, es fundamental realizar evaluaciones repetidas en diferentes momentos del proceso de la enfermedad, empezando con el diagnóstico inicial y haciendo la evaluación extensible a lo largo del proceso vital de dicho sujeto, ya que es más que posible la presencia de síntomas o del trastorno demorados incluso años después; es crucial un seguimiento a largo plazo de las personas que se han visto expuestas a la traumática experiencia del cáncer.

Factores de riesgo asociados al TEPT en oncología

No todos los sujetos expuestos a un estresor traumático desarrollan síntomas de estrés postraumático o el síndrome en sí. Los intentos para explicar esto y para poder pronosticar qué individuos son más vulnerables a desarrollar el trastorno se han centrado en factores psicológicos, biológicos y sociales.

En cuanto a los factores psicológicos se han encontrado que altos niveles generales de estrés y estilos disfuncionales de afrontamiento y atribución han sido relacionados con el riesgo del desarrollo del TEPT en veteranos de guerra, supervivientes del Holocausto y otras víctimas.

Entre los factores sociales, el apoyo social se ha visto que reduce la probabilidad de desarrollar el trastorno después de la exposición a un combate y de heridas por quemadura. La investigación sobre variables moduladoras en poblaciones oncológicas ha sido limitada y es casi exclusivamente retrospectiva y, en algunos casos, confusa. El efecto de la amenaza sobre la vida y naturaleza del estresor ha sido documentado en adultos y familias, aunque no en niños. Además, la presencia de dolor y de otros síntomas físicos en oncología se ha visto correlacionada con niveles de pensamientos intrusivos. La recurrencia del cáncer parece incrementar la probabilidad del desarrollo de síntomas de estrés en los pacientes, mientras que la intensidad o severidad del tratamiento no parece relacionada en algunos estudios con los síntomas intrusivos o de evitación en adultos supervivientes de linfoma de Hodgkin, o cáncer de mama, o en pacientes de cáncer de próstata; sin embargo, estas variables sí se han encontrado como predictoras de síntomas del TEPT en supervivientes de cánceres durante la infancia, y en pacientes de cáncer de mama sometidas a un TMO.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico, así como el transcurrido desde la finalización del tratamiento parecen correlacionar y ser predictores de sintomatología de estrés

postraumático en supervivientes de osteosarcoma y de linfoma de Hodgkin. Concretamente, aquellos pacientes en los que había pasado más tiempo desde el diagnóstico y el tratamiento tendían a mostrar menos síntomas. Sin embargo, este efecto no se ha encontrado en estudios de pacientes con recidivas recientes, ni en supervivientes de cánceres infantiles. ; en estos, se ha mostrado que es la duración del tratamiento la variable que predice síntomas de estrés postraumático. En supervivientes de cáncer de mama los pocos estudios existentes se muestran inconsistentes.



Hay pocas características de los pacientes que hayan demostrado su relación con la predicción del TEPT; altos niveles de estrés psicológico han sido

correlacionados con síntomas del TEPT en pacientes adultos supervivientes de cáncer y en padres con niños oncológicos en tratamiento. De igual forma, el rasgo de ansiedad ha sido relacionado con la predicción de sintomatología postraumática en padres de supervivientes de tumores durante la infancia.

Por último, en algunos estudios se han encontrado que mujeres supervivientes de cáncer con un diagnóstico de estrés postraumático de por vida tendían a tener una historia de exposición a traumas previos a la enfermedad. También existen estudios que relacionan una mayor presencia de síntomas de estrés postraumático o del trastorno en sujetos con una historia previa mayor de traumas presentes antes del cáncer.

En resumen, la investigación sobre factores de riesgo del TEPT en oncología, es, por el momento, limitada, confusa, poco consistente y retrospectiva en su mayoría. Es necesario, por tanto, llevar a cabo en el futuro estudios prospectivos sobre el tema que tiendan a clarificar el papel de las variables psicológicas, biológicas y sociales en el desarrollo de dicho trastorno o de sus síntomas en el contexto del cáncer.

Posible tratamiento

El tratamiento de las personas con TEPT no es fácil. Las respuestas evitativas asociadas al trastorno, a menudo, hacen a estos sujetos resistentes al tratamiento. Bien porque no buscan ayuda profesional, retrasándola o abandonando el tratamiento una vez ya iniciado. En cambio, las secuelas crónicas del trastorno y, en muchas ocasiones, devastadoras para el normal funcionamiento del sujeto en su vida psicosocial, hacen necesario un tratamiento, adaptado a las necesidades que presentan dichos sujetos.

