

Tratamiento psicológico del duelo y de las enfermedades graves

I TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL DUELO Y DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

DR. NED H. CASSEM

DR. STEVEN E. HYMAN

Desde cierto punto, la vida puede describirse como una pérdida tras otra. El grado de recuperación de cada pérdida determina si un individuo logra una vida estable o persiste inestable. Cuando ocurre la pérdida la tristeza resultante da lugar a un proceso de reorganización que restablece la capacidad de la persona para funcionar de modo normal. Por ejemplo, el reprobar un examen puede motivar al estudiante a mejorar sus hábitos de estudio, la muerte de un padre puede causar que un niño aumente su confianza en sí mismo, la pérdida de una pierna puede forzar a un amputado a funcionar sin ella. Algunas personas mantienen una vida satisfactoria y productiva a pesar de lo que parecieran pérdidas enormes, mientras que otras nunca se recuperan de pérdidas menos severas. ¿Qué es lo que hace la diferencia?

Duelo y desesperanza

La tristeza es un proceso psicológico por el cual un individuo se enfrenta a una pérdida, lucha por comprenderla, recupera la perspectiva y continúa viviendo. Las causas de tristeza incluyen la muerte de un ser querido, la pérdida de posesiones valiosas, del empleo o también de la salud (en caso de una enfermedad grave o un accidente). La enfermedad seria o una lesión ponen en juego la integridad personal; podría decirse, por ejemplo, que incluso un infarto al miocardio causa un infarto al ego. Por lo tanto, la recuperación de la enfermedad no es completa hasta que el paciente se ha recuperado también del daño emocional asociado.

Rodeados en forma diaria por enfermos o lesionados, los médicos están acostumbrados a ver el proceso de tristeza. Es importante que el médico comprenda que ésta constituye una reacción normal, que cumple una valiosa función restitutiva, que sigue un patrón típico, y que la desviación considerable de este patrón puede ser un signo de la necesidad de intervención psicológica.

DUELO NORMAL

La muerte de una persona amada puede usarse como la causa paradigma de la tristeza humana, pero el proceso de duelo normal sigue un curso semejante ante cualquier tipo de pérdida seria.

Se han identificado varias características importantes de la tristeza normal.^{1,2} En vista de que estos rasgos con frecuencia se clasifican de manera errónea como procesos patológicos, el reconocimiento de su correlación con la tristeza puede evitar que se cometan acciones bien intencionadas, pero mal orientadas, para intervenir en un proceso necesario.

Pueden predominar los síntomas somáticos, incluyendo suspiros, cansancio, síntomas gastrointestinales de todo tipo, inquietud, bostezos y sensación de "ahogamiento". Los sentimientos de culpa, sobre todo en las etapas tempranas de la pérdida, son universales. "¿Qué más pude haber hecho?" y otras expresiones que se refieren a los conflictos emocionales no resueltos, llegan a ser comunes.

La preocupación por la imagen de la persona fallecida, que a menudo parece incongruente aún para el propio doliente, es un dato seguro de que la reacción de duelo se encuentra en evolución. La focalización intensa hacia la persona perdida puede manifestarse de varias maneras: por conversaciones mentales continuas con ella, por una sensación de que la persona fallecida está presente de una manera tan vívida (sobre todo en la noche), que el doliente siente que la escucha, que la mira o que es tocado por ella; o la sensación simultánea de que todas las personas están emocionalmente distantes.

Las reacciones de hostilidad y de irritabilidad al parecer también son la regla, combinadas con una pérdida desconcertante de la afectividad hacia los demás individuos. Se encuentran algunas alteraciones de los patrones normales de la conducta, como un deseo de estar solo, una actitud de pereza inusitada y de indecisión hacia las otras personas. De manera alarmante, el doliente puede manifestar el comportamiento, preferencias, modales o incluso los síntomas orgánicos de la persona fallecida; estos fenómenos de identificación sólo indican que la reacción de duelo está en evolución. Por último, es común que el doliente sienta que una parte de su yo ha sido destruida o mutilada.

¿Cuánto dura una reacción normal de duelo? A pesar de que la impresión popular considera que el duelo se resuelve rompiendo las ataduras con la persona perdida, lo cierto es que este proceso nunca ocurre; al parecer los lazos con la persona que ha muerto sufren una reparación psíquica. El individuo desconsolado revisa sus recuerdos del fallecido y los afectos más dolorosos finalmente dan lugar a cierta clase de resolución. ¿Cuánto tiempo se requiere para que desaparezca esta sintomatología aguda? Aunque el tiempo habitual calculado varía entre uno y tres meses, muchos factores afectan el tiempo verdadero necesario. Entre éstos se encuentra el número de relaciones personales sólidas, la intensidad y duración del vínculo con la persona fallecida, el número y la gravedad de los conflictos no resueltos, el grado de dependencia hacia la persona que ha fallecido y el grado en que la mente del doliente se acostumbró a la presencia emocional y física real de la persona que ha muerto. Los signos principales de resolución del duelo agudo son la reaparición de las funciones normales, la capacidad de experimentar placer y la capacidad de establecer nuevas relaciones.

Los modelos de reacciones de separación en primates y niños constituyen un marco de referencia conceptual del duelo, que resaltan los patrones biológicos establecidos, y proporcionan una base contra

la que puede compararse la evolución de una reacción de duelo.³⁻⁵ Las tres fases incluyen búsqueda y protesta, desorganización y reorganización.

En la primera fase el superviviente está preocupado por la persona perdida, manifiesta todos los signos agudos que hemos mencionado, y se comporta con un patrón de búsqueda. Esta fase temprana de reacción instintiva hacia la pérdida se caracteriza por conversaciones prolongadas con la persona muerta, uso de sus prendas de vestir, y la pérdida distraída de objetos caseros, acompañada de preguntas repetitivas sobre su paradero, así como conductas que parecen extrañas para el resto de las personas.

La segunda fase es de desorganización; en ésta, el dolor de la pérdida ocupa el primer término en la conciencia del doliente. Es común observar actitudes de agitación, vacío y desesperanza, y escuchar pensamientos acerca de la falta de sentido de la vida, así como la racionalización del suicidio. La interacción social parece imposible y se evita, aunque la soledad es temida e intolerable.

Por último, hay una fase de reorganización, caracterizada por el retorno a las funciones y el comportamiento normal. Las recaídas en esta etapa son la regla, y puede esperarse que reaparezcan las dos primeras fases. El doliente es sorprendido por recuerdos súbitos de la persona fallecida (por ejemplo, al descubrir su abrigo en un ropero) o al percatarse de situaciones nuevas y dolorosas (no habrá más días de fiesta compartidos) que vuelven a abrir las heridas que representa la pérdida.

