

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DE LA ANSIEDAD
EN PACIENTES CON CANCER DE LARINGE
MEDIANTE TEST GRAFOLÓGICO.**

**MIGUEL MUÑOZ COLADO
1994**

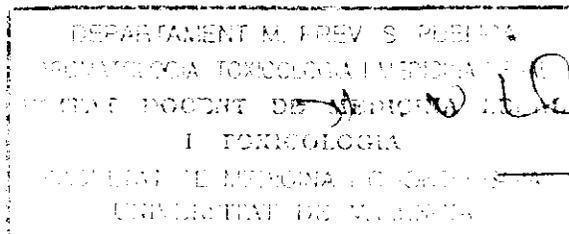
**D. JOSE DELFIN VILLALAIN BLANCO, CATEDRÁTICO DE
MEDICINA LEGAL DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA**

CERTIFICA: :

Que la Tesis doctoral del licenciado en Medicina y Cirugía

D. Miguel Muñoz Colado, titulada : "Estudio de la ansiedad en pacientes con
cáncer de laringe, mediante test grafológico" que ha sido realizada bajo mi
dirección y una vez terminada, se encuentra en condiciones de ser presentada
para su exposición y defensa ante el Tribunal correspondiente.

Y para que conste, expido el presente certificado en Valencia a ocho de
Setiembre de mil novecientos noventa y cuatro.



Fd° J.D. Villalain Blanco

**D. JOSE MARIA DE LA CUESTA CASCAJARES , DIRECTOR DEL
DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGIA Y LEGISLACION SANITARIA,
DE LA FACULTAD DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID.**

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral del licenciado en Medicina y Cirugía, D. Miguel Muñoz Colado, cuyo titulo es: "Estudio de la ansiedad en pacientes con cáncer de laringe, mediante test grafologico" , ha sido realizada en este Departamento y se encuentra en condiciones de ser presentada en la Comisión del Doctorado para su admisión y trámite.

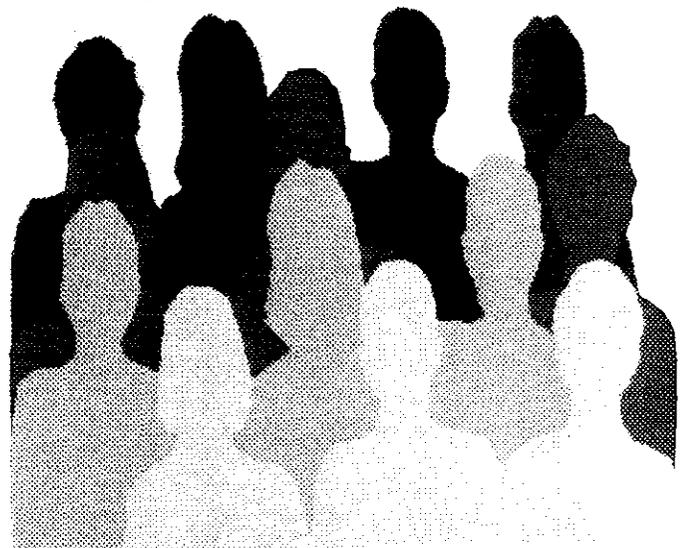
Y para que así conste expido el presente certificado en Madrid a veintiseite de Septiembre de Mil novecientos noventa y cuatro.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom, positioned above the typed name.

Fd° D.J.M. Ruiz de la Cuesta

ESTUDIO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER DE LARINGE

**MEDIANTE TEST
GRAFOLÓGICO**



DEDICATORIA:

A todos y cada uno de los pacientes que han contribuido con su sufrimiento a realizar esta tesis.

AGRADECIMIENTOS.

Quiero expresar mi agradecimiento

Al Catedrático J.D. Villalain Blanco por haber dedicado parte de su tiempo en dirigir y apoyar con su experiencia este trabajo.

Al Profesor J.J. Alvarez Vicent, mi maestro en el campo de la Otorrinolaringología, por sus enseñanzas y su generoso apoyo en todo momento.

A Silvia Ras, profesora de grafopsicología quien me inició en este apasionante tema.

A Berta Andress Metge, Ex - Presidenta de la Asociación de Grafopsicología por su valiosísima colaboración en el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. David Martínez por sus consejos, apoyo y colaboración en esta tesis.

Al Dr. Santiago Coca Menchero, por haber sido el instigador constante de un espíritu adormecido.

Al servicio de Psicología del Hospital del Aire, por su inestimable colaboración.

A mi familia , por el tiempo que les he quitado.

1. INTRODUCCION.	Pag.	1
CAPITULO 1: CANCER DE LARINGE	Pag.	5
1.1 Embriología	Pag.	7
1.2 Anatomía	Pag.	8
1.3 Fisiología	Pag.	12
1.4 Cáncer de Laringe		
1.4.1 Etiología	Pag.	14
1.4.2 Historia	Pag.	15
1.4.3 Clasificación	Pag.	17
1.4.4 Anatomía patológica	Pag.	20
1.4.5 Sintomatología	Pag.	24
1.4.6 Diagnóstico	Pag.	28
1.4.7 Tratamiento	Pag.	29
1.4.8 Supervivencia	Pag.	32
CAPITULO II : NEUROFISIOLOGIA DEL PENSAMIENTO		
2.1 Introducción	Pag.	33
2.2 Lenguaje	Pag.	34
2.3 Fisiopatología del Gesto	Pag.	35
CAPITULO III : EL HOMBRE Y LA ENFERMEDAD		
3.1 Reacción del hombre frente a la enfermedad.	Pag.	44
3.2 Pluricausalidad de la enfermedad	Pag.	47
3.3 Ansiedad y Angustia	Pag.	50
3.3.1 Mecanismos Psicofisiológicos	Pag.	52
3.3.2 Ansiedad ante la muerte	Pag.	60
3.3.3 Estudio Psicossomático del enfermo canceroso	Pag.	63
3.3.4 Sintomatología de la ansiedad	Pag.	69
3.4 Psicología Cuantitativa	Pag.	72
3.4.1 Métodos de evaluación	Pag.	76
3.4.2 Pruebas Psicométricas	Pag.	78
CAPITULO IV : LA GRAFOLOGIA		
4.1 Principio de la polivalencia de los significados	Pag.	80
4.2 Fisiopatología de la escritura	Pag.	82
4.3 Concepto de Grafología	Pag.	85
4.4 Estado actual de la Grafología	Pag.	91
4.5 Rasgos grafológicos de la Ansiedad	Pag.	97

2.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS	Pag.	103
3.	MATERIAL Y METODOS		
3.1	Descripción de la muestra	Pag.	105
3.2	Descripción de las escalas	Pag.	109
3.2.1	Stay Test	Pag.	109
3.2.2	Test grafológico	Pag.	117
3.3	Aplicación de la Pruebas	Pag.	126
3.4	Corrección de la Pruebas	Pag.	131
3.5	Diseño del analisis Estadístico	Pag.	136
4.	RESULTADOS	Pag.	140
5.	DISCURSION		
5.1	En relación con la Edad	Pag.	149
5.2	En relación con el Sexo.	Pag.	150
5.3	En relación con la Profesión	pag.	151
5.4	en relación con la Cirugia	Pag.	153
5.5	En relación con la Grafologia	Pag.	154
5.6	En correlación Stay test y Grafologia	Pag.	155
6.	CONCLUSIONES	pag.	156
7.	BIBLIOGRAFIA	Pag.	157
8.	APENDICE	Pag.	173
8.1	Ejemplos Grafológicos de ansiedad	Pag.	174
8.2	Gráficos Estadísticos	Pag.	185

1. INTRODUCCION

INTRODUCCION

Este trabajo surge de la experiencia clínica diaria. Por mi especialidad he tenido que enfrentarme en muchas ocasiones a tener que mutilar a un enfermo para conservar su vida, y no de una mutilación de un órgano cualquiera, sino del órgano de la fonación y por tanto le he tenido que privar de unos de los dones más preciados que tiene el hombre, y que le hace distinguirse claramente de las demás especies animales, la **palabra**.

He observado como los enfermos que son sometidos a laringectomías totales y por lo tanto se les priva de la fonación, vuelcan su angustia, su depresión y sus vivencias, en la otra forma de expresión que el ser humano tiene, aparte de la mímica y es la **escritura**.

No se trata de demostrar en esta tesis si la grafología es válida o no como test psicológico, ya que esto está actualmente fuera de toda duda, sino de estudiar a los enfermos desde el punto de vista psicológico un test fácil de hacer y que como intentare demostrar aporta datos de tal interés que merece la pena tenerse en cuenta.

El cáncer de laringe, como la mayoría de las neoplasias es una enfermedad grave y con frecuencia muy agresiva, especialmente por las secuelas fisiológicas y funcionales que conlleva .

Estas secuelas, tanto del cáncer en si como de las terapias utilizadas , comprometen, en la mayor parte de los casos, la calidad de vida de los sujetos y provocan en ellos alteraciones psicológicas y problemas emocionales de importante repercusión.

Son muchas las investigaciones que así lo han resaltado y desde las primeras (64, 76, 156, 175) hasta otras mas cercanas(28, 31, 72, 131, 163) analizan detenidamente que problemática tiene este tipo de paciente, sujeto a postoperatorios a veces realmente dolorosos (44, 51)

Ademas hay que tener en cuenta que el cáncer sigue siendo actualmente una de las enfermedades que mas teme el ser humano (32).

Este temor es explicable si tenemos en cuenta que el cáncer, aun en la época actual, en que hay grandes avances e cuanto a la curación sigue presentando un alto índice de mortalidad y que es una de las enfermedades que traen en "jaque" a la Medicina..

Existen estudios(12, 110, 179) en los que se afirma que el cáncer despierta gran temor en toda persona incluso en mayor grado que otras enfermedades incluso con indices de mortalidad mas alto (48).Señalan, asimismo, que el miedo generalizado se debe, en parte a que el cáncer pesa " un estereotipo " lleno de connotaciones negativas.

En el caso de cáncer de laringe (51, 127) habrá que tener en cuenta que conlleva características muy especiales de "amenaza" , debido a que las estructuras afectadas son responsables de la responsabilidad de hablar. Por tanto, estos pacientes van a sentirse muy alterados por su enfermedad, desarrollando reacciones emocionales y alteraciones psicológicas mas o menos graves e importantes.(24, 49,72,73)

La necesidad de conocer estas alteraciones ha sido puesta de manifiesto desde hace ya varias décadas en algunos trabajos realizados con estos pacientes(76, 156, 175) sin embargo, las investigaciones son escasas y la mayoría están mas relacionadas con la problemática en la rehabilitación fonatoria que con el análisis sistemático de los trastornos psicológicos presentes en los mismo(24, 66, 114).

Existen estudios (12 28, 110) en los que se afirman que factores como cáncer o simplemente cualquier hospitalización para ser sometidos a no importa que operación son temidos por todas las personas, pero que incluso cuando la hospitalización es para someterse a cirugía del cáncer de laringe, el grado de temor y ansiedad que desarrollan es muy superior a otras enfermedades, sin duda por el indudable temor a las secuelas mutilantes de la voz. (66, 114, 120, 161, 175)

Pero no es solamente la angustia que genera este tipo de intervenciones, sino la secuela que van a aparecer en el postoperatorio, tras la mutilación de la laringe y la necesidad de portar cánula de traqueotomía para toda la vida., como lo demuestran los estudios de numerosísimos autores (20, 44, 51, 73, 156)

En la bibliografía mundial, existen numerosísimos trabajos que estudian la ansiedad en todo tipo de personas, con diferentes profesiones, diferentes edades, en base a sus ideas religiosas, etc; como los de **Bendar y Hartahove** en niños, (6 ,80), los de **Blakeli** (22) en pacientes en tratamiento con diálisis, en ancianos, como los de **Myska** (135) y por supuesto en pacientes afectados de todo tipo de cánceres. (31, 48, 72, 60, 72, 73, 92, 95)

Pero no solamente se han realizado estudios en enfermos, sino que se han practicado los mismos test ha funcionarios de prisiones, en consejeros de rehabilitación, (90) ,voluntarios de protección civil (180), en militares e incluso en ciertas profesiones como médicos, (142) psicólogos y psiquiatras (150), en personas `pertenecientes a ordenes religiosas, (115) e incluso en grupos de población sin características específicas, como los de **Minds** (129) ,**Morris** (131) y **Mulholland** (133)

Son por tanto numerosísimos los estudios y trabajos realizados teniendo en cuenta la ansiedad de todo tipo de pacientes, afectados de enfermedades, y sobre todo en enfermos de cáncer, como los trabajos de **Olson** (144) o los de **Omne** (145).

También destacan los trabajos efectuados en grupos de población de diferentes culturas o procedencias, como anglosajones e hispánicos . (153)

En España, destacan los de Gonzalez y Cañizo, (73) efectuado en pacientes con cancer de laringe, los de **Font Guiteras**, en pacientes ambulatorios con cancer. (60)

Sin embargo en toda la bibliografía que he consultado, no he visto ningun estudio sobre la cuanticación de la ansiedad empleando test grafológicos.

Pretendo pues en esta tesis, el aportar un nuevo test para el estudio de la ansiedad, y compararlo con los test psicológicos admitidos en todas las Universidades, afin de comprobar su eficacia.

CAPITULO I

CANCER DE LARINGE.

El motivo de introducir un resumen esquemático del cancer de laringe, haciendo un recorrido por los diferentes apartados de su estudio, como la anatomía de la región , fisiología, etiología del cáncer, diagnostico, tratamiento y estadísticas en cuanto a la supervivencia , no es sino para reflejar que se ha trabajado con pacientes cuya enfermedad es el cáncer, de localización laringea, y que incluso actualmente esta enfermedad, lleva aparejada un contexto de miedo importante, por cuanto significa que el tratamiento va a ser complejo, que necesitara en la mayoría de los casos tratamiento quirúrgico, y que el pronostico de su enfermedad y su supervivencia, va a depender de por un lado el tipo de tumor que padezca, su localización , anatomía patológica y la técnica de tratamiento que se haya practicado con el paciente.

No será por tanto igual, el pronostico en un paciente con cáncer situado en la cuerda vocal, considerado como T1, es decir con cuerda móvil, sin afectación de la capa muscular, en tercio medio de la cuerda, y cuyo tratamiento sea la cordectomia mediante técnica de laringofisura. que el de un paciente afecto de un cáncer situado en el seno piriforme, es decir en la encrucijada faringo-laringea, que sea un T3 con metástasis ganglionares y de características histopatologicas muy indiferenciado.

Por tanto la evolución de este paciente va a depender de una serie de criterios puramente orgánicos y otros como veremos después en los diferente apartados, de criterios psicológicos que influirán muy notablemente en su curación o no.

Merece la pena por tanto efectuar un discreto repaso a todas las características anatómicas y terapéuticas de este tipo de tumores.

1.1 Embriología de la Laringe

El desarrollo embriológico de la laringe está íntimamente vinculado al de la región braquial (61)

Desde el punto de vista embriológico el órgano laringeo deriva del tercero, cuarto y quinto arcos branquiales, teniendo lugar la aparición del primer esbozo de este órgano a los 25 días de vida intrauterina por la transformación de la hendidura respiratoria en conducto laringotraqueal, producido por su invaginación lateral;

En la parte anterior del conducto tiene lugar una prolongación media que por su zona posterior forma la epiglotis. La única función cumplida por la laringe en estos momentos es la respiratoria.

La subglotis se desarrolla alrededor del tronco traqueal y la supraglotis en el piso faríngeo.

El X par craneal es el nervio inervador de los arcos braquiales de los que deriva la laringe, lo que explica la acción vagal sobre el órgano emisor.

Durante la vida intrauterina la laringe crece muy lentamente, alcanzando el desarrollo definitivo a partir del 7º mes de gestación.

Cuando el niño nace, la glotis posee un diámetro longitudinal de 7 a 9 mm, la subglotis mide de 5 a 7 mm. estando la laringe en este momento de la vida a la altura de la vértebra cervical, para luego ir descendiendo hasta alcanzar en la pubertad, su situación definitiva (173)

1.2 Anatomía de la Laringe.

La Laringe, continuación de la faringe comunica esta con la traquea, permitiendo el paso de aire a su través para la ventilación pulmonar.

Se localiza inmediatamente por delante de la hipofaringe, en la parte media del cuello, justo debajo del hioides y de la base de la lengua.. (197)

Posee un esqueleto cartilaginoso que se mantiene unido mediante articulaciones, ligamentos y músculos tanto intrínsecos como extrínsecos. Su tejido elástico adopta una especial disposición y no solo refuerza la mucosa endolaringea, sino que además determina la formación de las cuerdas vocales.(146)

ESQUELETO CARTILAGINOSO.

La Laringe consta de cinco cartílagos principales: 1 cartilago Tiroides, 1 cartilago Cricoides 2 cartilagos Aritenoides y un cartilago Epiglótico.

Cartilago Tiroides. Se compone de dos laminas cuadriláteras que se unen por su borde anterior y forman un ángulo diedro abierto hacia atrás. En el hombre es de aproximadamente 90°, mientras el de la mujer suele ser de 120°. El Borde superior sirve de anclaje a la membrana tirohioidea, y de los bordes posteriores salen cuatro cuernos, dos superiores donde se inserta el ligamento tirohioideo lateral y dos inferiores que se articulan con el cartilago Cricoides.. (14)

Cartilago Cricoides. Se localiza justo encima de la traquea y a diferencia del tiroides es un anillo cerrado, con la porción posterior en forma de sello. Entre el cartilago tiroides y el cricoides existe una membrana o cono elástico en la forma mas anterior (membrana cricotiroides) (14)

Cartilagos Aritenoides. Tienen forma de pirámide triangular y están situados sobre el borde superior de la lamina cricoidea. Su base tiene tres ángulos: El anterior, que se denomina apofisis vocal y en su vértice se fija la cuerda vocal y en el lateral en donde se inserta los musculos cricoaritenoideo posterior y lateral.

Epiglotis. Es una lamina ovalada de cartilago elástico situada en la parte ante lo superior de la laringe. El extremo superior libre solo esta recubierto por la mucosa, mientras que en los bordes laterales están unidos a los pliegues ariepligoticos y a la membrana cuadrangular.

Dentro de la Endolaringe, podemos diferencial tres zonas (148)

a) **supraglotica.** delimitada por la epiglotis, con ligamentos cuadrangulares, cartilagos aritenoides por encima de la apofisis vocal y el musculo interaritenoideo. En sus paredes laterales destacan las bandas ventriculares o falsas cuerdas que son dos gruesos pliegues de membrana mucosa con una parte central de tejido.

Entre las bandas y las cuerdas existe un espacio aéreo, llamado ventrículo de Morgagni, en cuyo interior hay glandulas.

Las cuerdas vocales tienen el aspecto de dos bandas blancas nacaradas. Los dos tercios anteriores están formados por el ligamento vocal y constituyen la porción membranosa.

El tercio posterior corresponde a las apofisis vocales y junto al cuerpo inferior de los aritenoides representan la porcion cartilaginosa que esta separada de la opuesta por la comisura posterior.

La laringe en su conjunto esta revestido por un epitelio cilíndrico ciliado de tipo respiratorio, sin embargo las cuerdas vocales, la mitad superior de la epiglotis y los repliegues aritenoides se transforma en epitelio estratificado pavimentoso.

Musculatura Intrínseca. compuesto por :musculo Tirocricoideo, musculo Tiroarite-noideo, musculo Cricoarite-noideo posterior , musculo Cricoarite-noideo externo y musculo Ariarite-noideo.

Musculatura Extrinseca. compuesta por dos grupos musculares:

Depresores laringeos , y entre ellos los musculos Tirohioideo ,Esternohioideo y Omohioideo

Elevadores laringeos , Vientre anterior y posterior del Digastrico, Estilohioideo , Ge-nihioideo y Milohioideo.

ARTERIAS Y VENAS.

Formados por dos pediculos.(146)

Pediculos Superior: formado por la arteria laringea superior, rama de la tiroidea superior penetra a través de la porcion posterior de la membrana tiroihioidea acompañada de la rama interna del nervio laringeo superior.

Pedículo inferior: La arteria laringea inferior rama de la tiroidea inferior y el nervio recu-rrente se introducen por el borde inferior del musculo constrictor a nivel del espacio de Ki-llian-Jemison justo por detrás de la articulación cricotiroidea.

Ambos pedículos se ramifican en el interior de la laringe y se anastomosan entre sí.

LINFÁTICOS

Los linfáticos son muy numerosos en la laringe, excepto en las cuerdas vocales.

