



Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.

“PSICODERMATOLOGÍA EN  
CUIDADOS PALIATIVOS”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN  
CUIDADOS PALIATIVOS QUE PRESENTA:



DRA. MIRELLA GUZMÁN ELGUERO

Generación 2011 - 2012

México, D. F., Septiembre de 2011.

Por medio de la presente informo que revisé y aprobé la Tesina que presentó la Dra. Mirella Guzmán Elguero, integrante de la Generación 2011 – 2012.

El nombre de la Tesina es

“PSICODERMATOLOGÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS”.

Atentamente

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE

Presidente de la A.M.T.A.C.

Asesor de Tesina

Quiero que me oigas sin juzgarme.  
Quiero que opines sin aconsejarme.  
Quiero que confíes en mí sin exigirme.  
Quiero que me ayudes sin intentar decidir por mí.  
Quiero que me cuides sin anularme.  
Quiero que me mires sin proyectar tus cosas en mí.  
Quiero que me abracés sin asfixiarme.  
Quiero que me animes sin empujarme.  
Quiero que me sostengas sin hacerte cargo de mí.  
Quiero que me protejas sin mentiras.  
Quiero que te acerques sin invadirme.  
Quiero que conozcas las cosas mías que más te disgusten.  
Quiero que las aceptes y no pretendas cambiarlas.  
Quiero que sepas ... que hoy puedes contar conmigo ... sin condiciones.

*Jorge Bucay*

# "PSICODERMATOLOGÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS"

## C O N T E N I D O :

- I. DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.
- II. PRESENTACIÓN.
- III. JUSTIFICACIÓN.
- IV. ALCANCES E IMPACTO.
- V. TÉRMINOS ASOCIADOS.
- VI. ENTENDIENDO LOS CAMBIOS QUE OCURREN.
- VII. BREVE REVISIÓN DE LAS DERMATOSIS COMUNES  
EN EL PACIENTE TERMINAL.
- VIII. CONCLUSIONES.
- IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

## I) DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.

*“Cuando mi voz calle con la muerte,  
mi corazón te seguirá hablando.”*

*Rabindranath Tagore*

*IN MEMORIAM.* - A mi Padre, el Profesor José Guzmán Sosa, ejemplo de rectitud, disciplina, dedicación y honestidad. A mi Madre, la Profesora Consuelo Elguero Galindo, ejemplo de entereza, integridad, perseverancia y dignidad; ambos, guías de múltiples generaciones de niños ávidos de conocimientos. A ellos porque, sin yo saberlo, ya me estaban mostrando la esencia y la importancia del caminar juntos por la vida y la valía del Ser Humano total en nuestra ruta por el mundo. Donde sea que estén, los tengo en mi corazón y en mi pensamiento, algún día volveremos a encontrarnos.

Al Dr. José Luis Márquez Novia, por su amor y dedicación tan grandes a la noble profesión de la Medicina, por esa discreción y prudencia con que debe actuarse ante el dolor y la enfermedad, por ofrecer esa mano cálida y firme que dá la seguridad de ser entendido y sostenido, por el solo hecho de haber estado ahí, cuando más necesité su presencia, sus palabras de aliento, su apoyo y su sonrisa. Donde esté, tiene consigo mi respeto, mi admiración y mi agradecimiento. Fue un privilegio y una invaluable experiencia ser su Compañera hasta el final de su camino.

A todos y cada uno de mis Compañeros del Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Zona No. 76 del IMSS (de San Pedro Xalostoc, Estado de México), incluyendo a los que por alguna razón ya se han marchado y a los que siguen presentes; por enseñarme lo que no sabía y por disipar mis dudas cuando se los pedí, por sus comentarios y las horas de convivencia y buen humor, por su firmeza y objetividad en el momento crucial al tomar decisiones, por su claridad y mesura para con los Pacientes.

A todos y cada uno de esos grandes Maestros que me han brindado tantas lecciones de humanidad: mis Pacientes, de Consulta y de Hospital, por compartirme el lado humano, vulnerable, frágil y apenas perceptible de la Ciencia, donde se vislumbra la sutil línea que separa a la vida de la muerte, en lo etéreo del sufrimiento y lo tangible del desenlace inminente, por hacerme partícipe de esa indescriptible experiencia que sólo quien llega al final percibe, por buscar con ferviente deseo el apoyo que un igual puede dar, por demostrarme que el pedir no es sinónimo de flaqueza, sino de humildad y de franqueza, porque cada momento con ellos es una gran oportunidad de aprendizaje para mí.

*“Las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma”.*

*Julio Cortázar*

## II) PRESENTACIÓN.

*“Si la pasión y la locura no pasaran alguna vez por las almas...*

*¿qué valdría la vida?”.*

*Jacinto Benavente*

El presente trabajo tiene la intención de revisar brevemente las alteraciones más frecuentes de la Piel en Enfermos Terminales, en función de su frecuencia y modo de presentación, el que muchas veces resulta aparatoso y por ello ocasiona un gran impacto en quienes rodean, visitan o atienden al Paciente. Este impacto puede manifestarse como miedo, curiosidad, compasión, morbo, dolor y hasta en rechazo, por lo que es vital y trascendente informar y concientizar a la Familia y al Equipo de Salud sobre todos estos aspectos. La Piel es, además, el escenario donde podemos expresar emoción, sentimientos, tensiones y vivencias

La Piel es el órgano más grande en extensión del cuerpo humano, nos relaciona con los demás y nos presenta ante nuestros semejantes; su modificación o alteración puede causar una interacción negativa cuando está transcurriendo una Enfermedad en Fase Terminal. Los desórdenes internos (diabetes, enfermedades del hígado o del riñón, por ejemplo) y la suma de cuadros clínicos no originados en la Piel (infecciones de tejidos blandos o la presencia de estomas y fístulas de aparición espontánea o hechos por el Cirujano, como medidas adyuvantes en el manejo del Enfermo) pueden ocasionar emociones negativas. Tampoco debemos pasar por alto la existencia conjunta, aislada o simultánea y algunas veces, sin explicación lógica o cronológica, de circunstancias no sistematizadas.

Conforme se vayan revisando las entidades clínicas, se entenderá mejor y se dará la importancia que merece a estos aspectos.

Se puntualizan a continuación las razones por las que se asocian la Dermatología y la Psiquiatría, además de la Psicología, pues una persona no puede existir sin emociones ni sus manifestaciones, entre las que la Piel es el órgano blanco:

- Existen dos nexos de unión entre la Dermatología y la Psiquiatría: las manifestaciones cutáneas de enfermedades psiquiátricas y las enfermedades dermatológicas que se acompañan de componente psiquiátrico.
- Recientemente se ha introducido en Medicina el término “Psicodermatología”, debido al aumento de patologías dermatológicas que se está demostrando tienen que ver con situaciones psicológicas de impacto.
- A veces el Paciente desea tener una apariencia agradable, pero cuando hay una patología de fondo que amenaza la vida a corto plazo, se suman factores que hacen prioritaria la mejoría del aspecto físico, sustentándose esto como si se deseara dejar una buena imagen cuando ya se haya trascendido.

En la gran mayoría de las ocasiones y ante la amenaza y cercanía de la muerte, el Paciente no es consciente de su situación y esto debe ser considerado por el Equipo de Trabajo y la Familia.

*“El hombre no puede rehacerse a sí mismo sin sufrir,*

### III) JUSTIFICACIÓN.

*“La muerte es una vida vivida.  
la vida es una muerte que viene.”*

*Jorge Luis Borges*

Las emociones no se expresan solamente en palabras y actitudes, sino también en diferentes órganos del cuerpo en forma de síntomas y frecuentemente “eligen” a la Piel para manifestarse.

En la gran mayoría de los casos el abordaje de estas manifestaciones se hace desde la Dermatología, se pide apoyo a Psicología o a Psiquiatría como parte complementaria o cuando hay confusión o dificultad para el adecuado abordaje, pues existe el tabú de que quien solicita ayuda de tipo emocional está perdiendo la razón o no tiene sus capacidades cognitivas y conductuales conservadas.

Cuando existen enfermedades de la Piel previas, pueden agravarse o agregarse otras, o bien, surgir como nuevas en situaciones de gran tensión emocional, a saber, hay tres categorías (según Koblenzek) en las Enfermedades Psicósomáticas:

- Dermatitis que tienen su origen puro en disturbios psicológicos.
- Dermatitis a las que se atribuyen factores psicológicos muy intensos.
- Enfermedades cutáneas con carga genética asociada al estrés.

Más sorprendente resulta que estas expresiones de la Piel ni siquiera se manifiesten en forma de lesiones específicas, tal es el caso de un prurito intenso, sin apreciarse ni siquiera eritema, sin embargo, conlleva a una autoagresión.

La relación tan estrecha entre la Piel y las emociones no es de extrañar, pues existe un origen embriológico común entre las células que conforman la Piel y las que constituyen el Sistema Nervioso, teniendo un momento en que están indiferenciadas entre sí, además que las células de la Piel son capaces de producir las mismas sustancias neurotransmisoras que las neuronas, dado un flujo de información importantísimo.

Los neurotransmisores tienen la capacidad de actuar sobre el Sistema Inmunológico, cuando existe gran exigencia emocional, se transforma en el disparador de mecanismos inmunológicos complejos. Así, la Piel y el Sistema Nervioso se vinculan estrechamente en personas “genéticamente predispuestas”, con distintos grados de compromiso del Sistema Inmunológico, según la enfermedad que se trate.

La división de la Medicina en diversas disciplinas tiene como objetivo optimizar el abordaje de cada padecimiento, sin embargo, existen condiciones en que se presentan las manifestaciones clínicas como un conjunto que pudiera parecer confuso, por lo que habrá que hacer énfasis en revisar de forma aislada y, a la vez como panorámico, cada caso, ya que la Piel puede alterarse por sí sola o de forma interrelacionada con otros órganos.

La Psique, entendida como la parte que nos relaciona con los demás y con nosotros mismos, puede expresarse a través de la Piel de diferentes maneras. La Piel, como órgano más externo del cuerpo, puede traducir alteraciones de la Psique.

El Enfermo Terminal vive una batalla sin tregua ante el avance implacable del tiempo: se evidencia la extinción de esperanzas y expectativas, hay evidente falta o falla de recursos, esto lo confronta con su propia historia de vida y emergen emociones y sentimientos sin entender del todo su origen, o bien, se creía que no existían. El Paciente, visto así, es un cúmulo de manifestaciones emocionales y físicas. El primer órgano con que contactamos es la Piel... ¿Qué hacer con lo que la Piel nos dice del sufrimiento emocional de un Enfermo?, o bien, ¿qué deberíamos hacer con las alteraciones de la Piel que son manifestación de daño interno incurable e implacablemente avanzado y fuera de todo tratamiento médico?... Y en otra perspectiva, ¿qué hacer si alguno de los integrantes de la Familia o del Equipo de Trabajo tiene alguna manifestación de la Piel relacionada con situaciones emocionales y no lo está reconociendo?.

La Dermatología es la rama de la Medicina encargada de la preservación, diagnóstico y tratamiento de la Piel. Es un área que parece árida para muchos Médicos, aún siendo Especialistas en otras disciplinas, ha sido muchas veces desdeñada, otras veces ignorada, en ocasiones mal entendida y en las más de las veces abordada de forma audaz sin medir consecuencias del manejo que se le da por otorgarle nula o muy poca importancia. Lo cierto es que ya manifiestos los problemas de la Piel en un Enfermo Terminal, cobran un impacto severo en quien los tiene y en quien los ve. Dicho impacto resulta aún más difícil de atender y entender cuando se conjuga con trastornos emocionales.

Todo Ser Humano es receptor y emisor de emociones, por tanto, todos somos susceptibles y, en algún grado, vulnerables, a estas expresiones psicósomáticas. Además del dolor físico que experimenta el Enfermo Terminal, el Equipo de Trabajo y la Familia deben estar preparados para el abordaje de ese dolor inherente e implícito en torno al desenlace final: el dolor emocional.

Deben reunirse varias condiciones para experimentar el dolor: la nocicepción o percepción y codificación del estímulo doloroso: el reconocimiento o percepción del estímulo nociceptivo que podría ser el <Dolor Verdadero> y el <Sufrimiento > o respuesta al estímulo emocional.

*“El tamaño que tengo como ser humano  
es el tamaño del obstáculo que soy capaz de vencer.”*

*Viktor Frankl*



## IV) ALCANCES E IMPACTO.

*“Cuando Dios borra, es que va a escribir algo.”*

*Jacques Benigne Bossuet*

¿Quién no ha pasado por circunstancias sumamente difíciles en la Vida?... Hay infinidad de situaciones y cambios que representan inestabilidad, amenazas, pérdidas. El dolor y el sufrimiento profundos se suman a la incertidumbre y a la inseguridad, muy propios de la naturaleza humana. Todo esto lo experimentamos quienes recorreremos la vida. Cuando pasan los momentos de crisis, volvemos a nuestro estado natural, pero más enriquecidos y fuertes, más maduros y más sensibles, a este proceso de evolución se le llama Resiliencia.

Se pretende con esta exposición llegar a las personas involucradas en los Cuidados Paliativos de una forma sencilla, concisa y comprensible, para que se comprenda la importancia de la Piel como el primer contacto del Paciente Terminal con los demás, tanto de quien lo conoce, como de gente ajena al ámbito familiar y médico, pero que de alguna forma lo contacta eventualmente (por ejemplo, un taxista que presta sus servicios para llevarlo a la consulta o el dependiente del supermercado que le despacha el agua embotellada para tomar algún medicamento).

No es raro que aún el Personal de Salud se impresione por los aspectos aparatosos de las Enfermedades de la Piel, a pesar de laborar en área hospitalaria o de consultorio. Tampoco es de extrañar que siendo portador de una Enfermedad Terminal, el Paciente tienda a tener reacciones emocionales muy importantes y con repercusiones negativas, pues puede percibir rechazo o compasión de quien lo recibe en una consulta o lo traslada en una silla de ruedas. No se requiere decirlo, el Enfermo Terminal se torna más perceptivo y sensible que los demás. El Paciente necesita de toda la atención y comprensión, de todo el apoyo y cuidado posibles, no pide ser rechazado ni excluido.

*“Sólo hay dos cosas que podemos perder: el tiempo y la vida...*

*la segunda es inevitable, la primera, imperdonable.”*

*José María Franco Cabrera*

## V ) TÉRMINOS ASOCIADOS.

*“La muerte no existe, sólo es una mudanza.”*

*Facundo Cabral*

A continuación se revisan algunos términos empleados en las áreas médica, psicológica, psiquiátrica y humanística, para poder entender mejor el contenido de este trabajo y la importancia de lo que la Piel nos quiere decir en el Paciente Terminal.

Se incluyen los términos referentes al dolor, dado que en el Paciente Terminal es la Piel el primer órgano de contacto y a la vez, de manera paradójica, el que ofrece mayor superficie de expresión, que resulta frecuentemente difusa y abstracta, considerando los factores emocionales tan impactantes e ineludibles existentes.

Ya en 1741 Vater, y en 1835 Paccini, describieron las diferencias y puntualizaron de forma clara los conceptos referentes a las sensaciones en la Piel enfocadas al dolor. La Piel está inervada por más de un millón de fibras nerviosas aferentes que se derivan, o poseen axones de los ganglios dorsales de la raíz medular posterior, las cuales penetran a la dermis y al tejido celular subcutáneo, dividiéndose en nervios de menor tamaño, los cuales están compuestos por fibras mielínicas y amielínicas, corpúsculos nerviosos y no nerviosos, además de terminaciones nerviosas encapsuladas y no encapsuladas revestidas de Células de Schwann: todas estas fibras van acompañadas de vasos sanguíneos de diferentes tamaños, conformando glomus y formando a su vez los denominados “Paquetes Neurovasculares” cutáneos. La mayoría de estas fibras terminan en la dermis, en algunas zonas del organismo están en la capa basal y de la Piel y sólo de manera ocasional en la Epidermis. Cabe hacer notar que los receptores terminales muestran especialización morfológica incluyendo vesículas y filamentos estructurales en matrices receptoras y membranas axonales, que en algunas áreas los hacen capaces de distinguir los más mínimos estímulos dolorosos.

Hay tres variantes de receptores en la estructura normal de la Piel: mecanorreceptores (perciben tacto y sonido), termorreceptores (informan sobre cambios de temperatura) y nociceptores (altamente especializados y susceptibles, transmiten estímulos potencialmente nocivos a la Piel). No todo el dolor descrito en la Piel tiene origen en ella.

Derivado de esta somera explicación se tienen los siguientes términos:

1. Afectividad.- Capacidad innata e inconsciente para experimentar sentimientos y emociones de recibir los estímulos.
2. Alodinia.- Dolor secundario a un estímulo que normalmente no desencadena dolor. La definición implica un cambio cualitativo en la sensación para diferenciarlo de una Hiperestesia.
3. Analgesia.- Ausencia de dolor en respuesta a estímulos que normalmente lo causarían. El término ese excluyente, por lo que la persistencia de dolor luego de la administración de un analgésico no debería denominarse analgesia insuficiente, sino un alivio parcial.
4. Asertividad.- Es la capacidad de interactuar con los demás, con una comunicación eficiente con la libertad de expresar el sentir, en un ambiente de confianza, obteniendo como resultado el que la persona se sienta valorada y deje abiertas las vías de comunicación para escuchar y tomar en cuenta a los demás, en una atmósfera de respeto.
5. Atención Ético-Médica.- <Atención> implica todo cuidado que se le prodigue al Paciente, bien sea con ánimo curativo o con propósito de aliviar o curar los síntomas producidos por la enfermedad. En el Paciente en estado terminal estará encaminada a esto último, y podrá

suministrarse en su domicilio o en una institución asistencial. Será, por lo tanto, un tratamiento sintomático a cargo de un equipo asistencial conformado y encabezado por un Médico, quien actuará como responsable frente al Paciente y su Familia, dentro del marco de los principios éticos que regulan el ejercicio profesional y de los que son específicos para el cuidado de este tipo de Enfermos.