El proceso de duelo a menudo se prolonga cuando la muerte sobreviene después de una enfermedad difícil y prolongada. En tales circunstancias, la muerte llega a ser completamente aceptable, e incluso bienvenida como el final del sufrimiento. Más tarde, sobre todo al volver a un lugar que evoca con claridad el recuerdo de la persona fallecida en vida, la muerte se vuelve inaceptable, y aparecen los sentimientos espontáneos de protesta y resentimiento.

DUELO ANORMAL

Debido a que el duelo desempeña una importante función restitutiva, el fracaso del proceso de duelo normal puede ocasionar síntomas psicológicos serios. Existen ciertos datos que permiten identificar a los individuos que presentan problemas por pérdidas no resueltas y aquellas situaciones en las que el mismo duelo se complica por situaciones patológicas. Algunos indicadores del duelo anormal aparecen de inmediato, mientras que otros ocurren hasta tres o más meses después de la pérdida.

La incapacidad de sufrir duelo inmediatamente después de la pérdida, manifestada de manera típica por la ausencia de llanto, es el mejor indicador de problemas ulteriores. Otro signo de mal pronóstico es el sufrimiento histérico prolongado, definido como excesivo para los patrones culturales del individuo (no los del médico). La hiperactividad sin un sentimiento de pérdida es un signo temprano de distorsión del duelo. La hostilidad contra personas específicas, como los médicos o el personal del hospital, que a menudo adquiere proporciones paranoides, puede considerarse como signo de anormalidad cuando el doliente se apoya en él al grado de descartar otras preocupaciones del duelo normal.

Otros dos indicadores tempranos de duelo anormal son la supresión de la hostilidad al grado de que los afectos y la conducta de la persona parecen estar congelados (apariciencia de máscara, movimientos estilizados de robot o ausencia de expresividad emocional), y un comportamiento autodestructivo (obsequiar las pertenencias, realizar negocios absurdos y otras acciones de autocastigo sin sentimiento de culpa acompañante).

Después del tiempo permitido para el duelo normal, se hace evidente que el aislamiento social cada vez es mayor, con pérdida persistente de la iniciativa interpersonal. También se debe pensar en un duelo patológico cuando los síntomas de la persona fallecida aparecen en el doliente como síntomas conversivos, o se convierten en el foco de molestias hipocondriacas, opacando todas las demás manifestaciones de duelo. Así mismo, debe sospecharse una reacción de duelo no resuelta cuando la persona que ha fallecido es considerada como un santo, sin defectos, y que nunca ocasionó el menor sentimiento de ira, de carga o desacuerdo en el doliente, o por el contrario, cuando el difunto es considerado un completo villano sin remedio. En tales casos el doliente suele albergar sentimientos intensos en conflicto con los sentimientos expresados al exterior, y existe temor de que al ser descubiertos inmovilicen el proceso de duelo. El resultado del duelo persistente puede ser la tristeza prolongada, el aislamiento social, los síntomas orgánicos y la incapacidad para funcionar. A menudo son de gran alivio algunas sesiones psiquiátricas encaminadas a ayudar a que el paciente manifieste sus sentimientos, para que el proceso de duelo pueda completarse.

AYUDANDO AL DOLIENTE

Los dolientes tienden a separarse de la sociedad. Su presencia es dolorosa para muchos de sus allegados, y es muy frecuente que se intente silenciar, impedir o detener sus manifestaciones de duelo. Sin embargo, resulta indispensable permitir que el doliente exprese sus sentimientos. Lo más importante es evitar las maniobras que niegan la reacción de duelo como los "clichés" ("es la voluntad de Dios"), los intentos de distracción ("después de todo, tienen otros tres hijos", o "por lo menos puedes usar tus brazos"), y las exhortaciones francas para detener el duelo ("anímate, la vida debe continuar").

El ver el cuerpo del difunto facilita el duelo, quizá al establecer el aspecto irrevocable de la muerte.¹ Es útil permitir a los familiares expresar sus sentimientos y recordarles que el duelo es un proceso normal. El recuerdo gentil de los últimos días de vida de la persona fallecida, sus últimas conversaciones, las últimas palabras intercambiadas y el hablar sobre el estilo de vida del difunto ayudan a iniciar el duelo. Lo más difícil de recordar, y que obstaculiza el duelo, son las interacciones hostiles con el difunto y cualquier otra interacción que haga que el doliente se sienta culpable. Mientras más negativas sean estas interacciones mayor tiempo tardará poder recordarlas y discutir las.

La presencia significa más que las palabras. Son muy valiosas las personas que pueden mantener la calma y la actitud de resignación en presencia del llanto, la ira o la amargura del doliente. Una mano en el hombro puede ser precisamente lo que se necesita. Ayudar al doliente a completar los recuerdos del

ser querido también facilita la reacción de duelo. A este respecto son útiles las viejas cartas y los álbumes fotográficos. La paciencia es esencial, ya que muchas amistades desaparecen de la escena en las dos semanas que siguen a la pérdida. Los aniversarios son fechas cruciales en el proceso de duelo y las atenciones especiales a los dolientes en estos días son un elemento básico en su atención.

El retorno a las actividades es un rasgo fundamental en el proceso de recuperación, en vista de que permite que el doliente vuelva a ponerse en contacto con sus compañeros de trabajo. Además, los efectos terapéuticos del trabajo sobre la autoestima desempeñan una parte importante en la resolución del componente narcisista en respuesta a la pérdida. La mayoría de los dolientes se benefician de regresar al trabajo entre dos y cuatro semanas después del fallecimiento de un ser querido.

Los grupos de ayuda mutua son muy importantes y eficaces, ya que permiten la expresión de las emociones, demuestran que la reacción de duelo es universal, y proporcionan la compasión y el respeto necesarios para reconstruir la autoestima. En esta situación pueden ser útiles los libros que recuerdan experiencias como la pérdida del cónyuge o los que ofrecen instrucciones al cónyuge o a sus hijos supervivientes.