Los del piso supraglotico pasan a través del suelo del seno piriforme junto con la arteria la-ringea superior para alcanzar los ganglios superiores de la arteria de la cadena cervical profunda

Los del piso inferior van con el pedículo inferior para desembocar en los ganglios inferiores cervicales profundos, llegando incluso algunos de ellos a los ganglios supraclaviculares.

NERVIOS.

La inervación de la laringe depende de los nervios laringeo superior y recurrente.

El nervio Laringeo superior es preferentemente sensitivo, mientras que el segundo es preferentemente motor..(19)

El nervio laringeo superior se divide en una rama interna y otra externa. La rama interna se distribuye por la mucosa de la región supraglótica y de las cuerdas vocales, además desprende una rama posterior que van a anastomosarse con ramas del recurrente formando la llamada "*Asa de Galeno*" (107) El nervio Laringeo externo inerva al musculo cricotiroidoideo

El nervio Recurrente se divide en dos ramas, anterior y posterior.. La rama anterior inerva toda la musculatura intrínseca de la laringe a excepción del cricotiroidoideo y la posterior contribuye a la formación del "*asa de Galeno.*"

La inervacion de la laringe también esta formada por el Simpático.

1.3 Fisiología de la Laringe.

1.- FUNCIÓN RESPIRATORIA. . (2, 163)

La laringe forma parte de un sistema tubular que permite el paso del aire hacia dentro y hacia afuera de los pulmones. El punto mas estrecho de este corredor es la glotis y por tanto es a este nivel donde existe una mayor resistencia al paso del aire, que es inversamente proporcional a su diametro. Durante la respiración normal las cuerdas están relajadas adoptando una posición media. Al efectuar una respiración profunda se abren del todo para que la resistencia disminuya al mínimo.

2.- FUNCIÓN ESFINTERIANA. (56)

La laringe posee tres esfínteres fisiológicos superpuestos: los repliegues ariepigloticos, las bandas ventriculares y las cuerdas vocales. Sus funciones incluyen:

1. Protección refleja contra la entrada de cuerpos extraños en el árbol traqueobronquial
2. Mecanismo valvular que cierra la entrada del aire para permitir una fijación torácica durante la contracción de los musculos de la circunferencia pectoral y por tanto permitir un esfuerzo.
3. Mecanismo valvular que cierra la salida del aire. Es importante para la producción de un incremento de la presión intratoracica (tos, estornudos) e intraabdominal (defecación, micción, parto, ciertos esfuerzos como levantar pesos. etc.)

3.-FUNCION FONATORIA. (156)

Es la mas noble de las funciones aunque no la mas importante.

La vibración de las cuerdas vocales con el paso de pequeñas ráfagas de aire espiratorio producen la voz. Estos movimientos dividen la columna área en una serie de soplos rítmicos que determinan la aparición de un tono fundamental acompañado de sus armónicos.(151)

Este complejo de frecuencias sonoras es modificado a nivel de la cámaras de resonancia impartiendoles una peculiares características individuales así como la posibilidad de articular vocales y consonantes que son la base del lenguaje hablado. Por eso en la formación de la voz intervienen tres mecanismos esenciales:

- ♦ 1. Un fuelle respiratorio que origine una corriente de aire a presión.
- ♦ 2. Un estrechamiento vibrante en la laringe
- ♦ 3. Un sistema de resonancia.

No solamente intervienen mecanismos fisiológicos o anatómicos en la producción de la voz, sino que además los complejos sistemas psicológicos de respuesta a estímulos y emociones, van a determinar cualidades de timbre, tan características, que simplemente oyendo hablar a una persona ,podremos juzgar su estado anímico con bastante exactitud.

1.4.1 Etiología del cancer .

La etiología del cáncer en general ha sido debatida desde hace muchos años , en base a los descubrimientos que paulatinamente se han ido desarrollando.

Quedan muy atrás las experiencias de Sir Pencival Pott que en el año 1775 presentó a la Academia de cirujanos de Londres su comunicación sobre la relación existente entre los deshollinadores y el cáncer de escroto.(280)

Desde entonces han sido numerosísimas las comunicaciones (45,81,132) que han ido aportando diversas teorías, acerca de la etiología del cancera en general, como son: **Agentes químicos** (Tabaco,Alquitranes. Nicotina,) **Agentes Físicos** (radiaciones) **Agentes Viricos**, (Virus de Epstein Burk..etc.) **Agentes hormonales**, **Factores Genéticos** y **Factores Psíquicos**.(129)

Respecto a la etiología del cáncer de laringe, no se ha encontrado un factor etiológico cierto, sin embargo es un dato conocido que la mayoría inmensa de los pacientes afectos de esta enfermedad son grandes fumadores e incluso bebedores , teniendo la mayoría de ellos, la boca en mal estado con abundantes caries .

Respecto al tabaco, los principales agentes cancerígenos son: Acroleinas, Alquitranes, Nicotina y Monóxido de carbono.(84)

Existe además una serie de factores de riesgo, además de la probable causa etimológica del tabaco, como son: el alcohol, los esfuerzos vocales o microtraumatismos de cuerdas, el trabajar en ambientes tóxicos y los problemas ventilatorios nasales crónicos con mala higiene bucal.

I.4.2 Historia del cancer de laringe

La primera referencia al cáncer de laringe nos lo da Areteo en el año 100 d.de J.C.

Galeno, aproximadamente en el año 200 d.de J.C. describió una ulcera maligna de la garganta y aparentemente comprendió la naturaleza y gravedad del cáncer de laringe. También describió en detalle, la anatomía de la laringe, en un manuscrito que se perdió posteriormente.

Posteriormente hasta la edad Media, e incluso en esta no existe ninguna referencia al cáncer de laringe, sin embargo ya en el Renacimiento, Boerhaave en el año 1688 describió una angina cancerosa y en 1732 Morgagni reseñó claramente la autopsia de dos casos de carcinoma laríngeo . (180, 198)

Como es habitual en el desarrollo de la Medicina, el avance en la comprensión de las enfermedades laringeas, se dio la mano con el avance de la civilización en general.

Antes de 1854 se creía que la visualización de la laringe en pacientes vivos era imposible, por lo que toda comunicación acerca de este tema no era considerada muy fiable.

Sin embargo se sucedieron numerosos intentos de visualizar la laringe, entre los que cabe destacar los de Leverett en 1743, los de Felipe Bozini en 1907 que utilizó un espejo angulado, un espejo y un reflector.(180)

Liston, Baunes, Benati y Warden también intentaron visualizar la Glotis usando espejos, espátulas y prismas aunque estos eran difíciles de usar, molestos y mal tolerados por los pacientes.

Sin embargo fue un individuo totalmente desconocido, el que desarrollo el primer método simple, practico y comúnmente aceptado para el examen laríngeo, por lo que se le considero el padre de la laringología.

Segun cita Silver. (180) en el libro Cirugia del cancer de laringe, Manuel García, profesor de canto, expatriado descendiente de Españoles, huyo a Londres desde Francia durante la Revolución de 1848. La Eterna ambición de García había sido visualizar la glotis.

Durante unas vacaciones en París en 1854 en un momento de inspiración, se le ocurrió un método de autoexamen laríngeo con un espejo angulado. Tras obtener un pequeño espejo dentista provisto de un largo mango lo sumergió en agua caliente, lo seco y logro visualizar su propia glotis reflejando la luz del sol desde un espejo sostenido en la mano hasta el instrumento dental que había sido situado contra su paladar.

A tenor de la verdad, su descubrimiento que marcaria un paso de gigante en el estudio de la enfermedad, no fué muy tenido en cuenta entre los profesionalesde la epoca, aunque gracias a que García tuvo la previsión de presentar sus descubrimientos a la Royal Society de Londres en 1855, asegurandose de esta manera la paternidad del descubrimiento de esta técnica. , hoy en día no se la han podido a tribuir autores anglosajones, como suele ser habitual.

Tambien es cierto, que aunque Garcia inventase la Laringoscopia fue Turck el primero en aplicarla a la medicina y Czermac fue el que convirtió la Laringoscopia en un procedimiento Quirúrgico y diagnostico Practico.(180)

I .4.3 Clasificación

Desde 1876 hasta la mitad del siglo XX, los tumores laringeos se dividían "Intrínsecos y Extrínsecos", según la clasificación propuesta por Isambert y Krishaber , según refiere Silver (180)

En 1953 la OMS estableció una serie de recomendaciones para la clasificación de los casos clínicos de cáncer por las características del tumor primitivo y de las metástasis. Se ideó el sistema TNM representando las características del tumor primario (T) Los ganglios regionales (n) y las metástasis a distancia (M).

El Comité Latino Americano para el estudio del cáncer de laringe y la unión internacional contra el cáncer también intentaron establecer un sistema para la clasificación clínica del cáncer de laringe. (7)

Esta última organización publicó en el año 1953 un sistema que clasificaba tumores con diversas características TNM en grupos más amplios, lo que llamaron Estadios I,II,III,IV con una supervivencia parecida.

Un sistema TNM más generalmente aceptado, fue desarrollado en 1962, por la *American Joint Committee for Cancer Staging and End Result Reporting (AJCC)*, basado en los resultados finales del tratamiento de 600 casos en 7 instituciones representativas. Estos criterios se revisaron en 1971 y en el año 1976.

El sistema TNM es un método clínico de clasificación por estadios, basado en el examen operatorio. Sin embargo el mismo sistema puede usarse con más precisión para la clasificación patológica post quirúrgica.

Definición de las categorías "T".

Supraglotis.

- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor limitado a la región de origen con movilidad normal.
- T2 El tumor afecta la región (es) supraglótica adyacente o la glotis, sin fijación.
- T3 Tumor limitado a la laringe, con fijación y/o extensión al área poscricoides, pared interna del seno piriforme o espacio preepiglotico.
- T4 Tumor masivo, que se extiende mas alla de la laringe, afectando orofaringe, tejidos blandos del cuello, o destruyendo el cartilago tiroides.

Glottis

- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor limitado a la cuerda (s) vocal (es), con movilidad normal (incluyendo afectación de la comisura anterior o posterior).
- T2 Extensión supraglótica y/o subglótica, con movilidad de cuerda normal o disminuida.
- T3 Tumor limitado a la laringe, con fijación de cuerda.
- T4 Tumor masivo con destruccion de cartilago tiroides y/o extensión mas alla de la laringe.

Subglottis

- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor limitado a la región subglótica
- T2 Extensión tumoral a las cuerdas vocales, con movilidad normal o disminuida.
- T3 Tumor limitado a la laringe con fijación de cuerda.
- T4 Tumor masivo con destruccion de cartilago,extension mas alla de la laringe o ambos.

CLASIFICACIÓN DE LAS ADENOPATIAS Cervicales

- N0 Ausencia de ganglios clínicamente positivos
- N1 Ganglio único homolateral,clínicamente positivo menor de 6 cm. de diametro.
- N2a Ganglio único homolateral,clínicamente positivo, de 3 a 6 cm de diametro.
- N2b Múltiples ganglios homolaterales clínicamente positivos, ninguno de ellos mayor de 6 cm. de diámetro
- N3 Ganglio (s) masivos) homolaterales, bilaterales o ganglios contralaterales.
- N3a Ganglio(s) clínicamente positivos) ninguno de ellos tiene mas de 6 c. de diametro.
- N3b Ganglios bilaterales clínicamente positivos
- N3c Solo ganglio(s) contralateral(es) clínicamente positivo(s)

METASTASIS A DISTANCIA

- M0 No hay metastasis (conocidas)a distancia
- M1 Presencia de Metastasis a distancia

Se especificará la localización según la anotación siguiente:

pulmonar..... PUL	G. Linfáticos..... GL
Hueso..... HU	Pleura PLE
higado..... HIG	Piel PIEL
Cerebro CR	Ojos OJO
Medula Ósea MO	Otros OTROS

AGRUPACIÓN POR ESTADIOS (10)

ESTADIO I..... T1 N0 M0

ESTADIO II.....T2 N0 M0

ESTADIO III..... T3 N0 M0

T1 T2 T3 N1 M0

ESTADIO IV.....T4 N0 o N1, M0

Cualquier T, N2 o N3, M0

Cualquier T,cualquier N, M1

I .4.4. Anatomia Patologica

LESIONES PRENEOPLASICAS.

Mas del 90 % de las lesiones malignas de la laringe són carcinoma de células escamosas. Existen una serie de aberraciones del epitelio escamoso entre las que se hallan las diversas lesiones llamadas neoplásicas, porque pueden conducir al carcinoma escamoso altamente infiltrante. (5, 128)

En la actualidad continua siendo motivo de discusión el paso desde lesión precancerosa a carcinoma lo que hace que se tenga que definir claramente cada lesión.

Leucoplasia (158)

Significa placa blanca y es un termino que describe cualquier lesión de la mucosa que tenga ese aspecto. Es una descripción puramente clínica que no implica diagnostico patológico, aunque un cierto grado de lesiones leucoplasicas evolucionan a cáncer.

Hiperplasia Benigna. (97. 139)

Es un engrosamiento del epitelio debido a un aumento del estrato espinoso, la basal o ambos. Suele aparecer como respuesta a una agresión.

Queratosis benigna sin atipia (62, 97)

,La queratosis se debe a la formación de gránulos de queratohialina en el citoplasma de las células epiteliales superficiales. Cuando el citoplasma ha sido totalmente reemplazado y el núcleo desaparece queda la queratina. Si el núcleo permanece se denomina paraqueratosis .

Hiperplasia atípica. (52, 125)

Es un estado en que las células presentan aberraciones nucleares.

Algunas pueden adoptar una apariencia francamente maligna

Queratosis con hiperplasia atípica. (41, 65)

Es una combinación de queratosis con ATIPIA.

Carcinoma "In Situ ". (14, 52, 56)

En este estado el epitelio escamoso está sustituido por células de morfología maligna que no invaden la membrana basal. Todo el espesor del epitelio ha sido reemplazado por estas células. Esta lesión ya no se considera preneoplásica sino maligna

LESIONES MALIGNAS. (13)

Carcinoma de células escamosas microinvasivo

Esta lesión es idéntica al carcinoma in situ, con excepción de que se encuentran en la lesión pequeños focos de invasión a través de la basal.

Carcinoma de células escamosas infiltrante

Es la neoplasia escamosa del epitelio escamoso, caracterizada por la invasión a través de la membrana basal y la infiltración del tejido submucoso, y también del más profundo. Es el único que tiene capacidad para metastatizar.

TUMORES LARINGEOS POCO COMUNES.

Adenocarcinoma de Laringe.

Son tumores raros que representan menos del 1% de los tumores de laringe.

Se consideran como agresivos localmente, de crecimiento lento y con propensión a dar metástasis en ganglios regionales y en órganos a distancia.

Carcinosarcoma.

Son también tumores raros derivado tanto del tejido conectivo como del epitelial. Descrito por Lane(104)en el 57 por vez primera , aunque algunos autores prefiere llamar a esta lesión Carcinoma Pleomorfico.

Tumores cartilagosos.

Los criterios de malignidad difieren entre los patólogos.

El 70 % de los condromas se localizan en el cricoides y un 20 % en el cartilago tiroides , Nunca dan metástasis y si hay recidiva lo hace en largos periodos de tiempo y con frecuencia son tratables.

Carcinoma verrucoso.(180)

Lo describió Ackerman por vez primera en 1948. es una variedad del carcinoma. escamoso representando estadísticamente de un 3 a un 4 % de los mismos.

posteriormente Krauss en 1966 completo su estudio. Suele presentarse pasados los 60 años, son de crecimiento lento, recidivantes pero poco agresivos.

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DE BRODERS.(26)

GRADO I.

- ♦ 75% células bien diferenciadas
- ♦ Tipo escamoso maduro
- ♦ Gran cantidad de globos corneos
- ♦ Se encuentran algunas atipias

GRADO II.

- ♦ 50 % de células bien diferenciadas
- ♦ Presencia de globos corneo
- ♦ Gran cantidad de atipias

GRADO III.

- ♦ 25 %de células diferenciadas
- ♦ Queratinizacion mínima
- ♦ numerosisimas atipias
- ♦ Mitosis abundantes

GRADO IV.

- ♦ menos de 25 % de células diferenciadas
- ♦ No hay queratina
- ♦ Presencia de atipias en todas las células
- ♦ Muy indiferenciados

I .4.5 Sintomatología

En referencia a la ponencia sobre Cancer Laríngeo y Faringolaríngeo, (14) podemos presentar la sintomatología de forma esquemática. Así el :

CÁNCER VESTIBULAR. Tienen como características , crecimiento rápido, afectación ganglionar precoz e infecciones frecuentes.

Síntoma iniciales

- ♦ - Parestesias faringolaríngeas- sensación de cuerpo extraño con tos y carraspeo
- ♦ - Espustos hemoptoicos - disfagia y odinofagia con otalgia refleja
- ♦ - Adenopatía cervical metastásica fría

Síntomas tardíos

- ♦ - Disfonia y cambios en el timbre de la voz, fetidez de aliento
- ♦ - Disnea, primero de esfuerzo y luego de reposo, estenosis laríngea crónica
- ♦ - Adenopatías cervicales múltiples, bilaterales, adherentes.

Síntomas terminales

- ♦ - Fistulización al exterior y pericondritis- desnutrición y caquexia
- ♦ - Neuralgia pertinaces por invasión de pares craneales-
- ♦ (Síndrome de Claude Bernard Horner por infiltración uní o bilateral del simpático cervical)

CÁNCER VENTRICULAR (53)

Caracteres Anatómico-clínicos y evolutivos:- Sintomatología tardía, dificultad de diagnóstico precoz por laringoscopia indirecta, por lo que se recomienda practicar endoscopia o microlaringoscopia.

-Síntomas iniciales:

- ♦ disfonía por afectación de la cuerda vocal, Eversión del ventrículo, Infiltración precoz del esqueleto tiroideo, Disnea progresiva, mas precoz en las formas vegetantes

Síntomas Tardíos:

- ♦ Disfagia, Tos y carraspeo por sensaciones parestésicas, Odinofagia por invasión del seno piriforme y localizada por el enfermo a nivel del asta mayor del hioides

Síntomas Terminales

- ♦ Fetidez, esputos hemoptoicos, deformación del esqueleto laríngeo, pericondritis y fistulizaciones, y Metástasis cervicales

CÁNCER DE CUERDA VOCAL

Síntomas iniciales.:

- ♦ Disfonía precoz, permanente y progresiva con voz leñosa. tos seca y Sensación de cuerpo extraño

Síntomas tardíos

- ♦ Disnea, Dolor por ulceración o infección de la neoplasia, y disfagia, sobre todo odinofagia
- ♦

Síntomas terminales.

- ♦ - Idénticos a la mayoría de las neoplasias laríngeas

CÁNCER DE LA COMISURA ANTERIOR

Síntomas iniciales:

- ♦ - Disfonia, tos, parestesias. Sensación de cuerpo extraño y carraspeo

Síntomas Tardíos:

- ♦ - Dolor, disfagia y odinofagia, disnea, y esputos hematoicos

Síntomas terminales

- ♦ - Adenopatias prelaríngeas y traqueales, Fistulización anterior y Pericondritis

CÁNCER SUBGLOTICO (79)

Síntomas iniciales:

- ♦ Poco específico al principio, adenopatía cervical baja, Disfonia por asiento en la vertiente subglótica de la cuerda., Disnea.

Síntomas tardíos

- ♦ Disfagia, Odinofagia, Pericondritis de cartílagos cricoides y tiroideos, Fistulizaciones en invasión de glándula tiroidea, Parálisis recurrente uní o bilateral, Afonía y fiebre

CÁNCERES MARGINALES.

1. cáncer de cara laríngea de porción libre de epiglotis

Síntomas de cánceres vestibulo-epigloticos

2. Cáncer de borde libre de epiglotis

Síntomas parestésicos e hipofaríngeos.

3. Cáncer de cara lingual

Síntomas de cáncer glosso epiglótico y base de lengua

4. cánceres de repliegue aritenario epiglótico y aritenoides

Caracteres anatomoclinicos y evolutivos

- ♦ - dependen de la localización inicial, de la dirección del crecimiento, Ritmo del crecimiento, teniendo gran poder metastatizante

- Síntomas iniciales:

- ♦ - Sensación de cuerpo extraño, Parestesias, Disfagia muy discreta o nula , Metástasis regionales homolaterales

Síntomas tardíos

- ♦ - Odinofagia, Disfonia, Disnea

CÁNCER DE HIPOFARINGE

Caracteres anatomoclinicos y evolutivos

- ♦ . Crecimiento muy rápido, infección precoz, Gran potencia metastatizante, Escasez de síntomas iniciales

Síntomas iniciales;

- ♦ parestesias, disfagia, Odinofagia, Mestastasis cervicales y halitosis

Síntomas tardíos

- ♦ Disnea, Desnutrición, Esputos sanguinolentos, Fiebre, Otagia pertinaz, disfonia Sialorrea

CÁNCER GLOSO-EPIGLOTICO

Síntomas iniciales:

- ♦ - Disfagia, Parestesias y Odinofagia

Síntomas tardíos:

- ♦ Fiebre por infección, Fetidez de aliento, esputos sanguinolientos, Metastasis cervicales bilaterales, Disfonia o alteraciones fonatorias por modificación del timbre vocal.