6. Autoestima.- Autoapreciación. Del latín <Simatos>, amor propio. Apreciación que el individuo va haciendo de sí mismo desde sus primeros años, que con el tiempo tiende a mantenerse en forma más o menos constante y que debería integrar una autopercepción realista que incluye los factores potentes y los más débiles. Una autoestima positiva hace que la persona se sienta amada, valiosa, capaz, aceptada, pues le brinda confianza y gusta de la proximidad afectiva. Por otra parte, puede adquirir e ir utilizando habilidades y estrategias para enfrentar situaciones difíciles.
7. Causalgia.- Síndrome caracterizado por dolor quemante sostenido, alodinia o hiperpatía que aparece luego de una lesión traumática de un nervio, síntomas frecuentemente acompañados de alteración de la función vasomotora y eventualmente cambios tróficos en la Piel y sus anexos, además de músculos.
8. Conflicto.- Estado de tensión incrementada que se caracteriza por vacilación y duda, fatiga incluso bloqueo, provocado por dos motivaciones y necesidades de igual intensidad, ante las cuales el sujeto debe elegir por seguir una y dejar la otra. En el conflicto las dos tendencias de acción son incompatibles, el seguir una impide el seguir la otra.
9. Creatividad.- Capacidad para crear orden, belleza y objetivos a partir del caos y del desorden.
10. Cuidados Paliativos.- Consisten en la atención activa, global e integral de las personas y sus familias, que padecen una enfermedad, avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, intensos y cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el Enfermo, la Familia o en el entorno afectivo y en el propio Equipo, y con pronóstico de vida limitado. Tienen como objetivos básicos el control del dolor y los demás síntomas, el apoyo emocional del Enfermo y su Familia, y su bienestar y calidad de vida.
11. Choque Emocional.- Estado en que las emociones se presentan con tal intensidad y brusquedad que el sujeto se ve rebasado. Se caracteriza por un estado emocional explosivo, rápido y de efecto inmediato; se pierde el control mental racional y se adoptan conductas no aceptables, es decir, aquellos comportamientos cohibidos salen a flote, predominando la gesticulación y la agitación; la persona cursa con alteraciones fisiológicas de inicio súbito.
12. Delirium.- Es un síndrome, no una enfermedad. Responde a varias causas con un patrón de síntomas similares, en lo que se refiere al nivel de deterioro cognitivo y de conciencia del paciente. La mayoría de las causas del delirium son ajenas al Sistema Nervioso Central.
13. Dermatitis.- Término médico para referirse someramente a la inflamación de la Piel. No es un diagnóstico la palabra por sí sola, siempre debe especificarse un segundo término para su uso correcto (por ejemplo, Dermatitis Atópica, Dermatitis por Contacto).
14. Dermatología.- Rama de la Medicina que se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la Piel, uñas y pelo. Como tal, es una ciencia.
15. Dermatitis.- Término que designa a todo proceso patológico de la Piel, independientemente de su origen, sus características o los factores asociados.
16. Disestesia.- Sensación anormal desagradable, espontánea o provocada.
17. Dolor.- La importancia indiscutible de este síntoma, lo ha transformado en una enfermedad en la actualidad. Se le define como una sensación desagradable y penosa experimentada en cualquier parte del organismo.
18. Dolor Neurogénico.- Dolor iniciado o causado por una lesión primaria, una disfunción o una alteración transitoria del Sistema Nervioso Central o Periférico.
19. Dolor Neuropático.- Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o una disfunción en el Sistema Nervioso. Se describe como una sensación ardorosa de base, con tintes punzantes o eléctricos, puede cursar con paroxismos. El dolor neuropático periférico aparece cuando la lesión o disfunción afecta al Sistema Nervioso Periférico. Si se le agrega el término “Central” es porque el daño se ubica en el Sistema Nervioso Central y ha sido demostrado.

20. Emoción.- Fenómeno afectivo que se caracteriza por aparecer en forma brusca, es intenso y depende de los centros diencefálicos, implica manifestaciones de índole vegetativa con repercusiones glandulares, musculares y viscerales.
21. Empatía.- Es el reconocimiento del otro como persona, como ser humano, como ser sufriente y vulnerable, que requiere de atención y valía, al igual que todos y cada uno de los seres humanos.
22. Estímulo Nocivo.- Estímulo potencial o efectivamente dañino a los tejidos normales.
23. Frustración.- Estado del organismo motivado al interrumpirse su conducta hacia una meta. Es la vivencia del fracaso.
24. Hiperestesia.- Aumento de la sensibilidad al estímulo.
25. Hiperalgesia.- Respuesta aumentada a un estímulo que normalmente causa dolor. Es un caso especial de Hiperestesia. Las modalidades sensoriales de estímulo y respuesta son distintas.
26. Hipoalgesia.- Sensación disminuida a estímulos nocivos con umbral aumentado. Es una forma especial de Hipoestesia. Las modalidades de estímulo y respuesta son iguales.
27. Hipoestesia.- Disminución de la sensibilidad a la estimulación, con exclusión de los sentidos especiales.
28. Ideología Personal.- Abarca toda la gama de valores internalizados por cada persona a través de su desarrollo vital, la conciencia moral.
29. Iniciativa.- Capacidad para hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos.
30. Interacción.- Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, establecer redes de pertenencia.
31. Introspección.- Capacidad para examinarse internamente, plantearse preguntas difíciles y darse respuestas honestas.
32. Neuritis.- Inflamación de uno o más nervios. Debe usarse este término sólo si hay una inflamación confirmada.
33. Neuralgia.- Dolor en el área de distribución de uno o varios nervios. Tiene una calidad paroxística, sin ser exclusivo de los paroxismos.
34. Neuropatía.- Identifica un trastorno funcional o cambio patológico en un nervio, estructuralmente hablando. Si afecta a un solo nervio se llama "Mononeuropatía", si son más, se denomina "Multineuropatía" o "Neuropatía múltiple". Si es difusa y bilateral será una "Polineuropatía".
35. Neurosis.- Trastorno funcional, reacción inadecuada a estímulos, derivada de tensiones y conflictos internos en que se altera la afirmación del Yo y las relaciones afectivas, profesionales y sociales de la persona, puede causar perturbaciones respiratorias, circulatorias y digestivas, por alteraciones en el control de tales funciones. Conlleva egocentrismo, agresividad reprimida, intolerancia a las pequeñas frustraciones, vivir en un estado de insatisfacción, de angustia flotante y difusa, además de llamar la atención sobre sí mismo mediante ataques o pérdida temporal de alguna función psíquica y tener miedo infundados que dificultan la vida cotidiana.
36. Nihilismo.- Doctrina filosófica que se basa en la inexistencia de algo permanente, sostiene la imposibilidad de cualquier conocimiento; niega toda creencia y principio religioso, político o social.
37. Nivel de Tolerancia al Dolor.- Nivel máximo de dolor soportable por una persona. Es totalmente subjetivo.
38. Nociceptor.- Receptor preferentemente sensible a estímulos nocivos, que se transformaría en lesivo si se prolongan persistente y suficientemente. Debe evitarse usar términos como "Receptor de dolor" o "Vía del dolor".
39. Paciente Terminal.- Es la persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo. Tal circunstancia puede presentarse a cualquier edad.
40. Parestesia.- Sensación anormal, espontánea o inducida, pero que no se considera desagradable, lo que la diferencia con la disestesia, ésta es una forma especial de parestesia.
41. Pasión.- Expresión emotiva intensa, incontrolada y que puede ser permanente, monopoliza el psiquismo del sujeto y lo encamina persistentemente a una meta determinada.

42. Resiliencia.- Del latín <Resilio>, volver atrás, saltar hacia atrás, volver a entrar saltando. Es la inteligencia que emerge del dolor emocional, del superar la adversidad. En Física, es la capacidad que tienen algunos objetos para recobrar su forma original después de haber sido sometidos a una presión deformadora. Este término ha sido traspolado a la Filosofía, conlleva el resistir y el rehacerse. Metafóricamente, se compara el proceso de combustión del carbón, es la elección entre ser cenizas o ser un hermoso diamante. Para lograr la resiliencia, debemos tener tres condiciones desarrolladas: Autoestima, Aptitud (Competencia) y Humor.
43. Sentido del Humor.- Disposición del espíritu a la alegría, permite alejarse del foco de tensión, relativizar y positivizar.
44. Sentimiento.- Es un estado afectivo duradero y de moderada intensidad.
45. Stress.- Estado del organismo en cualquier situación en que percibe que su bienestar y equilibrio están en peligro, lo que demanda uso de toda su energía para protección de sí mismo.
46. Umbral de Dolor.- Experiencia mínima de dolor que puede reconocer un individuo. Es totalmente subjetivo.

*“Poder decir adiós es crecer.”*

*Gustavo Cerati*

## VI) ENTENDIENDO LOS CAMBIOS QUE OCURREN.

*“No me preocupa la muerte,  
me disolveré en la nada.”*

*José Saramago*

El emitir un diagnóstico de Enfermedad Terminal, el padecerlo en carne propia o vivirlo con un ser querido o significativo para nosotros se presenta junto con una serie de cambios en todos los aspectos, unos más notorios que otros, o todos muy marcados a la vez. En estas circunstancias, los matices que se viven tienden a ser fuertes y llenos de emociones y sentimientos encontrados y desordenados, enmascarados y paradójicos a la vez.

Para poder entender el objetivo del presente trabajo, se hace un preámbulo humanístico y luego más objetivo, abarcando varios de estos aspectos.

Se define “Afectividad” a la capacidad para desarrollar afectos y sentimientos poco profundos; se caracteriza por la disposición para recibir estímulos, experiencias y reacciones afectivas; es un estado subjetivo que altera las funciones psíquicas y puede provocar reacciones orgánicas; para tenerla deben reunirse disposiciones innatas, ya que es inconsciente y temperamental.

La Emoción mueve a las personas, pues se le define como el fenómeno afectivo caracterizado por surgir de forma súbita, con intensidad y que tiene repercusiones glandulares, viscerales y musculares. Se caracterizan las emociones por:

- Aceleración de los latidos del corazón y del pulso.
- Constricción de las arterias del abdomen.
- Elevación de la presión arterial.
- Enrojecimiento de la Piel.
- Rápida conversión de la glucosa (azúcar) en la sangre.
- Sensación de adrenalina por las glándulas suprarrenales que acelera el ritmo cardíaco y predispone para la acción.
- Cambio de la velocidad y de la profundidad de la respiración acorde a la intensidad, duración y conducta corporal de la situación emocional. La respiración podrá ser difícil: inhalación de aire o un jadeo rápido, o se acelera y se hace más profunda.
- Interrupción de la función digestiva y de la secreción salival (se seca la boca).
- Las funciones excretoras se alteran, a veces se interrumpen, en otras ocasiones se hacen más frecuentes (orina y heces).
- Aumento de la sudoración por efecto de la actividad muscular acelerada.
- Dilatación de las pupilas.
- Pérdida más o menos profunda del control mental.
- Descontrol de la conducta.
- Hay cambio de expresión facial por contracción involuntaria de los músculos de la cara y porque se pueden tensar las mandíbulas.

En las emociones debe existir un órgano receptor que perciba las situaciones de cambio intenso y que lo haga llegar a la corteza cerebral, debe haber también una reacción en cadena que lleve el estímulo al órgano efector, lo que se traduce en modificación del organismo y es aquí donde la persona dice sentir la emoción, es decir, “se emociona”:

Estímulo → Reacción en cadena -----→ Emoción

Las emociones se desencadenan por personas, situaciones y objetos que se presentan como agradables o desagradables, buenos o malos. Lo que se considera bueno se desea y agrada. Tendemos a evitar lo desagradable. Si se dificulta lograr lo bueno luchamos con intensidad para lograrlo. Los objetivos que se consideran superables dan esperanza y los insuperables causan desesperación. La esperanza nos llevará a reaccionar con esfuerzo y alegría. La desesperación nos hará sentir miedo y terror.

La emoción propicia un impulso a la acción, a la descarga, si se le reprime se torna inconsciente y puede ser pernicioso para la personalidad y el organismo. Estos contenidos inconscientes producen angustia y ansiedad, lo que induce a la persona a actuar en la forma en que esta angustia o ansiedad sea superada.

Las situaciones que pueden desencadenar las emociones son de dos tipos: aquellas en las que se satisfacen las necesidades fundamentales de la persona (comer, beber, dormir, sentirse seguro, ser amados, ser libres, por ejemplo) y las circunstancias en que se busca el crecimiento.

No todas las emociones presentan la misma intensidad ni alteran en igual grado el curso habitual de la actuación de la persona.

Las emociones son también pautas de conducta innatas relacionadas con los instintos, pero difieren porque son menos rígidas y varían según cada persona y cada cultura. La expresión facial de la emoción (risa o llanto) es innata, al igual que ciertas actitudes corporales, mientras que las formas de manifestar las emociones son aprendidas. Conforme el infante va creciendo aprende a manifestar sus emociones, no aprende emociones nuevas, sino que va supeditando las elementales a estímulos nuevos y artificiales. Mediante el aprendizaje emocional, los estímulos que antes eran indiferentes se convierten en emociones, a lo que se le conoce como “Condicionamiento”.

La educación efectiva que se da en el hogar y por la Familia es trascendente en el desarrollo de conductas adecuadas emotivas en el niño o joven. Hay muchas conductas deseables e indeseables que dependen de quien está educando.

Los principales factores de aprendizaje emotivo son:

- Experiencia del Dolor y el Placer.- Crean en la persona memoria emocional (el haber sido mordido por un perro puede generar miedos a las mascotas), sin embargo, ayudan a la adaptación y a la protección de la persona cuando son superadas positivamente.
- Factor Colectivo.- Ayuda a internalizar ideas, situaciones, cosas y personas que emocionan a la colectividad. El niño imita actuaciones de los grupos a los que pertenece e identifica su conducta con la de ellos (familia, escuela, clubes).
- Transferencia.- Lleva a reproducir las mismas emociones frente a situaciones y objetos similares (se generalizan ideas y se tiende a enjuiciar a todos los de un grupo por igual).
- Proyección.- Desplaza los estados emotivos adquiridos hacia objetos nuevos más distantes.
- Pensamiento.- Trae a la memoria recuerdos de hechos, situaciones y personas que han supuesto emociones y, por transferencia, proyección o simplemente recuerdos, son fuente de nuevas emociones.

La conducta obedece a necesidades, deseos y decisiones, no viene de la nada. Las motivaciones despiertan y orientan las conductas hacia metas definidas que pueden ser finales o intermedias. El éxito facilita los esfuerzos, eleva el nivel de aspiraciones, incrementa la autoestima y la iniciativa. El fracaso surge

cuando una necesidad o el logro de una meta es obstaculizado por factores de cualquier tipo. La vivencia del fracaso se llama "Frustración".

Para que se produzca la frustración se necesita:

- Que haya una privación, es decir, que esté presente un impulso para lograr algo que no se tiene.
- Que existe un impedimento, algún tipo de interferencia que impida la gratificación o la realización de la acción.

A su vez, el impedimento puede deberse a la presencia de barreras físicas entre el organismo y la meta, así como a la eliminación de las claves de dirección, es decir, retirando el estímulo que sustenta la conducta hacia la meta, además de la provocación de respuesta incompatible, o sea, por conflicto entre tendencias de acción, metas o motivos.

Las principales fuentes de frustración son las siguientes:

- Inadecuación Interior-Exterior: Que se debe a excesivas exigencias del individuo hacia el ambiente, o por el contrario, una excesiva demanda ambiental que el individuo no puede satisfacer.
- Crisis del Desarrollo: A lo largo de la vida se producen frustraciones, entre las que están la restricción de actividad infantil, la pérdida del amor, de la seguridad o del apoyo, las dificultades económicas en la adultez, la muerte de seres queridos.
- Situaciones que amenazan la Autoestima o la Integridad: No todas las situaciones difíciles producen frustración, solamente las que implican una amenaza para el Yo o una defensa de la autoestima o integridad como persona.

Cuando existen vacilación y duda, además de bloqueo y fatiga, ante dos necesidades o motivaciones de la misma intensidad pero incompatibles entre sí, se habla de "Conflictos". Hay tres tipos de conflictos:

- Acercamiento: Dualidad en que las dos situaciones se atraen.
- Evitación: Dualidad en que ambas circunstancias son igualmente indeseables y producen aversión.
- Acercamiento-Evitación: Dualidad generada por el deseo y la aversión de una misma tendencia.

A su vez, las consecuencias de los estados de frustración y conflictos tienen como consecuencias: angustia y ansiedad, inseguridad e indecisión, excitación e irritabilidad, resentimiento, generalización de la angustia, actitud de huida, agresividad, neurosis. Cabe enfatizar que no todos los estados tienen estas consecuencias, ya que las consecuencias van en función de la sensación de amenaza para el Yo del individuo. Hay también consecuencias positivas, que son: el evitar ciertas situaciones, así como el estimular el esfuerzo y la productividad.

Es frecuente que ante la imposibilidad del logro de una meta, se sumen a la conducta agresividad y enojo, cuya intensidad está en función de la fuerza de instigación, del grado de interferencia con la respuesta frustrada y de la frecuencia con que se interrumpe la secuencia de las respuestas.

Cuando sobreviene un hecho trascendente, tajante, impactante, como es una Enfermedad Terminal, se conjugan tres rasgos inherentes a la idea de Muerte, de acuerdo al Dr. Viktor Frankl, creador de la Logoterapia:

- Temporalidad.- Saber que somos temporales, que vamos a vivir determinado número de años. Somos limitados en el tiempo.
- Finitud.- Saber que somos finitos, por tanto, no eternos.
- Irreversibilidad.- Una vez que se presenta no hay vuelta ni retorno



Esto nos conduce necesariamente a que la muerte es lo que le dá sentido a la vida, si no muriéramos, ¿para qué hacer lo que estoy haciendo si dispongo de toda la eternidad?... nos vemos obligados a aprovechar hasta el último suspiro de vida.

La finalidad del acompañamiento en la enfermedad terminal es la humanización del proceso de la muerte y proporcionar a la Persona una muerte digna, así como ayudar a los dolientes en el proceso de la despedida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como un “Estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de males físicos o invalidez”. De aquí deriva la importancia de conducir al Enfermo y a los Dolientes en todas sus áreas para ayudarles a encontrar el bienestar dentro de las posibilidades presentes.