TIPOS ESPECIFICOS DE PERDIDA

Cada tipo de pérdida implica un reto diferente para el doliente, y para cada tipo se cuenta con literatura específica que puede ser útil.⁶ La pérdida de un padre para un adulto, aunque de ocurrencia universal, no es trivial, y la pérdida del segundo padre puede dejar un sentimiento desesperanzado de soledad y vulnerabilidad. La pérdida de un padre en un niño causa la preocupación adicional para los supervivientes adultos de la responsabilidad de atención del niño, y el duelo en un niño es un proceso más complejo que en un adulto.⁷ Por ejemplo, el niño debe adaptarse a la sustitución paternal, a la tensión del otro padre por la responsabilidad de criar solo al niño, a la pérdida de un modelo de sexo o al remplazo del padre difunto por el matrimonio y competencia por afecto del padre superviviente. Sin embargo, los estudios de niños de familias estables han dado resultados optimistas: ocho semanas después de la muerte de un padre, los niños entre cinco y 12 años de edad eran semejantes a niños que no habían sufrido esa pérdida respecto a comportamiento escolar, interés escolar, desenvolvimiento, capacidad para disfrutar y autoestima.⁸

Existen pocas investigaciones sobre la muerte de un hermano, pero los datos disponibles indican que la muerte de un hermano fuerza a los hermanos supervivientes a reorganizar sus roles y relaciones entre sí y con los padres.⁶

La pérdida del cónyuge, considerada como la pérdida más estresante de todas las que ocurren durante la vida,⁹ es más dañina para los varones que para las mujeres y aumenta la morbilidad en los ancianos.¹⁰ El cónyuge superviviente se queda solo, con la responsabilidad de los hijos, finanzas, planeación, ante una posible pérdida de ingresos, y forzado a enfrentarse a un cambio de rol social en la comunidad.

Cada año alrededor de 800,000 padres pierden un hijo menor de 25 años y muchos de estos padres sienten que esta pérdida, que es contraria a las expectativas naturales de la vida, es la más difícil posible. Para un padre, la muerte de un hijo puede percibirse como la muerte del yo idealizado y de la esperanza de felicidad futura.¹¹

La muerte súbita, como las que ocurren en los servicios de urgencia, al nacer, la muerte súbita en la infancia, las defunciones accidentales o traumáticas, el paro cardíaco o la muerte durante o después de una cirugía, producen un impacto intenso y único en los supervivientes. El choque emocional se intensifica en forma notable. Es probable que el sentimiento de culpa represente un problema mucho más serio que las defunciones no súbitas, en vista de la falta total de preparación. La violencia o la desfiguración del ser querido intensifican aún más los sentimientos del doliente.

Las reglas generales de ayuda al doliente también son aplicables en este momento, pero hay que destacar ciertos hechos. Debe ofrecerse la oportunidad de observar el cadáver a los familiares, incluso estando mutilado; si la mutilación es grave, debe advertirse a los familiares. La necesidad de ver el cadáver, como ayuda del proceso normal de duelo, es mayor cuando la muerte es súbita.

El suicidio es una forma especialmente difícil de perder a un ser querido. El doliente suele sentirse abandonado y rechazado, y experimenta enojo o, si la relación ha sido hostil y difícil, inquietud y falta de alivio. El doliente busca en su memoria acciones que pudieran haber causado o prevenido el suicidio. La culpa es una consecuencia inevitable, e incluso los conocidos casuales se preguntan que pudieron hacer para contribuir a la muerte. La vergüenza puede evitar el contacto con otras personas, falsear el hecho como un accidente o no desear que otros sepan que ha fallecido un miembro de la familia. Puede buscarse un chivo expiatorio, como el terapeuta del difunto, el cónyuge, el jefe, el trabajo o el examinador médico que determinó que la muerte fue por suicidio.

La pérdida por homicidio también produce reacciones intensas de dolor.¹³ Es inevitable el recordar aspectos sobre la muerte violenta. Los supervivientes tienden a evitar los sitios asociados con la muerte y no ven las noticias de televisión por no escuchar reportes de violencia. La ira y el deseo de venganza pueden ser muy molestas para el doliente, si se inhiben, o para los que le rodean si se expresan en forma excesiva. Los niños que presencian el asesinato de un padre por el otro sufren por recuerdos traumáticos y dañinos de ambos padres, tienen conflictos graves de lealtad y requieren del secreto por la naturaleza estigmática de su pérdida. En forma inadvertida se vuelven víctimas del suceso y están en riesgo de perpetuar un ciclo de violencia intergeneracional.^{14,15}

Otras características esenciales del cuidado de los dolientes son la paciencia y gentileza durante la reacción prolongada de choque emocional y embotamiento de la familia. Las actitudes de bondad pueden ser los únicos medios de comunicarse al principio. Resulta útil llevar a la familia a una habitación tranquila, con asientos cómodos y bebidas, asegurándose que se incluyan todos los miembros posibles, que todos sean útiles y permitan sentar las bases para el diálogo.

Después de comunicar la noticia del deceso, el médico debe ser capaz de reunir a la familia e iniciar el diálogo, ofreciendo proporcionar todos los detalles posibles. El trabajo en equipo suele ser necesario para tener a todos los familiares presentes, sentados con bebidas y ceniceros, así como todas las comodidades posibles. Los supervivientes se beneficiarán si se les pregunta de manera amable acerca de las últimas horas del familiar que ha fallecido: ¿Hubo algunos síntomas prodrómicos? ¿Alguna premonición? ¿Quién vio a la persona por última vez? Las familias que no deseen discutir estas preguntas cruciales en estos momentos, no deben ser forzadas.

Un sacerdote, una enfermera o algún otro miembro del personal con capacidad de consejero, presente en el momento en que el médico comunica las malas noticias, pueden ser capaces de resolver las situaciones difíciles que aparezcan. Los miembros de la familia y otras personas allegadas (como el médico familiar o el sacerdote) que no estén presentes, deben ser localizadas, pidiéndoles que acudan al hospital cuando se considere apropiado. Aun cuando la familia esté demasiado agitada para sentarse o participar en cualquier clase de diálogo, resulta importante dejarles un teléfono al que pudieran comunicarse con el hospital, en caso de surgir preguntas.

MEDICAMENTOS Y DUELO

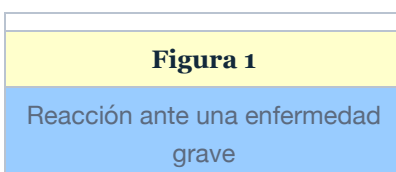
¿Es diferente el duelo de la depresión? Los médicos suelen ser reacios a usar antidepresivos para el duelo, por lo menos durante los primeros tres a seis meses. Casi no existen estudios al respecto, y se requieren más. Sin embargo, en un estudio abierto se administró nortriptilina en dosis suficientes para mantener concentraciones terapéuticas en plasma a 13 pacientes con diagnóstico de depresión según los *Research Diagnostic Criteria*. El tiempo promedio desde la pérdida del cónyuge fue de 11.9 meses. Existió mejoría importante en los síntomas depresivos, el grado de función, el apoyo social y el deterioro físico. Solo las medidas de intensidad del duelo no mejoraron durante las seis semanas de intervalo de tratamiento.¹⁶ Cuando se estudiaron como parte de una investigación extensa sobre la evolución temporal de la intensidad del duelo y de los síntomas depresivos asociados con la pérdida tardía del cónyuge, las calificaciones para la intensidad del duelo cambiaron mucho menos que los síntomas depresivos en supervivientes con y sin depresión mayor.¹⁷ Por lo tanto, el duelo persistente puede ser un proceso independiente. Cuando existe depresión mayor, ésta debe tratarse como un aspecto comórbido del duelo.