I .4.6 Diagnostico

El diagnostico se hará en base a una anamnesis detallada, completandola con una exploración de toda la orofaringe , y laringe, según la técnica habitual.

Desde la aparición del espejillo laringe, por Manuel Garcia, este ha sido y sigue siendo un método realmente eficaz para la exploración, sin embargo posteriormente y debido a la incorporación de nuevas tecnológicas, como la Fibroscopia laringea mediante fibra óptica y antes con la laringoscopios rígidos con luz halógena incorporada se tiene acceso a zonas laringeas que antes eran complejas para su visualización. También podremos recurrir a la Micro - laringoscopia, técnica especialmente interesnte, pero que rquiere que el paciente se eencintre dormido bajo anestesia general.

Las técnica de radiografias, entre ellas las laterales de cuello, partes blandas. Tomografias en inspiración, espiración y valsarva, así como la inestimable ayuda del Scanner (Tac) y últimamente la Resonancia Nuclear Magnética, nos servirán de apoyo para un diagnostico de extensión.

El diagnostico definitivo es indudablemente histopatologico mediante biopsia de la zona sospechosa de tener el tumor,.

I .4.7 Tratamiento

TRATAMIENTO QUÍMICO. (11, 14, 82, 189)

Actualmente viene empleandose como paliativo o en combinacion con otros tipos de terapias.

Se basa en el empleo de sustancias inhibitorias de la multiplicación celular.

Existen cuatro tipos:

- ♦ **Sustancias Citotoxicas**

- reaccionan con el DNA del núcleo y el RNA del citoplasma
- Inhiben las deshidrogenasas y la glicolisis
- Todo ello determina una lesión cromosomica durante la glicolisis

- ♦ **Sustancias Antimetabolitos**

Interfiere la síntesis de los ácidos nucleicos necesarios para el crecimiento tumoral.

- ♦ **Hormonas.**

Este tipo de producto no se utiliza en el área de Otorrinolaringologia.

- ♦ **Sustancias Antimitoticas**

Son capaces de bloquear la mitosis durante la metafase, inhibiendo el crecimiento celular, existiendo numerosas sustancias de reciente aparición.

B. TRATAMIENTO FÍSICO. (11, 57, 181)

Puede emplearse solo, o combinado con cirugía, afín de conseguir mejores resultados.

las técnicas mas comumente utilizadas són:

1. **Radioterapia Convencional**
2. **Telecobaltoterapia**
3. **Electrones Acelerados**
4. **Radioterapia De Supervoltaje**
5. **Radiumterapia**

Indicaciones (38,106)

1. **En Lesiones Incipientes (T1)**
2. **Cuando El Enfermo Presenta Metástasis A Distancia**
3. **En Protocolo Complementario De Cirugía Bien Pre / Post.**
4. **Cuando Hay Contraindicacion Vital Para La Cirugía.**
5. **Cuando El Enfermo Rechaza La Cirugía.**

Contraindicaciones

1. **Cuando Hay Adenopatias Regionales Metastasicas**
2. **Cuando Hay Inmovilidad De La Zona Tumoral**
3. **Cuando Existe Infiltracion Del Pericondrio O Cartilago.**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.(181)

Los intentos de resolver quirúrgicamente las graves afecciones laringeas y entre estas el cáncer de laringe son muy antiguas y se pierden su huella en el pasado.

Posiblemente los primeros pasos consistieron en la practica de una traqueotomia paliativa quedando constancia de esta intervención en las obras de Asclepiades De Bitina en el Compendium Medicinae de Antyllos (140 de JC),y en el tratado de cirugía de Guido Guidi que ya en el año 1544 empleo la cánula metálica.

Sin embargo fue Truseeau en 1840 quien realizó sistemáticamente la traqueotomia paliativa en el cáncer de laringe empleando cánula metálica curva que dejaba permanentemente en la traquea.

La primera apertura quirúrgica de Laringe fue descrita y diseñada por Julius Casertis De Padua 1512-1516) y realizada por vez primera por Pelletan en 1788 para extraer un cuerpo extraño laringeo.

La laringectomia total fue estudiada experimentalmente en el perro por Albers en 1829 con fines fisiológicos y el primero en llevarla acabo en un paciente con cáncer de laringe fue Billrot en 1873. (21)

A pesar de algunos casos espectaculares resultados de las primeras laringectomias eran generalmente desastrosos o por las hemorragias, sepsis mediastinitis, bronconeumonia, chok o fallo cardiaco .

Durante el primero cuarto del siglo XX Themistokles Y Gluck dominaron el desarrollo de la laringectomia con un porcentaje de curaciones de ausencia de complicaciones notables,

En la actualidad, existen numerosisimas técnica quirúrgicas (3,43, 81, 89, 108, 143)

Sin embargo para citar las mas importantes diremos son:

- ♦ Laringofisura
- ♦ Laringectomia Total
- ♦ Hemilaringectomia Vertical
- ♦ Faringotomia y Laringectomia Parcial Supraglotica (3, 23)

I. 4.8 Supervivencia

En el cáncer de laringe, se siguen los criterios generales respecto a la supervivencia, ya marcados desde hace tiempo.(36, 91)

Se considera que un cáncer se ha curado cuando el enfermo sobrevive a los 5 años, sin detectarsele recidiva alguna. Aunque esto es la norma general existen ocasiones en que debido a la edad del paciente o al tipo de tumor hay recidivas pasados cinco años.

Estadio	Glótico	Supraglótico
I	94 %	91 %
II	85 %	82 %
III	59 %	49 %
IV	9 %	9 %

METASTASIS.(30)

SITIO	ESTADIO	RIEGO METAST.	AUTORES
GLOTIS	T1	< 5 %	Lerroux
	T2	< 8 %	Jesse
	T3	15 %	Hawking
	T4	40 %	
SUBGLOTIS	todos	< 10 %	Harrison Lederman Pietrantonio
SUPRAGLOTIS	T1	25 - 40 %	Lindberg
	T2	40 - 70 %	Jorgensen
	T3	65 - 80 %	Marks

CAPITULO II

NEUROFISIOLOGIA DEL PENSAMIENTO

II. 1 Introducción

Las dos características externas más importantes de la conducta humana son la expresión y la comunicación. la primera se refiere a lo que podemos llamar conducta personal; la segunda a la conducta social

El hombre posee muchas formas, naturales y artificiales de expresar sus ideas y sus sentimientos, de manera que podemos decir que el pensamiento puede darse de dos formas

- a.- Pensamiento exteriorizado, por el cual el hombre se comunica con los demás por mediación de la mímica, el habla o la escritura y
- b.- Pensamiento interiorizado por el cual el hombre se comunica con sí mismo.

Podríamos decir que el lenguaje oral es la forma más perfecta de la comunicación, siguiendo después el lenguaje escrito o escritura.

Aristoteles en el capítulo preliminar de la interpretación de la lógica dijo " *que mientras las palabras habladas son los símbolos de la experiencia mental , las palabras escritas son los símbolos de las palabras habladas.*" (68)

La escritura no puede ser considerada, por tanto como un exacto equivalente del lenguaje hablado. Este estado ideal de equivalencia absoluta en el que cada unidad lingüística está expresada por un signo, y cada signo expresa solo una unidad lingüística, no ha sido alcanzado nunca en la escritura. Por lo que toda escritura, incluso la fonética más avanzada , abunda en normas en que, al ser leídas en voz alta son ambiguas y dan lugar a confusiones

II .2 Lenguaje

LENGUAJE.

"Por lenguaje se entiende el conjunto de símbolos que pueden manifestarse en forma expresiva de gestos o aptitudes, en forma de fonemas o vocablos ,morfemas o sintagmas y frases, así como una representación grafica leida o escrita, conformando todas ellas una manera de exteriorizar nuestro pensamiento.

Para Jacobson:(87) el lenguaje reúne tres características: La idea o proyecto, el sentido y la organización semántica

Por lo que podemos decir que para que se produzca la emisión del lenguaje, se requiere una compleja actividad simbólica codificante, en la que participa el precerebro activo dominante y en particular el lobulo prefrontal (86).

Por tanto todo lenguaje, sea oral, escrito o de representación mimica tiene dos características que són:

a.- texto, significado o sentido exterior aparente

B.- subtexto, sentido interior o encubierto.

II. 3 Fisiopatología del Gesto

Desde el punto de vista neuro anatómico, la zona lingüística ocupa una elipse a nivel del hemisferio izquierdo o dominante que va desde el pie de la tercera circunvolución frontal o área 44 de **Brodman** al pliegue curvo o área 39.

Esta zona lingüística izquierda, que es el doble de la derecha,(característica que se tiene desde el mismo nacimiento) tiene dos áreas bien diferenciadas, por un lado:

el área receptognóstica y semántica localizada a nivel del giro angularis que recibe impulsos Gnosvisivos, Gnosacusticos , Corporalidad , Semánticos y del Área de Weernike o centro de las imágenes sensoriales del lenguaje.

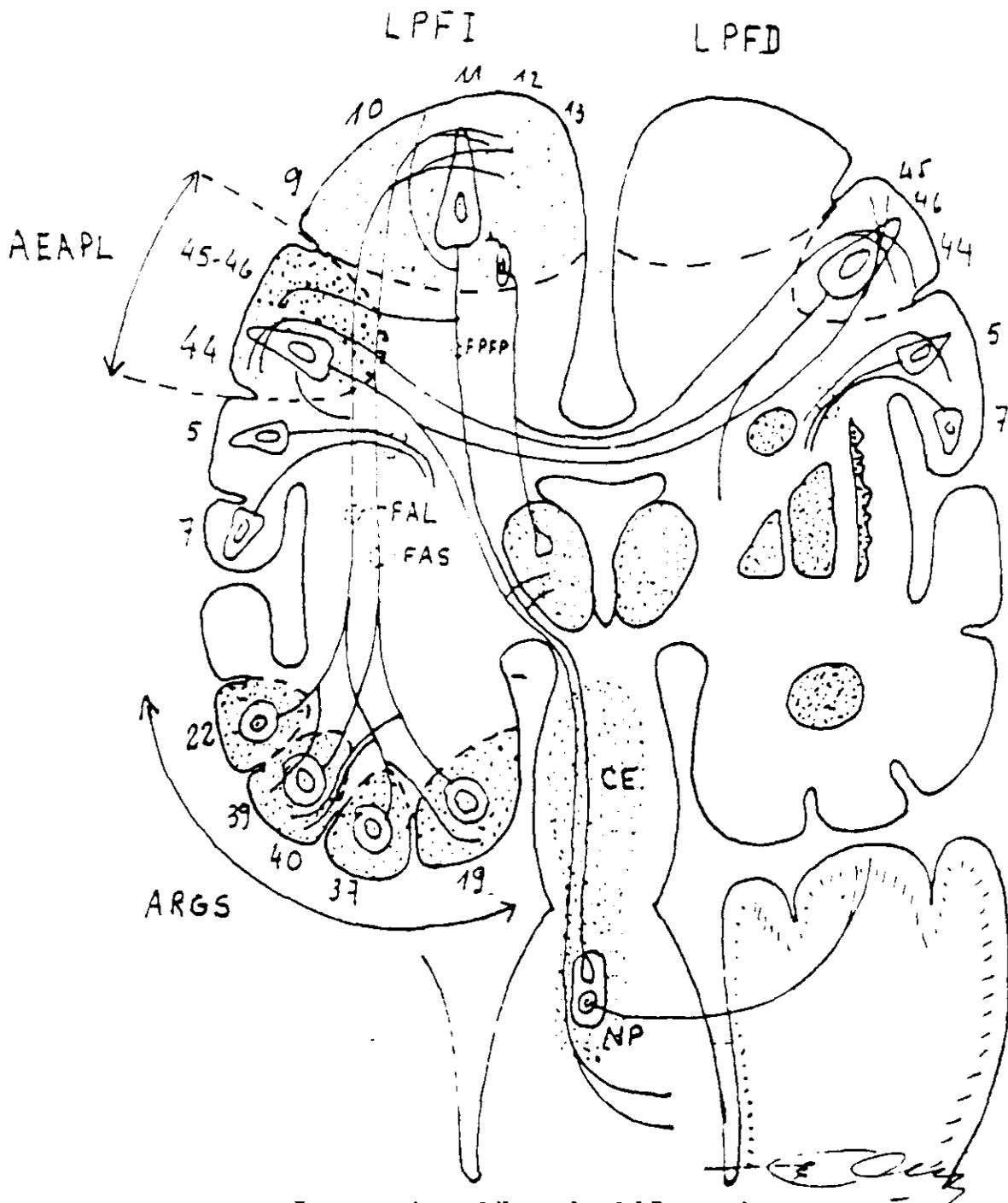
Por otro lado, el área Afectopráctica lingüística o del lenguaje motor expresivo, produce la llamada impulsión psicomotriz, la articulación verbal, la representación ideopráctica y la evocación ideoafectiva de los gestos.

Penfield (149) en su obra " The mystery of the mind" editada en 1975 dice que la mente a través del cerebro controla, entre otras actividades el lenguaje.

La mente actuaría sobre el procesador del sistema de información de tal forma que la orientación eubiocibernetica podemos resumirla de la siguiente forma:

- a.- La entrada de estímulos o señales, tanto sonoros como visuales o cinéستicos.
- b.- Procesador del lenguaje. Percepciones, palabras, sintaxis, emociones, pensamientos recuerdos, ideas, conceptos, abstracciones..
- c.- La salida o emisión de estímulos o señales: lenguaje hablado, escrito, gestos...etc.

Por tanto se puede afirmar que el Lóbulo Prefrontal izquierdo participa del lenguaje psicomotor expresivo y su representación gráfica, leída o escrita, conformando la manera más sublime de exteriorizar el pensamiento y que identifica al ser humano como rey de la creación. En el lóbulo prefrontal izquierdo se localizan las áreas afectoaxiopráxicas lingüísticas o del lenguaje motor expresivo, que comprende la evolución ideoaffectiva de los gestos (áreas 45-46-57)



Las conexiones bilaterales del Lenguaje.

LPFI: Lóbulo prefrontal izquierdo.

FAL: Fascículo arqueado lateral

LPFD: Lóbulo prefrontal derecho

FAS: Fascículo arqueado superior o dorsal

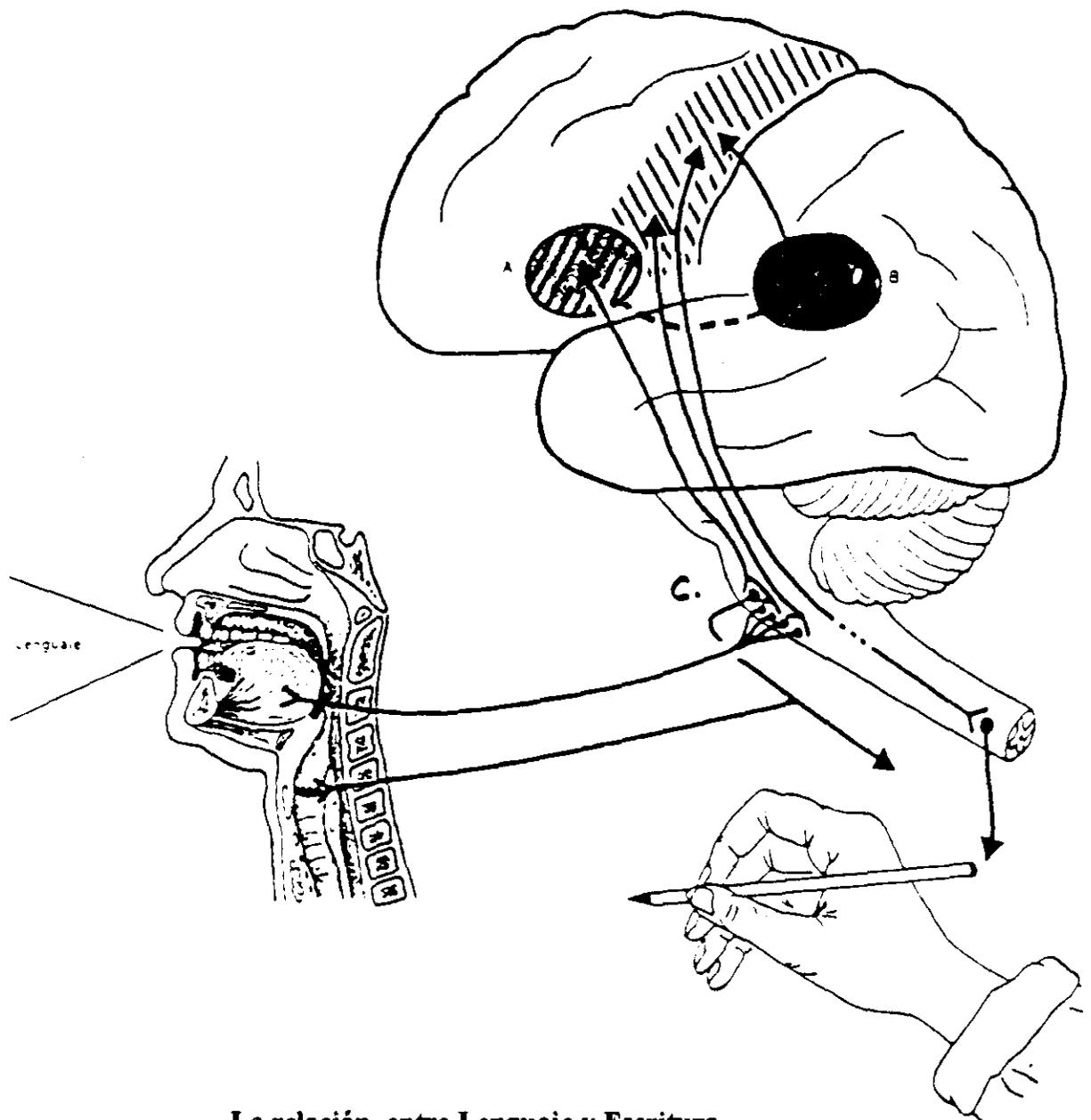
AEAPL: área afectoaxiopráxica lingüística

CE: Centrencefalo

ARG: Área receptognóstica semántica

NP: Nucleos del puente

FFPF: Fascículo prefrontopontino



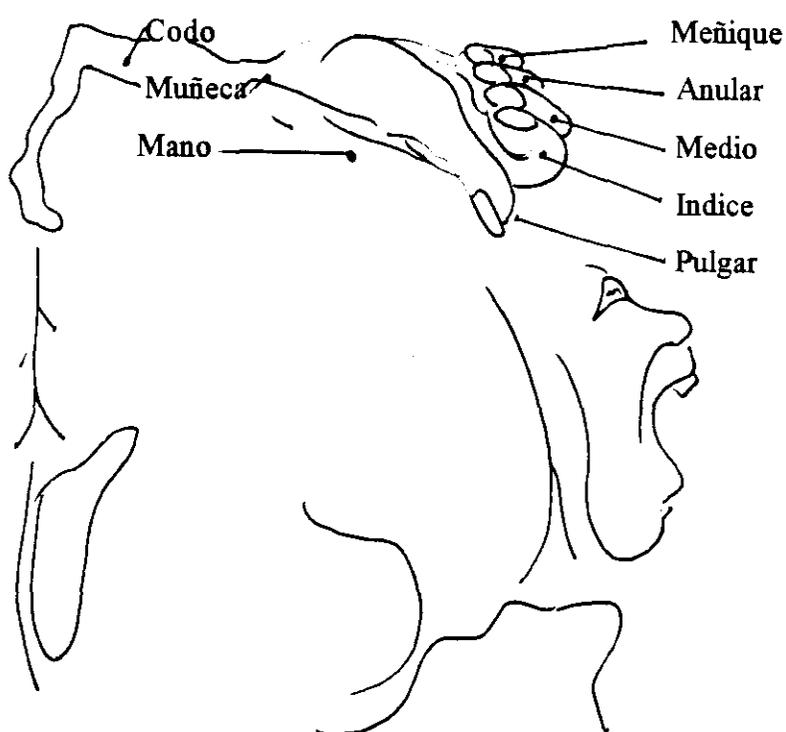
La relación entre Lenguaje y Escritura

El hemisferio dominante o de comando controla la mano derecha que escribe y a los musculos de la laringe.