La gravedad de la Enfermedad puede explicarse en función del tiempo de evolución así:

- Aguda.- Tiene evolución muy rápida y por tanto, puede ser atendida de inmediato; por ejemplo: una apendicitis. En este tipo de padecimientos, la labor del Médico se encamina a la curación.
- Crónica.- Es el padecimiento con duración mayor a treinta días: la intervención del Médico debe programarse a largo plazo, en función de la cronicidad de la enfermedad. La labor a hacer se encausa a la rehabilitación: la prioridad es aliviar al Paciente y enseñarlo a vivir con ella; por ejemplo: la diabetes.
- Terminal.- Se considera al Paciente en Fase Terminal cuando la expectativa de Muerte se presenta a corto plazo y no va más allá de los seis meses.

Una enfermedad crónica e incurable lleva, más tarde que temprano, a la Muerte, la cual, en base a su duración, puede presentarse en dos formas:

- Lenta.- Implica un periodo más o menos largo de tiempo. Es una muerte anunciada.
- Súbita.- Nos toma de improviso y es inesperada; a su vez puede ser violenta (accidente o asesinato, en este caso la Persona no elige morir), autoagresión (la elección es la interrupción de la vida por mano propia, como el suicidio) o natural (por vejez, puede presentarse por enfermedad, como un infarto del miocardio).

Como se puede deducir, cuando se trata de un proceso de muerte con lentitud, se favorece el acompañamiento para hacer más llevadero el proceso del Duelo, pues permite cerrar círculos y finiquitar pendientes.

La atención que se ofrece a un Enfermo Terminal, cubre los siguientes aspectos:

- Físico o Corporal.- Proporcionar al Enfermo bienestar físico, brindarle alimento, higiene, descanso, atención médica, visitarlo, tocarlo, que nos vea. Mantener al Enfermo sin dolor físico, dentro de lo posible.
- Psicológico o Afectivo.- La intención es satisfacer la necesidad del Enfermo de sentirse amado, querido y aceptado.
- Social.- El Enfermo requiere estar rodeado de sus seres queridos. El lugar ideal para el nacer y para morir es en el Hogar y en Familia.
- Espiritual - Inteligencia y Voluntad.- El Enfermo busca saber la verdad sobre su diagnóstico y su pronóstico, de lo que vendrá su expectativa de vida. Desea saber qué es normal y qué no. El Enfermo Terminal tiene derecho a ser informado con veracidad sobre su estado de salud. Cuando se le contesta sin mentiras a sus preguntas, se facilita sobremanera el cierre de asuntos inconclusos y la elaboración de la despedida. Si el Enfermo conoce su evolución, podrá decidir cómo quiere morir, de qué manera llevará su tratamiento y cómo abordará las complicaciones posibles, o si decide rechazar medidas terapéuticas si fuera su elección, lo que se traduce en libertad de acción, que es altamente recomendable que se respete por la Familia, ya que concluirá en una muerte digna.
- Espiritual–Teológico.- Depende de las creencias del Enfermo en relación a lo que hay más allá de la muerte y también lo que desea después de haber fallecido. Es obligado el darle los medios

necesarios para que se sienta reconfortado. El paciente necesita saber que lo que decida se llevará a efecto y se respetará cuando ocurra el deceso.

- Trascendencia.- El Enfermo necesita salir de sí mismo y dejar huella en los demás. Requiere saber que su paso por la vida ha sido significativo y que ha trascendido en otros.

La palabra Paliar viene del latín <Palliare>, que significa mitigar, tapar, disimular la violencia de ciertos procesos, mitigar y moderar el rigor o la violencia de ciertos procesos. En el área de la Medicina se encamina al alivio integral cuando ya no es posible ofrecerle al paciente un esquema de intervención donde el objetivo primordial sea la curación.

La Medicina Paliativa considera que el proceso de morir es un hecho natural, afirma y promueve la vida y no pretende prolongarla innecesariamente ni acortarla, sino promover su calidad, siendo aplicable desde las fases iniciales de la enfermedad hasta el proceso de morir. Para considerar que un Paciente Terminal es candidato a aplicación de los Cuidados Paliativos, se considera que reúna estos criterios:

- Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta al tratamiento específico.
- Pronóstico de vida no mayor a seis meses
- Síntomas intensos multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el Paciente y en su Familia.

Filosóficamente, el alivio del sufrimiento es el objetivo dominante de la Medicina Paliativa.

Los Moribundos necesitan morir, de la misma forma como se necesita el comer, el respirar, el dormir. Cuando la Muerte es inminente, el Enfermo Terminal afronta diversos miedos:

- Ser un estorbo para la Familia.
- Sentirse vulnerable.
- Inutilidad física y temor de no poder tomar decisiones.
- Deterioro de la autoimagen.
- Debilitamiento y ruptura de los lazos afectivos.
- Estar mermando la economía familiar.
- Dependencia.
- A que la Familia se desintegre o se destruya cuando ya no esté. Esto ocurre si el Enfermo Terminal es quien mantiene unida y en paz a la Familia.
- Dolor físico.
- Futuro de la Familia.
- Intrascendencia. A caer en el olvido.
- Pérdida de un rol. Esto sucede si el Enfermo Terminal era el más fuerte y ahora es quien necesita la ayuda.
- A su futuro y proyecto de Vida.

El Ser Humano generalmente muere como ha vivido. No debe olvidarse el correcto abordaje de los aspectos anteriores. No somos sólo una Persona, somos una historia, una biografía, una influencia, un ejemplo.

El Enfermo Terminal necesita ser atendido y cuidado con:

- Capacidad.- Debe confiar en la capacidad de quien lo atiende.
- Compasión.- Viene de la raíz latina <cum passio>, que significa <sufrir con>. Es importante llorar a la par si así lo amerita, pero con sinceridad, no debe fingirse.
- Comunicación.- Empatizar con el Enfermo: no debemos pasar por alto que necesita ser escuchado.
- Integración Familiar.- Evitar la “Conspiración del Silencio”, aunque la situación resulte sumamente dolorosa, habrá que considerar que puede ser un motivo de unión o para reforzarla si ya se tiene.
- Visitas de los Niños.- No hay que obligarlos si no desean estar cerca del Enfermo.

- Buen Humor.- Sirve para romper la tensión; se trata de un buen sentido del humor, nunca de ironías, sarcasmos o burlas.
- Perseverancia y Constancia de las Visitas.- Es mejor hacer una visita corta que no hacerla, igual que es preferible varias visitas breves que una prolongada.
- Tranquilidad.- Estar tranquilo y calmado no significa ser insensible; cuidar nuestro nerviosismo, pues puede transmitirse a los demás.
- Empatía.- Imaginándonos en su lugar.

La expectativa de vida actual en el mundo va de los 72 a 75 años en promedio, el proceso de morir se ha desplazado de la Familia y el hogar de los enfermos a los hospitales, lo que obliga a tener y adquirir conocimientos a este respecto, ya sea que se participe como Familia, como Equipo de Trabajo y aún si se llega a ser Paciente Terminal.

Se necesita mantener el equilibrio, la normalidad y la armonía en lo posible. Es deseable que los familiares se involucren en la atención del Enfermo. Ante estos cambios circunstanciales, los familiares se encuentran ante los siguientes dilemas:

- Actuar con naturalidad o exagerar en los detalles amorosos o cariñosos.
- Planear la vida futura sin el Enfermo, sin sensación de traición por hacerlo.
- Aprovechar la oportunidad del momento sin perder de vista que puede ser el último, o actuar como si aún se dispusiera de tiempo de sobra.
- Por una parte, orar porque sobrevenga el deceso, y por otra, sentir culpabilidad porque se desea retenerlo vivo, aun en condiciones deplorables.

Todos estos dilemas o contradicciones son naturales, hay que tener presente que el Ser Humano no es perfecto pero es perfectible.

Los objetivos deseados en Cuidados Paliativos se sustentan en tres pilares fundamentales: comunicación, control de los síntomas y apoyo familiar.

La Persona que esté en contacto directo con el Enfermo Terminal, sea cual sea su rol, debe reunir estas características:

- Empático.
- Auténtico.
- Respetuoso, paciente y cercano.
- Alguien digno de confianza, a quien se le pueda decir todo sin temor a juicios innecesarios y fuera de lugar.
- Compañero en los últimos tramos del camino.
- Integrar con el Equipo de Trabajo y la Familia, una unidad firme y fuerte.
- Paciente y tolerante ante las variaciones de ánimo.
- Quien propicie un buen trabajo de despedida.
- Quien hable con la Persona, con el Ser Humano, nunca con la enfermedad.
- Alguien que no mienta ni dé falsas esperanzas o lapsos de tiempo.
- Quien procure que el Enfermo muera con sus seres queridos, no en soledad ni con extraños.

Morir es un proceso que mantiene a la Persona con miedos e inseguridades, la atención debe ser integral, enfocándose en lo corporal dado que cualquier cambio puede acarrear alteraciones muy severas, que se abordan más adelante.

Las reacciones cutáneas a los tratamientos médicos en personas comunes, son más frecuentes de lo que se piensa, más aún, en el Paciente Terminal es frecuente que aparezcan con intensidad más marcada, es decir, por la misma disminución en la resistencia física se hacen más evidentes y aparatosas. Debe tenerse especial vigilancia en la más mínima manifestación cutánea cuando se entra al terreno de los Cuidados Paliativos.

La base de estas reacciones radica en aspectos tóxicos o alérgicos, independientemente de dosis prescritas, es fundamental identificar correctamente una reacción alérgica de una secundaria, pues la gravedad y el curso son impredecibles y se pueden superponerse con toxicidad. Las variantes que determinan esto con frecuencia son falla hepática o renal, Lupus sistémico o VIH asociado.

Los procesos alérgicos son más frecuentes en personas mayores y derivan de respuestas inmunitarias y el modo de administración de la terapia sistémica. La vía tópica tiene más base alérgica, seguida de la vía endovenosa y luego la oral.

Entendiendo al Ser Humano como una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, irrepetible e indivisible, debemos considerar cuatro elementos fundamentales que dificultan el diagnóstico diferencial entre el origen médico y psiquiátrico que presentan algunos Enfermos Terminales:

- La sintomatología de muchas enfermedades médicas y psiquiátricas es muy similar (por ejemplo, la sintomatología general secundaria a un tumor pancreático se asemeja a la de un trastorno depresivo).
- A veces los síntomas que primero se manifiestan en una enfermedad médica son psiquiátricos (como en el Lupus Eritematoso Sistémico).
- La relación entre la enfermedad médica y psiquiátrica puede complicarse, haciéndose imposible diferenciar si la sintomatología que padece el Paciente es directamente secundaria a los efectos fisiopatológicos de su enfermedad médica en el Sistema Nervioso Central, o es una reacción psicológica reactiva por estar viviendo esa nueva realidad de enfermedad.
- En muchas ocasiones, el Paciente acude a un centro de salud mental, donde puede haber menos expectativas y menor capacidad para establecer un diagnóstico médico, según el sitio que se trate.

A pesar de estas dificultades, hay algunos elementos que pueden hacernos sospechar del origen orgánico de las alteraciones psiquiátricas:

- Antecedentes de consumo de tóxicos.
- Formas atípicas de presentación de enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, la ausencia de antecedentes familiares, edad de aparición).
- Pérdida excesiva de peso en trastornos depresivos en los que no aparece anorexia o ésta no es tan obvia como para justificarla.
- Formas atípicas de evolución de sintomatología psiquiátrica, con respuesta parcial o nula a tratamiento.
- Alteraciones que nos hagan pensar en presencia de “Delirium” (entidad médica por definición).
- Falta de estudios médicos previos en Pacientes con antecedentes psiquiátricos, que refieren sintomatología física de mala evolución que ha sido directamente atribuida a su patología psiquiátrica.

Cualquier manifestación psiquiátrica puede ser causada por una enfermedad médica. De hecho, tal como se señaló, debe descartarse patología médica en cualquier alteración psiquiátrica.

Desde un punto de vista fisiopatológico, es importante hacer referencia a los sistemas cuya afección se manifiesta con mayor frecuencia ligada a sintomatología psiquiátrica: glándulas paratiroides, tiroides, suprarrenales y síndrome paraneoplásicos endócrinos, disturbios del sistema hematológico (anemias y porfirias), del aparato digestivo, Lupus Eritematoso Sistémico, trastornos desmielinizantes, alteraciones por ocupación de espacio, síndrome paraneoplásicos que afectan el Sistema Nervioso Central, por mencionar algunas entidades.

El Médico Paliativista debe intuir las localizaciones neoplásicas que pueden manifestarse enmascaradas:

- Hipertiroidismo.- ansiedad, depresión, comportamiento grandioso o hiperactivo ocasional.
- Hipotiroidismo.- letargo, ansiedad, irritabilidad, trastornos del pensamiento, delirios somáticos, alucinaciones, comportamiento paranoide.
- Hiperparatiroidismo.- ansiedad, hiperactividad, irritabilidad, depresión, apatía y retraimiento.

- Hiperadrenalismo.- depresión, ansiedad, trastornos del pensamiento con síntomas somáticos. En raras ocasiones comportamiento aberrante.
- Insuficiencia Corticosuprarrenal.- depresión, negativismo, apatía, trastorno del pensamiento, desconfianza, psicosis.
- Hipoglucemia.- temor, terror, depresión con astenia, agitación y confusión.

Las vivencias que tiene una Persona, sobre todo, ante una Enfermedad Terminal implacablemente progresiva y desgastante, pueden englobarse en las <Conductas Repetitivas orientadas o centradas en el cuerpo>, este criterio lo introdujo Bohne en 2002, se tiene la intención, disfrazada o muy ostensible, de remover una parte del cuerpo, como si se deseara aliviar parcialmente una tensión insoportable, de tal suerte, que pueden ser consideradas como hábito más que en patología, dependiendo de su forma de presentación y los múltiples factores adyacentes, así ocurre con la Onicofagia y la Tricotilomanía, por ejemplo. Valorando al Enfermo desde su entorno y con el fondo de su padecimiento, se podrá deducir la asociación con estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

La tristeza y la aflicción son perfectamente normales en quien atraviesa la fase terminal del cáncer, pues no es fácil su aceptación, no hay que desechar la existencia preexistente de un cuadro depresivo en el enfermo.

La ansiedad es un estado emocional desagradable, que compromete el bienestar de la mente y del cuerpo. Puede presentarse de forma repentina o gradual. Cuando tiene manifestaciones más enfocadas al cuerpo se convierte en angustia, pues conlleva la pérdida de seguridad y del control de la situación, afectando la calidad de vida del individuo. El motivo por el que se produce el primer episodio de ansiedad sigue siendo un misterio, aunque se sabe que no hay una sola causa, pues hay razones que facilitan las manifestaciones corporales enlazadas con las emocionales, como son:

- Problemas médicos > Ingestión de fármacos y drogas > Hipervigilancia.
- Factores biológicos > Situaciones estresantes > Hiperventilación.
- Factores genéticos > Fatiga, falta de sueño > Activación, interpretación, espiral del pánico.

La mayoría de las Personas tienen incremento de estrés un año antes de manifestarse pánico.

El diagnóstico se enfoca en la presencia y características de los síntomas, es decir, inicialmente la interpretación es subjetiva. La ansiedad tiene origen hereditario, por lo que es aconsejable investigar los antecedentes familiares.

La respuesta de ansiedad es una reacción defensiva e instantánea ante el peligro, se ve comprometida la seguridad de la persona, es de tipo adaptativo, es decir, ejerce un efecto protector. Por estas solas características es perfectamente comprensible que el Enfermo Terminal sufra de ansiedad.

Se sabe que ante la amenaza de peligro, la huida o la lucha son las respuestas esperadas. La ansiedad ayuda a la adaptación a la situación que se vive en el momento. Es la más común y universal de las emociones, es una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa, menos focalizada, se conforma de respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales. A la ansiedad también se le ha llamado inquietud, nerviosismo o tensión. Se le describe como miedo e inseguridad.

Debe aclararse que el miedo es una respuesta normal ante situaciones de peligro para la persona, es una respuesta diferenciada ante un objeto o situación específica, es un fenómeno evolutivo y transitorio.

La ansiedad cursa con:

- Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento.- inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad o minusvalía), anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración y para la toma de decisiones, sensación generalizada de desorganización o pérdida del control sobre el ambiente.

- Síntomas motores o observables.- generalización motora, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras alteraciones de expresión verbal, conductas de evitación.
- Síntomas fisiológicos o corporales.- palpitaciones, pulso rápido, alzas de tensión arterial, accesos de calor, sensación de sofocamiento o ahogo, respiración rápida y superficial, opresión en el pecho, náuseas, vómito, aerofagia, diarrea, molestias digestivas, micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, anorgasmia, disfunción eréctil, tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza, fatiga excesiva, sequedad de boca, mareos, sudoración excesiva.

La ansiedad normal y la patológica tienen distintivos:

- Normal.- Cursa por episodios poco frecuentes. Es de intensidad leve o moderada. Tiene duración limitada. Es una reacción esperable y común ante los estresores. El grado de sufrimiento que causa es limitado y transitorio. No interfiere, o lo hace muy levemente, con la vida cotidiana.
- Patológica.- Evolucionan por episodios repetitivos. Tiene intensidad alta. Su duración es prolongada. Se trata de una reacción desproporcionada con un alto grado de sufrimiento. Interfiere en las labores habituales de la persona.

Para fines más prácticos, la ansiedad (etimológicamente incomodidad) se refiere más al sentimiento psíquico, mientras que la angustia (etimológicamente estrechez) se relaciona con las sensaciones corporales.

La angustia es considerada en los tiempos actuales como un agente patógeno, ya que es uno de los causales más preponderantes de desórdenes orgánicos. Viene del vocablo alemán <Angst>, angustia y <Furcht>, miedo. Es un miedo sin objeto legítimo patente, desproporcionado y fuera de control. Es una experiencia humana, de estar envuelto en la nada. Cuando la angustia supera a la Persona, sobrevienen enfermedades, más específicamente, la Neurosis.

En la angustia participan factores endócrinos, nerviosos, hormonales, con frecuencia la Piel se ve involucrada.

En la angustia predominan los matices físicos de la vivencia y en la ansiedad los psíquicos. En la primera hay una nota estática y en la segunda de movimiento, dirección, como una sensación de espera inquieta. La angustia paraliza, la ansiedad obliga a moverse.