Enfermedad aguda: una pérdida única

Cualquier enfermedad causa cierta pérdida en el paciente. El diagnóstico en sí, sin cambios en los síntomas subjetivos, puede ocasionar un sentimiento de pérdida. Parte de la persona ha cambiado o se ha ido. Es típico que el paciente refiera: "Consideraba la salud como segura hasta que supe que tenía diabetes. Ahora debo vigilar mi dieta y preocuparme por mi visión, mis riñones y mi corazón."

Las reacciones emocionales producidas por un infarto agudo del miocardio pueden servir de ejemplo

para explicar las reacciones de una persona que ha sufrido una pérdida física. En una serie de 149 pacientes de una unidad coronaria, cuyos problemas emocionales fueron lo suficientemente graves como para requerir una consulta psiquiátrica, éstos se originaron en los primeros dos días por el miedo y la ansiedad. En general, los pacientes mostraban una secuencia de emociones que iniciaba con ansiedad, continuaba con negación (durante la cual muchos pacientes solicitaban su alta voluntaria) y finalizaba en depresión, que en muchas ocasiones persistía. Un grupo final de problemas, que se relacionaba con trastornos de la personalidad o dependencia, redondeaba la secuencia enunciada [ver figura 1].¹⁸



En esencia, este modelo teórico de reacciones emotivas sugiere que el problema más frecuente con el que el paciente se enfrenta inmediatamente después de su ingreso a un hospital, es el miedo. El paciente teme la proximidad de la muerte, la presencia o reaparición del dolor o la disnea, o cualquier otra cosa, a veces vaga, pero ominosa, que ponga en peligro su bienestar. Conforme los síntomas iniciales se estabilizan o desaparecen, el paciente tiende a creer que los síntomas iniciales fueron solamente una falsa alarma, y en algunos casos insiste en ser egresado del hospital. Más tarde, cuando las pruebas diagnósticas confirman la existencia de un infarto agudo del miocardio, el paciente se enfrenta nuevamente con la realidad y se desmoraliza. Conforme el tiempo de hospitalización transcurre, cualquier otro trastorno de la personalidad (como la agresión pasiva, por ejemplo), complica aún más las interacciones del paciente con el personal del hospital. Esta secuencia, consistente en aparición súbita de la enfermedad, temor, estabilización, negación, confirmación del diagnóstico y depresión, constituye un buen patrón de comparación para evaluar el estado mental de cualquier enfermo que es hospitalizado por alguna enfermedad grave.

TEMOR Y ANSIEDAD

La depresión y la ansiedad son las reacciones emocionales más frecuentes hacia la enfermedad. El pánico distorsiona la personalidad como ninguna otra cosa puede hacerlo. Los temores visten muchos disfraces. De hecho, cuando un paciente es incapaz de aceptar la hospitalización en su primer día, el motivo de fondo suele ser el miedo. Sin embargo, si este comportamiento difícil continúa durante los siguientes cuatro o cinco días (en ausencia de algún factor nuevo que desencadene miedo), la causa más probable se encuentra en la personalidad del paciente. La conducta muy comunicativa o el mutismo son signos típicos de temor durante la fase aguda.

El miedo y la ansiedad pueden tratarse con medicamentos, con el diálogo tranquilo para restablecer la seguridad, o con ambos procedimientos. Por lo general los medicamentos más empleados son los tranquilizantes menores.

Para el paciente ansioso, la explicación y el apoyo pueden ser más eficaces que los medicamentos. Cuando el médico percibe el miedo en el paciente, puede asumir con seguridad que este último percibe su enfermedad como una amenaza grave a su bienestar. Esta amenaza se basa en los conocimientos previos del paciente acerca de la enfermedad. Por lo tanto, el médico debe dirigir su interrogatorio a descubrir las causas del miedo y los conceptos erróneos; por ejemplo: "¿conoce a alguna otra persona con estos síntomas (ataque cardíaco, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], u otro)? " Si algún miembro de su familia murió por la misma causa, la edad en el momento de dicha muerte puede contribuir a los temores del paciente de sufrir el mismo destino.

Una vez que se han corregido los falsos conceptos, es importante destacar los aspectos positivos en el plan de tratamiento: la cicatrización completa del miocardio ocurre en cinco a seis semanas, podrá reincorporarse a sus actividades normales, se le colocará en un programa de ejercicio, etc. Aun cuando el pronóstico sea grave, como en el SIDA, es de gran utilidad exponer con calma el tratamiento planeado para contrarrestar y detener el padecimiento.

Mientras peor sea el pronóstico, más importante será definir los temores del paciente, para darle las respuestas correspondientes (por ejemplo: "los medicamentos podrán controlar el dolor"). No es recomendable dar respuestas falsas, puesto que le restan credibilidad al médico y con ella, la capacidad de tranquilizar al paciente conforme la enfermedad progresa.

NEGACION

La negación es un mecanismo de defensa común en toda persona con una enfermedad aguda. La capacidad de minimizar o de negar completamente las implicaciones amenazadoras de la enfermedad ("no hay por qué preocuparse; pronto estaré bien") es esencial para el control del pánico. Cuando éste se instala, la negación ha fracasado, y el paciente desea huir. La razón más frecuente por la que los pacientes graves insisten en ser egresados del hospital es el pánico. Aunque puede ocurrir que el paciente no esté tomando muy en cuenta su enfermedad, los intentos de salir del hospital deben considerarse una reacción de pánico. Este acto, lejos de significar "deseo morir", refleja la convicción del paciente: "moriré si no logro salir de aquí".

La misma desesperación del paciente lo hace antagonizar los esfuerzos por retenerlo. Por lo tanto, es necesario plantear el problema con calma y cuidado. Por ejemplo, el médico, sentado si es posible, puede empezar diciendo: "Sr. Jordán, no estoy aquí para forzarlo a hacer algo que usted no desee; sólo le pido que me escuche". Después debe decirle la verdad (que está gravemente enfermo) utilizando términos directos e infundiéndole confianza. Para controlar el pánico, lo más importante es explicarle que su enfermedad puede tratarse: "Su corazón está enfermo, y requiere vigilarse cuidadosamente para evitar mayor daño y riesgos. Se parece al cemento fresco: al principio cualquier persona puede introducir sus dedos en él, pero conforme endurece, es capaz de soportar todo un edificio. Lo mismo sucederá con el músculo de su corazón, si usted le da la oportunidad de que se reponga".