A.- Centro Motor de Broca

B.- Centro Sensorial de Wernike

C.- Nucleo Ambiguo



En este esquema observamos la representación somatotrópica en el área motora cerebral, en el que se ve la gran importancia que tiene la mano,

Citando a Villalain (206) , podemos decir que la escritura es un acto extraordinariamente complejo que ha sido elaborado a través de un largo aprendizaje en que se ponen en marcha todas las estructuras nerviosas de alto nivel, así ,como las vías de interconexión., existiendo áreas corticales con memoria para los hábitos motores.

Si todos estos centros y vías funcionan adecuadamente, cuando escribimos realizamos una serie de movimientos en los que intervienen las articulaciones del hombro, codo, muñeca,

Así la articulación de la muñeca, hace movimientos de extensión y flexión, que se acompaña al mismo tiempo de un movimiento de desplazamiento de la misma del cuerpo, a través de la articulación del codo, y a esto se le suma una organización de los dedos, afin de colocarlos en la posición mas adecuada para sujetar el instrumento (lápiz, bolígrafo, etc.)

que va a plasmar nuestro pensamiento en el papel.. Se dice que solo en estos movimientos se ponen marcha mas de 500 músculos. (206)

Así **Freeman** (62) dice que el desarrollo de la acción de escribir no se completa hasta la edad de 14 años, dado lo laborioso del proceso.

En las personas que escriben con la mano derecha, los principales centros del lenguaje se localizan en el hemisferio cerebral izquierdo. El centro de la escritura lo localiza en el lóbulo frontal izquierdo, aspecto que ha confirmado Exner a nivel de la parte media de la circunvolución frontal ascendente dominante o al pie de la segunda frontal dominante.

Habitualmente se consideran que existen tres centros de lenguaje:.

- 1º.- La parte posterior de la primera circunvolución temporal es la zona de la memoria auditiva del lenguaje hablado.
- 2º.- La corteza de la circunvolución angular posee una función similar en lo que se refiere a la conservación de la memoria visual de los grafismos, función que ejerce la misma relación con respecto al lenguaje escrito que el centro auditivo con el hablado.
- 3º.- Hay otro tercer centro, área de Broca, en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal.

En esta zona radica la memoria para los impulsos aferentes que surgen para poner en actividad las funciones motoras necesarias para el lenguaje. A no ser que este centro se encuentre intacto, la conversión del lenguaje interno en externo es imposible.

Hay al parecer un centro similar en la parte posterior de la segunda circunvolución frontal izquierda, que hace con el lenguaje escrito lo que el área de Broca con el lenguaje hablado.

Al nacer los hemisferios cerebrales derechos e izquierdos son equipotenciales (50) pero a partir de la segunda semana las distintas actividades funcionales se van diferenciando. Posteriormente de forma gradual y paulatina el hemisferio izquierdo dominante psicolingüístico e intelectual asume el comando axiopraxico volicional del comportamiento, utilizando el pensamiento abstracto conceptual, lógico, simbolizante y categorial. Su accionar está relacionado directamente con el aprendizaje teórico-práctico.

De esta manera las áreas 19.22.44.45 izquierdas son dominantes, quedando las derechas en estadio latente y anuladas para las funciones práxicas y gnósicas. En las personas zurdas esto ocurriría al revés.

El hemisferio derecho, de forma inconsciente y subordinado al izquierdo, crea la intuición, la fantasía, la meditación, los sentimientos religiosos y exotéricos (134). Asimila los conocimientos metafísicos teológicos y parapsicológicos, siendo imprescindible para la creatividad científica y el pensar filosófico.

El hemisferio derecho colabora con las actividades lingüísticas superiores en lo que concierne al pensamiento verbal y a la fluidez verbal. Participa del pensamiento intuitivo y subconsciente.

En lo relacionado con la escritura (118), podemos decir que surge en el lóbulo frontal, en donde se hallan localizadas las emociones e intenciones. La idea o pensamiento se visualiza con la intervención del lóbulo occipital y se materializa a través del lóbulo temporal, asiento del centro del lenguaje, para coordinarse en su realización a través del lóbulo parietal. (34)

Esto viene a demostrar que la escritura es un complejo resultado en el que toda la acción cerebral tiene que estar perfectamente coordinado, para que el resultado, de la escritura sea coherente y perfecto. Si no es así surgirán trastornos perfectamente etiquetados en la escritura.

Pero hemos de señalar , que según se va desarrollando la escritura, este mecanismo va haciendo cada vez mas automático, llegando un momento en que viene a ser una acción del mismo, nivel que el lenguaje hablado, es decir que se encontrará condicionado a las circunstancias externas por un lado y por otro por sus propias emociones o sentimientos.

La escritura por tanto viene a poner de manifiesto una coordinación intracerebral que dependerá de las vías de interconexión de los diferentes lóbulos y centros del lenguaje y por otro de lo que podemos llamar estado psicológico de la mente, por lo que tendrá también carácter simbólico en el que el inconsciente o subconsciente (63) tendrá un papel determinante.

Así, en la escritura, la disposición de la página y la dirección general del movimiento global es un proceso consciente. También podríamos decir que los grafismos lentos, son mas conscientes que los rápidos.

Como no podemos achacar al consciente la inclinación de una determinada letra ni del lugar concreto en que situamos el punto sobre la i, ni porqué aumentamos o disminuimos el arco de una curva .

Wolf (210) indica que utilizamos el subconsciente para cada movimiento de la escritura, de tal manera que llegamos a ejecutar movimientos automáticos al escribir de manera simbólica como el resto de los automatismo, que no son sino la respuesta aprendidas de después de un proceso de aprendizaje continuo.

Estos actos automáticos, cuya organización central , debe residir en el lóbulo parietal que como sabemos interviene en la síntesis sincrónica, son de una extraordinaria importancia en tanto en cuanto están hechos para facilitar la conservar la energía. De esta forma se puede escribir de una manera automática, dejando a la función de pensar libre para actuar.

Por tanto la escritura que al principio en la época de aprendizaje nace como un movimiento aislado que se va uniendo a otros formando una cadena, van a estar en estrecha relación con los procesos psicológicos superiores, es decir con la maduración cerebral.

En tanto en cuanto mas se practica la acción de escribir, tanto más automatismo se tendrá por lo que parece que se implican mas capas cerebrales de la psique profunda y abstractas, lo que le confiere el sobreañadido de ademas de una proyección de ideas, un valor simbólico de gran importancia para el estudio de los rasgos subconscientes, de la escritura.

En lo que respecta al tamaño de la escritura, tambien esta organización de preponderancia de un hemisferio sobre el otro tiene extraordinaria importancia, , ya que cuando lo que predomina es el hemisferio izquierdo, podemos decir que la escritura tiende a ser micrográfica, mientras que si el predominio es del hemisferio derecho, la escritura será macrográfica.

CAPITULO III

EL HOMBRE Y LA ENFERMEDAD.

III .1 Reaccion del Hombre frente a la Enfermedad.

En principio hemos de decir que el hombre reacciona ante la enfermedad con miedo

Primariamente porque tiene miedo de enfermar, de no sentirse seguro, y que duda cabe que cuando el hombre enferma, lo primero que ocurre es una alteración de la seguridad del individuo (12) .

El ser humano conoce las consecuencias de las enfermedades sobre todo las graves, bien porque las hayan vivido personalmente o por el contrario porque las hayan experimentado en familiares o personas allegadas; por este motivo no quiere enfermar. Esto es algo normal, que ocurre en todas las personas incluso las psíquicamente estables.

Hay por el contrario personas que este miedo es absolutamente patológico. A esto se llama Fobia.

El miedo no es por sí mismo anormal; el miedo real nos protege de situaciones peligrosas y defiende nuestra vida de heridas y enfermedades. Nos impulsa por ejemplo a comportarnos con mucha atención en la circulación rodada, y a tomar diversas medidas de inmunización.

Para Soren Kierkegaard (94) el miedo era "el desvanecimiento de la libertad" y Martin lo describía como situación fundamental de "estar en el mundo". Es consustancial con nuestra existencia, acompaña a muchas de nuestras acciones y aparece siempre allí donde algo nuevo o desconocido nos acaece.

El miedo, sin embargo no es angustia, ya que el miedo como hemos visto está dirigido hacia algo concreto, por ejemplo: a la vejez, a las bacterias, a la bomba atómica o a la contaminación nuclear. Hay veces en que la frontera del miedo con la angustia es tan fina, que a veces son confundibles los dos conceptos, como ya señaló el Neurólogo C. Symonds "*Anxiety is fear spread out thin*".

Hay autores, que ponen el miedo, la angustia y la depresión en orden jerárquico.

El miedo se presenta en situaciones adversas que pueden ser vencidas. Para este autor habla de angustia cuando hay en principio posibilidad de ser vencidas, pero que son inmodificables. La situación se repite sucesivamente sin posibilidad de ayuda, hasta que al final la angustia se convierte en depresión.

Desde el punto de vista físico el miedo o la angustia produce una serie de síntomas y signos clínicos:

Las palpitaciones, crisis de diaforesis en todo el cuerpo y temblor de manos son conocidos signos de angustia inminente. Van acompañados de tensión interna e intranquilidad. Si la angustia llega a ser muy intensa, sobrevienen incluso en vaciamiento vesical espontáneo y diarrea.

Esta reacción de alarma del cuerpo se describe así :

El sistema nervioso simpático es activado de forma refleja y en la suprarrenal se origina un aumento de la secreción de adrenalina de hasta 10 veces. Esta activación es dirigida, según la teoría de Cannon- Bard por el hipotálamo, el cual recibe sensibles estímulos de los órganos de los sentidos (103)

Bajo la influencia de la adrenalina y del simpático mejora el abastecimiento del oxígeno al cuerpo. La frecuencia cardíaca y la contractibilidad del miocardio aumenta, los bronquios se dilatan y la respiración se hace más profunda.

El bazo puede aumentar en un 20% la cantidad de eritrocitos circulantes, aunque solamente si el corazón late rápido y la tensión arterial máxima es alta. Así son sobradamente cubiertas las necesidades de oxígenos de los tejidos y el dióxido de carbono resultante rápidamente transportado (98).

Los vasos sanguíneos de la piel, de los riñones y del tracto gastro intestinal disminuyen de calibre, lo que redundará en una óptima irrigación hemática del cerebro, corazón y musculatura esquelética. Junto a esto, el aumento de la tensión arterial asegura una mejor perfusión de los vasos no estenosados.

La energía de reserva disponible en el hígado es movilizadada rápidamente. El glucógeno es transformado en glucosa, que el músculo puede utilizar inmediatamente. El tiempo de coagulación se acorta ostensiblemente previniendo así una eventual pérdida de sangre. El cuerpo se prepara para la lucha y la evasión.

Estos hechos se suceden en cortísimo tiempo. Sin que nuestra voluntad consciente pueda influir en ellos, se desarrollan con fuerza inusitada en situaciones de emergencia.

Cuando los estímulos desagradables continúan actuando durante largo tiempo, tienen lugar también reacciones más duraderas, que Hans Selye (147) describió como los tres estadios del Síndrome general de adaptación.

1. Estadio: Reacción de alarma.

Consta de las fases de Schock u Contrashock. Ya durante la fase de contra Schock es excretada de la hipófisis la hormona Adrenocorticotropa (ACTH) que a su vez libera glucocorticoide de la glándula suprarrenal.

El cortisol activa la movilización de la glucosa, aunque por otra parte perjudica a la mucosa gástrica por aumento de la secreción de ácido clorhídrico.

2. Estadio: Resistencia.

Si este estado continúa, la secreción de corticoides sigue manteniéndose de forma que pueden llegar incluso a atrofiarse las glándulas suprarrenales.

3. Estadio: Agotamiento.

El sistema fracasa, se descompensa; no puede seguir el ritmo durante todo el tiempo, de forma que la resistencia disminuye hasta el colapso total.

Considerando pues que el miedo es digamos lógico, e incluso fisiológico en el síndrome general de adaptación, este es fácilmente superable, o bien cuando el peligro pasa, o cuando las palabras del médico ante el individuo enfermo, son capaces de tranquilizarle.

III.2 Pluricausalidad de la Enfermedad

La medicina actual se ha esforzada por buscar una causa específica para cada enfermedad, pero parece que cada vez resulta más evidente que muy pocos trastornos son monocausales y que la mayoría de ellos se desencadenan por la influencia combinada de factores muy diversos. La circunstancia patógena (gérmenes, agentes físicos o químicos) no están afectando a un organismo estático, sino que encuentra una resistencia o defensa que puede considerarse como el complemento de la capacidad de tolerancia a modificaciones en el medio interno.

Así como un microorganismo o una deficiencia nutritiva o metabólica específica, puede dar lugar a un cuadro patológico determinado si vence las defensas del organismo, el "terreno" por sus propias características, puede facilitar un cierto tipo de trastorno, incluso en ausencia de gérmenes patógenos específicos.

Este "terreno" es modificado por diversos condicionantes, que potencian o inhiben la acción de los agentes patógenos, hasta darse el caso de que un estrés habitualmente bien tolerado puede desencadenar una enfermedad y viceversa determinado organismo puede llegar a ser casi inmune ante una determinada agresión.

Entre estos factores condicionantes es oportuno mencionar aquí las relaciones interpersonales tempranas, que constituyen lo que **Rof Carballo** (19) ha denominado "*la urdimbre afectiva*".

En ocasiones ,varios elementos que no son patógenos en si mismos adquieren esa cualidad al combinarse para actuar sobre un determinado terreno. Un buen ejemplo lo constituye la cardiopatía isquémica necrótica, en cuya génesis, según **Selye(177)** han de actuar concomitantemente un stress físico o mental y una alteración electrolítica, con elevación del sodio intracelular miocárdico y disminución correlativa de potasio.

La resistencia a las influencias desestabilizadoras del stress ambiental, dependen de un factor genético y un factor adquirido. Este " factor genético", esta estrechamente ligado con la constitución del individuo, cuyas relaciones con la que psicósomática tan bien expone **Babson (12) .**

De interés reciente de este aspecto son estudios retrospectivos que ponen de manifiesto una mayor mortalidad por neoplasia e individuos de hábito atlético, Especialmente se habían practicado intensamente el deporte en su juventud.

Aun mas importantes son los estudios prospectivos de **Holland (83)** revelando la existencia de características psicobiológicas juveniles indicadoras de predisposición a enfermedades específicas en la edad adulta. Las características psicobiológicas estudiadas por Holland, son una combinación de factores genéticos y adquiridos y ofrecen resultados tan sorprendentes como, por ejemplo, la significativa con relación entre cansancio matutino, reactividad elevada de la presión arterial sistólica ante el stress y relación interpersonal con el padre, por un lado y predisposición a enfermedad coronaria o cursiva por otro. Otra correlación interesante es la de la correlación ritmo cardíaco basal lento, ausencia de ansiedad, depresión y cólera en test psicológicos, relación estrecha con la madre y neoplasia.

El factor adquirido se forja, sobre todo, en las experiencias tempranas de interacción con el medio y con la madre, en los primeros meses de vida, la madre y el niño funcionan como una unidad y es en este periodo se forma cuando lo que **Rof Carballo(167)** denomina "*urdidumbre afectiva*" , a la cual los potenciales del niño son troquelados definitivamente en características incipientes que se irán desarrollando de manera paulatina hasta su total maduración. (58)

Cuando la experiencia temprana es anormalmente estresante, se crean pautas fisiológicas anómalas, cuya repetición en etapas mas tardías puede dar lugar a alteraciones patológicas (58, 92)

Inversamente, las tempranas satisfactorias, en que la madre primero convence al niño de que merece la pena vivir por que ella esta allí, y después de que merece la pena vivir aunque ella no este, permiten la creación de una resistencia especial a la adversidad y las enfermedades que algunos autores han denominado "apoyo interno"

La predisposición a la instauración de estados depresivos se determina también en la primera etapa de la vida, y la depresión de animo ejerce una marcada influencia inhibitoria de los sistemas adaptativos y defensivos del organismo, lo que a juicio de autores como Ibañez, (87) estos estados alteran opueden alterar el sistema inmunologico de tal manera que es factible la aparición de cancer..

La mayor susceptibilidad a patógenos externos, combinada con una menor tolerancia a modificaciones del equilibrio homeostatico, hace de la depresión un importante factor que predispone a enfermar.

III .3 Ansiedad y Angustia

La primera pregunta que cabe hacerse es : que es la ansiedad?

Podemos definirla desde el punto de vista psicobiológico como un estado del organismo en el que este se sitúa en alertización con respecto a una amenaza a su integridad (física o psicológica), con objeto de posibilitar un gasto suplementario de energía (como el que se precisa para una respuesta de agresión o huida. (137)

Podemos decir, por tanto, que la ansiedad es un sentimiento subjetivo de temor indefinido, incomodidad, "disconfor", inseguridad, tensión, etc..., expresandose verbalmente tales vivencias con estos u otros términos, dependiendo en parte de factores socio culturales. La ansiedad es pues una respuesta lógica, normal, deseable, fisiológica, que forma parte de los "drives" (motivaciones) fisiológicos como el hambre, la sed o el impulso sexual. (25)

Todos los individuos disponen genéticamente de las posibilidades psicofisiológicas de reacción y adaptación al stress, pero hemos de admitir diferencias individuales ligadas en parte al fisiologismo cerebral predeterminado genéticamente. (138)

Mas interesantes parecen sin embargo las modulaciones que de estas posibilidades se efectúan en las primeras etapas del desarrollo. Las primeras experiencias parecen vitales para determinar modos futuros (adulto de adaptación al stress, tolerancia a las frustraciones, forma de afrontar los conflictos, las enfermedades, sobre todo cuando estas son graves o conllevan una connotación social no deseable, como el Sida, Lepra, Cáncer, Etc.

Mantener determinadas tonalidades afectivas, responder con agresividad o valentía, con huida, enfrentamiento, tendencia a culparse a sí mismo o a los demás, quiere decir poseer un patrón de conducta, un estilo de funcionamiento, en suma, que diferencia a ese individuo de los demás. Eso se ha venido llamando de diferentes formas: personalidad, temperamento, carácter, etc., y da cuenta de todo el resto de "Drive" y motivaciones, fisiológicas y psicosociales que constituyen los patrones o reglas con los que funciona el individuo.

Esa estructura funcional del adulto, a través de la cual se identifica y filtra toda la estipulación ambiental y que se hace progresivamente más rígida a medida que se avanza en edad, es labil en la infancia y parece estar sometida a una extrema plasticidad desde el momento mismo del nacimiento.

Parece claro que es en las primeras etapas del desarrollo cuando se condicionan los patrones de comportamiento posteriores que en el terreno de la ansiedad, dan cuenta del factor individual que diferencia a unos de otros y que predispone a una reactividad ansiosa o depresiva, o de buen ajuste. (110)

Cuando el individuo enferma, va a estar sometido por tanto a un stress que será tanto más importante cuanto más importante sea la enfermedad, y el peligro de muerte, de mutilación y de dolor conlleve esa enfermedad, por lo que dicho individuo reaccionará dependiendo de estos factores expuestos y de otros como son las variaciones genéticas y los patrones de comportamiento infantiles o maduros que el individuo haya desarrollado.

Cuando ocurre esto, se establece el llamado síndrome general de adaptación, en el que el enfermo, de alguna forma, tiende a compensar todos estos factores. Sin embargo, cuando la presión stresante del medio es exagerada, intensa o demasiado persistente en el tiempo, como cuando el enfermo no ve mejoría en su enfermedad, ve pasar los días lentamente, sin que su estado físico mejore, bien por que se presente complicaciones durante su enfermedad o en el postoperatorio, o bien por que se encuentre en un estado irreversible que el puede sospechar, entonces las posibilidades de adaptación se agotan, y esto es fácilmente detectable no solamente por la actitud del paciente, sino por las variaciones tan importantes que sufre la escritura de este enfermo, apareciendo signos gráficos como torsiones, retoques, escritura inacabada con falta de presión y ocasionalmente pastosidades, temblores . etc.. etc.

III. 3.1 Mecanismos Psicofisiológicos

Hay evidencia de que las estructuras psicofisiológicas implicadas en los diversos estados de ansiedad son complejas y forman circuitos e interacciones que involucran probablemente diversos sistemas de neurotransmisión.

Ya desde los años 30 se propuso la existencia de un circuito subcortical como el básicamente involucrado en los mecanismos emotivos. Este circuito relacionaba la circunvolución del hipocampo, el cíngulo, la amígdala y los núcleos del septo, con conexiones con el hipotálamo y el cortex anterior. La idea que predominó bajo esas primeras delimitaciones era ciertamente antigua: en el hombre existirían dos formaciones nerviosas independientes.