Entendiendo desde estos rasgos la angustia, hay varias acepciones de ésta:

- Angustia normal.- Constituye la base de nuestra existencia. Supone una permanente actitud de las personas a proyectar y “verse obligadas a...”. A más actividad realizadora, menos culpa, menos angustia patológica. La depresión es antes que nada inhibición, retardo, bloqueo de la creación física, emocional e intelectual.
- Angustia Patológica o Anormal.- Si la actividad de proyecto y creación se reduce o aumenta como respuesta desproporcionada a los estímulos y el estilo del comportamiento es un mecanismo de defensa para librarse de un conflicto intrapsíquico, se está en presencia de ansiedad anormal, fruto de una respuesta inadecuada y no elaborada, dando origen respectivamente a la angustia neurótica o psicótica según el caso y su profundidad.
- Angustia Existencial.- Es un concepto no usado en clínica ni reporta ayuda para el trabajo médico cotidiano. Está ligada a un movimiento filosófico, el “Existencialismo”. Se aplica a la reflexión trascendente, dando como resultado que la esencia de la vida humana es solamente su existencia, envuelta en el vacío que constituye la nada y el “Ser para pasar”.
- Angustia Vital.- Esta acepción incluye el origen interno de la angustia, endógena, es decir, no se genera por los acontecimientos de la vida.
- Angustia Somatizada.- Es la angustia rechazada, defensivamente, al plano físico, con la consiguiente creación de un síntoma o un signo orgánico, constituyendo el centro de la Medicina Psicosomática.
- Angustia Depresiva y Persecutoria.- Expresa el temor de haber hecho daño a los objetos amados e implica aceptación de lo ocurrido y la necesidad de resarcir. Implica el miedo a haber destruido al

Yo y a la necesidad de huir del objeto dañado y perseguidor. Se confunden estos conceptos con la angustia normal y la patológica.

Se describen a continuación y con fines prácticos, las diferencias entre el Trastorno de Angustia y el Trastorno de Ansiedad Generalizada:

- Prevalencia Familiar.- En el trastorno de angustia la prevalencia familiar es alta. En el trastorno de ansiedad generalizada no es alta.
- Transmisión Genética.- El trastorno de angustia se observa con cierta transmisión genética, no así en el trastorno de ansiedad generalizada.
- Respuesta a los Psicofármacos.- El trastorno de angustia suele dar buena respuesta a la administración de antidepresivos. La ansiedad generalizada mejora más con las benzodiazepinas.
- Prevalencia de Depresión Mayor.- El trastorno de angustia tiene frecuente asociación con fobias, no así en el trastorno de ansiedad generalizada. Cabe agregar que las fobias escolares frecuentemente han existido en el trastorno de angustia, lo que no es frecuente en el trastorno de ansiedad generalizada.
- Objeto de Ansiedad.- En los trastornos de angustia preocupan peligros inminentes, usualmente de daño, muerte o pérdida de control. En la ansiedad generalizada predominan las preocupaciones por eventos venideros.
- Inicio.- Además de lo anterior, hay que decir que los grados patológicos de ansiedad generalizada, presentes en pacientes con pánico, se hacen manifiestos tras el comienzo, pero no antes, de los episodios de angustia.
- Velocidad de Respuesta a la Ansiedad.- La ansiedad generalizada tiende a construirse lentamente, mientras que la ansiedad característica de las crisis de angustia es de naturaleza intermitente y de gran intensidad. En la ansiedad generalizada las conductas pueden ser simplemente estar nervioso o inquieto, mientras que en el ataque de pánico o evitación ocurren con mucha más claridad y casi inmediatamente.

Cuando estos desórdenes, ya sea ansiedad, angustia o depresión, alteran de forma muy sensible la esfera familiar, se prolonga o coincide con un evento irreversible, como el diagnóstico de una Enfermedad Terminal, deberá solicitarse ayuda especializada y específica. El 34% aproximadamente de los pacientes que padecen ansiedad tendrá depresión.

Las Reacciones Psicósomáticas enfocadas en la Piel con frecuencia reflejan angustia de tipo psicótico, con un rasgo defensivo manifiesto en enojo y rabia y que se expresa parcial y rudimentariamente encubierta como un síntoma psicósomático.

Angustia Psicótica <---> Defensa que encubre Rabia y Enojo <---> Síntoma Psicósomático

Resulta de vital trascendencia la prevención de cuadros emocionales con repercusiones negativas, por lo que hay que observar al Enfermo detenidamente, no sólo en busca de datos orgánicos, sino también enfocándose en la detección de conductas y manifestaciones emocionales, con suspicacia y objetividad. Para ello, inicialmente habrá que hacer un seguimiento desde el momento en que se establece el diagnóstico de la Enfermedad Terminal, se incluye aquí a la Familia. Deben identificarse episodios previos de depresión u otras alteraciones mentales. Hay que investigar sobre antecedentes familiares de depresión, suicidio u otras enfermedades relacionadas. Es recomendable evaluar problemas de temperamento (nerviosismo, inestabilidad, rebeldía, mal humor). Indagar sobre uso y abuso de sustancias. Hay que registrar antecedentes de somatización. Se debe tener la astucia suficiente para preguntarse al paciente sobre ideas o intentos suicidas. Verificar si lo que se está registrando corresponde a algún nivel de Depresión.

Derivado de lo anterior es evidente que se debe disponer de suficiente tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos en relación a lo que le pasa. Hay que realizar evaluaciones de seguimiento más frecuentes en pacientes más frágiles (son preferibles a las evaluaciones más prolongadas y más espaciadas). El entorno debe ser agradable y adecuado (Paciente en compañía, con confort). La información deberá darse de manera directa y con lenguaje médico sencillo. Las emociones del Paciente deben ser respondidas con

empatía. Hay que reconocer la necesidad de obtener un balance entre decir la verdad y dar esperanza al enfermo.

De manera deseable, el Médico Paliativista deberá tener entrenamiento adecuado para identificar cuando se requiera el apoyo de Psicología o de Psiquiatría: cuando el Paciente y sus Familiares manifiesten síntomas o signos que interfieran con el tratamiento a la calidad de vida, para atender a la Familia es necesario que el paciente lo apruebe, asegurándole que no se romperá la confidencialidad. Permitir al paciente expresar sus miedos y preocupaciones acerca del cáncer y la muerte, al igual que la confianza que él tiene en el grupo tratante para manejar las complicaciones o síntomas y signos físicos y psicológicos que aparecen durante la evolución de la enfermedad. En casos especiales, hay que sugerir al Paciente participar en un grupo de apoyo, ejercicios de relajación, entrenamiento conductual y otras intervenciones psicológicas.

Es importante considerar la presencia de síntomas comunes en los trastornos de ansiedad y en la depresión:

- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones del apetito.
- Quejas cardiovasculares y gastrointestinales inespecíficas.
- Dificultad en la concentración.
- Irritabilidad.
- Fatigabilidad, falta de energía.

El diagnóstico diferencial debe basarse especialmente en los signos básicos de la depresión: tristeza, anhedonia, ideación suicida y culpabilidad. La depresión, por sí sola, puede manifestarse después de los 60 años de edad por primera vez, aunque con frecuencia no se le reconoce o se le diagnostica mal, y es posible que se trate de una recaída si se hace una sospecha diagnóstica por descompensación de hipertensión o diabetes que ameritó hospitalización de la persona.

En el capítulo de la Medicina Psicosomática aplicada a la Piel (aspectos Dermatológicos) se han encontrado informes de estudios, individuales y aislados, de Pacientes con Enfermedades de la Piel preexistentes o que se manifestaron en el curso de algún padecimiento amenazante para la vida misma. En ocasiones se refiere a esto como “Hipocondriasis Dermatológica”.

La Piel carece de inervación que se pueda estar sujeta a la voluntad pero evidentemente es un órgano de expresión psicológica simbólica.

Resulta llamativo que en el abordaje de los Pacientes graves, con conservación de la conciencia y de su relación con el entorno, que se pueden comunicar mediante el habla (pero que dependen del Equipo de Salud o de la Familia para su cuidado), los problemas más pronto a resolver se describen dirigidos a la cabeza y a la superficie corporal, como ofreciendo un campo de revisión más amplio pero, al mismo tiempo, más confuso y no sistematizado. Es como si se tratara de Constelaciones de conflictos dinámicos específicos, donde la Piel pasa a ser un personaje. Este tipo de abordaje es más cualitativo que cuantitativo, ya que en los Pacientes Dermatológicos que presentan alteraciones no consideradas Psicodermatosis, el panorama es diferente, pero no es absoluta la ausencia de alteraciones psicoemocionales.

La temperatura de la Piel es importante, ya que puede dar una pista sobre el calibre de las arteriolas, además, el tocar al Paciente de forma afectuosa y amable le proporciona tranquilidad. Aunado, el registro de las respuestas sensitivas autónomas, conjuntamente, es muy deseable para identificar las emociones del Enfermo.

Hay varias ideas erróneas sobre el sentir del Enfermo Terminal a quien se le ha establecido el diagnóstico de cáncer (lo que refleja su modo de afrontar la situación), a saber:

- No todas las Personas con cáncer están deprimidas.
- La depresión es normal en Personas con cáncer.



- El tratamiento no ayuda a la depresión.
- Todos los Pacientes con cáncer sufren y tienen una muerte dolorosa.

Haciendo énfasis en estos conceptos, debe considerarse que los trastornos depresivos son difíciles de diagnosticar en el Enfermo con cáncer, ya que hay multiplicidad de síntomas relacionados entre ambas patologías. Aproximadamente un 10% de los Pacientes portadores de cáncer tienen un trastorno depresivo mayor que afectará de manera preponderante su desempeño. La comunicación y el apoyo son la piedra angular del tratamiento antidepressivo y es a menudo complementario con la farmacoterapia. Un Paciente triste, hipoactivo, con aparente ánimo depresivo, puede tener un delirio hipoactivo que puede fácilmente confundirse con un trastorno depresivo. Los psicoestimulantes de acción rápida deben utilizarse primero como prueba para evaluar posibles efectos adversos y, si se utilizan, se deben dar temprano en la mañana para prevenir el insomnio. Los psicoestimulantes están contraindicados en el delirio hiperactivo y ansiedad severa. Al igual que con los trastornos depresivos, la ansiedad debe evaluarse y tratarse desde el inicio con terapia de apoyo y farmacológica. Los psicofármacos deben utilizarse con precaución debido a la posibilidad de interacciones medicamentosas con otros fármacos administrados y a sus posibles efectos indeseables.

Como agregado y para que se entienda la importancia de establecer un buen diagnóstico psiquiátrico, aunado a un correcto abordaje dermatológico, se señalan en seguida las diferencias entre el Síndrome Demencial y Depresivo con afectación cognitiva (Pseudodemencia Progresiva), entidades donde es probable encontrar dermatosis autoinducidas:

	<i>* Depresión *</i>	<i>* Demencia *</i>
<i>Evolución e historia</i>	Inicio bien definido.  Evolución rápida y breve.  (semanas).  Antecedente previo de  Depresión y acontecimientos  adversos	Inicio incidioso.  Evolución lenta y larga  (años).  No hay antecedentes  previos.
<i>Cuadro clínico</i>	Quejas detalladas y elaboradas.  de deterioro cognitivo.  Poco esfuerzo en responder.  Síntomas afectivos presentes.  Incongruencia entre el  comportamiento y el  déficit cognitivo.  Mejoría vespertina.	Quejas escasas.  No hay conciencia de  enfermedad.  Se esfuerza para responder.  Afecto plano, apatía.  Congruencia entre el  comportamiento y el  déficit cognitivo.  Empeoramiento vespertino  y nocturno.

## *Exploración*

Respuestas displicentes

Respuestas intentando

antes de iniciar la prueba.

disimular el déficit.

Lagunas de memoria

Patrón de déficit congruente.

específicas.

No hay lagunas específicas.

Lo que nunca debiera hacerse cuando se atiende a un Enfermo con cuadros clínicos que se engloban en lo anotado:

- Tratarlo en función de los diagnósticos previos, sin revisarlo o sin valorar los nuevos elementos de cada caso. Se debe hacer el interrogatorio pertinente y minucioso, con pruebas complementarias precisas.
- Rechazar al paciente o inhibirse terapéuticamente al comprobar la ausencia de patología orgánica que amerite atención de inmediato.
- Infravalorar las quejas del Enfermo.
- Realizar exploraciones innecesarias que sólo contribuyen a incrementar la sintomatología psiquiátrica del paciente.
- Limitar el abordaje farmacológico a la prescripción de farmacias y sin ver personalmente al enfermo.
- No revisar el tratamiento farmacológico periódicamente para intentar prevenir el desarrollo de dependencias.

Cabe agregar en este párrafo al delirium, cuyo síntoma fundamental es el deterioro de la conciencia, en general, asociado al deterioro global de las funciones cognitivas. La acetilcolina es la sustancia involucrada y la principal zona neuroanatómica afectada es la formación reticular, por lo que la prescripción previa de los fármacos con acción relacionada debe ser minuciosamente investigada en la historia del Paciente (amitriptilina, doxepina, nortriptilina, imipramina, clorpromacina). Son síntomas psiquiátricos frecuentes las anomalías del ánimo, la percepción y la conducta; entre los síntomas neurológicos suelen aparecer temblor, asterixis, nistagmus, incoordinación e incontinencia urinaria. La mejoría es rápida si se identifica y se elimina el causal. Sin embargo, esto es muy variable en cada caso.

El delirium se identifica si se reúnen estos criterios:

- Incapacidad de fijar la atención o su dispersión en el entorno.
- Cambio en las funciones cognitivas (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- La alteración ocurre en un breve lapso (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar en el transcurso del día.
- Demostración mediante la historia clínica, exploración física y pruebas de laboratorio, que la alteración es un cambio directo por enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de sustancias, etiología múltiple o no precisada.

El delirium es subestimado, ya que comúnmente se le confunde con estado confusional, encefalopatía, metabólica, psicosis tóxica, insuficiencia vascular cerebral aguda o síndrome cerebral agudo. Es importante el reconocer al delirium como tal, para eliminar su causa y así, evitar complicaciones.

La frecuencia de presentación del delirium varía según el grupo poblacional investigado y el criterio diagnóstico aplicado. En el anciano puede ocurrir en un 20 a 40%, hasta en un 51% de los postoperados que

ameritaron circulación extra-corpórea, en un 20 a 40% de los portadores de VIH y en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida terminal hasta un 80%. Hay que hacer hincapié en que el paciente con delirium, por la pérdida de la relación con el entorno, es susceptible de lastimarse a sí mismo (de forma no intencional) si no se tienen los cuidados mínimos necesarios.

El manejo del delirium en el Paciente moribundo es multifactorial, se enfoca a mantener la calidad de vida, ya que con frecuencia, bajo estas circunstancias, es irreversible. El delirium en las últimas 24 a 48 horas de vida puede no ser reversible y requerir sedación, puede deberse a falla orgánica múltiple. Una de las recomendaciones en el manejo del delirium y que compete a la Familia, es el rodear al Paciente de objetos conocidos (fotografías, objetos, relojes, muebles), para tratar de ayudarlo a ubicarse en persona, tiempo y espacio, además de contribuir a hacerle más agradable el entorno y representa un intento por la recuperación o reafirmación de su identidad.

La expectativa de vida en el mundo occidental se ha prolongado más allá de los 70 años, por lo que merece especial atención la mención de la frecuencia de presentación de las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en el paciente senil, independientemente de si es portador de una Enfermedad Terminal, pues, como se anotó, no hay una cronología ni lógica cuando surgen manifestaciones orgánicas o psicológicas:

- Demencia senil	5.8%
- Delirium	25% de los pacientes hospitalizados
- Depresión mayor	1 a 3%
- Distimia	2%
- Síntomas depresivos	5 a 20%
- Trastornos por ansiedad	5%
- Esquizofrenia	1%
- Insomnio	10%
- Alcoholismo	2 a 5 %

No pasemos por alto la pérdida de la memoria y los pequeños olvidos que puede tener un anciano hasta los rasgos que establezcan la sospecha de lo señalado, área que compete a la Especialidad de la Psiquiatría, con apoyo en la Psicología.

Para concluir esta parte, hablando de la agonía, se describe como la fase final a la que llega el Enfermo con una dolencia que no fue susceptible de tratamiento curativo y que por evolución desencadenó ahí, con las injerencias emocionales y físicas que se mencionan en el presente trabajo.

La “Fase Agónica” se caracteriza por el establecimiento claro del proceso de morir, el desenlace viene en breve tiempo y es el momento más crítico de los Cuidados Paliativos, por la gran carga emocional que implica.

La “Agonía” cursa con deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios, como sucede en algunos casos de cáncer. En general, durante el mes anterior a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad y el bienestar. Se aprecia un visible debilitamiento del Paciente y para todos resulta evidente que la muerte ya viene.

La agonía también puede seguir otro curso: a veces, un Paciente tratado en un hospital, con una terapia agresiva a consecuencia de una enfermedad grave, puede empeorar de repente y sólo se sabe que está muriendo algunas horas o días antes de fallecer. Sin embargo, es cada vez más común agonizar con una lenta disminución de las capacidades y durante un largo período de tiempo, a veces con episodios de síntomas graves.

En 1969, la Dra. Elizabeth Kübler-Ross establece las Fases del Duelo, fundamentales para entender a los moribundos, aplicados en este rubro, se explican a continuación:

- Cólera: Cólera enfocada a un Ser Supremo, sensación de que otros merecen más, encubre envidia a otros, pues mientras hay quien goza de la vida, el enfermo muere y sufre, hay enojo contra el Equipo de Trabajo y la Familia por no poder detener el avance de la muerte.
- Negociación: Si Dios no cede a mi demanda, cambio de actitud hacia Él, buscando su lado bueno y sensible. Es una tentativa para posponer la muerte.
- Depresión: Es reactiva, va más allá de las pérdidas (ya perdió el trabajo, los bienes materiales) porque se enfoca a una pérdida mayor, para la que se pretende estar preparado (viene algo mayor, desconocido y más doloroso aún).
- Aceptación: Es muy arduo el trabajo para llegar a esta etapa y no todos los pacientes terminales lo logran, la lucha que se tiene con la muerte hace “olvidar” que la enfermedad es terminal y no se vislumbra, por lo mismo, la llegada de la muerte.