Conforme el paciente se tranquiliza, se pueden atender otros aspectos que ayuden a disminuir sus temores. Sus familiares deben participar y mantenerse informados. Sin embargo, todo paciente ansioso, aun cuando se haya tranquilizado, deberá recibir tratamiento farmacológico, puesto que no permanecerá tranquilo por mucho tiempo.

DESESPERANZA

La desesperanza en una enfermedad aguda se comprende mejor cuando se le mira como el daño causado por la enfermedad a la autoestima del paciente. De hecho, la mente parece sufrir en sí misma cierto daño, y aun cuando la recuperación del órgano sea completa, en general la mente tarda más tiempo en recuperarse.

La desesperanza (una mezcla de temor, amargura y pérdida de interés) crea en el yo una imagen de ruptura, ruinas y cicatrices. Peligran el trabajo y las relaciones personales. Parece muy tarde para realizar los proyectos y esperanzas. El paciente se enfrenta a disgusto tanto con lo que ha hecho como con lo que ha dejado de hacer. Se siente viejo y fracasado en la vida.

El médico probablemente sienta que el paciente está deprimido, porque la desesperanza es un sentimiento contagioso. A veces es útil interrogarlo directamente acerca de la depresión: "Parece usted un poco triste; cuénteme qué ha estado pensando", y es muy probable que el paciente responda con sentimientos semejantes a los enunciados en el párrafo anterior. En estos casos, debe decirse al paciente que tales sentimientos son parte normal de cualquier enfermedad grave, y que no significan que esté viejo o sea diferente a los demás. También hay que recordarles a todos los pacientes, aún a aquellos que niegan sentimientos depresivos, que es normal sentirse "con el ánimo por los suelos" de vez en cuando durante la lucha contra cualquier enfermedad, pero que dichos sentimientos se limitan con el tiempo. Cuando el paciente manifiesta este tipo de sentimientos, aun en los primeros días de la enfermedad, es muy útil que el médico platique con él acerca de los planes futuros para su rehabilitación [*ver adelante*, Post-hospitalización: prevención de la invalidez emocional], ya que todo esto ayuda a poner la enfermedad en perspectiva.

RASGOS INTERPERSONALES

Las personas seriamente enfermas comparten objetivos mutuos con el médico: alivio del sufrimiento y, hasta lo posible, restablecimiento de la salud. Las complicaciones introducidas por el tipo de personalidad (v.gr., pasiva, histérica, obsesiva, dependiente) son el resultado de problemas pasados, como los conflictos con los padres, y como consecuencia distraen al paciente y al médico del problema médico inmediato.

El médico ya tiene suficiente trabajo con el cuidado de la enfermedad orgánica y de sus consecuencias emocionales normales en el paciente (miedo, ira, desaliento), sin intentar alterar su personalidad. Si el

dedicar un tiempo razonable y las técnicas simples descritas (ver adelante) no son suficientes, es mejor dejar la atención adicional en manos de un psiquiatra interconsultante.

Posthospitalización: prevención de la invalidez emocional

La prevención de la invalidez emocional en toda persona que sale de un hospital, ya sea un paciente con un infarto agudo del miocardio no complicado capaz de volver al trabajo o un enfisematoso crónico con una pCO_2 de 60, se logra únicamente restableciendo su autoestima. La vía más frecuente para lograr la estabilidad mental suele ser a través de la rehabilitación física, pero incluso cuando no sea posible mejorar las condiciones del cuerpo, la mente puede rehabilitarse.

DEPRESION AL REGRESAR A CASA

El regreso a casa es una dura y desagradable experiencia para el paciente. Significa que la enfermedad ha causado lesiones, que el tratamiento agudo se ha completado, y que los profesionales de la salud se encuentran lejos. Débil, ansioso y desmoralizado, el paciente experimenta la depresión del regreso a casa.

La debilidad es un problema universal que afecta a cualquier persona que tuvo que permanecer mucho tiempo en cama; de hecho, es el principal y único síntoma del que se quejan los pacientes que sufrieron infartos del miocardio cuando se les visita en su casa.¹⁹ El enfermo atribuye invariablemente su debilidad al daño causado por la enfermedad (al corazón, los pulmones, el hígado, etc.). Sin embargo, la debilidad se debe en gran parte a la atrofia muscular y a los efectos generales de la inmovilización.

El reposo en cama incluye entre sus efectos dañinos la estasis venosa con riesgo de flebitis y embolias, la hipotensión ortostática, un aumento progresivo de la frecuencia cardíaca en reposo, pérdida del 10 al 15% de la fuerza muscular por semana (por atrofia) y disminución del 20 al 25% de la capacidad máxima de consumo de oxígeno en un lapso de tres semanas. Estos efectos fueron claramente ilustrados por un estudio²⁰ realizado en cinco alumnos de preparatoria en buen estado de salud (tres con vida sedentaria y dos atletas bien entrenados), quienes después de ser estudiados en el laboratorio fueron sometidos a reposo en cama durante tres semanas. Los resultados mostraron que mientras mejor era la condición inicial de salud, más prolongado resultaba el tiempo de recuperación de la fuerza al nivel original.

El temor es un huésped indeseable y omnipresente después de egresar de un hospital. La más pequeña sensación corporal, especialmente en el sitio del órgano enfermo, se interpreta como un signo que anuncia lo peor: recurrencia (infarto del miocardio, neoplasias, hemorragia gastrointestinal, perforación intestinal, etc.) diseminación metastásica, una nueva infección o algún otro desastre que vendrá a lisiar aún más a la persona. La mayoría de los síntomas que afligen a los pacientes después de su salida del hospital son tan triviales que pasarían inadvertidos antes de haber sufrido enfermedad. Sin embargo, en esta situación el paciente se encuentra atemorizado y cualquier síntoma leve, pero atípico, se interpreta como una amenaza. Cuando finalmente desaparece, el paciente puede sentirse tonto e incluso

disgustado, por estarse volviendo "hipocondriaco".

Es útil para el paciente saber que tal hipersensibilidad de las sensaciones corporales es frecuente, normal y autolimitada. El tiempo en que desaparece es variable; por ejemplo, un paciente con un infarto agudo del miocardio no complicado requiere de dos a seis meses antes de que desaparezcan sus temores (es mucho más lento que la recuperación del miocardio en sí). Con medidas específicas, es posible reducir este tiempo.