Una la filogenéticamente, mas nueva, representada por el neocortex y en donde residiría prioritariamente el funcionalismo intelectual y abstracto más elaborado. Otra filogenéticamente vieja, representada por el paleocortex, el antiguo cerebro reptiliano, y encargada de los mecanismos más instintivos y conservadores de la especie. De esta última, forma parte el sistema límbico.

El control de los mecanismos emocionales es mediatizado por el sistema límbico, pero no puede decirse que sea exclusivamente quien rige este tipo de comportamientos. Evidentemente el sistema de control emocional supone una interrelación de esas estructuras límbicas con el corte, los sistemas de activación específicos e inespecíficos del mismo, el sistema endocrino y el sistema nervioso vegetativo.

El fascículo dorsal, y con ello el conjunto de los circuitos de información límbica, recibe una importante inervación del locus ceruleus (164). Este centro vital es un núcleo situado en el puente cerebral que se caracteriza por contener la mitad de todas las neuronas de transmisión nor-adrenergica del cerebro a la vez que es productor de la mayor parte de noradrenalina cerebral.

Es muy posible que el Locus Ceruleus, sea una verdadera central responsable del sistema de alarma, miedo y ansiedad. El locus ceruleus recibe importante información del sistema reticular de los núcleos sensoriales y de las neuronas sensitivas del dolor, por ejemplo, y envía asimismo información al sistema límbico cortex cerebral y cerebelosos.

Se ha comprobado que la estimulación eléctrica de este centro produce sensaciones de miedo y muerte inminente en el hombre, así como la fenomenología del miedo en el animal. Asimismo, las conexiones de este centro con diversos subsistemas parecen explicar los distintos fenómenos centrales y periféricos de los estados de ansiedad. La activación del sistema reticular produce un incremento del arousal, la actividad hipotalámica es responsable de los cambios endocrinos, la conexión con las áreas espinales implica la estimulación simpática que puede verse en estos estados. La activación del cerebelo es responsable del temblor, por ejemplo, y finalmente las conexiones con las áreas corticales y límbicas da fe de los correlatos subjetivos de la ansiedad.

Por todo lo anterior se considera hoy que la vía de neurotransmisión implicada en los estados de ansiedad es fundamentalmente la Noradrenergica, aunque no puedan excluirse la intervención de otros sistemas.

La expresión psicofisiologica periférica de la ansiedad es múltiple pudiendo comprobar cambios bien diferenciados de la actividad autonómica, como la resistencia galvánica de la piel, la frecuencia del pulso, presión arterial, flujo sanguíneo o dilatación pupilar. Todas estas medidas tienen interés psicofisiologico experimental pero no estrictamente clínico.

Otros índices somáticos está en la actualidad claramente delimitados, como el incremento de la frecuencia respiratoria o el temblor y los cambios electromiográficos. A nivel central se encuentra sobre todo en la ansiedad crónica una disminución de frecuencia alfa del EEC y un aumento de la banda Beta.

En el tema que nos ocupa, es decir, la reacción del hombre enfermo ante su enfermedad, la información de la misma conlleva con frecuencia dos tipos de sensaciones:

a.- La sensación de pérdida y b.- la sensación de peligro.

La intensidad y la cualidad de los trastornos ansiosos secundarios a enfermedad física no será lógicamente después de lo expuesto, igual en todo tipo de pacientes, sino que esencialmente dependerá de cuatro factores, que son:: (54)

La personalidad premorbida

El entorno

Las experiencias previas

y la información recibida

Como vemos, de estos factores, dos de ellos la personalidad premorbida y las experiencias previas, no podemos modificarlos, ya que viene acompañando al paciente. Sin embargo, tanto el entorno, como la información que se le da dicho paciente, si es fácilmente modificable por el equipo que debe atenderle, de tal manera, que la evolución muchas veces del postoperatorio vendrá dado por la atmósfera de confianza, cariño y seguridad de que se rodea al enfermo.

Como el propósito de este trabajo, es precisamente ese, es decir, el estudio de estos patrones de ansiedad, angustia y depresión, mediante el test grafológico, veremos en los casos clínicos presentados, como su grafismo va variando, dependiendo de la evolución del enfermo.

Según Jules Angst (10) , la ansiedad puede considerarse a tres niveles: Síntomas, síndromes y trastornos. En general los intentos para clasificar los trastornos de ansiedad han mejorado mucho con el desarrollo de criterios diagnósticos en el DSM-III (Diagnostic & Statistical Manual of mental Disorders).

A pesar de todo, los datos epidemiológicos demuestran que entre los distintos grupos de trastornos de ansiedad existe más superposición que separación. El Dr. Angst piensa, que existe una gama continua de los trastornos de ansiedad a la depresión, lo que podría explicar la acción de ciertos fármacos. También está a favor de una hipótesis reciente, según la cual los trastornos depresivos y ansiosos comparten un origen común. Esto explicaría, según la gran superposición entre síntomas depresivos y ansiosos en un determinado paciente, así como el amplio espectro de acción que exhiben a veces los antidepresivos y los compuestos benzodiazepínicos.

El Dr. Angst (10) los trastornos de ansiedad se subdividen en:

DSM - III

300.01	Trastorno de angustia
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
300.21	Agarofobia con crisis de angustia
300.22	Agarofobia sin crisis de angustia
300.23	Fobia social
300.29	Fobia simple
300.30	Trastorno de stres postraumatico agudo
300.81	Trastorno de stres postraumatico crónico
300.00	Trastorno de ansiedad típico.

ICD - 9

300.00	Estado de ansiedad
330.2	Estado Fóbico
330.3	Trastornos compulsivos,obsesivos
308.0	Reacción aguda al stres con crisis de ansiedad, miedo depresión y angustia
309.2	Reacción de ajuste con trastornos, predominantes de otras emociones.

Las crisis de angustia son interpretadas como ataques de ansiedad. En contraste, el DSM-III distingue hasta siete tipos de trastornos de ansiedad, así el trastorno obsesivo compulsivo y dos tipos de trastornos de stress postraumáticos.

La presencia obvia de concurrencia entre los diversos trastornos de ansiedad y depresión, podría sugerir que un modelo multidimensional, con variables continuas de ansiedad, fobia y depresión, se adaptaría mejor a la realidad, aún teniendo en cuenta que este modelo, como ha resaltado Kendell, es más abstracto y por tanto más difícil de aceptar.

Desde un punto de vista epidemiológico, parece ser que existen dos posibilidades:

- a.- Clasificar de acuerdo con la gravedad de los síntomas -desde la salud a la enfermedad-
- b.- Clasificar de acuerdo con los síndromes psiquiátricos superpuestos -por ejemplo, desde la depresión a ansiedad, desde depresión a fobia, y desde ansiedad a fobia-. La superposición o "co-morbidad" no es la excepción, sino la regla.

Son raros los estados depresivos sin humor ansioso, y los estados de ansiedad sin humor depresivo. El establecimiento de una distinción clara sigue constituyendo una tema de controversia científica.

Por lo tanto el 49% de los trastornos de ansiedad se superponen con mayor o menor depresión.

El Dr. Angst encontró los síntomas siguientes entre los pacientes con trastornos de ansiedad:

- ♦ - Humos depresivo 70%
- ♦ - Extenuación 42%
- ♦ - Pérdida de energía 60%
- ♦ - Pérdida de sueño 54%
- ♦ - Pérdida de apetito 27%

Estos datos apoyan la existencia de una gama continua entre la depresión y los trastornos de ansiedad, por lo que se refiere tanto a los síntomas como al diagnóstico.

La influencia de estados depresivos en la génesis y mantenimiento de enfermedades médico-quirúrgicas, han sido reconocida por numerosos Autores desde Hipócrates hasta nuestros días.

Un aumento de la mortalidad cinco años, a sido observado en pacientes, tratados por trastornos afectivos, exceso no atribuible solamente a suicidios y accidentes, si no también a enfermedad somática particularmente neoplasias. Una tasa de morbilidad y mortalidad superior a la normal a sido también identificada en sujetos en duelo por la muerte del cónyuge.

Parece, igualmente que es la reacción de duelo lo que predispone, además de la depresión a enfermedades de todo tipo.

Entre los numerosos trabajos relacionados con duelo y depresión por un lado enfermedad y muerte, por otro podríamos sacar cuatro conceptos de interrelación que serían:

- 1- Agotamiento de la pulsión de vida
- 2- Fase de agotamiento del síndrome general de adaptación
- 3- Reacción de conservación -inhibición
- 4- Desvalimiento y desesperanza.

1- AGOTAMIENTO DE LA PULSION DE VIDA.

Viene a corresponder desde hace mucho tiempo a lo que se conoce como pérdida de la voluntad de vivir. Este fenómeno suele darse en jóvenes tras desengaños amorosos y tras la jubilación en personas mayores y depende del sistema cultural donde se este inmerso.

Algunos pueblos primitivos parecen haber institucionalizado la actitud de abandono ante la muerte, sobre todo cuando esta parece inminente, o cuando la vida no ofrece nada de interés según los criterios de la tribu. (167)

Los esquimales y algunos aborígenes australianos (207) adoptan esta pauta, falleciendo cuando esta gravemente enfermos mucho antes de lo que seria de esperar por la evolución natural del proceso en cambio, la sociedad occidental espera que el individuo enfermo luche hasta el final y una relación hostil se producen en médicos y familiares cuando el paciente no demuestra deseos de curarse persistiendo esta relación incluso después de su muerte

Una explicación alternativa, igualmente valida puede ser que, al saberse reprobado por el brujo y el resto de la tribu, el sujeto afecto sufre una importante perdida de su integración social perdiendo todo el interés profundo por la vida. Pruint (158) observa que los remedios habituales de la medicina moderna son impotentes contra las enfermedades por hechizamiento que solo curan por la intervención de un mago sanador, mas poderosos que el hechicero original. Este fenómeno de los pueblos primitivos en apariencia como llamativo no es muy diferente de lo que en definitiva, puede observarse en nuestra cultura entre individuos desvalorizados por si mismo y por la sociedad

2.- FASE DE AGOTAMIENTO DEL SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN.

Cuando el estres se mantiene a un tiempo superior a lo tolerable por la defensa del organismo , se llega a la fase de claudicación agotamiento , en la que toda actividad reguladora de la homeostasis comienza a declinar, el medio interno se altera y si la situación persiste sobreviene la muerte.

El estres prolongado puede conducir a una depresión por deplecion cerebral de catecolaminas (y en general a una disminucion de la capacidad defensiva del organismo , a una antes de llegar a la fase de agotamiento . (165)

Es posible que tanto las alteraciones depresivas como la patología somática sean concomitantemente favorecidas por el estres crónico, potenciandose ademas todos estos factores entre si .En ocasiones, una pequeña desgracia o perdida parece precipitar grandes reacciones psicósomáticas, quizás por constituir "la gota que rebosa el vaso" de una larga cadena de frustraciones .

La fase inicial del síndrome general de adaptación , caracterizada por el Shock previo al desencadenamiento de la reacción de alarma, también favorece la eclosión de enfermedades y incluso la muerte súbita. Esta reacción extrema al estrés es favorecida por sensaciones personales de desesperanza de impotencia.

Recordado el papel que los mecanismos psicológicos de defensa juegan en la adaptación al estrés psicosocial y la abolición relativa de estos mecanismos en individuos con personalidad psicósomática, no es de extrañar la advertencia de Marty sobre el grave riesgo de enfermar que corren sujetos en los que una depresión se combina con pensamiento operatorio.

3.- REACCIÓN DE CONSERVACIÓN INHIBICIÓN

La reacción de lucha - huida descrita por Cannon como típica de situaciones de peligro es bien conocida. Sin embargo no todas las especies animales están dotadas desde el primer momento con los mecanismos fisiológicos y comportamentales que hacen posible esta reacción, incluyendo a la especie humana.

Los animales precoces como el pollo, el ternero, etcétera, nacen con la capacidad si no de luchar al menos de huir; sin embargo el hombre y otros animales como la rata, el canguro, etcétera , carecen de esta posibilidad inicial , y si son sometidos a situaciones de estrés han de desarrollar otras pautas de respuesta.

Sin embargo llevada a un extremo la reacción de conservación-inhibición puede tener consecuencias gravemente patológicas.

La madre parece jugar un papel vital en el comportamiento del niño frente al estrés, de manera que la intolerable acumulación de tensión que resulta de su ausencia solo puede ser contrarrestada por una disminución generalizada de la actividad del organismo , apareciendo así la reacción de conservación-inhibición como una tentativa de adaptación cuanto todo lo demás falla . En el adulto esta posibilidad reactiva persiste y algunos individuos presentan signos de somnolencia e inhibición psicomotora en situaciones de estrés. Esta puede ser una respuesta altamente adaptativa sobre todo cuando las posibilidades de modificar la fuente de estrés son prácticamente nulas .

III. 3.2 Ansiedad ante la Muerte

Si consideramos que cualquier persona tiene un dintel de ansiedad, que esta íntimamente ligado a su constitución y carácter, veremos como cuando el tema de stress que nos afecta es la muerte o el pensamiento de la muerte el hombre tiende a reaccionar dependiendo de factores tan diversos, como pueda ser su profesión, su estado civil, si tiene hijos, si es menor o es anciano etc.

Freud señalaba que la finalidad de la vida es la muerte, y elaboró una teoría, en la que la ansiedad ante la muerte, no es sino una variante de la ansiedad de separación, o de castración. (63, 64)

Parece ser que en la infancia no existe ansiedad ante el pensamiento de la muerte, porque esta se ve muy lejanas y que en la pubertad cuando, empieza a integrarse en la personalidad del individuo, manteniendose a lo largo de toda la vida, con diferencias muy poco significativa, pudiendo decir que en la vejez , se siente la muerte aproximadamente como en la pubertad, aunque indudablemente hay factores que podrían diferenciarla.(80)

En realidad la ansiedad ante la muerte no es un fenómeno unitario, sino que estaría representado según Klein (96) por cuatro factores independientes que serian:

- a.- Preocupación por el impacto cognoscitivo y emocional de la muerte
- b.- Miedo a las manifestaciones físicas que conlleva la muerte.
- c.- darse cuenta de lo poco que se vive
- d.- preocupación por el stres y dolor que pueda suponer la enfermedad que conllevara a la muerte..

Es indudable, que un tema como este, ha sido objeto de numerosos trabajos relacionados con el mismo, así en su **Templer (192)** en su libro *ansiedad ante la muerte*, habla de experiencias acerca del sexo, edad, profesión. etc. en relación con niveles de ansiedad ante la muerte.

En estudios sobre grupos heterogéneos de población, como son los habitantes de una zona de New York, estudiantes de institutos, padres de estos estudiantes, o ayudantes de un instituto Psiquiátrico de New York, se ha llegado a demostrar que en las puntuaciones en la escala DAS (Death anxiety scale) no había diferencias notables, entre ellos.

Otro trabajo publicado por **Gulliland (71)**, **Lucas (117)** y **Koobs, (99)** recogidos por **Lorreto y Templer (192)** son los efectuados a población de religiosos, observando que las puntuaciones de la escala de ansiedad eran similares a las personas agnósticas. Esto parece ser iba en contradicción a la opinión que se tenía que las personas con mucha fe y que confiaban en la vida eterna, a la hora de preguntarles sobre la muerte, desarrollaban idéntica ansiedad..

También se hicieron estudios en pacientes terminales, o con enfermedades incurables.

Así en estudios sobre paciente afectos de cánceres terminales, dieron puntuaciones mas bajas que las de la población control. Esto quizás sea debido a que cuando el cáncer es terminal, la persona, entra en una etapa donde la lucha baja, y la angustia es sustituido por depresión.

Entre los trabajos sobre este problema cabe considerar los de **Templer (193, 194)**, **Lucas (117)**, **Blakely (22)** y **Tate. (188)**

Existen profesiones que presenten por el tipo de trabajo mas ansiedad que otras?. A esta pregunta que se hicieron **Johnson. (90)** **Och.(142)** **Mullholland, (133)** llegaron a la conclusión de que los niveles de ansiedad de funcionarios de prisiones (27). Voluntarios de protección civil (133) no diferían de los demás. o del grupo control

Sin embargo hemos de señalar que en ocasiones vemos como la bibliografía recoge experiencias contradictorias, ya que en los trabajos de **Wittenberg (209)** parece demostrarse que las enfermeras con muchos años de experiencia, padecen niveles e DAS menores que el grupo control.

Es posible que la muerte de un ser querido nos llegue a afectar de tal manera que sintamos mas angustia ante la misma muerte?. En este caso también hay controversia, así **Cole(39)** hallo que las personas que había perdido a su ser querido un año antes sentían menos ansiedad ante la muerte. mientras que **Litman (113)**Y **Smith (183)** demuestran lo contrario, es decir que los niveles de ansiedad son superiores.

Ramos (160) en su tesis doctoral de la Univesidad de Madrid, Personalidad , depresión y Muerte sacó la conclusion de que existen factores comunes de la ansiedad ante la muerte que son independientes de la experiencia y el sexo

III. 3.3 Estudio Psicosomático del enfermo canceroso

No es nuestra intención en esta Tesis , el intentar ahondar en las múltiples teorías que se han venido creando acerca de la naturaleza psicomatica o no del cáncer, aunque creo resulta obligado el intentar dar un poco de luz, en estas corrientes afín de tener una idea más clara del paciente canceroso, y por lo tanto de su reacción ante la padecimineto , y el comportamiento que va a presentar una vez que sabe el diagnóstico exacto de su enfermedad.

Lo que mejor expresa lo que podríamos llamar primera etapa de la consideración psicomatica del cáncer es la discusión que hizo **R. Grinker** en la conferencia de Nueva York en 1.965, en trabajos resumidos en el volumen 125 de los citados Annales y referidos el obra de **Rof Carballo** " *Teoria y practica psicomatica*". (167)

"Grinker se mostraba exceptico en la corriente que existía hasta entonces en pensar que el factor esencial es la pérdida de un objeto significativo, para el que no se encuentra ningún substitutivo. Esta pérdida no siempre es real, puede sencillamente ser fantaseada, esperada, temida o simplemente simbólica. El componente psicológico es el de desesperanza. No estaba de acuerdo con que el enfermo canceroso se caracterizaba por disponer de poderosos mecanismos represivos que dan por resultado una superficialidad de las emociones falta de ansiedad consciente y relaciones significativas muy pobres con el entorno. Un conflicto inicial asociado a dependencia y a la negación de ambos, conflicto y dependencia, origina una formación reactiva.

Con este trastorno y sin otra alternativa que la de caer en una psicosis, hay un crecimiento rápido de tejidos desdiferenciados y un intento de regresión, por parte del organismo, a reemplazar una pérdida afectiva reciente (pérdida de objeto)."

Es natural que la mayoría de los médicos, al igual que Grinker no nos sintamos muy convencidos de la utilidad de esta formulación estereotipada. Reacciones del tipo más diverso a las más variadas pérdidas efectivas o de trabajo o de ilusión, etc..., se presentan multitud de veces, sin que por ello exista una neoplasia.

La mayoría de las personas que vemos en consulta los médicos con sensación de desesperanza o de desvalimiento no presentan nunca síndromes neoplásicos, reflejándose la mayoría de las ocasiones todo este conflicto en una simple depresión.

Pero sobre todo, en el cáncer hay que suponer un largo periodo de seis meses a un año, para que los primeros síntomas de la enfermedad sean objetivables. La "pérdida de objeto" difícilmente podría ser referida al momento inmediato en que sobrevienen los síntomas neoplásicos.

Una objeción aún más importante de esta teoría es la de sospechar si la desolación desesperada o la desesperación larvada no es ya un signo inconsciente, por parte del organismo de que existe una enfermedad grave. Sería como el piloto rojo que se enciende cuando el coche presenta un nivel mínimo de aceite en el carter. A esto, **Rof Carballo (167)**, lo denomina "depresión premonitoria", Grinker por tanto afirma que la desesperanza, el desvalimiento que algunos clínicos descubren como significativos procesos en los enfermos de cáncer, no es más, muchas veces, que el equivalente de esta "depresión premonitoria".

Es curioso observar como a pesar de esta poderosa objeción, la hipótesis de la depresión o de la pérdida del objeto, ha sido esgrimida por varios grupos de nuevos investigadores como: **Greene y colaboradores (96)** estudian los factores psicológicos que preludian a la aparición de linfomas, leucemias y cáncer de útero.

En 1966, para fortalecer esta tesis Greene y colaboradores estudian gemelos monozigóticos de los cuales uno había enfermado de leucemia confirmando que el gemelo enfermo, había padecido con anterioridad graves pérdidas afectivas y frustraciones, mientras que el gemelo sano había llevado una vida feliz.