El orden en que se viven estas etapas no es estricto, se puede ir de una a otra en un vaivén diferente para cada Persona. Es aquí donde la ansiedad es una defensa para evitar el sufrimiento, es un temor inexplicable, es un sentimiento indescriptible y una actitud variable. Cada persona convive con su propia ansiedad, de la cual se emerge una y otra vez. Sin embargo, no siempre se encuentra una fase objetiva que explique la ansiedad. El Enfermo pretende, cuando conserva su lucidez, racionalizar la situación y explicar con distintos argumentos lo que siente.

En el proceso de morir a causa de una enfermedad mortal, hay dos etapas:

- Preagónica.- Inicia con una enfermedad terminal, en la que sobrevienen cambios significativos (físicos y psicológicos), poco a poco se alteran las necesidades básicas del individuo. Se requiere apoyo integral para mejorar las condiciones del Paciente. Los sistemas y aparatos del enfermo se afectan sensiblemente, por lo que la muerte es próxima.
- Agónica.- La llegada de la muerte es inminente y perceptible ya. En breves momentos ocurre.

Como puede deducirse, la figura del Médico es importante en todo momento, por lo que su preparación, no sólo académica, sino humanística y emocional, además de su sensibilización, resultan necesarias de forma indiscutible.

Al Moribundo (también llamado “Muriente”) no debiera forzársele a conservar la vida mediante los recursos posibles, sino sólo a través de aquellos congruentes con el propósito perseguido. Si se establece entonces que de acuerdo con las condiciones físicas, mentales, morales y espirituales de un individuo, el medio diagnóstico o terapéutico a utilizar es ordinario, ese cuidado será obligatorio para ese individuo.

Siguiendo el argumento contrario, se concluye que el conjunto de los medios extraordinarios será para un Paciente opcional, en tanto que sus actuales circunstancias no le otorguen una esperanza cierta de beneficio, equilibrada en relación con las cargas eventuales que deberá afrontar. En otras palabras, el cuerpo médico deberá implementar todos los medios que el enfermo está obligado a usar y, además, también aquellos otros medios opcionales que el Paciente o sus allegados razonablemente soliciten o acepten ensayar.

El Enfermo muriente es siempre el protagonista principal del drama que estudiamos, y le compete a él solamente aceptar o desechar cuidados para su salud, e inclusive determinar qué calidad de vida le parece aceptable. Las excepciones a este postulado se dan en los menores de edad y en los que no tengan capacidades suficientes ni adecuadas (entran entonces a tomar la decisión sus representantes legítimos), se agregan aquí los enfermos en estado crítico que no estén en condiciones de opinar por obnubilación, inconsciencia, etc., cuando no cuentan con representantes disponibles para la consulta inmediata, entonces el equipo médico debe asumir una respuesta afirmativa del paciente en favor del resguardo de su vida amenazada, brindándole así una protección máxima.

Miguel de Unamuno definió al Enfermo como “un ser humano, de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña”. Quizá ésta sea la mejor definición, pues todos los textos de Medicina tienen un concepto más encaminado a la Ética, es decir, en términos antropológicos, una visión desde el observador y sin atender el enfoque total, mirando a través del Paciente.

Al Médico le aflige el enfrentamiento con la imposibilidad terapéutica de lo incurable, la inexorabilidad de la muerte o las complicaciones mayores de procedimientos que pudieran comprometer la vida. Le causa angustia, sea porque no puede aceptar la idea de no curar, porque no quiere ser testigo del fin o porque la muerte de un semejante lo concientiza de su propia muerte. La compasión con el Paciente, relacionada con vivencias muy personales, acota las decisiones profesionales y puede impulsar tratamientos por “no fallar al Paciente”, “por no defraudar a la Familia” o “luchar un poco más”. El fracaso de la propuesta puede ser marcado como resultado de la actuación de un necio, un rotundo fracaso. Si se opta por las acciones menores o paliativas, puede ser tachado de nihilista o abandonador. Cuando se indican opiáceos para tratar el dolor y el disestrés, sobreviniendo la muerte, recela la aparición de problemas legales clasificados como homicidio culposo, eutanasia o hasta suicidio asistido.

Toda acción médica debería ubicarse dentro del concepto de los cuidados, acorde con la etimología del término “médico” (aquel que cuida), procediendo a servir y con el objetivo. Las metas por lograr deben exceder la provocación de efectos en alguna porción de la anatomía o fisiología, contemplar las contrariedades cualitativas y cuantitativas, tendiendo al beneficio del sujeto como un todo, al mejorar su pronóstico, bienestar o estado general. El Paciente debe recibir información veraz sobre diagnósticos, opciones terapéuticas, alternativas y probabilidades de éxito y complicación. Las opiniones del Paciente y del Médico cuentan en cada decisión. El racionamiento sólo cabe a la luz de la justicia distributiva y raramente compete al terapeuta individual. Existe un infundado consenso en cuanto a que resulta más correcto no emprender acciones que abandonar propuestas ya comenzadas. No existe distinción filosófica, ética, teológica o legal que sustente diferencias entre negar o retirar tratamientos si resultasen ineficaces. Hay tantas recompensas y obligación es en manejar bien la muerte como en manejar bien la vida. Abandonar emocionalmente al enfermo e ignorar las necesidades de quien está al final de su vida, constituye una negación puntual de los Cuidados Paliativos. Así como no se debe apurar la muerte, tampoco se debería retrasar lo inevitable, prolongar la agonía o impedir una muerte digna. Este actuar no implica promover la muerte, sino permitir que el proceso natural de la enfermedad transcurra sin interferencia humana. Las corporaciones médicas y cada profesional en particular deben hacer lo suyo y corregir la situación mediante la provocación de un consenso social respecto del riesgo de complicaciones y de muerte esperables para cada procedimiento y cada caso. En este contexto, empecinamiento y nihilismo constituyen excesos incompatibles con una acción médica inadecuada.

Con el enfoque de atención a esta problemática, se entiende la relevancia de los Cuidados Paliativos, que brindan al Enfermo terminal la posibilidad de adoptar una postura activa en lo que se refiere a su propio proceso de muerte, atento a que los Médicos lo van preparando para ir aceptando la gravedad de la situación, para ir tomando las decisiones que sean necesarias a partir de la evolución o involución de la enfermedad para finalmente poder elegir, dentro de lo posible, la manera de “vivir” su muerte.

Los Cuidados Paliativos surgen como una necesidad de atender al Paciente más allá de la propia enfermedad que está padeciendo.

Cuando se habla de humanización, es atendiendo al hecho de que si bien el cuerpo del Paciente no responde ya a tratamiento terapéutico alguno, el Médico o el Equipo Médico de Cuidados Paliativos, aún tiene mucho por hacer por esa Persona enferma, es mucho más que un conjunto de órganos que no funcionan adecuadamente, hay que preservarlo del dolor, atender sus necesidades emocionales, controlar sus síntomas y prepararlo para transitar el proceso de muerte.

Es difícil para los Médicos entender que acompañar a un Paciente terminal en estas condiciones, con la renuncia a tratamientos curativos (cuando ya son inútiles, claro está), también se puede considerar un éxito médico a pesar de que el Paciente fallezca, dado que se le cuidó hasta el final, no se le abandonó, por el contrario, se le brindó lo que necesitaba sin invadirlo ni haber prolongado su agonía.

*“La experiencia no es lo que te ocurre, es lo que haces con lo que te ocurre.”*

*Aldous Huxley*

## VII) BREVE REVISIÓN DE LAS DERMATOSIS COMUNES EN EL PACIENTE TERMINAL.

*“Si no utilizas, además de la cabeza,  
tu corazón y tu alma, no ayudarás  
nunca a nadie.”*

*Elizabeth Kübler-Ross*

En Dermatología la exploración clínica objetiva sigue siendo el elemento insustituible para el diagnóstico adecuado. La Piel ejerce numerosas y diversas funciones, cuando enferma o se manifiesta, ofrece una amplia gama de datos que no deberían pasar desapercibidos. Hay que identificar las lesiones apropiadamente, si son aisladas, alternan o se agrupan, su diversidad, topografía y extensión. Deben revisarse pequeños y grandes pliegues, con suficiente luz natural, es deseable que el sitio del examen físico conserve una temperatura de 20 a 25 °C, hay que tocar en busca de texturas, formas, cambios a la presión de los dedos; hay que observar en partes y en la totalidad. El Enfermo demanda respeto a su pudor y a sus condiciones generales, lo que debe tenerse en cuenta a cada momento del examen. Hay que averiguar sobre los antecedentes generales y particulares, sobre la evolución de la enfermedad y de los tratamientos concomitantes, hacer preguntas específicas sobre sintomatología y uso de medicamentos tópicos (desde los más empíricos hasta los de alta Especialidad). No debemos olvidar la integración de los resultados de biopsias y de laboratorio, así como los de gabinete.

Ya que la Piel es la parte más accesible de nuestro organismo, no es raro que muchas personas expresen a través de ella impulsos de naturaleza agresiva, ansiosa o autodestructiva, provocándose síntomas dermatológicos. Por otro lado, las lesiones de la Piel comprometen la autoimagen y ello incrementa la sensación de malestar.

Los sistemas nervioso, endocrino e inmune están relacionados entre sí, comparten multitud de vías anatómicas y fisiológicas, con la interacción que deriva de ello. Los factores psicológicos pueden influenciar la reacción inmune (Psico-neuro-inmunología) y el pronóstico de muchas enfermedades.

Un nivel elevado y sostenido de estrés puede inhibir la respuesta del sistema inmunitario. El estrés modifica las concentraciones de neurotransmisores y la sensibilidad de sus receptores. Estos cambios en los neurotransmisores pueden mediar respuestas cutáneas diversas. Por otra parte, en los nervios de la capa superficial de la Piel intervienen un buen número de sustancias que también están presentes en el Sistema Nervioso Central.

Las anteriores son las vías por las que los factores psicológicos pueden producir disturbios en la Piel. Hay un sinnúmero de patologías en que la activación e inactivación del sistema inmune determina la aparición de lesiones en la Piel por influencia del estrés, se mezclan emociones y acontecimientos vitales, neuromoduladores, neurotransmisores, respuestas endócrinas y alteraciones en la autodefensa del organismo.

Es probable que los Enfermos no experimenten sensaciones físicas durante las primeras sesiones de tratamiento con quimio o radioterapia, tal vez sobrepasados por el impacto emocional que existe ante el

afrontamiento de una situación fuera del alcance. Los efectos de la terapéutica se acumulan de forma gradual, los efectos secundarios iniciales son contados y conforme avanza el tratamiento los cambios físicos relacionados se van manifestando.

La gran mayoría de los Enfermos son capaces de terminar la radioterapia sin alteraciones significativas, sin embargo, se presentan en las zonas tratadas de forma muy variable. Una dosis que en un Paciente ocasiona pocas molestias, en otro las produce de forma poco soportable. El abordaje de estas alteraciones corresponde al área de Cuidados Paliativos.

En seguida se hace una descripción breve de las dermatosis que con frecuencia se presentan en los Pacientes Terminales o Postrados:

VII – 1) ACAROFOBIA.- Este término ha sido empleado frecuentemente como diagnóstico, pero es más bien un síntoma. Se le puede encontrar también como “Delirio de Parasitosis”, “Delirio de Infestación”, “Dermatofobia” o “Parasitofobia”, aunque los términos por sí mismos no son adecuados, porque no es una alteración psicopatológica rigurosa, ni es una fobia ni hay conductas evitativas secundarias. Se define como un trastorno de tipo psiquiátrico en que el enfermo tiene la convicción de estar infestado por parásitos, es una alteración monosintomática que a veces se asocia a Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Bipolar, Depresión y Ansiedad. De aquí su importancia en el Enfermo terminal, quien sufre de grandes cambios en su esfera psíquica, en que se sobreponen manifestaciones de diferentes índoles.

La Acarofobia tiene más incidencia en mujeres que en varones, en relación 2:1, entre los 50 a 55 años de edad y con mayor diferencia a medida que avanza la edad. Conlleva en sus manifestaciones alucinaciones (visión de parásitos que se deslizan en la Piel con la sensación indiscutible para el paciente de sentirlos), por lo que se divide en dos variantes: Ectoparasitaria (la invasión se describe circunscrita a la Piel) y Endoparasitaria (cuando abarca orificios u órganos internos). Algunas veces el Enfermo refiere haber contraído esta entidad por contacto o convivencia con algún allegado o por el uso de ropa de hospital, y que cede en sus molestias cuando éste se aleja o se separa, lo que evidentemente denota ansiedad en el Paciente. A este fenómeno se le ha denominado <Folié a deux> o <Folié partagé>, que significa “Locura de Dos” o “Locura Compartida”. Los Pacientes con Acarofobia son mujeres adultas y ancianas en su mayoría, con pocos contactos sociales y familiares, sin antecedentes de alteraciones psiquiátricas manifiestas y con funciones cognitivas normales. Debe diferenciarse de la Dermatitis Facticia cuando se le ve por primera vez y el Enfermo tiene alguna limitación para la comunicación verbal adecuada.

Para hacer el correcto diagnóstico de Acarofobia hay que evidenciar: prurito con excoiaciones, convicción delirante de infestación por parásitos cutáneos, lesiones autoprovocadas “para eliminarlos” (con o sin mención de la misma), actitudes y conducta relacionadas con “la desaparición de los parásitos” y el temor “de contagiar a otros”, además, no se detectan alteraciones orgánicas parasitológicas. Se requiere descartar infestaciones reales, como Escabiasis y Miasis, aunado a Prurito Metabólico (disfunción hepática, renal, tiroidea), alteraciones neurológicas y neoplasias hematológicas.

A la revisión solo hay lesiones secundarias en la Piel: excoiaciones, úlceras, costras hemáticas, manchas hipercrómicas o hipocrómicas y numerosas cicatrices en topografías accesibles al rascado.

Algunos Pacientes toman fotografías a los supuestos parásitos que han arrancado de su Piel, o piden ayuda a alguien para ello. Los patógenos imaginarios son observados con lupas y lentes de aumento, son descritos como animales, parásitos o insectos. Es casi patognomónico de esta entidad que el Paciente se presente a la consulta o nos muestre en su domicilio un frasco, una caja de cerillos o un pedazo de papel o plástico con fragmentos de Piel, principalmente escamas y/o tabaco, insistiendo que son los parásitos que tiene en la Piel. A esto signo se le conoce como el “Signo de la Caja de Cerillos”.

Es aconsejable no pedir de primera instancia el apoyo psicológico, dado que se trata de Pacientes muy sagaces y suspicaces. El diagnóstico es clínico por parte del Dermatólogo mientras que el tratamiento lo debe hacer el Psiquiatra.



VII – 2 ) A L O D I N I A.- Se define así al dolor debido a un estímulo que normalmente no provoca dolor. Este término inicialmente se empleó para diferenciar a la hiperalgesia de la hiperestesia, ambas condiciones se aprecian en Pacientes con lesiones del Sistema Nervioso, en quienes se puede causar dolor por un estímulo táctil, ya sea una presión leve o de frío o calor moderado a una Piel en apariencia normal. Deriva del griego < Aló >, otro, es decir, se aparta de lo esperado, < Odinia >, dolor. Un estímulo puede ser lesivo en ciertas circunstancias y no serlo en otras.

El dolor es meramente una experiencia personal, evoca gran desagrado y no es comparable con otras sensaciones ni es susceptible de medición por parámetros universales o comunes. El Enfermo terminal puede experimentar dolor aún en ausencia de daño de tejidos, sin que haya patología aguda demostrable. Para un correcto abordaje de este síntoma, deberemos tomar en cuenta la región afectada, el sistema involucrado, las características temporales del dolor, la intensidad declarada por el Paciente (su umbral) y su causa.

La Alodinia es un cambio cualitativo en la sensación, lo que la diferencia de la Hiperestesia. Cuando no hay dolor en respuesta a estímulos que normalmente lo causarían, se denomina Analgesia, que en verdad vendría siendo un alivio.

La Alodinia compete al Dermatólogo porque su manifestación se centra en la Piel, aunque su origen es difuso y confuso. La sensación así dirigida a la superficie cutánea, puede ser aguda o crónica por su duración, puede ser somática, neuropática o psicogénica, en función a su mecanismo de presentación.

La sensación dolorosa aguda en la Piel involucra estructuras somáticas profundas o vísceras, puede corresponder a función muscular o visceral anormal, sin que haya lesión orgánica demostrable (inflamación transitoria autolimitada, por ejemplo). Hay una influencia de factores psicológicos relevante, pues previene a quien lo sufre, de que algo está mal, limita la actividad. Representa un síntoma de un padecimiento o de un traumatismo.

Cuando se trata de Alodinia crónica es que ha existido más allá de un mes o del tiempo razonable para que sane una herida, ya que puede ser recurrente o continuo. Afecta la conducta, la función y el desenvolvimiento psicológico del Paciente. Puede ser una enfermedad por sí misma. Es posible que la persona que la sufre caiga en una total inmovilidad o inactividad, con su repercusión correspondiente, ya que se pierden la masa y la coordinación musculares, con osteoporosis secundaria, rigidez articular y fibrosis. En los casos más graves, puede haber fibrosis de los pulmones y restringirse la capacidad de oxigenación tisular, disminuye la reserva cardíaca. El tracto digestivo se mueve lentamente, disminuye sus secreciones, sobrevienen constipación y luego, desnutrición. Con frecuencia hay infección urinaria con retención en vejiga. Además, puede haber depresión, confusión, alteraciones oníricas y disfunción sexual. Derivada del estrés y de la desnutrición viene la disfunción inmunitaria. Es obvio que ningún dolor, de la variante o ubicación que sea, no es benigno, bajo ninguna circunstancia.

Por las razones anteriores, hay que clarificar sobre la Alodinia relacionada con neoplasias o no relacionada a ellas.

Se habla de Alodinia de origen somático cuando los receptores involucrados están en la Piel, articulaciones o músculos, es bien localizado y el Enfermo no tiene dificultad para describirlo o referirlo a su Médico Paliativista.