El estado mental de un paciente, ya sea que pueda mejorar sus funciones orgánicas, como su consumo de oxígeno (por ejemplo, un paciente con infarto agudo del miocardio o que presentó hemorragia gastrointestinal), o que no pueda lograrlo (una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica), es básicamente el mismo; es decir, prevalece la sensación de encontrarse preso en un cuerpo dañado que no podrá mantener las actividades cotidianas de una vida aceptable. Es común que el paciente sienta que aunque se haya controlado la enfermedad, o cuando menos el brote agudo, sus efectos han sido devastadores e incapacitantes. Sus horizontes se empequeñecen tanto que el paciente se siente literalmente incapaz o con miedo de abandonar su casa, caminar sólo a través del cuarto, o alejarse del teléfono. Más aún, si se les pregunta acerca de sus actividades cotidianas (caminar, andar en bicicleta, barrer las hojas del jardín), pueden considerarlas demasiado cansadas o peligrosas.

PROGRAMAS DE EJERCICIO

El mejor antídoto para la opresión psicológica es un programa que promueva la movilización temprana y progresiva en el hospital, y un programa de ejercicio después del egreso. El médico puede ser precavido o temeroso al prescribir un programa de ejercicio a una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que tiene disnea al caminar a un ritmo normal. Sin embargo, se realizó un estudio en cinco de este tipo de enfermos, midiendo la función pulmonar y realizando cateterismo cardíaco de cavidades derechas antes y después de un programa de ejercicio de 18 semanas de duración.²¹ Aunque las funciones cardiopulmonares no mostraron una mejoría notable por el entrenamiento, los pacientes informaron una gran mejoría, subjetiva y objetiva, en la tolerancia al ejercicio en bicicleta (hasta del 1,000 por ciento). Se alivió drásticamente el sentimiento autoimpuesto de limitación (por ejemplo, el de mantenerse unido a un tanque de oxígeno).

La prescripción racional de los programas de ejercicio en el periodo de recuperación han sido reforzados en gran medida por el uso de unidades de consumo energético denominadas equivalente metabólico (MET).¹⁵ Un MET se define como el consumo de energía por kilogramo en reposo, equivalente a aproximadamente 3.5 ml O₂/kg de peso corporal/min. El paciente puede recibir una lista del consumo metabólico de diversas actividades y puede indicársele que seleccione aquellas actividades que no excedan un nivel específico de METs. Tal enfoque resulta más concreto que afirmaciones como "utilice su propio criterio" y proporciona guías más seguras. El médico puede aumentar en forma gradual los niveles de actividad, si lo considera apropiado. Sin embargo, el paciente debe recordar que la relación emocional excesiva implica costos metabólicos adicionales. Por ejemplo, puede indicarse al paciente: "su

nivel de actividad aumentará a 5 METs. A este nivel su organismo es capaz de realizar las siguientes actividades. Es mejor que lleve a cabo las actividades que más le gustan, pero recuerde que si se altera emocionalmente o si actúa en forma competitiva durante la actividad aumentará mucho el costo energético de su organismo. Si se altera demasiado cuando realiza actividades, deberá reducir su programa de ejercicio; usted es el único que puede decidir que ha realizado suficiente ejercicio".

Si el paciente está limitado por un volumen respiratorio máximo de 13 L/min, el programa de ejercicio no aumentará este volumen, pero sí lo ayudará a observar que aún dentro de este límite puede incrementarse la tolerancia al ejercicio y la distancia ambulatoria (o distancia que el paciente puede separarse de la fuente de oxígeno), lo que a su vez aumentará la sensación de libertad.

Algunos pacientes sufren de enfermedades en las que las reservas oscilan (el paciente con cáncer que tiene remisiones y exacerbaciones, los pacientes con anemia aplásica entre transfusiones). Estos pacientes pueden ver su energía vital como una cantidad fija, que la actividad va gastando poco a poco, y por lo tanto, le temen. Los efectos psicológicos benéficos del ejercicio pueden producir una sensación de vitalidad renovada, más que de depleción o agotamiento. También son efectos comunes la mejoría en el sueño y en el apetito.

Sin embargo, en los pacientes en los que el hematocrito descende o el nitrógeno de urea en sangre (BUN) aumenta, la capacidad para el ejercicio disminuye. En estos casos, se puede emplear una frecuencia cardíaca fija como límite del ejercicio (la alcanzada previamente durante el nivel prescrito de METs), o disminuir el tiempo y/o la distancia del ejercicio. Si en un paciente la insuficiencia cardíaca empeora, el enfermo puede limitarse a ir al gimnasio, ponerse su traje de ejercicio y, en lugar de realizar su rutina, sentarse a platicar con sus compañeros y después regresar a casa.

MÉTODOS DE RELAJACIÓN

Ciertos métodos de relajación como la meditación, la modificación del comportamiento y las técnicas de biorretroalimentación²² pueden ser útiles en la recuperación del paciente con enfermedades graves, en particular cuando el médico (y el enfermo) consideran que el estilo de vida contribuye a la enfermedad. Instruir al enfermo en técnicas de relajación o de relajación muscular progresiva, puede prepararle mejor para contrarrestar las tensiones internas que le producen las situaciones específicas de la vida. Por lo general, esta instrucción comprende tres pasos:

1. El paciente puede identificar las situaciones personales "tóxicas", que incluyen presiones externas: compromisos inaplazables, gritos de niños, tres teléfonos que suenan al mismo tiempo, clientes groseros o exigentes, subordinados incompetentes, llamadas de atención, etc., y tensiones internas y situaciones que las producen: aparición de instintos "asesinos", dolores de cabeza, mal carácter, malestar estomacal, enrojecimiento, ambición, envidia, ira, ansiedad, etc. En primer lugar, el paciente las reconoce e identifica; después se le instruye para que lo haga antes de que aparezcan o en sus primeros momentos.

2. Una vez que el paciente ha aprendido una técnica de relajación, debe practicarla sin presiones externas hasta que se convierta en algo natural. Algunos encuentran útil practicarla regularmente. Un método, por ejemplo, recomienda dos periodos de 20 minutos al día.