Leshan y colaboradores (en un estudio citado por Rof Carballo (167)) en los años 1956, 1960 y 1966, tras un estudio de 500 enfermos llegaron a conclusiones parecidas, estudian el grado de "desesperación" de los enfermos que sufren años después de nacer y llegan a las conclusiones siguientes:

Los pacientes con neoplasia han sufrido, antes de que la enfermedad sea diagnosticada, la pérdida de personas afectivamente relacionadas con ellos y de gran importancia emocional en sus vidas.

Los enfermos con neoplasias no pueden expresar sentimientos enemistosos ni cólera, es decir tienen un bloqueo de proyección de sentimientos desde la infancia..

En los enfermos cancerosos existían tensiones sin resolver a consecuencia del fallecimiento de uno de sus padres, ocurrido muchos años antes.

Otros muchos investigadores han subrayado la importancia de una depresión para el desarrollo de las neoplasias. Así parecen haber demostrado según Rof Carballo, que en enfermos afectados de cáncer, la pérdida de la persona querida había ocurrido en los últimos uno o dos años antes de la aparición de la enfermedad.

Esta hipótesis de la depresión por abandono o pérdida afectiva ha querido ser mejorada y refinada por **Bahnsen** y colaboradores (12) para tratar de explicar la objeción básica "por qué razón no todas las depresiones terminan en un cáncer?".

Observa este grupo de investigadores que en la temprana infancia, estos futuros enfermos de neoplasia habían mantenido con uno de sus padres una relación muy conflictiva, con ambivalencia de afectos y con tragedias frecuentes

Muchas veces habían asistido a la muerte violenta de uno de sus progenitores, o bien a la muerte de uno de ellos ocurrida en fechas muy tempranas de su vida, que había dejado en ella un gran vacío y confusión acompañada muchas veces de hostilidad y sentimientos incestuosos hacia la figura paternal superviviente.

Tras este sentimiento, la fijación a la figura superviviente se vuelve simbiótica pero con la relación del "vínculo bivalente" el cual induce un bloqueo de la vida afectiva, como el descrito en la esquizofrenia. Se establece así un precario equilibrio entre la necesidad de agresión y la dependencia, que se ha vuelto indispensable pero que es infinitamente rechazada. Tal equilibrio se rompe un par de años antes de la eclosión del proceso neoplásico.

Los enfermos de cáncer tienen gran dificultad para dar salida a su mundo emocional. **Bukberg y colaboradores (28)** describen a los enfermos de neoplasia como sujetos hipercontrolados, angustiados que no expresan su intimidad más que en forma de actividad motora o verbal. Los pacientes en los que el Cáncer se desarrolla con rapidez son más angustiosas aún que los demás y se controlan mucho más que los pacientes con tumores de crecimiento lento.

Hace más de dos mil años, que Galeno postuló que las mujeres melancólicas era más probable que desarrollasen un cáncer a lo largo de la vida que aquellas otras que tenían un carácter fuerte y decidido.

Después, incluso investigadores de la talla científica de **Burrows (29) Nunn (140)** y el mismo **Paget (147)** dieron énfasis a la estrecha relación que ellos encontraban entre estado de ánimo y el cáncer, llegando a decir Paget " *Son tan frecuentes los casos en que los que una profunda ansiedad, la pérdida de la esperanza y la desilusión son rápidamente seguidas por el crecimiento y el incremento del cáncer que es difícil poner en duda que la depresión mental constituye una contribución importante a las demás influencias que favorecen de desarrollo de la constitución cancerosa.* "

Para otros autores existiría una correlación entre la tendencia al cáncer y el empobrecimiento del control o examen de la realidad.

Abundando sobre esta teoría, hay que señalar al sueco Sjobring que estudia 2.550 sujetos del sexo femenino, llegando a la conclusión de que las personas que están más interesados en las personas que en las ideas, y los que son más extrovertidos que introvertidos tienen más disposición a la degeneración maligna.

Snow (184) en un estudio estadístico pionero llevado a cabo en el London Cancer Hospital en el año 1893, en pacientes mujeres afecta de cancer de mama o útero ,llega a la conclusión de que la neurosis es la principal fuente de cancer.

Otro de los autores que han investigado acerca de este aspecto del enfermo canceroso es **Claus Bahne Bahnson**, (12) que hace un estudio comparativo muy riguroso en enfermos portadores de cardiopatías sujetos coronarios, operados, normales, etc..., y llega a la conclusión de que en los enfermos cancerosos hay más represión, negación de sentimientos desagradables, no aceptación del fracaso social, etc.

En las pacientes que sufren neoplasia, ve claramente que son portadores de una angustia psíquica vivenciada superior a todas las demás manifestaciones somáticas de angustia, fobias, tendencia a somatizar tras el stress. En resumen que estos enfermos rechazarían o reprimirían fuertemente el stres y la angustia.

Esto nos lleva a hacernos la siguiente pregunta: ¿Porqué mecanismos, la angustia, puede llevarnos a padecer un cáncer?. Así parecer y según los investigadores psicosomaticos del cáncer en Estados Unidos, el stress sostenido determina un aumento mantenido de los corticoides y de otras sustancias que menguarían las defensas del organismo contra la proliferación de las células extrañas.

Dicho de una forma simplista, en el organismo se están produciendo constantemente sobre todo en las personas mayores, mutaciones celulares y por tanto células que no son idénticas con el programa genético del individuo. Los sistemas inmunológicos atacan a estas células que ellos ven como extrañas y las destruyen.

Pues bien, la insuficiencia de este sistema, que sería acarreado por los corticoesteroides que promueve el stress sería en el último causa del motivo fundamental de la proliferación neoplásica.

Es esto verdad, o se trata de una especulación gratuita?. Hoy en día sabemos que esto no es así del todo, ya que existen casos en los que es en realidad el stress el que les defiende del cáncer, por otra parte, los conocimientos que ahora se tienen sobre la inmunología han demostrado la existencia de células, los linfocitos T que unas veces si combaten las células malignas, impidiendo la proliferación, pero en otras ocasiones mas bien parece que facilitan el desarrollo o la implantación del tumor.

Podemos, por tanto, a la vista de estas investigaciones, pronosticar si un individuo, va a ser o no portador de una neoplasia, y esto lo podremos medir mediante métodos psicológicos?.

Bahnsen y colaboradores (12) piensan que pueden establecer un coeficiente significativo desde el punto de vista estadístico, combinando los sentimientos depresivos frente a sentimientos de ansiedad. El coeficiente de represión, sumado para todos los sentimientos de tipo negativo, era superior en los enfermos neoplásicos que en los grupos de control, lo que parece confirmar la idea de que las personas con sentimiento de culpa tiene una tendencia superior al grupo control para elaborar tumores malignos.

Sin embargo, a pesar de las múltiples teorías, acerca de la patología psicomatica de las neoplásicas, coincido con Rof Carballo, quien dice una existencia empobrecida, restringida a pautas estereotipadas de conducta, sentimientos, fantasía e inteligencia, quizás un día se demuestre que es más vulnerable a la enfermedad neoplásica, como lo es al envejecimiento y a la infección. Esto explicaría el aumento que los clínicos observamos en los últimos decenios de una serie de afecciones: neurosis obsesivas, senilidad precoz, arteriosclerosis cerebral, depresiones de todo tipo y las propias enfermedades psicomaticas cuando las caracteriza el "pensamiento operatorio".

Si tras todo ello hay tan solo un vicio de observación o una realidad, es cosa que habrá que dilucidar, tras un minucioso análisis en el inmediato futuro.

III. 3.4 Sintomatología de la Ansiedad.

Dentro del cuadro de ansiedad, es norma, el agrupar la sintomatología por una serie de síntomas y signos objetivos, a efectos de clarificación del cuadro. Así tendríamos:

HUMOR ANSIOSO

- ♦ Preocupaciones
- ♦ Temor a lo inevitable
- ♦ Miedo
- ♦ Irritabilidad
- ♦
- ♦

TENSIÓN

- . Sensación de Tensión
- fatigabilidad
- . Incapacidad para relajarse
- Lloro fácil
- Temblor
- Sensación de agitación

MIEDO

- ♦ - a la obscuridad
- ♦ - a lo que no es familiar
- ♦ - a la soledad
- ♦ - a los animales grandes
- ♦ - a la circulación
- ♦ - a la gente

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- ♦ - dificultad para dormirse
- ♦ - sueño interrumpido
- ♦ - cansancio al despertar
- ♦ - pesadillas
- ♦ - sueño excesivo
- ♦ - terrores nocturnos
- ♦ - dificultad para la concentración
- ♦ - trastornos de memoria
- ♦ - humor depresivo
- ♦ - pérdida de interés
- ♦ - disminución o pérdida del placer
- ♦ - depresión
- ♦ - despertar precoz
- ♦ - cambios de humor en el día

SÍNTOMAS VEGETATIVOS

- ♦ sequedad de boca
- ♦ - rojeces o palideces
- ♦ - tendencia a sudar
- ♦ - vértigos
- ♦ - cefaleas tensionales

T. SOMÁTICOS GENERALES

- ♦ - dolores musculares
- ♦ - rigidez muscular
- ♦ - convulsiones musculares
- ♦ rechinar de dientes
- ♦ - cambios de voz

T. SOMÁTICOS SENSORIALES

- ♦ - zumbidos de oídos
- ♦ - vista velada
- ♦ - sofocos y escalofríos
- ♦ - sensación de debilidad
- ♦ - sensación de picores y hormigueos

SÍNTOMAS CIRCULATORIOS

- ♦ - taquicardias
- ♦ - palpitaciones
- ♦ - dolores torácicos
- ♦ - pulsaciones en los vasos
- ♦ - sensación de desmayo inminente
- ♦ - sensación de fallo en el corazón

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

- ♦ - opresión torácica
- ♦ - impresión de ahogo
- ♦ - suspiros
- ♦ - disnea

SÍNTOMAS DIGESTIVOS

- ♦ trastornos al tragar
- ♦ - meteorismo
- ♦ - dispepsia
- ♦ - dolores posprandiales o antes
- ♦ - sensación de ardores
- ♦ - pesadez
- ♦ - pirosis regurgitante

- ♦ - nauseas
- ♦ - vómitos
- ♦ - pesadez abdominal
- ♦ - peristaltismo
- ♦ - borborismos
- ♦ - diarrea
- ♦ - perdida de peso
- ♦ - estreñimiento

S. GENITO URINARIOS

- ♦ . polaquiuria
- ♦ - tenesmo vesical
- ♦ - amenorrea
- ♦ - metrorragias
- ♦ - frigidez
- ♦ - perdida de erección
- ♦ - impotencia

COMPORTAMIENTO FISIOLÓGICO

- ♦ - movimientos de deglución
- ♦ - eructos
- ♦ - pulso acelerado en reposo
- ♦ - ritmo respiratorio superior a 20 /m
- ♦ - reflejos vivos en los tendones
- ♦ - temblor
- ♦ - Pupilas Dilatadas
- ♦ - Exoftalmia
- ♦ - Sudores
- ♦ - Parpadeos Frecuentes

COMPORTAMIENTO EN UNA ENTREVISTA

- ♦ - tenso
- ♦ - agitación nerviosa de manos
- ♦ - agitación
- ♦ - temblor de manos
- ♦ - fruncimiento de cejas
- ♦ - tensión de la cara
- ♦ - tono muscular aumentado
- ♦ - respiración acompañada de suspiros
- ♦ - palidez de cara

III. 4. Psicología Cuantitativa.

Es Catell al final del siglo XIX con su publicación sobre rasgos de personalidad, quien comienza el método estadístico y la evaluación de la personalidad normal, que sería continuado por el sistema analítico-factorial de la escuela anglosajona.

Desde hace siglos algunos médicos venían tratando de sistematizar la observación clínica (Pichot en 1978 hace una magnífica revisión sobre este tema, en el que como ejemplo de lo antedicho cita las obras de Louis sobre sistematización de la observación de enfermos con fiebres tifoideas y aunque algunos psiquiatras intentaron tímidamente proseguir en esta línea, la verdad es que no es hasta el siglo XX en que se pone en marcha los instrumentos prácticos para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica. Si intentamos estudiar la aparición en el tiempo de los primeros instrumentos de medida vigentes hoy en día, hay que esperar hasta el año 1955.

Estos métodos se desarrollaron contemporáneamente con el empleo de fármacos psicoterapéuticos, que fue uno de los determinantes fundamentales de la desorbitada proliferación de los cuestionarios y escalas de evaluación, por la necesidad que conlleva la experimentación de drogas psicotrópicas, de desarrollar técnicas que posibiliten la medida precisa de sus efectos.

Estas técnicas condujeron a una reevaluación de los sistemas nosológicos en la esperanza de descubrir reagrupamientos síndromicos con una sensibilidad diferente a los diversos medicamentos.

Otro factor que condicionó el desarrollo de la *Psicopatología Cuantitativa* fue el auge tomado por los estudios epidemiológicos y psiquiátricos. La unión de estos dos factores epidemiológicos y psicofarmacológicos, evidenciaron la necesidad de una comunicación y cooperación científica entre los investigadores, incluso de diferentes países, lo que exigía el disponer de criterios objetivables y comunicables. Los cuestionarios y las escalas de evaluación, fueron la solución que el mundo científico psiquiátrico dio a ese problema.

Otro de los intentos llevados a cabo ha sido la divulgación de las diversas posibilidades de utilización de escalas y subescalas de angustia, ansiedad y depresión implícitas o explícitas en otras pruebas o baterías psicológicas; asimismo se han intentado establecer baterías para el conocimiento del clínico y del investigador y su mejor adaptación y utilización en cada caso.

Desde finales del siglo pasado los psicólogos y los psiquiatras se han planteado el problema y la necesidad de cuantificar y objetivar científicamente la condición humana normal y sus variantes patológicas, partiendo de la hipótesis de que la posibilidad de objetivar y cuantificar un trastorno no presupone el necesario conocimiento de sus etiopatogenia.

Los métodos diagnósticos actuales pueden alcanzar una mayor precisión que la que se conseguía hace unas décadas barajando únicamente los datos que aportaba la exploración clínica. Estamos entrando en un periodo de diagnósticos cuantitativos u objetivados, lo que hacía decir a Hamilton en 1972 que "la anotación metódica y estandarizada de los datos clínicos permitirá mantener la integridad de los documentos clínicos de los pacientes con el tiempo, y contribuirá a disminuir la variabilidad de las informaciones y a posibilitar estudios catamnesicos".

La adecuada evaluación de un enfermo presupone la utilización de pruebas médico psicológicas clínicas que cumplan con las exigencias de un instrumento de medida. Toda exploración psiquiátrica queda más o menos empobrecida si se renuncia sistemáticamente al empleo de pruebas psicológicas, de la misma manera que la exploración psicológica se debe

situar en el contexto de una exploración clínica integral: Psicopatológica, biológica, social, dinámica, etc.

El análisis cuantitativo de los síntomas psicopatológicos, lo que se ha dado en llamar desde Pichot en 1972 *Psicopatología Cuantitativa*,(37) exige en primer lugar la elaboración y utilización adecuadas de instrumentos estandarizados y válidos que permitan cuantificar fielmente los aspectos sintomáticos, y eventualmente biográficos y sociales, de los trastornos mentales; por otro lado, exige el uso de métodos que permitan analizar la significación de los datos obtenidos.

Si se pretende realizar una medida clínica de los fenómenos psicopatológicos con aspiraciones de rigor científico, no se debe olvidar que el término "medida", implica que los valores numéricos obtenidos tengan fidelidad, es decir, que sean estables y reproducibles -con sus tres tipos de fiabilidad de retest o estabilidad temporal, que sean válidos es decir dotados de una significación demostrada- con validez aparente, de contenido, predictiva, concurrente, estructural, incremental y diferencial, y además sensibles a diferencias mínimas. De la misma manera el instrumento debe de ser estandarizado, ser objetivo, es decir no influenciable por variantes extrañas y ser económico en cuanto a tiempo de administración e interpretación.

El registro y la evaluación de la sintomatología depresiva o ansiosa no puede responder obviamente a la problemática global que plantean el diagnóstico, la patogenia, la etiología y el tratamiento de depresiones o de los trastornos de ansiedad.

El interés esencial que tienen estos cuestionarios y escalas de evaluación conductal reside en la rápida y mínimamente distorsionada evaluación conductal de una información más o menos estandarizada, cuantificada y fácil de tratar estadísticamente.

Tanta importancia tienen estas técnicas que en la actualidad resulta imposible el examen comparativo de los resultados obtenidos por los distintos equipos de investigación de los trastornos afectivos, cuando se escamotea o ignora la aplicación de estos sistemas de evaluación.

De la necesidad pues de clarificación de toda esta problemática, han surgido numerosísimos test, pero hasta la actualidad no hay ninguno que aplique la técnica grafológica en el estudio rutinario de los pacientes, a pesar de un test fácil de obtener, barato y que no exige tiempo su elaboración, aunque sí su interpretación, aunque en personal adiestrado no sería demasiado complicado.

Pero qué interés puede guiarnos, al intentar evaluar el grado de angustia o de ansiedad de un paciente que acude a la consulta y no por esta sintomatología precisamente, sino por un problema orgánico grave, que él muchas veces desconoce en su totalidad?. Indiscutiblemente, en primer lugar el conocer el estado anímico de la persona que vamos a tratar médica y quirúrgicamente, el conocer exactamente el grado de ansiedad o de angustia que le provoca la enfermedad nos será de sumo interés para su tratamiento.

Que duda cabe, que un enfermo con una gran carga de angustia no canalizada, estará en peores condiciones de afrontar su a veces penosa enfermedad, y desde luego el postoperatorio en ocasiones tormentoso y con complicaciones en las que el enfermo se va hundiendo cada vez en el pozo de la depresión.

El conocimiento exacto de su grado de depresión, nos servirá para poder ayudarle humanamente o incluso farmacológicamente, detalle este que desgraciadamente se tiene muy postergado en las especialidades quirúrgicas. De todos es sabido que a veces los cirujanos olvidamos un poco el lado psicológico del enfermo, para concentrarnos en el problema que más nos preocupa, el de su cáncer. Si mediante estas técnicas, logramos conocer mejor su estado anímico, mejor le podremos ayudar, o personalmente o mediante la colaboración de personal especializado en estos temas.

III. 4.1 Métodos de Evaluación

Cualesquiera que sean los medios de los que nos valdremos a la hora de determinar o medir cualquier parámetro psicológico, lo que no cabe duda es que tendremos que basarnos en algunas premisas, afin de que sean homólogos a los estudios que se puedan hacer en cualquier otra parte.

Esto quiere decir que necesitaremos unos instrumentos de medida que deberán reunir las siguientes características:

- **Standardizacion**

- Normas para la aplicación de la técnica
- Normas de interrelación de los resultados con un grupo de referencia representativo

- **Objetividad**

- **Utilidad**

- En la clínica y en la investigación

- **Economía**

- **Fiabilidad**

- Test-retest. Estabilidad temporal

- **Validez**

- Aparente y empírica, - De contenido , - Predictiva o de criterio, - Concurrente
- Estructural, - Incremental , - Diferencial

- **Sensibilidad**

Evidentemente esto son los requisitos que debería tener cualquier cuestionario para la evaluación y cuantificación de la ansiedad.

Pero ocurre que en el caso que nos ocupa, es decir la medida de la ansiedad, y de acuerdo con las teorías de Lang (102), podríamos decir que la respuesta a esta ansiedad, la podríamos recoger en referencia a tres canales de respuesta:

El primer canal se refiere a la conducta motora , evaluado a través de técnicas de observación (ejemplo: temblor y conductas de evitación o escape)

El segundo canal es el subjetivo, cognoscitivo, de autoinforme o verbal, por el cual el sujeto a través de cuestionarios , o de conversación , nos informa de e su grado de ansiedad, bien sea como conducta estable, o como respuesta a ciertas situaciones.

El tercer canal es el de la excitación psicofisiologica que implica primariamente la activación de la respuesta simpática del sistema nervioso Autónomo y se mide a través de respuesta electrodermica, pulso, respiración, dilatación pupilar etc.,.

Sin embargo la experiencia nos informa que estos tres canales tiene diferencia a veces importantes, de manera que no siempre tienden a interrelacionarse.

En principio el autoinforme supone un mensaje verbal que el sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia. Sin embargo estos autoinformes , que son productos de la autoobservación o de la introspección, han sido fuertemente criticados como procedimiento fiable de evaluación, ya que dependen de factores como la apertura, honradez, precisión de la evaluación y finalmente de la conciencia del que autoresponde.. No estarían indicados en niños ni en personas con bajo nivel cultural.

También es cierto que la ansiedad se manifiesta de manera diferente en cada persona, y también antes situaciones diferentes, lo que hace que se hallan intentado elaborar cuestionarios específicos, para cada situación, así Lamb ha elaborado un cuestionario para evaluar la ansiedad a hablar en publico (101), cuestionarios de miedo antes las serpientes o en situaciones deportivas (123).