Cuando la sensación dolorosa es de tipo visceral se proyecta a una zona de la Piel que corresponde a la innervación de la víscera afectada. Pueden apreciarse cambios posturales y contracciones musculares segmentarias.

La causa neuropática de las Alodinas obedece a lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas centrales o periféricas, a pesar de no haber estímulo nocivo claro. Su descripción por el Enfermo es confusa, con síntomas más focales o generalizados, hay una sensación dolorosa o quemante.

La Alodinia psicógena concurre con problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño pudo existir o no, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

En la Piel puede haber dificultad para el Enfermo para percibir el dolor, que puede ser descrito como prurito, pues éste puede ser una sensación alterada del dolor, o viceversa.

VII – 3 ) A L O P E C I A.- Consiste en la rápida pérdida del pelo en cabeza, cejas o barba, se presenta de forma difusa o localizada, aunque también puede ser total (universal). Es una reacción del cuerpo ante el estrés, donde el tejido capilar es el órgano de reacción por disfunción de los Linfocitos T, aunque se mencionan los músculos capilares como sujetos a tensión severa como respuesta a situaciones de agresión externas. Se puede relacionar con situaciones de angustia aguda. Se implican factores inmunológicos, hereditarios y psicológicos, en un 74% aproximadamente hay alteraciones emocionales.

La radioterapia produce pérdida del pelo en la zona tratada, de 2 a 4 semanas después de la primera sesión, de forma transitoria, inicia con adelgazamiento en el pelo. En las 6 a 8 semanas posteriores podrá reaparecer cabello nuevo. La mejor forma de abordar este evento es prepararse antes de que se presente, con un corte práctico y adecuado, no debe traccionarse el cabello que persista, preferentemente evitar los secadores y elegir una peluca discreta o un turbante presentable.

VII – 4 ) A L T E R A C I O N E S U N G U E A L E S.- En los Pacientes que reciben quimioterapia son más sensibles en personas de piel oscura, con hiperpigmentación (oscurecimiento), ya sea a manera de bandas horizontales o verticales, o bien, generalizado a todas las uñas, sobre todo si se está recibiendo tratamiento con bleomicina, ciclofosfamida, fluorouracilo, busulfán, mitomicina. La hiperpigmentación crece con las uñas.

Las Líneas de Beau consisten en depresiones horizontales de las uñas y pueden presentarse después de un ciclo de quimioterapia. Las Líneas de Mee consisten en trazos de decoloración horizontal en toda la uña. La Leuconiquia es la decoloración horizontal blanca en una parte de la uña. La Onicolisis es la separación o desprendimiento de una uña, en una mano o un pie, desde el lecho ungueal. La Onicodistrofia es la malformación de la uña.

Estas alteraciones son temporales y con el paso del tiempo desaparecen, al suspender la administración del agente terapéutico relacionado y conforme transcurre el crecimiento de la uña (lleva semanas a meses).

Se recomienda tener las uñas cortas y limpias. En caso que el Enfermo esté haciendo alguna labor manual, se recomienda proteger las uñas con guantes y evitar uso de barnices para favorecer el crecimiento adecuado y en las mejores condiciones posibles. Si hubiera indicios de infección, se valorará la administración de antimicrobianos.

La distrofia ungueal generada por Tic también es conocida “Uña en Lavadero”, se origina por el traumatismo sobre la matriz ungueal, frecuentemente afecta el dedo pulgar (es el frote continuo y enérgico de la uña del dedo índice sobre la uña del pulgar) y consiste en estrías transversas con una depresión central. Deben revisarse bien los dedos de los Enfermos, a fin de no subdiagnosticar esta entidad, que es una manifestación de ansiedad.

VII – 5 ) C I C A T R I C E S.- Resultan de la reparación de la Piel por la acción de fibras colágenas a nivel de la dermis, que es la capa más profunda de la Piel, ocurren posterior a un traumatismo por accidente, quemaduras o por un proceso inflamatorio, como ocurre en las Radiodermis o la resolución de úlceras o una intervención quirúrgica.

Aunque pueden tener localización en cualquier sitio del cuerpo, las que más impacto a la vista tienen son las localizadas en sitios visibles, sobre todo si pertenecen a la variante de Queloides o Hipertróficas.

Las cicatrices que se consideran normales cursan sin dolor o éste es mínimo y suelen tener una apariencia muy discreta, por lo que no le originan tanto malestar al Enfermo. Cuando la cicatriz tiene aspecto de bajorrelieve se habla de la variante de las Atróficas, que se observan hundidas, de color rosado o de tono blanquecino, se deben a la pérdida o deficiencia de colágena y elastina. Las que son Hipertróficas son de aspecto lineal si derivan de una cirugía o de forma irregular si fueron causadas por un traumatismo y posterior a la extirpación de un tumor, en cuyos casos la autoestima del paciente se encuentra más comprometida, tomando en cuenta que se trata de fases terminales de su enfermedad.

V I I – 6 ) DERMATITIS ATÓPICA.- Es una de las dermatosis más comunes, su primera manifestación es el eritema, que es el enrojecimiento de la Piel, debido a la dilatación de vasos capilares asociado a quimio y radioterapia, destacando la administración de asparaginasa, bleomicina, carboplatina, carmustina, fluorouracilo, procarbazona, entre otros. El eritema severo de la Piel se ubica frecuentemente en zonas de flexión de las extremidades.

La Dermatitis Atópica suele estar asociada a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y sus exacerbaciones tienen que ver con estresores psicosociales.

Se ha visto que los mayores niveles de ansiedad y depresión existentes en estas personas se correlacionan con cambios en parámetros inmunológicos. Ciertas características de las madres de niños portadores de Dermatitis Atópica pueden influir negativamente en la respuesta a los tratamientos propuestos. Se trata de madres sobreprotectoras y ansiosas, con actitudes de desesperanza y que perciben frecuentemente como negativo el comportamiento de sus hijos, tanto consciente como inconsciente. Cuando se tiene en cuenta este rechazo, la remisión de la dermatosis puede ser posible.

En general, el Paciente con Dermatitis Atópica ejerce un gran control sobre sus impulsos agresivos y los dirige a su propia Piel. Son inseguros, hipersensibles, introvertidos y agresivos. Suelen guardar sus problemas para sí mismos y manifiestan sus conflictos de hostilidad y ansiedad a través del rascado. Los Pacientes suelen tener otros síndromes psicósomáticos específicos, como la ansiedad y el colon irritable.

Dicho de otra manera, se exagera con situaciones en que el Paciente se siente agredido e invadido, es decir, lábil o demasiado rígido. El Prurito y las excoriaciones se han interpretado como rabia y hostilidad a la figura de autoridad, que por culpa y angustia se manejan de forma masoquista. Se presenta en la forma seca (tendiente a la liquenificación) o húmeda (eccema, “piel llorosa”).

V I I – 7 ) DERMATITIS FACTICIA.- Cuadro clínico también conocido como “Excoriaciones Neuróticas” o “Dermatitis Artefacta”. Se aprecia en Enfermos con gran carga emocional o puramente psiquiátricos. El simular una enfermedad es un hecho sustentado y conocido, lo que debe tenerse siempre presente cuando se tenga la sospecha de esta entidad. Su común denominador es la autoagresión, ya sea consciente o inconsciente, dando como resultado zonas excoriadas, ulceraciones crónicas, zonas de la Piel engrosadas por el tallado o el rascado, acompañándose a veces de onicofagia, tricotilomanía y otras formas de agresión cutánea, de características tan variadas como imprevisibles, coexiste con ideas obsesivas y comportamientos compulsivos. Tiene como finalidad el despertar simpatía, llamar la atención de los demás, eludir un deber, obtener seguridad o por manifestación psicósomática. Es más común que ocurra en el sexo femenino, adolescentes, adultos jóvenes y Pacientes cuyos familiares son trabajadores del área de la salud. El Enfermo que tiene estas manifestaciones suele tener personalidad histérica, con dificultad para interrelacionarse con la Familia y con el Médico.

Casi siempre se trata de lesiones consideradas bizarras, tiene morfología amplia (excoriaciones, pellizcamientos, por ejemplo) y se ubican en partes corporales al alcance o accesibles, puede ser causada por las propias manos o por herramientas al alcance (cortaúñas, tijeras, pinzas, palillos). La recolección de datos al interrogatorio suele ser difícil, pues el Enfermo generalmente no reconoce ni acepta el origen de las lesiones, niegan su responsabilidad en la evolución de este cuadro.

La lesión por sí misma es de mayor relevancia para el Paciente que el síntoma asociado, que es el Prurito, relacionado con automutilación. En la década de los años 60 y 70 se le consideró una forma de

autodestrucción, donde el “Instinto de Muerte” es contrariado en su fin mediante el sacrificio de una parte por el todo. Puede interpretarse también como una hostilidad reprimida hacia la autoridad y el autocastigo por ese odio.

El tratamiento es muy difícil. El Médico debe evitar actitudes acusadoras, mostrándose comprensivo, ya que se trata de un Paciente emocionalmente afectado, deben tratarse las alteraciones psiquiátricas, son recomendables la psicoterapia y la administración de fármacos que competen al área de la Psiquiatría. Deberán curarse las lesiones existentes, valorando la colocación de oclusiones.

V I I – 8 ) DERMATITIS POR CONTACTO.- Es uno de los cuadros clínicos más frecuentes que se revisan en el área de la Dermatología. Se trata de una inflamación de la Piel secundaria al contacto con agentes químicos o físicos. Es posible que su evolución se dé por episodios recurrentes. La identificación del causal es complicada si no se tiene la agudeza clínica suficiente o si no se hacen las preguntas encaminadas adecuadamente, ya que es muy común que los materiales de curación y las sustancias antisépticas del botiquín tengan que ver en el desarrollo de esta dermatosis.

La Dermatitis por Contacto pueden ser ocasionadas por algún irritante, o bien, por algún tipo de sensibilidad amplificada (llamada “alergia”). Cuando hay enrojecimiento, comezón o prurito, discreta induración y hasta la formación de vesículas y ampollas es muy probable el contacto directo de la Piel con el irritante. Si la persona se expuso con anterioridad al agente agresor por cortos o largos lapsos de tiempo, se agregarán hinchazón, vesículas, enrojecimiento y hasta costras, sin tener una distribución clara. Es recomendable agudizar la observación, pues el Paciente puede estar imposibilitado o limitado para dar verbalmente los datos que se le requieran.

No se debe pasar por alto el hecho que el estado inmunológico del Enfermo está deteriorado por todas las razones que ya se han mencionado previamente, dada esta situación, es muy posible que las manifestaciones clínicas de Dermatitis por Contacto en el Paciente terminal estén modificadas o amplificadas.

Cuando el Enfermo sufre dolor intenso e incoercible, o bien, se encuentra limitado para hablar, es posible que se presenten “Almohadillas” (< Callosidades >, conocidas más popularmente) secundarias a succión repetitiva, visibles en los nudillos de los dedos de las manos.

La Dermatitis por Contacto puede aparecer cuando existen Fístulas (comunicación entre dos órganos huecos y la Piel). Aparecen después de cirugías, infecciones, radioterapia o progresión tumoral). Se recomienda prevenir las excoiaciones manteniendo la Piel seca y limpia, uso de colectores para las secreciones, control del mal olor (sobre todo en caso de orina o heces), dar un buen aporte nutricional y balance hídrico adecuado, aunado a observación continua y detección oportuna de alteraciones relacionadas.

Cabe agregar que en la Dermatitis por Contacto existe la alta probabilidad de aparición de lesiones a distancia, es decir, lejos del sitio que inicialmente fue tocado por el agente agresor, a lo que se conoce como “Ides”, por lo que la exploración física y la identificación las alteraciones dermatológicas son de suma importancia.

V I I – 9 ) E S C O R B U T O.- El escorbuto es una deficiencia del Ácido Ascórbico (Vitamina C), donde se aprecian hemorragias en encías, Piel, tractos digestivo y urinario, además de Sistema Nervioso Central. Puede estar presente le “Rosario Escorbútico”, consistente en el crecimiento de las uniones costocentrales de la pared torácica.

La Vitamina C es hidrosoluble, se encuentra en frutas y vegetales frescos, se requiere para la correcta hidroxilación de la prolina durante la biosíntesis de colágena, además de participar en el correcto metabolismo del hierro y disminuir las funciones fagocítica en el sistema inmunitario; la carencia de Vitamina C empeora la anemia por déficit de folatos. Esta vitamina influye en el crecimiento normal y la estabilidad mecánica del pelo, ya que reduce las uniones disulfuro.

La deficiencia de Vitamina C es más frecuente en pacientes ancianos, alcohólicos, con mala absorción intestinal y desnutridos, también puede presentarse en infantes que sólo toman leche de vaca o fórmulas sin suplementos, acompañado de irritabilidad, anorexia y pérdida de peso. Los sitios de hemorragia comprenden las encías, periostio de huesos largos, aparato gastrointestinal y genitourinario, Piel y Sistema Nervioso Central.

En los adultos se presenta con frecuencia como pápulas hiperqueratósicas, perifoliculares, en especial en glúteos, muslos y piernas: cada pápula tiene en el centro un vello “en sacacorcho”, rodeado de eritema y púrpura. Otros datos incluyen hemorragias “en astillas” en los lechos ungueales, úlceras en las piernas y tumefacción, hemorragia y ulceración gingivales. Rara vez hay induración de la Piel. Suele haber anorexia, debilidad, laxitud, fatiga, irritabilidad, artralgias y mialgias, particularmente en las piernas (que derivan de las hemorragias de articulaciones y músculos).

V I I – 10 ) F O T O S E N S I B I L I D A D.- Es la respuesta aumentada de la Piel a la radiación ultravioleta (luz solar). Hay tres tipos de ella:

- Reacción Fototóxica.- Es común y se presenta en la mayoría de las personas a las que se les administra una dosis lo suficientemente alta y se expone a suficiente luz. Usualmente ocurren en las primeras 5 a 20 horas del evento. Semejan un eritema solar exagerado, consistente en enrojecimiento, hinchazón, formación de ampollas, supuración y descamación. Aparece salpullido en áreas expuestas. Se asocia a fluorouracilo, vinblastina y metrotexate.
- Reacción Fotoalérgica.- Es menos frecuente que la anterior aunque es similar. Puede diseminarse más allá del área expuesta. Se involucra a la flutamida en estos casos.
- Reacción de Hipersensibilidad a Rayos UV.- Causa una reactivación del eritema solar si se administran los fármacos dentro de una semana de producirse el eritema solar. Puede ser mucho más grave que el eritema solar primario.

Es evidente que resulta prioritario el uso de un buen protector solar, aún si no hay sol intenso, se recomienda uso de barreras físicas, como el óxido de zinc en la formulación seleccionada. Debe recordarse que la respuesta de la Piel se encuentra modificada por la Enfermedad Terminal subyacente. En caso de requerirse, aplicar vendajes húmedos y fríos, siguiendo a la aplicación de lociones adecuadas. Los esteroides tópicos podrían ser útiles, bajo la estricta supervisión adecuada del Especialista competente.

Existe la Hipersensibilidad a la radiación, que posiblemente pueda aparecer aún ocho días y hasta quince años después de la radioterapia, con infección secundaria, sobre todo si se usaron antitumorales como la dactinomicina o doxorubicina, responde al tratamiento con esteroides.

V I I - 11 ) I N F E C C I O N E S D E T E J I D O S B L A N D O S.- Las infecciones de la Piel pueden ser Primarias y Secundarias. Las Primarias tienen características y evolución de enfermedad distintiva, inician por un solo tipo de microorganismo y generalmente surgen en una Piel normal. Las Secundarias afectan áreas de Piel dañada y las bacterias presentes se multiplican si invaden áreas adyacentes, con el consiguiente agravamiento y prolongación de la enfermedad, surgen cuando se ha traumatizado la Piel, cuando se han agregado hongos o hay una alteración de la Piel de naturaleza no infecciosa (eccemas previos), en cuyo caso la mejoría viene si se combate el problema de fondo satisfactoriamente.

En este rubro se tienen:

- Primarias.- Impétigo, Ectima, Síndrome de la Piel Escaldada por Estafilococo, Foliculitis, Forunculosis, Carbunco, Erisipela, Celulitis por Estreptococo y la Infección de Pliegues Interdigitales, son algunos de los más frecuentes en enfermos terminales.
- Secundarias.- Infecciones de los Pliegues Interdigitales, Intertrigo, Actinomicosis, Tuberculosis, Gangrena Gaseosa, Infecciones por Meningococo, Rinoescleroma, son algunos de los cuadros que se pueden apreciar de forma conjunta a enfermedades donde el estado general del paciente sufre gran deterioro.

Como se puede deducir, el diagnóstico de precisión debe hacerse con el apoyo de un Dermatólogo, con cultivos adecuados y la integración de diagnósticos, siempre tomando como base la existencia de una enfermedad terminal, sin olvidar que debe atenderse al Paciente de forma integral, inter y multidisciplinaria.

VII – 12 ) MELANOSIS.- Es el oscurecimiento de la Piel, ya sea generalizado o localizado. A veces se asocia a fototoxicidad. Varía del tono marrón, al dorado o gris. Es posible que incluya la lengua, las encías o las uñas, sobre todo en el inicio de la quimioterapia.

Es más frecuente con el uso de quelantes y anticuerpos antitumorales. El metrotexate puede originar bandas horizontales pigmentadas del cabello, alternadas con cabello de color normal. El patrón “en serpentina” de la hiperpigmentación sigue los trayectos venosos y desaparece por sí solo.

No se conoce con precisión la causa de estas alteraciones, pero pueden implicar toxicidad directa, estimulación de Melanocitos, cambios postinflamatorios. La hiperpigmentación cede al interrumpir la quimioterapia y ocasionalmente estas alteraciones son permanentes.

VII – 13 ) MUCOSITIS.- Es posible su aparición en radioterapia aplicada a cabeza y cuello. Es la inflamación del revestimiento de la boca y la garganta, que es una membrana mucosa. Si la radioterapia se aplica cerca de esfínteres de tubo digestivo, es muy probable que todo el tracto sufra estas alteraciones, reaccionando como un todo.

El cuadro conocido como “Morsicatio buccarum” consiste en el hábito de morder o succionar la mucosa bucal a nivel de las líneas de oclusión dental, lo que resulta en la formación de pliegues leucoqueratósicos que alternan con erosiones superficiales irregulares.