3. A la primera indicación de tensiones o presión, se instruye al paciente para que efectúe alguna forma práctica de ejercicio; por ejemplo, respirar profunda y lentamente, al mismo tiempo que se hacen esfuerzos para evitar, reducir o escapar de la situación. Para lograrlo, se pueden utilizar conjuntamente técnicas simples de modificación del comportamiento. Por ejemplo, un ejecutivo se irritaba con frecuencia durante los asuntos competitivos de negocios, desarrollando extrasístoles auriculares prematuras. Después de aprender un ejercicio de relajación que requería respiraciones profundas, se propuso a sí mismo respirar profundamente al menor indicio de enojo, al mismo tiempo que intentaba autocontrolarse. Si su enojo no desaparecía, se decía a sí mismo: "Esto no vale la pena", y suspendía la conversación. En este caso, una nueva señal (respiración profunda) se emplea en respuesta a una señal de tensión (ira), y otra señal (un refrán) se elige para iniciar el comportamiento de fuga de la tensión. Cuando este tercer paso es necesario, muchos pacientes encuentran útil expresar silenciosamente el propósito del ejercicio, por ejemplo: "Mi salud es más importante que esta discusión (rabieta, etc.)ó.

ACTIVIDAD SEXUAL

Después de una enfermedad grave o prolongada, la actividad sexual se ve impedida por múltiples temores del paciente y su cónyuge, pero puede ayudárseles a regresar a su actividad habitual por varios de los métodos ya descritos. El coito requiere normalmente un consumo máximo de energía de 4 a 6 METs durante el orgasmo, que dura menos de 30 segundos; en los periodos previos y posteriores al orgasmo, el consumo energético es de aproximadamente 3.7 METs.²³ Una vez que el paciente es capaz de llegar a este nivel de esfuerzo, debe platicarse con la pareja y explicarle que el retorno a la actividad sexual se ve acompañado normalmente de ansiedad en ambos cónyuges; finalmente, el médico debe preguntarles qué tan intenso juzgan este factor subjetivo.

Si cualquiera de los miembros de la pareja se muestra preocupado, se les pueden sugerir algunas técnicas de terapia sexual, mediante las que se puede reiniciar y lograr, gradualmente, un coito normal. Por ejemplo, la pareja puede reanudar su actividad sexual utilizando técnicas de producción de placer mutuo; por ejemplo, con masaje corporal, evitando el coito. La llegada a éste puede ser parcial: masaje mutuo evitando las áreas genitales hasta que esto pueda hacerse sin miedo; enseguida, se incluyen en el masaje las zonas genitales; después el simulacro de coito normal; y más tarde, el coito completo con el paciente en la posición de menor tensión (habitualmente la supina); finalmente podrán reanudarse las técnicas habituales del coito.

IMPORTANCIA DE RESTABLECER LA FUNCION Y MOVILIDAD

Para la mayoría de las víctimas de una enfermedad, lesión o incapacidad seria, la recuperación emocional de esta pérdida se facilita con el restablecimiento de algunas o todas las actividad normales. En un

estudio de pacientes con infarto al miocardio, el estrés emocional disminuyó solo en el grupo que regresó a trabajar. Esta relación entre el trabajo y el menor estrés persistió después de controlar el periodo de adaptación inicial físico y psicológico, las variables demográficas y los apoyos sociales, y fue real incluso cuando los empleados regresaron a labores que consideraron poco satisfactorias en el momento en que sufrieron el infarto.²⁴

Aunque la prevención secundaria de la enfermedad (reducción de los factores de riesgo) también es indispensable para la recuperación emocional, la sensación de recuperar la confianza en uno mismo depende de muchos factores y es probable que se base principalmente en la capacidad funcional, como regresar al trabajo y a otras actividades habituales.

Un estudio sobre la calidad de vida en un grupo de pacientes que se recuperaba de la amputación de una extremidad inferior destacó la importancia de restablecer la capacidad funcional. Comparando con un grupo control de igual edad y sexo, 130 pacientes amputados reportaron un número significativamente mayor de problemas con la movilización, aislamiento social, letargo, dolor, sueño y trastorno emocional. Sin embargo, después de realizar un análisis de regresión logística, la movilidad fue el único factor independiente que distinguía a los dos grupos.²⁵ Los resultados respecto a aislamiento social y estrés emocional perdieron su significado estadístico después de ajustarlos en función de la capacidad de movilización. Puede concluirse que la principal tarea de la rehabilitación después de la amputación de un miembro inferior es mejorar la movilización.

Pocos tratamientos son tan simples como administrar una actividad física supervisada. Sus resultados pueden ser más dramáticos en los pacientes ancianos. Se ha demostrado que la capacidad de entrenamiento de los ancianos no depende del grado de actividad física que realizaron en la juventud. Además, al envejecer la persona y disminuir su reserva funcional, el grado de aumento en la tolerancia al ejercicio por el entrenamiento se vuelve relativamente mayor.²⁶ No existen evidencias de que el ejercicio inmoderado sea riesgoso para los ancianos. En un estudio, voluntarios nonagenarios, frágiles y que vivían en una institución, presentaron un incremento de 174 por ciento en la resistencia muscular y aumentos muy significativos en la masa muscular y en la velocidad para caminar después de ocho semanas de un programa supervisado de levantamiento de peso con las extremidades inferiores.²⁷ Los investigadores ampliaron su estudio para demostrar, de nuevo en residentes muy ancianos de un asilo, el efecto significativo del entrenamiento con ejercicio de resistencia de alta intensidad para aumentar la resistencia muscular, velocidad de marcha, capacidad para subir escaleras y nivel de actividad física espontánea.²⁸

Pocas lesiones son tan temidas como las de la columna vertebral, y la mortalidad después de una lesión medular puede correlacionarse con los bajos niveles de satisfacción en la vida. Durante un estudio prospectivo de cuatro años sobre los factores que influyeron en la mortalidad en 347 personas con lesión de la médula espinal, los supervivientes habían sido más activos, se habían adaptado mejor, estaban más satisfechos en muchos aspectos de la vida y tenían menos problemas, en especial de tensión emocional, que los pacientes que no sobrevivieron.²⁹ La psicología de la incapacidad es compleja. Mientras más

severa es ésta, más difícil recuperar la confianza en sí mismo. A mayor actividad existe mayor independencia, y este ingrediente parece ser el más importante para recuperar la sensación de control sobre la vida. Si una persona con lesión de la médula espinal puede conseguir y mantener un empleo, el sentimiento de ser una carga para la familia y la sociedad cambiará hacia un sentimiento de tener logros propios.

APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

El apoyo social significa mucho en la lucha de la persona para recuperarse del duelo o la enfermedad grave. En un estudio de seguimiento de un año de duración de pacientes con sufrimiento crónico, se comparó a 233 personas que describieron a su familia como fuente constante de apoyo con 275 que reportaron falta de armonía y de apoyo familiar. El primer grupo de pacientes tenía menos demandas y lesiones relacionadas con el trabajo, dependían menos de los medicamentos, notificaron menos sitios dolorosos, mostraban menos comportamiento de dolor y menos tensión emocional, reportaron dolor de menor intensidad y mayor nivel de actividad, y tenían más probabilidad de trabajar.³⁰

Por lo tanto, a pesar de las pérdidas significativas ya sea de personas amadas o de la salud física, la ayuda y comprensión de otros puede facilitar a las personas a recuperarse, recobrar la confianza y regresar a la actividad funcional, incluyendo al trabajo.

Bibliografía

1. Parkes CM, Weiss RS: Recovery from Bereavement. Basic Books, Inc, New York, 1983
2. Lindemann E: Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatry 101:141, 1944
3. Kaufman IC, Rosenbaum LA: The reaction to separation in infant monkeys: anaclitic depression and conservation-withdrawal. Psychosom Med 29:648, 1976
4. Harlow HF, Harlow MK, Suomi SJ: From thought to therapy: lessons from a primate laboratory. Am Sci 59:538, 1971 [PMID 5004085]
5. Bowlby J: Processes of mourning. Int J Psychoanal 42:317, 1961
6. Bereavement: Reactions, Consequences, and Care. Osterweis M, Solomon F, Green M, Eds. National Academy Press, Washington, DC, 1984

7. Furman E: A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement. Yale University Press, New Haven, Connecticut, 1974
8. Fristad MA, Jedel R, Weller RA, et al: Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *Am J Psychiatry* 150:511, 1993 [PMID 8434672]
9. Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale. *J Psychosomatic Res* 11:213, 1967
10. Rogers MP, Reich P: On the health consequences of bereavement (editorial). *N Engl J Med* 319:510, 1988
11. Cassem EH: The person confronting death. *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Nicholi AM, Ed. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, 1988, p 728
12. Ness DE, Pfeffer CR: Sequelae of bereavement resulting from suicide. *Am J Psychiatry* 147:279, 1990
13. Rynearson EK, McCreery JM: Bereavement after homicide: a synergism of trauma and loss. *Am J Psychiatry* 150:258, 1993 [PMID 8422076]
14. Black D, Kaplan T: Father kills mother: issues and problems encountered by a child psychiatric team. *Br J Psychiatry* 153:624, 1989
15. McCune N, Donnelly P: Child surviving parental murder (letter). *Br J Psychiatry* 154:889, 1989
16. Pasternak RE, Reynolds CF III, Schlernitzauer M, et al: Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry* 52:307, 1991
17. Pasternak RE, Reynolds CF III, Frank E, et al: The temporal course of depressive symptoms and grief intensity in late-life spousal bereavement. *Depression* 1: 45, 1993
18. Cassem NH, Hackett TP: Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med* 75:9, 1971
19. Wishnie HA, Hackett TP, Cassem NH: Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. *JAMA* 215:1292, 1971 [PMID 5107558]
20. Saltin B, Blomqvist G, Mitchell JH, et al: Response to exercise after bed rest and after training. *Circulation* 38(suppl 7):1, 1968
21. Alpert JS, Bass H, Szucs MM, et al: Effects of physical training on hemodynamics and pulmonary function at rest and during exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 66:647, 1974 [PMID 4426197]

22. Adler CS, Adler SM: Biofeedback. The Psychiatric Therapies. Karasu TB, Ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1984, p 587
23. Green AW: Sexual activity and the postmyocardial infarction patient. Am Heart J 89:246, 1975
24. Rost K, Smith GR: Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. Arch Intern Med 152:381, 1992 [PMID 1739370]
25. Pell JP, Donnan PT, Fowkes FG, et al: Quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial disease. Eur J Vasc Surg 7:448, 1993 [PMID 8359304]
26. Larson EB, Bruce RA: Exercise and aging (editorial). Ann Intern Med 105:783, 1986 [PMID 3767154]
27. Fiatarone MA, Marks EC, Ryan ND, et al: High-intensity strength training in nonagenarians. JAMA 263:3029, 1990 [PMID 2342214]
28. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, et al: Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. N Engl J Med 330:1769, 1994 [PMID 8190152]
29. Krause JS, Kjorsvig JM: Mortality after spinal cord injury: a four-year prospective study. Arch Phys Med Rehabil 73:558, 1992 [PMID 1622305]
30. Jamison RN, Virts KL: The influence of family support on chronic pain. Behav Res Ther 28:283, 1990

Figuras

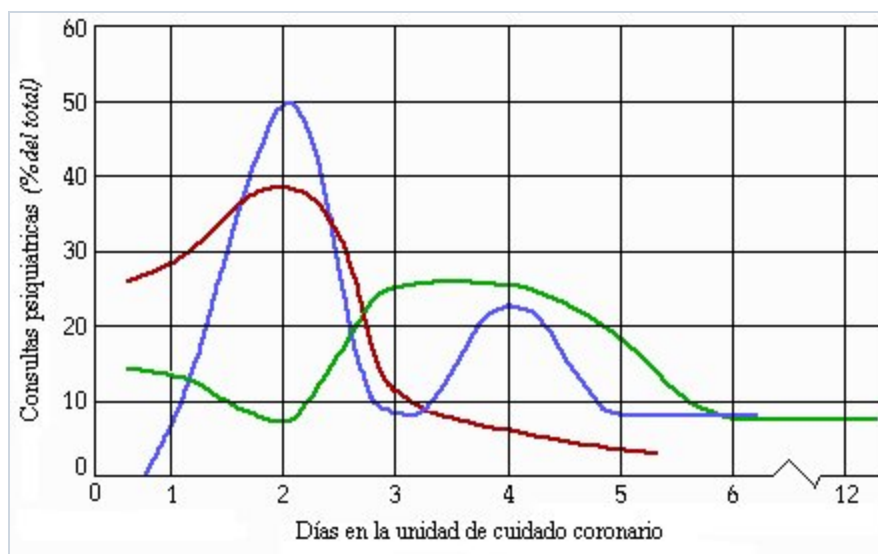


Figura 1 Reacción ante una enfermedad grave La reacción hacia una enfermedad grave sigue generalmente un curso predecible: ansiedad (línea roja), seguida por negación (línea azul), que a su vez es remplazada por depresión (línea verde). Esta secuencia natural explica porqué el 70% de todas las consultas psiquiátricas por ansiedad en un grupo de 149 pacientes de una unidad de cuidados coronarios, tuvo lugar en los días 1 y 2. El 50 por ciento de las consultas por negación ocurrió en el día 2. El pico de las consultas por depresión fue más tardío, en los días 3 y 4, después de que las consultas por ansiedad y negación habían disminuido en frecuencia.