III. 4.2 Pruebas Psicométricas

Para el estudio de la ansiedad , de la ansiedad / angustia y para la depresion existen en el mercado numerosisimos test, recogidos en infinida de textos de psicologia.

Con este proposito establecemos un resumen de diferentes test.

PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD

1. Ansiedad-Estado Rasgo S.T.A.I. Spielberg(111- 259-321)
2. - S.A.S. de Zung
3. - A. de Hamilton
4. - M.A.S. de Tailor
5. - Cuestionario de Tavistock-Clinic: Ang. social de Dixon
6. - I.P.A.T. Anxiety escale de Catell
7. - Escalas derivadas del Minesota: Winne. Welch. Purcell. Holdin
8. - MMPI
9. - Escalas de ansiedad de Levanthal (318)
10. - Chequeo de sintomas de ansiedad de Hopkin (201)

PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD-DEPRESION

1. - Cuestionario De Bek-Pichot
2. - Cuestionario N.A.D. De Costa Molinari
3. - Escala para la auto evaluacion de ansiedad y depresion De Leeds-Snaith
4. - Escalas de ansiedad, depresion y vulnerabilidad. Hassanyeh
5. - American check colege or neuropsychofamacology -List For Anxiety And depresion. A.C.N.P. Wittenborn.

PARA EL ESTUDIO DE LA DEPRESION

1. - D.R.Q.D.
2. - S.D.S. De Zung
3. - D.I. De Beck
4. - H.R.S. De Hamilton
5. - Escala del estado de salud de Von Zerksen
6. - Escala de depresion de Lecckie-Whiters
7. - E.P.A.T. depresion scale de Cattell
8. - Escala de disforia de Monnein-Osmond
9. - Cuestionario L.P.D. de Levi-Pilowky
10. - Inventario de depresion auto aplicado de Wakefied Anaith
11. - Escala de evaluacion para la depresion de Carrol C.R.D.
12. - Profile Of Moods States. P.O.M.S. Mc Nair
13. - Lista de adjetivos para la medida de la depresion de Lubin
14. - Cuestionario P.D. 22 Benjumea
15. - Escala visual análoga de Scott-Aitken (Zaelley-Aitken)-
16. Cuestionario personal de Shapiro-Mulhall P.Q.S.

CAPITULO IV

LA GRAFOLOGIA .

IV. 1 Principio de la Polivalencia de los significados.

Como axioma de partida se puede decir que todo signo no tiene un significado unitario, sino que es múltiple, dependiendo de numerosísimos factores y circunstancias

El símbolo por contra es una imagen intuitiva. El acto o el gesto, más simple puede para un observador experimentado, expresar toda una vida. Toda manifestación lleva consigo un gran número de significados que se entretajan armónicamente. Así por el timbre de la voz de una comunicación verbal, al margen de lo que se quiera expresar la impulsión afectiva que la provoca, hace que a veces esté en absoluta desarmonía con lo que se dice; es por lo que una misma frase puede causar en los oyentes diferentes significados, tantos a veces como oyentes.

Es por esto que el texto escrito, tiene en realidad poco interés para el gráfolo. El contenido de un texto no interesa a excepción hecha de los errores de la escritura, que son seguidas de palabras que rompen el ritmo del texto, ya que esto nos llevaría a pensar en una desarmonía mental. El grafismo por su fluctuación tiene una expresividad muy superior a la que puede esperarse de la comunicación oral, ya que el individuo no conoce la forma de ocultar los dobles significados en su estructura. Si como sabemos la escritura consciente es un dibujo inconsciente, podemos ir aún más lejos y hablar de lo que contiene este dibujo inconsciente. El escrito hace con su propia escritura su propio retrato.

Es verdad que cada gesto o movimiento contiene un gran número de elementos individuales de su autor. La manera muy particular como una persona lleva la taza a su boca, la de apoyarse, tenerse en pié o andar, la modulación de la voz etc... forman una primera etapa de experiencias fisiognómicas que son de una infinita diversidad.

Las formas de expresión son en primer lugar de origen colectivo y no pierden su carácter, ni incluso en el desarrollo del individuo , lo que hace aportarle un tono y un timbre individual.

En general, en nuestro ambiente gráfico, cada variación del modelo escolar, por mínima que ella sea, refleja una tendencia o impronta de la personalidad del escritor. Asimismo la edad, el estado de salud, las enfermedades, el medio, la profesión etc .. son condiciones colectivas de la expresión, que hay que distinguirlas de las que son realmente de carácter individual.

IV. 2 Fisiopatología de la Escritura.

La escritura en realidad, no es sino la plasmación de las ideas en papel, a través de movimientos finos efectuados comúnmente con la mano. Sin embargo ni es la mano, quién comanda estos movimientos sino el cerebro.

No podríamos decir que hay solamente una parte del cerebro, la que interviene en esta función, sino que des de la integración de diversas centros y vías de interrelación.

Haciendo breve resumen de fisiología cerebral diremos que existen cuatro lóbulos:

a.- Lóbulo Frontal. Funcionalmente se encarga de los procesos mentales superiores, en los que se incluyen funciones tan " humanas " como el razonamiento y la abstracción.

b.- Lóbulo Temporal. Su misión es analizar los datos acústicos y verbales que están involucrados en procesos como leer, hablar o pensar. En él se halla localizado el centro del lenguaje hablado

c.- Lóbulo parietal. Se encuentra encargado de la coordinación ojo/mano, de la organización espacial y de la síntesis sincrónica. Durante el acto de escribir este área coordina la entrada de datos desde los lóbulos temporal y occipital de este modo ayuda a integrar la " dicción " visual y mental de las palabras y letras al tiempo que escribe

d.- Lóbulo occipital: o corteza visual. Contiene el área de proyección de todos los datos visuales.. El proceso de visualizar las letras, mental o físicamente se lleva a cabo en este área del cerebro.

Entre la corteza frontal y el lóbulo occipital, se encuentran las áreas Motoras y sensoriales, que rigen los movimientos desde el cerebro a la mano.

Podemos decir que la escritura es un mecanismo sumamente complejo en el que intervienen numerosas funciones del cerebro reflejando tanto la organización sumamente perfecta del cerebro físico como de la psicología de la mente.

Luria(118) dice que las funciones mentales ,como sistemas funcionales complejos, no pueden localizarse en zonas limitadas de la corteza o en grupos aislados de células, sino que deben organizarse en sistemas de zonas que trabajan de una manera sincrónica y armónica pero de una manera automática cuando se practica.

Esta automatización refleja una reestructuración psicofisiológica y por tanto una utilización diferente del cerebro como una totalidad y también como la suma de sus partes

Para resumir diremos que la expresión grafoescrita es la resultante de dos procesos psicofísicos; el de un movimiento gráfico imitador voluntario y consciente que corresponde a un proceso de aprendizaje y de un proceso moderador involuntario y subconsciente que viene a reflejar de una manera inequívoca la personalidad del sujeto y su estado anímico

Cuando un sujeto aprende a escribir, no lo hace ,partiendo de cero , sino que existe una serie de experiencias previas de todos los niveles, emocionales, cognoscitivos etc... que le han condicionado,. A esto s une su carga genética con los impulsos genéticos grabados en su s cromosomas.

Todo esto unido hace que se pueda hablar de una psicología de la escritura (**Marchesan 122**). .Este autor ,fundador y director del instituto de Investigaciones Psicológicas de Milán, elabora una serie de leyes fundamentales. A saber.

1. **Ley de Flujo y reflujo entre consciente e inconsciente**
2. **Ley de inercia psíquica**
3. **Ley de representación Psíquica**
4. **Ley de representación gráfica.**

El método de la psicología de la escritura consta por tanto de dos partes. el sistema gráfico y el sistema psíquico

En el primero se estudian 230 signos o trazos gráficos que corresponden a otras tantas tendencias psíquicas motrices

Y el sistema psíquico lo constituye el estudio psicológico del comportamiento humano, integrando potencialmente las tres facultades fundamentales y por sus respectivas funciones esenciales, de las que se derivan de la multiplicidad y diversidad de tendencias, constituyendo de una manera armónica lo que llamamos personalidad.

He aquí una ley tomada literalmente de la obra del Profesor Marco Marchesan

LEY IX.

El trazado de la escritura se divide en: curso de la línea, trazos ascendentes, trazos descendentes y trazos horizontales. hay también trazos diagonales y trazos curvos que participan del descenso, ascenso, y de la horizontalidad.

De una manera sintética dice que los trazos descendentes es un manifiesto de la voluntad

Los trazos ascendentes es una manifestación del sentimiento

Los trazos horizontales es una manifestación de la inteligencia.

IV.3 Concepto de Grafología

La grafología no es sino una técnica psicológica que utiliza el estudio de la escritura desde el punto de vista de test proyectivo , al igual que otros test como Rorschach, Koch, Machover etc.,para poner de manifiesto la intima personalidad del individuo, aflorando su YO mas profundo.

En la grafología no se tiene en cuenta el contenido del escrito sino que se analizan otros parámetros como son el tamaño de las palabras, las formas, la dirección, su situación en el escrito, la dirección de los renglones, la velocidad en la escritura, la presión con que se escribe etc.

Con un estudio minucioso del texto, y sus características, podremos emitir un informe acerca de la personalidad intima del individuo, siendo capaces de detectar la existencia de neurosis, psicosis. psicopatía y todas aquellas facetas que conforman su Yo intimo.

La grafología es una técnica antigua, que se conoce a través de textos tan antiguos como los de Aristoteles, en los que se le atribuye la frase: " *La escritura es un simbolo del habla y esta un simbolo de la experiencia mental*" o del griego Demetrio de falera cuya cita

" *La letra es la expresion del alma*" es un autentico resumen de toda la filosofia grafologica. (182)

Leibnitz en 1698 escribia " *En la medida en que no se limite a imitar la del maestro, la forma de escribir expresa algo de temperamento natural*"

En 1792 Johann Cristian Grohmann catedrático de Teología y Filosofía de la Universidad de Witemberg escribió un libro cuyo título era: Examen de la posibilidad de deducir el carácter a través de la escritura, en donde señala: " *Disfrazar la escritura propia resulta tan difícil como disfrazar la fisonomía*".

En 1820, Goethe, el famoso dramaturgo alemán, mostró un vivo interés por la grafología afirmando que creía en la existencia de una " íntima relación entre el carácter, la inteligencia, el alma, las sensaciones emocionales del ser humano y la escritura " (182)

Sin embargo podemos decir que la cuna de la Grafología nace en Francia de la mano de su fundador Jean Hipolyte Michon.

Cuando él empezó, la grafología estaba inmersa en antiguos criterios ocultistas, que él con su fina cualidad de observador y de deducción, logró desligar.

Comienza pues a abordar la grafología, partiendo de postulados filosóficos, y de razonamientos sumamente claros, logrando sentar los principios filosóficos en los cuales se basa su obra, es decir, la anatomía gráfica, la fisiología práctica y la clasificación racional de los signos grafológicos en familias de signos gráficos.

Michon establece también en su *Systeme de graphologie*, algunos postulados muy interesantes:

"La escritura es el reflejo visible del pensamiento"

"Toda escritura, como todo lenguaje, es la inmediata manifestación del ser íntimo, intelectual y moral"

"El signo sigue el movimiento del alma y cambia cuando el alma o el estado de ánimo cambia".

Las enseñanzas de Michón, son recogidas por Crepieux-Jamin quien las depura y engrandece con su fino criterio científico de botánico, perfeccionando sus leyes y postulados y clasificando sus signos, como Linneo las plantas, en géneros, especies y modos.

Los discípulos de Crepieux-Jamin van perfeccionando cada vez más la ciencia grafología, a la vez que comienza a integrarse en las nuevas corrientes del psicoanálisis y de la caracterología moderna y más recientemente de la grafometría. Francia es hoy uno de los países que van a la vanguardia de la investigación grafológica, ya sea en su aspecto genético, caracterológico, fisiológico, médico, estadístico, pedagógico, filosófico o profesional. Este avance científico de la grafología ha hecho que su Ministerio del Interior otorgue a la Société de Graphologie el privilegio de haber sido designada oficialmente como centro cultural de utilidad pública.

Ras (162) refiere que la grafología desde el punto de vista fisiológico, han sido estudiados por eminentes investigadores como **Pophal Y Kreschmer, Periot (1944) Y Callewaert En Francia, Brechet Y Raucch En Suiza Y, Qittich Y Fiebrant Weselg-Dogner En Norteamérica, Moretti , Marchesan Y Luisetto En Italia.**

quienes establecen una relación causa efecto entre la fisiología del cerebro (del cual depende la motricidad) y el gesto gráfico que se refleja en el papel mediante la escritura.

Pero las primeras bases del conocimiento científico de la grafología como técnica psicológica, son a partir del 1830 en que se crea la primera escuela de grafología, entre los que figuran como fundadores el padre Martín. M. Boudinet , - obispo de Amiens-. El cardenal Regnier(Arzobispo de Cambrais) y el abate Flandrin

Este ultimo seria el maestro del celebre abate francés **Jean hipolitte Michon** quien en 1871 crea la Société de grafologie de Paris, siguiendo después sus pasos otro discípulo **Jules Crepieux Jamin** quien figura en la historia de la grafología como figura Universal de la grafología moderna.

Posteriormente en 1905 el doctor Alemán **Wilhelm Preyer** catedrático de Anatomía y Fisiología de la Universidad de Jena señaló las leyes de espontaneidad, ritmo y movimiento elaborando una autentica anatomo-fisiología del cerebro- fue el primero en descubrir que la escritura emanaba del cerebro y por tanto la grafología era un autentico auxiliar de la psicología

El filosofo Ludwing Klages da un nuevo impulso en el estudio de las bases de grafología e introduce términos nuevos, creando escuela de seguidores como el Suizo **Max Pulver** (1894) asociado al Instituto de Psicología aplicada de Zurich, amigo de Carl Jung y colega del Dr. Herman Rorschach.

Estos trabajos interesan a Sigmund Freud quien considero que la escritura supone una autentica proyección del individuo, y es la expresión de su naturaleza física y psíquica.

Siguiendo estos postulados, se han elaborado una serie de leyes que se conocen como leyes fundamentales de la escritura y de la personalidad y que son:

Leves de la escritura:

- 1.- el gesto gráfico depende directamente del cerebro y no se altera su forma por el órgano escritor si este es normal.
- 2.- Cuando se escribe el " YO" está en acción y pasa por continuas alternativas. La máxima intensidad de esfuerzo está al principio y la mínima al final ,de manera que al final del escrito está más reflejada la verdadera personalidad mientras que la principio esta disimulada por intenciones o deseos.
- 3.- la escritura no se puede modificar adrede sino es introduciendo el signo del esfuerzo que se revela en desviaciones, interrupciones, retoques etc..

Leves De La Personalidad.

- 1.- el gesto escritural se relaciona con el estado orgánico del S.N.C. y varia según las diversas alteraciones de dicho estado.Las primeras letras, comienzos de palabras y de grupos gráficos, sobre todo las mayúsculas , representan al escritor.
- 2.- Cuando se escribe, el YO está en acción. En el movimiento gráfico se revela el egocentrismo y el alocentrismo. El Egocentrismo se revela en los movimientos dirigidos hacia abajo o hacia la izquierda. El altruismo en trazos hacia la derecha o hacia arriba.

Aunque son varias las formas en que nosotros podríamos clasificar la grafología, se admite por los diversos autores esta clasificación:

- 1.- **Grafología Fisiológica**
- 2.- **Grafología Tipologica**
- 3.- **Grafología Medica**
- 4.- **Grafología Judicial**
- 5.- **Grafometria**
- 6.- **Grafología Caracterologica**
- 7.- **Grafoterapia**

La grafología Tipologica se encarga de estudiar los signos gráficos que corresponderían a cada tipo caracterológico descrito por autores como **Young, Kreshmert, Periot**, etc., Freud, Hipócrates. Así por ejemplo los vectores de Szondi (1953), han sido investigados por Le Noble Lefeburne Y Gille. Autores como Pophal (1950), Muller (1979), Epskat Y Pfanne, han preferido la tipología de Spranger. Ania Teillard (190) y Gille (90), La Tipología De Young. J. Rivere.

La grafología Medica comienza con un estudio de **Rogues De Foursac**, (168) titulado "La Escritura, el dibujo en pacientes con enfermedades nerviosas y mentales" que se publicó en 1906, siendo en la actualidad la escuela de grafología médica Americana la que mantiene unos estudios punteros en este tema. Así se encuentra reflejado en los estudios de Lewinson, Robin, Blair, Clara Roman, Tripp Y Fluckinge.

Willian C. Halden. Herry O. Teltcher Y Rudolf Hearn son medicos estadounidenses que utilizan la grafología en sus trabajos

Amén de la escuela Americana, las escuelas grafológicas de Holanda, Alemania y Suiza con que más trabajos han publicado al respecto.

Grafología Judicial. Si desde el reconocimiento de la grafología como ciencia, han sido los peritos calígrafos, para el despistaje de falsificaciones y descubrimiento de anónimos, cada vez son más usados sus servicios en los juzgados mundiales. Hemos de hacer notar, que el Dr. **Villalain Blanco,** (206) es en España uno de los médicos que más han impulsado estos estudios, intentando combinar la grafología con el estudio fisiopatológico de la escritura.

La Grafometria tiene como aportación, el que somete a valoración cuantitativa los movimientos gráficos; esto ha permitido pasar de un método de estudio con resultados subjetivos, que depende del experto que los analice, a ser considerado una más de las pruebas de Psicotecnia. En este campo han abundado Moretti, Mattesanz, Joaquin Alegret, Gobineau, Perron y Vels. En América Thea Stein Lewinson, mediante su sistema permite un análisis conceptual por medio de la computadora.

La Grafología Caracterologica (202, 203,204) es la utilizada para la selección de personal, hoy indiscutiblemente usada en muchos gabinetes de psicología, para los estudios biográficos, en los que son de una gran utilidad para los biógrafos, el consultar los escritos del personaje histórico, y sus cartas de correspondencias ..., en orientación educativa, pedagogía, etc.

La Grafoterapia, se basa en que si nosotros podemos saber como es el individuo, basándonos en unos determinados rasgos, si podemos modificar estos rasgos, quizás podríamos modificar la personalidad de la persona. Esta técnica es puesta en duda por algunos autores, aunque tiene fervientes defensores.

IV. 4 Estado actual de la Grafología

Es justo reconocer que la grafología ha experimentado en los últimos años un gran avance, estando en la actualidad integrada en las grandes universidades europeas y americanas, siguiendo líneas de investigación de un alto valor científico. La sociedad internacional de grafología creada en 1871, ha sido declarada de utilidad pública por el Gobierno Frances. Sin embargo, no todas las escuelas grafológicas tienen una misma línea de pensamiento, al igual que ocurre con las diferentes ramas de la psicología o de la psiquiatría, sino que además existen variaciones en la forma de aplicarla, así por ejemplo en la Escuela Francesa se aborda el estudio de la escritura a partir de la forma, para llegar al movimiento creador del grafismo.

La Escuela Alemana por el contrario, parte del movimiento para llegar a la manifestación formal de la escritura. Para Klages que fue el creador de la Escuela de Grafología y Caracterología Alemana, el estudio del ritmo es la base para el estudio de la escritura.

Entre los grafólogos más destacados de Francia, podemos citar a **Suzanne Bresard, Raymond Trillat, Annia Teillard, Jean Charles Gille, Hacqueline Peugeot, Pierre Favareillé, Mme. Lefebure, Bruno Tabernier, Robert Olivaux, Mme. Govineau, y M. Perron** (creadores de la grafometría).

La literatura francesa sobre grafología es muy extensa; entre la gran cantidad de obras publicadas, resaltaremos:(162)

"L'ame et l'écriture y psychologie de la écriture del DR. Jean Charles Gille. Los interesados por el Psicoanálisis de Freud pueden consultar la obra de P. Menard y las publicaciones del centro "L'evolución Graphologique" de Lucién Bousquet. El estudio de los temperamentos clásicos lo han abordado bien los siguientes autores. Dr. P. Carton Andre Lecerf, H. de Saint Morant, Muzinger, Dr. R. Mompin y Mauricio Delamain. Sobre la grafología científica, ofrece gran interés la obra de H. Bobineau y R. Perron, "Geneti que de l'écriture et etude de la personalite".

Respecto a la grafología médica ha sido estudiada por Streleski, Trillat, y Olivaux entre otros. La grafología relacionada con el ritmo musical ha dado lugar a trabajos muy interesantes, como los de Jean Charles Gillé y Loui Vauzange. La grafología bajo aspecto puramente fisiológico y nervioso tiene su eco en los trabajos de Maurice Periot, H. Callewaert, Brosson, Strelestki y otros.