En caso de alteraciones así, debe tenerse especial cuidado con la dentadura, por su asociación frecuente a infecciones y dolor. Es común que el propio Enfermo solicite soluciones antisépticas para prevención o tratamiento en caso necesario, al igual que diseño de menús apropiados, suprimiendo el consumo de cítricos, especias, sal, con texturas y consistencias tolerables, con cortes pequeños o alimentos molidos, uso de popotes, con la temperatura menos desagradable posible de lo que se consume y a veces aplicación de anestésicos en aerosol o tópico para poder deglutir.

La existencia de boca seca se llama Xerostomía, que tiende a la cronicidad por daño irreversible en las glándulas salivales, con limitación extrema para el habla, la deglución, la masticación y la identificación de sabores. Se sugiere ingesta de limonadas para estimular la salivación, lo que debe hacerse con sumo cuidado por los efectos adversos concomitantes ya mencionados; se sugiere chupar caramelos sin azúcar con la misma finalidad. Así mismo, se aconseja toma de purés o alimentos molidos y aplicación frecuente de bálsamos para los labios, tomar sorbos de agua entre comidas para facilitar el paso de los alimentos.

Es común que el Enfermo rechace los alimentos, aunado al impacto emocional ya implícito, por el sabor metálico que suele describirse. Se recomienda elegir comida con buen aspecto y olor para el Paciente, así como servirlos a la temperatura ambiente, acompañados de salsas dulces y preferentemente carnes blancas muy suaves.

VII – 14 ) ONICOFAGIA.- Es el acto de morderse y a veces, de ingerir las uñas, principalmente de las manos. La nomenclatura viene del griego <Onyx>, uña, y <Phagein>, comer. La Persona que la sufre puede argumentar que es una forma de acicalarse, no es raro que esconda sus manos de la vista de los demás. Cuando el daño sobrepasa el borde de la uña, probablemente se presente dolor, infección, hemorragia, paroniquia y hasta osteomielitis, aunque es probable que haya verrugas víricas periungueales y en la boca, además de los llamados “padrastrós” en las partes más distales de los dedos.

Hay estudios que muestran que el origen de la Onicofagia radica en un comportamiento inadecuado no resuelto en su momento, cuando el infante se chupaba el dedo.

V I I – 15 ) P E L A G R A.- La Pelagra es una dermatosis derivada de la carencia de Niacina (componente del complejo Vitamínico B), se caracteriza por las “Cuatro D”: dermatitis, diarrea, demencia y defunción. Es más frecuente en primavera y en dietas constituídas sólo por maíz o mijo, en casos de mala absorción intestinal, alcoholismo, también se le puede ver en casos de ingestión prolongada de isoniacida, sulfonamidas, anticonvulsivos, antidepressivos, fluorouracilo y mercaptopurina.

La desnutrición en el Paciente Terminal es un factor que puede favorecer la inmunosupresión e implica un bajo índice de Karnofsky, pobre tolerancia y respuesta a los tratamientos oncoespecíficos, ya sea con intención curativa o paliativa, alta susceptibilidad a las infecciones y, por tanto, disminuye la calidad de vida. Los Pacientes con tumoraciones en cabeza y cuello en fases avanzadas son un grupo de alto riesgo por la reducción de ingesta de nutrientes y además, se afecta la deglución, hay anorexia, obstrucción mecánica de las vías digestivas superiores, entre otras. La malnutrición puede ser el resultado directo o secundario del progreso de la enfermedad.

En las fases tempranas son comunes la debilidad y la fatiga. La erupción simétrica de la Piel en cuello constituye el signo denominado “Collar de Casal” y se acompaña también de vesículas o vejigas en cara, dorso de manos, codos, rodillas, áreas intermamarias y perianales. La erupción puede ser desencadenada por la luz solar. La coloración de la Piel se torna pardo rojiza, con aspecto escamoso y grueso, como si no descamara de forma adecuada. En boca es posible apreciar sequedad, eritema, alisamiento y aftas, tumefacción y color violáceo en el dorso de la lengua. En los casos más severos cesa la producción de Ácido Clorhídrico en estómago, lo que origina dispepsia y dolor abdominal. Además, puede haber insomnio, irritabilidad, temblor, entumecimiento, rigidez, parálisis, psicosis y encefalopatía.

V I I – 16 ) P R U R I T O.- Del latín <Prurio>, comezón o picor. Es el trastorno sensitivo de la Piel que puede describirse como irritativo, se trata de “comezón” o un “hormigueo”, muy frecuentemente señalado como enloquecedor, donde son prominentes las atormentadoras sensaciones producidas por el frotamiento, pellizcado, compresión, estiramiento, deshidratación, rascado ó excojiado de la Piel. Popularmente se le llama picor, picazón, comezón, piquiña o rasquiña. Puede ser localizado o generalizado. El rasgo característico es la excesiva excojiación, continua y enérgica. Sintomáticamente, la excojiación tiene más relevancia para el Paciente que el Prurito mismo, ocurre en aproximadamente un 27% de los casos de enfermedad terminal.

Sólo en un 25 a 30% de los Pacientes, puede identificarse una causa real de prurito: de los padecimientos asociados a este malestar se mencionan:

- Prurito Localizado.- infestaciones por parásitos, micosis, tricomoniasis, dermatitis atópica, dermatitis seborreica, diabetes mellitus, cáncer colorrectal, tumores del Sistema Nervioso Central.
- Prurito Generalizado.- parasitosis cutáneas, urticaria, dermatitis atópica, psoriasis, varicela, toxicodermias, dermatitis solar, insuficiencia venosa, piel seca, disfunción renal, alteraciones en los niveles séricos de hormonas sexuales, hiperuricemia, esclerosis múltiple, administración de fármacos (benzodicepinas, morfina, vitamina B, yodo, morfina, contraceptivos), agentes físicos (la vibración, la presión sobre la Piel), linfomas, mastocitosis, eritrodermia.

Se le llama Prurito Psicógeno si no hay lesiones causales demostrables en la Piel o no se logra asociarlo a trastornos orgánicos reales. Una de las características del Prurito psicógeno es la de hacer que quien lo sufre se autoinfrinja un daño -lesión cutánea al rascarse- que será tanto mayor cuanto mayor es la molestia psíquica que lo aqueja. El Enfermo se encuentra sumergido en una situación muy relevante de disestrés, es decir, un grado de estrés permanente y sostenido que se mantiene por la gravedad e impacto de la enfermedad terminal.

En los tumores cancerosos la acción de la serotonina es causal de prurito, por lo que la existencia de este síntoma por sí solo, amerita el protocolo correspondiente cuando se tengan factores relacionados a neoplasias (historia familiar, tipo de alimentación, exposición a pesticidas, tabaquismo).

La necesidad de rascarse se satisface hasta que se experimenta dolor, mismo que se sobrepone al Prurito, cesa el rascado, no así si está presente un “Efecto de Anestesia”, consistente en desensibilización que conduce a aumento del umbral al dolor, es entonces cuando aparecen lesiones dermatológicas demostrables. A mayor grado de disestrés, mayor gravedad de las lesiones autoprovocadas. Por otra parte, hay Enfermos con compulsión a autolastimarse, sin tener la conciencia de ello.

El Prurito puede presentarse en su variante de Eritematoso (enrojecimiento), Macular (en áreas planas de tamaño pequeño y evidentes) y Papular (elevaciones de la Piel poco visibles pero palpables).

El Prurito Máculo-Papular es el tipo más frecuente de reacción de la Piel inducido en el tratamiento del Paciente terminal sometido a quimioterapia, usualmente comienza en el tronco y es probable que no involucre la cara. Tiene color rojo intenso y causa sensación de calor, ardor o picazón subjetivos. Aún después de tres semanas de aplicado el tratamiento antitumoral puede presentarse, pero es más obvio en los primeros 10 días. La forma grave consiste en un salpullido rojo extendido que se une entre sí, aunado a descamación de la Piel, con la probabilidad de úlceras húmedas o secas y abiertas. Puede concurrir con fiebre, hinchazón de nódulos linfáticos y anorexia.

Se aconseja el uso de ropa cómoda, de algodón, holgada, corte de uñas y eventualmente el uso de guantes, baño tibio y breve, con una adecuada lubricación de la Piel, conservando una temperatura ambiental agradable.

V I I – 17 ) R A D I O D E R M I T I S.- Es el conjunto de lesiones cutáneas que aparecen tras la exposición de la Piel a las radiaciones ionizantes. Existen dos tipos de radiación: la <No Ionizante> y la <Ionizante>.

- La No Ionizante viene en forma de luz, ondas de radio, microondas y radar, por lo general no es dañina para los tejidos humanos.
- La Ionizante tiene efectos químicos inmediatos en el ser humano y es emitida por los Rayos X, Rayos Gamma, bombardeo de partículas (haces de neutrones, electrones, protones, mesones y otros); ésta es la radiación que se emplea en el tratamiento médico y algunos exámenes en Pacientes Terminales, además de tener utilidad industrial y de manufactura, armamento y desarrollo de armas, entre otros. La radiación que procede de los Rayos X o Gamma se mide en Unidades Roentgen (la exposición corporal total a 100 U. Roentgen causa Enfermedad por Radiación, hasta 400 genera Enfermedad por Radiación y la muerte -en la mitad de los casos- en el siguiente mes y hasta 100,000 origina pérdida de la conciencia casi de inmediato y la muerte en la siguiente hora).

Debe recordarse que la médula ósea y el tracto digestivo tienen especial sensibilidad a sufrir lesiones por Radiación Ionizante. Esto es más severo en los niños <in Útero>. Es de suma utilidad el conteo y vigilancia de la morfología de los Leucocitos o Glóbulos Blancos.

La utilización de las Radiaciones Ionizantes vista de esta forma, posiblemente ocasionará en el Paciente terminal que sufre de Cáncer, síntomas como son: hemorragia por nariz, encías y recto, sangre en las heces, hematomas, confusión, deshidratación, diarrea, desmayo, fatiga, fiebre, pérdida del cabello, inflamación de áreas expuestas (enrojecimiento, sensibilidad, hinchazón, sangrado), úlceras bucales, náuseas y vómitos, úlceras abiertas en la Piel, quemaduras de la Piel (enrojecimiento y ampollas), muda de Piel, ulceración del esófago, estómago o intestinos, vómitos con sangre y debilidad.

La Radiodermis se genera cuando la Piel humana se expone a dosis elevadas de radiaciones Ionizantes, ya sea de forma alta y única (Aguda) o en series de pequeñas exposiciones distribuidas en un límite de tiempo (Crónica). La exposición también puede ser accidental o intencional, como ocurre en la Radioterapia.

La Piel tiene tres capas fundamentales: Epidermis, Dermis y Tejido Celular Subcutáneo.

La Epidermis, que es la capa más superficial de la Piel, tiene de 30 a 300 micras de espesor, dependiendo de la parte anatómica en cuestión, esta capa a su vez tiene tres Estratos (Espinoso, Granuloso y Córneo). La



Dermis a su vez tiene una parte Papilar (con microvasos abundantes), una Reticular (que contiene gran cantidad de fibras de Colágena y Fibroblastos), con otra parte más profunda rica en terminales nerviosas, glándulas, arteriolas, vénulas y folículos pilosos.

La Piel tiene la capacidad de Homeostasis, es decir, un equilibrio entre la pérdida por descamación y proliferación a partir de la Capa Basal, que es extremadamente sensible a la Radiación Ionizante, misma que acelera este proceso de proliferación, de manera tal que, un proceso total de regeneración normal de la Piel, de cuatro semanas, se afecta en su fase de mitosis cuando el total de radiación se ubica en 20 a 25 Giga-Roentgen y es máxima con 50.

El primer hallazgo es el eritema, por vasodilatación e hiperemia de la microvasculatura dérmica, con gran respuesta inflamatoria en un 80 a 90% de los casos.

La descamación refleja la pérdida superficial de las células de la Epidermis.

La descamación húmeda traduce la ruptura de la Epidermis y la exposición de la Dermis, al afectar más profundamente la capacidad repobladora de la Capa Basal (10 a 15% de los Enfermos). La regeneración de las áreas de descamación húmeda se produce a partir de las células basales sobrevivientes y de la migración de las células de la Dermis adyacente.

En cualquier momento de la Radioterapia pueden presentarse eritema, descamación seca y húmeda a la vez, dentro del campo de tratamiento.

La fibrosis sobreviene con la proliferación de las células, en vez de atrofiarse.

La atrofia subcutánea y dérmica se produce por pérdida de tejido fibroso.

Son datos precoces de Radiodermatitis: eritema, pigmentación, pérdida del vello, descamación (seca y húmeda) y necrosis. Son indicativos tardíos de Radiodermatitis: atrofia, telangiectasias, fibrosis y necrosis.

Estos cambios dependerán de factores propios del Enfermo: tipo de Piel, estado nutricional, edad, coexistencia de diabetes, anemia, procesos infecciosos, arterioesclerosis, por ejemplo. Se debe considerar que hay factores externos que afectan la intensidad de la reacción de la Piel, como son dosis, energía, fraccionamiento de la radiación, además de la quimioterapia concomitante, cirugía previa, ciertas técnicas de tratamiento.

VII – 18 ) TRICOTILOMANÍA.- El pelo ha tenido un papel primordial para definir la presentación de una persona ante sus iguales, proporciona individualidad y belleza, da una apariencia específica. Este término viene de <Trich>, pelo, <Tilo>, estiramiento, y de <Manía>, impulso. La Tricotilomanía es una dermatosis autoinducida y se considera una alteración en el control de impulsos, se distingue por el autoarrancamiento, enrollamiento o acariciamiento del pelo de cualquier área (sobre todo las que están más al alcance), que conduce a la Alopecia. Es un impulso incontrolable y ritualista. Es frecuente su inicio de los 5 a los 13 años de edad, aunque puede apreciarse a cualquier edad. Predomina en mujeres y se le atribuye carga de autoerotismo con rasgos de autoagresividad. A veces se encuentra positivo el “Signo del Fraile”, consistente en una zona sin pelo en región occipital y que se halla rodeada de pelo normal, que evoca a los antiguos frailes. La Tricotilomanía en las pestañas suele afectar sólo el borde supraciliar superior, pues es muy difícil desprender las inferiores por ser más pequeñas.

No es raro ver asociaciones de Tricotilomanía con Onicofagia. Suele ser crónica, a pesar de la intervención psicológica. El estrés, como lo sería el ingreso a hospitalización o recibir un diagnóstico de enfermedad terminal, puede desencadenarla.

Se ha postulado que la colonización por el Estafilococo Beta Hemolítico genera sustancias que interactúan con anticuerpos antineuronales en los ganglios basales, causantes de alteraciones de conducta. También se ha mencionado que hay alteraciones en la serotonina y la dopamina, ya que la prescripción de

medicamentos involucrados en la recaptura de serotonina y en el bloqueo de la dopamina da buen resultado en el manejo de esta entidad.

La Tricotilomanía se puede considerar normal en los niños pequeños, ya que es frecuente y se interpreta como el intento de la recuperación del placer del contacto físico con la madre; cuando reaparece a edades más avanzadas, coincide con situaciones traumáticas, separación, luto, pérdidas importantes y muy significativas. Es difícil su diagnóstico en los adultos, porque lo niegan persistentemente, aunque pueden tener una actitud muy retraída.

El arrancamiento intencional del pelo genera placas falsas de alopecia, de distintos tamaños y con grados diferentes de evolución, rodeados de pelo normal; por el mecanismo de la tracción el folículo piloso de torna distrófico, puede alternar con excoriaciones y eritema, así como con hemorragia.

La Tricotilomanía se considera Focal–Compulsiva cuando se trata de un acto intencional utilizado para controlar experiencias aversivas. Es No–Focal–Automática–Habitual si el autoarrancamiento del pelo ocurre ignorándolo realmente el Paciente y generalmente coexiste con actividades sedentarias, es independiente de experiencias específicas bien definidas, emocionales y cognitivas. Se clasifica como Aguda cuando ocurre por episodios y tiene remisión completa y total, se presenta en niños y adolescente; es Crónica cuando transcurre por periodos prolongados, la sufren adultos. Hay autores que la engloban como un trastorno Obsesivo–Compulsivo, pues el arrancamiento del pelo proporciona placer.

Se describe incremento de tensión inmediatamente antes de arrancarse el pelo o al resistirse a esta conducta. Hay descanso, placer o gratificación cuando se está arrancando el pelo. El traccionar el pelo no tiene ninguna relación con condiciones médicas o alteraciones mentales. Esta alteración clínicamente causa estrés que interfiere con las actividades ocupacionales, sociales y de otras áreas importantes. Hay controversia en estos criterios, pues no se hace distinción entre niños y adultos, ya que estos criterios no se cumplen en los infantes por la ausencia de la correlación tensión-gratificación.

Debe diferenciarse de la Alopecia Areata asociada a administración de fármacos, traumática o sifilítica, efluvio telógeno, foliculitis decalvante, entre otras entidades.

Como tratamiento deberán considerarse psicoterapia, terapia conductual, hipnoterapia, farmacoterapia o sus combinaciones.

Como corolario al respecto, se mencionan en seguida algunas de las afirmaciones típicas de las personas que se arrancan el pelo: “No sé porqué lo hago, no puedo evitarlo.” ... “Ningún tratamiento me es de utilidad.”... “No me doy cuenta de lo que estoy haciendo, de repente juego con varios cabellos en mi mano.”... “Sólo me doy cuenta que arranco el pelo cuando lo tengo en la boca y ya lo estoy mordisqueando.”... “Me arranco el pelo porque siento una picazón insoportable.”.

V I I – 19 ) ÚLCERAS CUTÁNEAS.- Una úlcera es una zona localizada de necrosis que tiende a aparecer por afectación del tejido blando en medio de dos planos, deben detectarse tempranamente para prevenir o evitar las complicaciones.