Esto es aún más dramático en el caso de los pacientes con cáncer, ya que la presencia del trastorno puede hacer que no se involucren en las revisiones médicas, evitando así el ir al



hospital e incluso, por ejemplo, en el caso de una recidiva, a retrasar, o ya en el peor de los casos, a rechazar tratamientos y pruebas médicas que podrían ayudar a salvar su vida.

Aún no se ha desarrollado ningún tratamiento específico para el TEPT en oncología. Por tanto, es obligado fijarnos en las modalidades de tratamiento empleadas en poblaciones que han

sufrido otra clase de traumas como situaciones de combate, abuso sexual, accidentes de tráfico o catástrofes, por ejemplo.

Fuera del contexto oncológico, algunas ventajas del enfoque grupal en el tratamiento del TEPT son la superación de las resistencias de las víctimas, la ruptura del aislamiento socio-familiar y la ayuda de la que se benefician los demás miembros del grupo.

Los grupos de apoyo pueden ser beneficiosos para las personas con síntomas de estrés postraumático. En el entorno del grupo, los pacientes pueden recibir apoyo emocional, encontrarse con otras personas con experiencias y síntomas similares a los suyos, validando de ese modo su propia situación, al mismo tiempo que aprenden habilidades y estrategias para afrontar situaciones y problemas.

Bibliografía

- Benyakar, M. Lo disruptivo. Biblos. Buenos Aires 2003.
- Bobes García, J. Bousoño García, M., Calcedo Barba, A., González García-Portilla, P. Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona 2003.
- Breitbart W, Levenson J, Passik, S. Terminally ill cancer patients. En Breitbart y Hoiland J (eds.). Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients. Washington DC. American Psychiatric Press, 1993.
- Cazabat, E. Abordajes innovadores en el tratamiento del Trauma Psicológico. En Piperno y otros, Las psicoterapias como camino. Ricardo Vergara Ediciones, Buenos Aires 2004.
- Cía, H.A. La ansiedad y sus trastornos; Roche, Buenos Aires 2002.
- Cía, H. A. Estrategias para superar el Pánico y la Agorafobia. El Ateneo, Buenos Aires 2000.
- Cía, H. A. Trastorno por Estrés Postraumático; Imaginador, Buenos Aires 2001.
- De La Iglesia, M. Secuelas por síndrome de estrés postraumático. Modelo de protocolo mediante pruebas objetivas de daño neurobiológico. Campo de aplicaciones en la practica pericial. En Trauma Fundación MAPFRE Vol. 20, N° 2, abril/junio 2009.
- Derogatis, LR., Morrow, G., Fetting, J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 1983.
- Die Trill, M. Síntomas psicológicos durante la enfermedad terminal. En Gómez Sancho M (Ed). Cuidados paliativos: Atención grupal a enfermos terminales. Vol. I. Instituto Canario de Estudios y promoción social y sanitaria, 1998.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, PJ. Tratamiento psicológico en: Bobes, J., Bousoño M., Calcedo, A., González, MP. Trastornos de estrés postraumático. Masson, Barcelona 2000.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J. Perfiles diferenciales del Trastornos de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. Análisis y Modificación de conducta, 1998.
- Freud, S. Más allá del principio del placer. Obras completas. Amorrortu, Buenos Aires 1987.
- Katon, W., Sullivan, MD. Depression and chronic medical illness. Journal of clinical psychiatric, 1990.
- López-Roig, Terol, MC, Neip, MC, et al. Assessing anxiety and depression with HADS in a cancer spanish population: A preliminary validation study. Psycho-oncology, 1998.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Masson, Madrid 1995.
- Mermelstein, H., Lesko, L. Depression in patientswith cancer. Psycho-oncology, 1992.
- Miguel Tobal, JJ., La ansiedad en J Mayor y JL Pinillos (eds). Tratado de psicología general. Alhambra, Madrid 1990.
- Moreno R, Peñacoba C., González – Gutiérrez JL, Ardoy J. Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias. Servicio de Publicaciones Universidad Rey Juan Carlos, Madrid 2003.
- Robles JI, Medina JL. Intervención psicológica en catástrofes. Síntesis Madrid 2002.
- Rush, AJ., Jarrett, RB. Psychotherapeutic approaches to depression. En Michels R, y Cavernar J (Eds.). Psychiatry. Philadelphia: JB Lippincott, 1986.

Cuestiones

1. Intenta definir la ansiedad. Indica algunas de sus manifestaciones clínicas en oncología
2. Háblanos del manejo de la ansiedad en la relación médico-paciente.
3. Indica los criterios para el diagnóstico de una depresión. En qué consiste la orientación inclusiva.
4. Qué debe de incluir la evaluación de un trastorno depresivo.
5. Aporta algunos objetivos del tratamiento psicológico para la depresión.
6. Señala las diferencias entre TEPT, TEA y SAD.