Conforme a la profundidad de las úlceras, es posible establecer cuatro variantes:

- Grado I.- Limitada a las capas superficiales de la Piel, se manifiesta a través de enrojecimiento y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la Piel.
- Grado II.- Afecta las capas superficiales de la Piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente se manifiesta por erosiones, ampollas y/o desgarros superficiales.
- Grado III.- Se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometerlos, los músculos.
- Grado IV.- Destrucción de todo el tejido blando, desde la Piel hasta el hueso, el nivel de ulceración pasa por el músculo, afecta articulaciones, cavidades orgánicas adyacentes y estructuras de sostén.

Pueden acompañarse de infiltración y proliferación de células tumorales en la Piel, ya sea de un tumor primario o por invasión por contigüidad o metástasis a distancia. El tumor por sí mismo puede ulcerarse si el origen ocurrió en ovario, colon, mama, riñón o es un linfoma. Es frecuente que haya mal olor (por infección secundaria o colonización por anaerobios), sangrado local (por friabilidad del tejido y rica vascularización del tumor), exudados (por la permeabilidad vascular anormal o la infección de la lesión), dolor (debido a la compresión o invasión de vasos y nervios, o mala técnica de curación), alteración psicológica y social, por el deterioro de la imagen corporal, vergüenza, aislamiento social, impacto en la familia, miedo, culpa y alteraciones en la esfera sexual.

Dependiendo de cada caso y los recursos disponibles, se ofrecerá uso de anticancerosos, radioterapia (la más usada), quimioterapia, resección quirúrgica o hasta plásticas reconstructivas. El desbridamiento es riesgoso y poco aconsejable por la hemorragia asociada. Podrá valorarse el uso de metronidazol tópico, apósitos de carbón activado, nitrato de plata, sucralfato e irrigaciones de peróxido de hidrógeno, en caso más extremo, adrenalina tópica, debemos recordar que la incontinencia de esfínteres tiene un papel preponderante. Se sugiere evitar maniobras mecánicas para prevenir sangrados “en capa” que luego no se puedan contener, teniendo a la mano apósitos para compresión. Antes del aseo de estas lesiones, prevenir el dolor mediante analgesia pautaada, aplicando gel de lidocaína.

Las Úlceras por Presión surgen cuando existe isquemia prolongada que conlleva a maceración de los tejidos. Deben intervenir de forma precoz, vigilando frecuentemente las zonas de riesgo, con cambios posturales, uso de colchones antiescaras, proteger las prominencias óseas, dando un buen aporte nutricional y manteniendo hidratación adecuada, estableciendo las curas de acuerdo al estadio clínico. Es muy importante hacer hincapié en que los cambios estructurales que se presentan van en función de las características de la Piel, pues en el Paciente senil se favorece su aparición por el mismo proceso de envejecimiento.

V I I – 20 ) U R T I C A R I A.- Las reacciones vasculares cutáneas de extrema dilatación, tanto de arteriolas como de los vasos más pequeños de la Piel, son las mismas que las que ocurren después de un trauma real de la Piel. La lesión representativa de la Urticaria es el <Habón o Roncha>, puede describirse como círculo rojo y elevado que pica y que tiene un centro pálido, probablemente esté presente en las primeras 36 horas de la quimioterapia, pocas veces duran más de un día, reaparecen en cuestión de minutos al reiniciar el tratamiento.

El manejo de la Urticaria implica la suspensión del agente causal y la prescripción de antihistamínicos. Es probable que haya ampollas concomitantes, considerada una reacción alérgica, pues se trata de una reacción vascular que hace que los líquidos de las células tengan una mayor capacidad para pasar a las capas de la Piel y provocar hinchazón. Esto sucede con menor frecuencia que la aparición de ampollas solas.

Cuando afecta a la lengua, los labios o los párpados, se denomina Angioedema y puede ser letal, ya que implica bloqueo o dificultad para la respiración. Requiere atención médica inmediata.

Se han descrito casos en que la Urticaria mejora notablemente después del desahogo a través del llanto o de la catarsis. El Enfermo que padece de Urticaria con frecuencia tiende a adoptar una actitud pasiva en sus relaciones con otras personas, experimenta o tolera mal el miedo, tiene gran propensión a sentirse herido en las relaciones amorosas y su comportamiento denota alto grado de inseguridad. Hay quien interpreta a la Urticaria como una reacción defensiva al temor de ser herido, a ser víctima de una injusticia del destino o de los demás, aunque puede existir también sentimiento de culpa. Las personalidades con rasgos histéricos y envueltos en triángulos afectivos por la existencia de un rival, se han visto con mayor preponderancia en esta entidad dermatológica.

V I I – 21 ) X E R O D E R M I A.- Se caracteriza por descamación leve, aspereza, sensación de tirantez y muy probablemente prurito. En este caso las células de las capas más profundas de la Piel carecen de agua suficiente y se aplanan. Se puede agravar por pobre ingesta de líquidos, condiciones climáticas extremas, aplicación de productos perfumados o reacciones alérgicas previas. Si se emplea un tópico humectante o emoliente, se podrá restablecer la hidratación de la Piel. Las cremas y emulsiones son altamente efectivas en estos casos, pues proporcionan protección. Los ungüentos actúan como barrera y protegen de elementos

agresivos externos. No debe frotarse la piel después del baño y se recomiendan los sustitutos de jabón hipoalergénicos. El baño debe ser breve y con agua tibia. En los varones no debe insistirse en afeitarse y en caso de salpullidos, habrá que esperar a que desaparezcan. Se recomienda uso de detergentes suaves para la ropa, sin suavizantes de telas. Se sugiere emplear prendas para mantener una temperatura corporal adecuada. Los productos que se prefieren tienen en su formulación glicerina, propilenglicol, proteínas y algunas vitaminas, pues atraen el agua a la Piel. El aceite mineral, lanolina, siliconas y petrolato detienen la pérdida de agua, por lo que pueden ser recomendados en casos no severos. Hay que evitar el contacto directo de la Piel con látex y fibras sintéticas en la ropa.

*“Nadie llegó a la cumbre acompañado por el miedo.”*

*Publio Siro*

## VIII) CONCLUSIONES.

*“Haz lo que puedas, con lo que tengas, estés donde estés.”*

*Theodore Roosevelt*

De lo expuesto anteriormente queda claro que el papel desempeñado por la Piel, nuestro órgano más grande y de primer contacto con el entorno, puede despertar diferentes sensaciones en cada Persona, dependiendo de la experiencia, evocaciones y estado actual, ya sea un miembro de la Familia, del Equipo de Trabajo y más trascendientemente, del Enfermo, más aún si está en una Fase Terminal, como ocurre en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

La Psicodermatología es todo un engranaje de emociones, hormonas, sistemas inmunológicos, con expresión a través del cuerpo y el aspecto social, si falla un eslabón de la cadena, fallarán otros. Es difícil clarificar la relación causal entre lo cutáneo y lo emocional. ¿Qué hay que tratar primero?... todo es prioridad, todo es importante, todo es trascendente: el Ser Humano no es sólo Piel o emociones, es una unidad indivisible, única, perfectible, irrepetible; viene la muerte de forma inminente e inevitable, ya no hay tiempo que perder,, por esa simple y obvia razón, todo pasa a ser prioritario.

Es conveniente que exista una óptima comunicación entre todos y cada uno de los integrantes del Equipo de Trabajo para y con la Familia y el Enfermo, pues por ética no debe olvidarse que hay que hacer más llevadera ( o tratar de aliviar ) la incertidumbre sobre el inminente desenlace, amenazado ya de por sí por el implacable paso del tiempo y la extinción progresiva de posibilidades, paradójicamente a la subsistencia de la esperanza, en un ambiente donde es deseable que haya contención de emociones y sentimientos, aunado a un profundo respeto, ya que existe la ambivalencia de lo deseable contra lo posible ("Deseo que mejore mi Enfermo pero no es posible lograrlo y me duele su sufrimiento..."). Así mismo, hay que hacer un pleno reconocimiento a los esfuerzos, poco o muchos, del propio Paciente, de los familiares y aún de los elementos del Equipo de Trabajo, en esta batalla tan humana, tan real y tan tangible.

El Médico, ante estas circunstancias, deberá reconocer sus límites y en un momento dado externar "No sé", "No puedo" y "No quiero", pues como Ser Humano que es, ante otro semejante, doliente y sufriente, queda expuesto a experimentar emociones y sentimientos afines y similares al Enfermo terminal, sobre todo si hay una apariencia deteriorada o aparatosamente impactante.

Cuando se vive una situación extremadamente difícil, una vez que ocurre el desenlace de una enfermedad terminal, es deseable que quienes sobreviven, tanto la Familia como el Equipo de Trabajo, elaboren de forma correcta y adecuada la Resiliencia, a fin de proyectar a futuro la vida y poder seguir siendo de utilidad a otros semejantes, en esto ejerce gran influencia el entorno social, la historia personal de vida y la Familia de cada uno; destacan aquí algunos rasgos para este objetivo:

- Aspiración por lograr propósitos y metas.
- Autosuficiencia.
- Creatividad.
- Cualidades de liderazgo y motivación.
- Disposición al trabajo colectivo.
- Empatía social.
- Habilidad para competir y resolver problemas (elaboración de estrategias).
- Optimismo.
- Responsabilidad (responder con habilidad).
- Sentido del humor.
- Ser autocrítico.

- Tener un motivo para vivir (sin él o si no se reconoce, no se puede seguir adelante).

Para que se elabore la Resiliencia, debemos recordar que los recursos y herramientas internos son individuales, lo que le resulta de utilidad a unos puede no serlo para otros, de forma ideal, cada quien debe tomarse su tiempo y su ritmo para ello.

Tanto los sobrevivientes de la Familia como los elementos del Equipo de Trabajo, tendrán que asumir y consolidar la Resiliencia en base a los siguientes derechos:

- A ser tratados con dignidad y respeto.
- A equivocarnos y ser responsables de nuestros propios errores.
- A tener nuestras propias opiniones y nuestros propios valores.
- A tener nuestras propias necesidades, tan importantes como las de los demás.
- A experimentar y expresar nuestro pensamiento propio, así como a ser nuestros únicos jueces.
- A cambiar de opinión, idea o línea de acción.
- A protestar cuando seamos tratados injustamente.
- A intentar cambiar lo que nos satisface.
- A detenernos a pensar antes de actuar.
- A pedir lo que queremos. A hacer menos de lo que humanamente somos capaces de hacer. A ser independientes.
- A sentir y expresar el dolor.
- A ignorar los consejos.
- A rechazar peticiones sin sentirnos culpables o egoístas.
- A estar solos aún cuando otros deseen nuestra compañía.
- A no justificarnos ante los demás.
- A no responsabilizarse de los problemas ajenos.
- A no anticiparse a las necesidades y deseos de los otros ni estar pendientes de su buena voluntad.
- A elegir no comportarnos siempre de una manera positiva o socialmente convencional.

La Ética normativa debate entre dos principios: el de la inviolabilidad de la vida humana y el de la calidad de vida, presentándose ambas como criterios excluyentes en ocasiones; en realidad no lo son, ya que los Cuidados Paliativos abracan ambos aspectos.

En algún momento se afronta la intención “del buen morir”, es entonces que se debe ir trazando el camino que sería el más deseable para llegar al final sin tanto sufrimiento o sin él.

Es difícil hablar de la muerte y más aún de la propia o la de un ser querido. Sería más fácil teniendo como premisa que como en todo proceso, hay una etapa de elaboración y mecanismos para que este tránsito sea lo menos duro posible.

Tenemos derecho a una muerte digna, a elegir, a que nos informen, a exigir cualitativamente, no sólo cuantitativamente. Respecto a esto, ninguno debiéramos olvidar que en procesos de enfermedad terminal, a veces, los más vulnerables no son los Pacientes, sino los mismos Médicos que no sabemos cómo abordarlos.

*“Por muy larga que sea la tormenta,  
el sol vuelve a brillar entre las nubes.”*

*Khalil Gibran*



## I X ) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Arenas Roberto. “*Dermatología: Atlas, Diagnóstico y Tratamiento*”. 2000. Distrito Federal, México. Editorial Mc Graw Hill.
- 2) Castro González María del Carmen. “*Tanatología: la Inteligencia Emocional y el Proceso de Duelo*”. 2007. Distrito Federal, México. Editorial Trillas.
- 3) Bucay Jorge. “*Hojas de Ruta*”. 2009. Distrito Federal, México. Editorial Océano.
- 4) Clínicas Médicas de Norteamérica. “*Ansiedad y Depresión*”. Volumen 4/2008. Distrito Federal, México. Editorial Interamericana - Mc Graw Hill.
- 5) Orkin Milton – Maibach Howard I. – Dahl Mark V.. “*Dermatología*”. 2000. Distrito Federal, México. Editorial Manual Moderno.
- 6) Revista del Centro Dermatológico Pascua. “*Delirio de Parasitosis / Tricotilomanía / Onicodistrofia por Tic*”. Enero – Abril / 2010. Distrito Federal, México. Graphimedic, S.A. de C.V..
- 7) Riso Walter. “*Sabiduría Emocional*”. 2008. Bogotá, Colombia. Editorial Norma. Wittkoer Eric – Cleghorn R. A. “*Progresos en Medicina Psicosomática*”. 2000. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- 8) [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v17\\_n2/pdf/a05v17n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v17_n2/pdf/a05v17n2.pdf) (24 de Abril de 2011).
- 9) <http://www.e-dermatosis.com/pdf-zip/Derma027.pdf> (24 de Abril de 2011).
- 10) [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-71752007000200005&lng=es](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-71752007000200005&lng=es) (30 de Abril de 2011).
- 11) [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v17\\_n2/pdf/a05v17n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v17_n2/pdf/a05v17n2.pdf) (30 de Abril de 2011).
- 12) [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc7021.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7021.pdf) (30 de Abril de 2011).
- 13) <http://nietoeditores.com.mx/download/Dermatologia/mayo-junio2010/Derma-3.10- Dermatitis.pdf> (30 de Abril de 2011).
- 14) <http://www.saludymedicina.com.mx/nota.asp?id=1723> (30 de Abril de 2011).
- 15) <http://www.psicoterapia-breve.com.ar/archivos/tricotilomania.pdf> (30 de Abril de 2011).
- 16) [http://sisbib.unmsm.edu.pe/brevista/Consultadermatologica/v11\\_](http://sisbib.unmsm.edu.pe/brevista/Consultadermatologica/v11_) (12 de Mayo de 2011).
- 17) <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/dolor/Definiciones> (28 de Mayo de 2011).
- 18) <http://www.cliniquesdouleur.umontreal.ca/bibliotheque/speci> (11 de Junio de 2011).
- 19) <http://www.asociamed.cl/Guias%20Clinicas/neurologia%20psiquiatria%20y%> (11 de Junio de 2011).
- 20) <http://demedicina.com/enfermedades/XII.%Enfermedadesdelapielydeltejidosubcutaneo> (14 de Junio de 2011).
- 21) <http://www.emedicine.com/derm/topic946.htm> (22 de Junio de 2011).
- 22) <http://www.dermatologiaaldia.cl/01ENFERMEDADES%20PIE> (22 de Junio de 2011).
- 23) [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_4\\_00mgi16400htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_4_00mgi16400htm) (22 de Junio de 2011).
- 24) [http://www.lacasadelalergico.com/fronted/plantillaCASA/noticia.php?id\\_noticia=497](http://www.lacasadelalergico.com/fronted/plantillaCASA/noticia.php?id_noticia=497) (22 de Junio de 2011).
- 25) <http://www.pisoargentinos.com.ar/delirium.html> (22 de Junio de 2011).
- 26) [http://www.accesomedia.com/display\\_release.html?id=24](http://www.accesomedia.com/display_release.html?id=24) (22 de Junio de 2011).
- 27) [http://www.chemocare.com/es/managing\\_es/reacciones\\_cutaacuteneas\\_ES.asp](http://www.chemocare.com/es/managing_es/reacciones_cutaacuteneas_ES.asp) (23 de Junio de 2011).
- 28) <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuFVyIZAkEEAXgyPO.php> (23 de Junio de 2011).
- 29) [http://www.ucm.sld.cu/rhab/vol5\\_num4/rhem02406.htm](http://www.ucm.sld.cu/rhab/vol5_num4/rhem02406.htm) (23 de Junio de 2011).
- 30) <http://www.cepvi.com/psicosomatica/psicodermatologia4> (23 de Junio de 2011).
- 31) <http://www.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000026.html> (23 de Junio de 2011).



- 32) <http://www.boloncol.com/boletin-24-cuidados-de-la-piel-en-el-paciente-oncologico.html> (23 de Junio de 2011).
- 33) <http://www.patient.spanish.cancerconsultants.com/CancerTreatment.aspx?DocumentId=392907> (23 de Junio de 2011).
- 34) <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol4/articulos/articulo10/pdf> (25 de Junio de 2011).
- 35) <http://www.bing.com/search?q=trastorno+de+ansiedad+y+angustia&go=&first=101&FORM=PERE4> (07 de Julio de 2011).
- 36) <http://portalplanetasedna.com.ar/resiliencia.htm> (07 de Julio de 2011).
- 37) <http://portalesmedicos.com/.../note/1189/diferencias-entre-el-trastorno-de-angustia.html> (07 de Julio de 2011).
- 38) <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2048> (08 de Julio de 2011).
- 39) <http://www.cop.es/colegiados/s-02633/ansiedad.html> (08 de Julio de 2011).
- 40) <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22suple1/suple9.html> (22 de Julio de 2011).
- 41) <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/Patient/page2> (25 de Julio de 2011).
- 42) <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-intervencion.htm> (25 de Julio de 2011).
- 43) <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2069/1/3conf1050449.pdf> (25 de Julio de 2011).
- 44) <http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono33.htm> (25 de Julio de 2011).
- 45) <http://www.e-dermatosis.com/pdf-zip/Dermatol132.pdf> (27 de Julio de 2011).
- 46) <http://www.gentenatural.com/psicologia/pages/onico-fagia.html> (29 de Julio de 2011).
- 47) [http://www.saludita.com/.../web\\_saludalia/tu\\_salud/doc/anciano/doc/doc\\_ulceras\\_por\\_presion.htm](http://www.saludita.com/.../web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_ulceras_por_presion.htm) (29 de Julio de 2011).
- 48) [http://www.paginasprodigy.com.mx/xuan\\_bp/delirio.htm](http://www.paginasprodigy.com.mx/xuan_bp/delirio.htm) (03 de Agosto de 2011).