La selección de personal ha sido tratada por Roberto Denis y Torkomian, Pierre Foix, Loucien Bousquet, Trillat, Gausin, etc.

El simbolismo de las letras tiene en Roseline Crep, en Marguerite Surany (47) su máxima expresión, aunque cada una de estas autoras aborda el simbolismo desde ángulos muy distantes.

Las anomalías de la escritura infantil han sido estudiadas por Jacqueline Peugeot con magistral acierto y atención. Otros trabajos sobre el niño han sido publicados por F. Goode-nough, H. Alfred Tajan, J. Boutonier, Porot Corman, Henry Wallon, Susanne Delachaux, André Lecerf.

La grafología en España se conoce desde que prácticamente comenzó, ya que desde los primeros trabajos franceses, **Matilde Ras (162)** Los sigue de cerca publicando en el año 1917 el primer libro de grafología recogido por la Editorial Labor.

Matilde Ras, a quien la grafología española debe muchísimo, no solamente por los trabajos personales y las publicaciones que ha hecho, sino por la escuela de grafología que introdujo en España, con alumnos de todos los países de habla española. Estudió en París con Crepieux-Jasmin Solange Pellat, y Estrelinsky, publicando numerosos trabajos personales y siendo la traductora de los autores franceses, por lo que fue la introductora de la escuela francesa en España.

Entre sus obras figuran: Grafología (Editorial Labor), La inteligencia la cultura en el grafismo (Editorial Labor 1945), Historia de la escritura y la grafología (editorial Plus Ultra), Los artistas escriben (Editorial Alhambra), Lo que sabemos de grafología y grafopatología (Publicada en 1968 por G. del Toro, murió en abril de 1969 en Madrid, a la edad de 88 años).

Hemos de señalar que como toda ciencia nueva, esta tuvo que vencer en España no pocas dificultades para acabar imponiéndose en los medios universitarios.

En el año 1943 empezó a funcionar en España la primera escuela de grafología por correspondencia a través del departamento de caracterología creado por August Vels en Velpost-Tecnopost labor continuada después por **Muños Espinald** en 1955. Entre los alumnos de esta escuela cabe destacar a **P. Francisco Lacueva, Adolf Nanot, Maria Rosa Panades**. Conocidos por su labor a favor de la grafología son por orden alfabético:

Angeles Muñoz , Angelina Ladron de Guevara, Arcadio Vaquero, Beatriz Valdemorro, Berta Andres, Carmen Gaspar, Clotilde Gutierrez del Alamo, Deogracias Mellado, Dr. Mena, Dr. Rafael Thomas, Dr. Muñoz Rivero, Dra. Pertejo, Elena Soler, F. del Moral, Francisco Mendez, Francisco Mendez, J. SadurniJ, Javier Simon, Joaquin Allegret, Jose Delfin Villalain, Juan Luis Allende (actualmente presidente de la sociedad de grafopsicología),

Maria Angeles Esteban Castro Marin Villa, Mauricio Xandro, Miguel Mediano Rubio, Santa Lazzaro, Tomas Martin. Vicente Lledo.

Hoy en dia la Sociedad de grafología, cuya Presidenta de honor, **Berta Andress Metge**, (8) quien ha impartido numerosas conferencias en congresos internacionales, acerca de la graología en España, esta dirigida por D. Juan Luis Allende del campo, quien está luchando para que esta especialidad psicológica, a mi entender, alcance la difusión que se merece. Actualmente se elabora la revista **Gamma**, que es centro de referencia de consulta para los grafólogos españoles

Las perspectivas de la grafología en España, donde siguen muy de cerca la escuela francesa, son cada vez más extensas, sobre todo en lo referente a la grafopatología, campo que en la actualidad están estudiando numerosos médicos, siguiendo el ejemplo de sus colegas Europeos, que si se han dado cuenta del valor de la escritura como medio de investigación, para el diagnostico y seguimiento de numerosas enfermedades tanto físicas como psíquicas.

En Estados Unidos, Aunque no tienen la solera investigadora en las lineas de investigación grafológica, como las Francesas, Suizas, o Alemanas, en los últimos años, se ha sabido crear grupos de investigación tan destacados como el dirigido por **Thea Stein Lewinson** que tiene por objeto el análisis de la escritura a base de curvas dinámicas, (las tres direcciones del trazo, vertical, horizontal y profunda) para ser posteriormente sometidas a estudio mediante ordenador. (111)

Los postulados de Levison son los siguientes:

"La escritura es una línea a la cual se le ha dado forma moviendose en tres direcciones: vertical, horizontal y en profundidad. Estas tres dimensiones están unidas por una relación dinámica (contracción- equilibrio- disparo o reacción impulsiva)". El nuevo método consiste en clasificar la cinta gráfica valorando los conceptos gráficos de sus componentes "formal", "horizontal", "vertical" y "profundidad", según una escala de 7 puntos.

Todos los signos gráficos valorables de estos componentes, se presentan en una hoja de histograma, que previamente valorada, permite el establecimiento de cinco curvas variables según los individuos.

El aspecto formal de la escritura está en relación según Lewinson con los factores de integración de la personalidad, es decir, con la forma de obrar, actuar, etc.

El componente vertical expresa la organización racional del sujeto, es decir, la relación entre las tendencias intelectuales, emocionales o instintivas.

El componente horizontal representa la esfera socio-emocional, es decir la relación del enfermo con su entorno.

Finalmente el aspecto profundidad, esta en relación con la esfera física e instintiva, e indica de que forma el sujeto utiliza sus energías libidinales.

De cada uno de estos aspectos se obtiene una curva y finalmente otra que engloba a todas. Este método grafométrico ha sido considerado como muy eficaz y superior a los métodos clásicos, especialmente en el diagnóstico y las psicosis.

Otro grafólogo, el Dr. Alfred Karfer, de origen vienes, pero residente en Estados Unidos, ha sido el que más a estudiado el cáncer a través de la escritura. Lleva en la actualidad 40 años cotejando escrituras de cancerosos, llegando a conclusiones muy interesantes. Señala en su trabajo que en toda persona afectada de cáncer, o se produce un deterioro mas o menos acusado, en la coordinación neurovascular que lógicamente se ve reflejado en la escritura.(como signos grafológico dá fallos en la presión)

Esto lo he podido comprobar personalmente. Hay enfermos en los que se aprecian, son los cambios de los rasgos de la escritura propios de su estado depresivo o de angustia. En otros sin embargo, lo mas llamativo es la gran discordinación neuromuscular que existe, sobre todo en los que la caquexia se implanta hasta llegar al óbito final.

Otros grafólogos de prestigio en Estados Unidos son **Louise Rice** fundadora de la más antigua de las sociedades grafológicas de EEUU: la **American Graphological Society**; y **Charlie Cole**, director de la **American Handwriting Analysis Foundation** de California.

En EEUU existen una larga tradición de médicos que utilizan la grafología en su vida profesional, como son **William C. Halden**, **Henry O. Teltcher** y **Rudolf Hearn** entre otros.

IV. 5 Rasgos Grafologicos de la Ansiedad / Angustia

La ansiedad y angustia han sido estudiados por numerosisimos autores (15, 47, 172, 202), desde el inicio de la grafología como técnica psicológica, habiendo llegado a enumerar una serie de rasgos que van conformando la escritura de la persona con ansiedad. Bien es verdad que ningún rasgo aislado, o único, en grafología, va a tener una significación especial, pero el conjunto de ellos, y cuando estos se repiten de manera evidente, son signos claros de que padece, en este caso ansiedad.

Para Marguerite de Surany (47) La letra q, las s y las l estan mal trazadas e irregulares.

Para Cristian Bastin (15) El trazo de la escritura de personas con ansiedad, puede ser de dos formas, o bien claro, ligero y sin apoyo, o bien negro, obscuro y pesado.

El ritmo suele ser lento o bien huidizo, con prolongaciones de letras o palabras.

En cuanto a la forma hay trazos inutiles, con jamba suplementarias, bucles superfluos, trazos prolongados y torsiones.

La direccion es bien sinestrogira o claramente destrogira.

La continuidad, nos dá un ritmo bien sincopado, o escritura mas bien fragmentada, con escrituira yustapestra.. y en cuanto al orden, la escritura es densa sin demasiados espacios, o bien hay demasiados blancos en la pagina.

Para Foglia, (59) la presion debil, las torsiones y los brisados son caracteristicos de la ansiedad angustia.

para Santoy (172) son signos de angustia, la presion debil y blanda, el predominio de guirlandas o redondeces, las torsiones repetidas, los trazos rotos, los brisados, las bases de lineas descendentes, los finales caidos y las imprecisiones multiples.

Para Vels,(202) quizás uno de los autores españoles, que mas ha estudiado la ansiedad, desde el punto de vista grafológico, los signos graficos, que señalan ansiedad serian :

1. Chimeneas o cuchillos
2. Espaciada
3. Fantasmas o margen derecho que se ensancha llamativamente
4. Margen izquierdo estrechándose
5. Letras mal formadas
6. Palabras y letras filiformes casi ininteligibles
7. Letras empujadas
8. Irregular
9. Apretada
10. Hampas en punta o deformadas
11. Letras sinuosas aun en papel rallado
12. Letras invertidas o muchas letras invertidas
13. desigualdad en inclinación, o muy inclinada a la derecha o invertida
14. contenida
15. insegura o malformada
16. inhibida, suspendida , inacabada
17. Tides atrasadas y a la izquierda
18. Firma distanciada y a la izquierda
19. Numerosos retoques(rasgo obsesivo)
20. Numerosos puntos innecesarios o puntos caidos opuntuacion olvidada
21. Repeticiones u omisiones de letras o palabras
22. Mayúsculas separadas
23. torsiones
24. Brisados o roturas

ANÁLISIS PORMENORIZADO DE LOS RASGOS GRAFOLOGICOS.

TORSIONES:

Son curvaturas mas o menos pronunciadas que aparecen en trazos que pos su caligrafía deberían ser rectos. Aparecen fundamentalmente en las palotes de las letras (hampas o jambas) y en general en todos los trazos verticales de las mismos.

En general la presencia de torsiones en la escritura hay que asociarla a un estado de ansiedad mas o menos im portante, relacionados a su vez con complejos de culpabilidad, angustia, sufrimientos interiores , frutos de lucha que la persona tiene consigo misma, expresan también el predominio del sentimiento sobre larazón, siendo sintomáticas de una fuerte emotividad.

Estos rasgos también pueden significar sufrimiento fisico. bien por fatiga o enfermedad.

ESCRITURA ESPACIADA:

la separación entre palabras debe de ser de aproximadamente una letra mayúscula.

Cuando es un poco mas grafologicamente significa claridad, orden y moderación.

Cuando el espaciamiento es el interior de la palabra significa gran emotividad. En personas nerviosas, es paciamiento significa angustia y necesidad de espacio.

La separación excesiva de palabras es un exponente de la elevación del nivel de ansiedad al tomar decisiones importantes .es un rasgo de la denominada angustia de decisión

DIRECCIÓN SINUOSA O SERPENTINA.

Es señal de carácter acomodaticio,flexible,diplomático,tacto- Pero según con que rasgos puede significar adulación, embustero si es exagerado. Es una escritura propia de temperamentos nerviosos, sentimentales y sanguíneo.

DESCENSO SÚBITO:

Es cuando la última letra o una letra en el interior de la palabra cae por debajo de las demás o de la horizontal. Es señal de salud precaria. Cuando la última letra cae de forma constante indica mala salud, temor o apatía, momentos de desánimo, tristeza.

Si la letra que cae es la N suele indicar depresión incluso grave.

VELOCIDAD CONTENIDA:

Es cuando los finales de palabras están cortados o limitados presentando un movimiento moderado, corto y limpiamente terminado. No debe confundirse con letras inacabadas. El trazado contenido suele ser firme. En general significa autodominio y reflexión. Si la escritura es inarmónica es temor.

Cuando la escritura es contenida y además inhibida, es signo de temor, depresión, persona angustiada. (4)

BRISADOS O ROTURAS:

Es un rasgo evidente de angustia psíquica. Se caracteriza por interrupciones en el trazado de las letras como si la tinta se acabara. Se presenta de manera inconsciente. Esta interrupción se produce por una necesidad de respirar hondo y a veces va unida a puntuaciones inútiles. Desde el punto de vista patológico, se presentan en enfermedades cardíacas, respiratorias y nerviosas.

Indican existencia de factores de introversión y timidez así como falta de confianza .

Si las roturas o brisados aparecen en la parte superior del escrito se pueden diagnosticar temores a nivel mental en el sentido de no atreverse a exponer sus propias ideas por miedo a que estas no sean aceptadas. Si los brisados son en la parte inferior hay cierta prevención a perder el control de los instintos, o indicios de situaciones postoperatorias..

ESCRITURA FRAGMENTADA:

También se denomina despedazada. Es cuando existen diferentes fragmentos dentro de la misma letra. Es signo de enfermedad, de trastornos circulatorios, con tendencia a la neurosis, fatiga, y rasgo evidente de ansiedad o angustia psíquica.

Se dá en sujetos sensibles, intuitivos con signos de intrversión.

Indica desintegración de su personalidad con disociaciones de su psiquismo.

Cuadno al signo fragmentada se le une el signo sacudida (con torsiones, temblores, retoques y brisados) hay posibles sufrimientos organicos taales como perturbaciones circulatorias y respiratorias, y por consiguiente la angustia y la ansiedad que es caracterirtica en estos estados de salud

ESCRITURA RECTIFICADA.

Es cuando algunas letras están deformadas, inacabadas o simplificadas. Se corrigen o complementan para hacerlas mas legibles. En general demuestran deseo de claridad y perfección, pero unido a otros rasgos suele significar duda, indecisión y rasgo de ansiedad.

MARGEN IZQUIERDO SE ESTRECHA.

Significa retraimiento, tendencia a economizar, aunque en un primer momento son generosos. Reflexión, timidez freno al impulso de gasto, prudencia y flexibilidad. Unido a otros rasgos indican depresión, fatiga, apatía, indolencia indecisión. e introversión.

CHIMENEAS O CASCADAS.

Son espacios en blanco entre palabras que pueden seguirse a manera de túneles o chimeneas al menos en tres o cuatro lineas como mínimo, revelan angustia vital, psiquica ,ansiedad,inquietud,intranquilidad,inseguridad,conflictos íntimos. suele ser esporádico. cuándo es constante es un rasgo de neurosis obsesiva. es un rasgo propio de temperamentos nerviosos y de introversión.

FANTASMAS:

Son una especie de huecos blancos que pueden aparecer en el margen derecho del papel, como consecuencia de retracciones consecutivas de los finales de línea. Si están situados en la parte superior de la página se interpretan como temores de raíz angustiosa, que se proyectan sobre futuros acontecimientos de la propia vida del autor que afectan a su capacidad de decisión. Todo ello se encuentra en el plano consciente.

Si esto ocurre en la parte inferior del texto, se trata de signo neurótico, localizado a nivel inconsciente es muy grande es que al pensar en el futuro se angustia

TILDES ATRASADAS:

Significa indecisión, vacilaciones, dudas. Quedan más reforzada si los puntos están a la izquierda.

RETOQUES O CORRECCIONES

Los retoques o correcciones si aparecen en los escritos de manera frecuente además de estar motivados por los deseos de hacer las cosas a la perfección, lo que demuestra el carácter narcisista del autor, revelan también tendencia a las obsesiones y a la angustia de decisión sobretodo como expresión de una cierta inseguridad en el fondo. Cuando aparecen tachaduras habituales, aparte del carácter marcadamente obsesivo del autor, se relaciona con sentimientos de culpabilidad o falta de convicción de sus propios postulados.

2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

2 . HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Sabemos que la ansiedad está presente en todas las personas, en mayor o menos grado, de forma insustancial.

Si consideramos que las personas se encuentran bajo presión emocional, bien sea por stres o por enfermedad, esta ansiedad aumentará. Si la enfermedad que padece es cáncer, con la connotación extraordinariamente negativa que la palabra lleva implícita, la ansiedad será mayor, y aun será mas acusada si el cancer que padecen puede conllevar la perdida total de la voz..

Por tanto, nuestra HIPOTESIS será:

Dado que los pacientes con cáncer de laringe tendrán un mayor nivel de ansiedad que la población normal y que dicha ansiedad se refleja de manera muy precisa en la escritura, pensamos que mediante tests grafológicos es posible detectar y cuantificar dicha ansiedad

El porqué de la elección de estos enfermos, es porque mi especialidad es la Otorrinolaringología , y es un grupo de pacientes que plantean una serie de problemas psicológicos a veces difíciles de llevar.

OBJETIVOS

Los objetivos por tanto del trabajo serán:

- 1.- Medir o cuantificar los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer de laringe, mediante test grafológicos .**
- 2.- Realizar un estudio comparativo entre los resultados obtenidos mediante técnica grafológica y el Stai Test.**
- 3.- Determinar si los niveles de ansiedad grafológica serán diferentes en base a variables como le edad del paciente, su profesión, su situación laboral o el tipo de cirugía que vaya a aplicarsele.**

Dada mi vinculación con la Grafología, por los estudios que hice en su día, en la Universidad Complutense, y la experiencia que he ido desarrollando en el estudio de enfermos con cánceres del área Cervico facial, he intentado ver si lo que yo suponía a la vista por los escritos podíamos recoger de forma estadística los resultados de aplicar los test grafologicos afin de determinar los niveles de ansiedad de este tipo de enfermos.

Pensé en que los resultados solamente de los test grafologicos, quizás para las personas que no estén habituadas a este tipo de procedimiento, podría no valorarlo en su medida, por lo que me hacia falta contrastarlo con test ya reconocidos y plenamente contrastados.

Si los resultados fuesen divergentes, aplicando métodos estadísticos, indudablemente nos encontraríamos ante un problema que habría que estudiar afin de dilucidar a que podría deberse esta divergencia.

Si por el contrario los resultados de ambos test fuesen coincidentes ,no solamente habríamos encontrado un excelente método para medir el estado de ansiedad, sino que habríamos valorizado plenamente la grafología como método fiable para la investigación .

3. MATERIAL Y METODOS

3 . 1 Descripción de la Muestra

A cada uno de los 62 pacientes estudiados , para la elaboración de esta tesis se les ha sometido a:

1. Historia clínica
2. Datos sociodemograficos, edad, profesión, estudios
- 3 Datos sobre su consumo de alcohol y tabaco
4. Hoja oncologica de seguimiento tumoral
5. Exploración clínica
6. Biopsia y estudio histopatologico
7. TAC, y esstudios de extension tumoral para clasificacion TNM
8. Test psicológicos.
9. Test grafologicos.

Entre los numerosos test psicológicos que se encuentran en uso por las diferentes Clínicas Universitarias del mundo, se ha realizado Cuestionario de ansiedad Estado / Rasgo (STAY TEST) de Spielbergery colaboradores (185),que es en la actualidad uno de los test clínicos mas usados en todas los centros psiquiatricos mundiales por su reconocida facilidad de uso y eficacia contrastada.

Se evaluó la ansiedad estado y ansiedad rasgo conceptualizando ambos conceptos en la linea de la teoría sobre ansiedad desarrollado, por Spielberg. En cuanto al estudio grafologico, este se realizó entrevistando personalmente a cada paciente, una vez que se le ha dado la noticia del padecimiento que tenia y de las expectativas de tratamiento así como se sus posibilidades quirúrgicas y de curación.

Este cuestionario no se realiza en un primer momento, ya que el paciente no es sabedor de su padecimiento. Pero cuando finaliza el estudio, con la batería de test que se mencionan, se le da al paciente una información detallada de su enfermedad, histopatología del tumor, grado de extensión, si tiene o no metástasis, decisión terapéutica aconsejada, riesgos quirúrgicos y anestésicos y posibilidades de recidiva o supervivencia a los 5 años.

Pues bien cuando el paciente está informado de todos los aspectos, bien sea solo o acompañado por su familia, se le da a rellenar un folio en blanco para que nos los rellene al día siguiente, en el que deberá ir reflejado aquellos detalles de la historia clínica que el paciente quiera contarnos, o aquellos que él considere importantes y que se nos haya olvidado preguntarle.

Así mismo junto a este folio en donde deberá ir la firma y la fecha se le dan las hojas del Test de Hamilton y el Stay Test para que los rellene.

Para este estudio se han recogido 62 casos de pacientes afectados de cáncer de laringe, con edades desde 30 años el más joven a 76 años el de más edad. De ellos 54 son hombres y de estos 39 son militares y 23 civiles. Mujeres representan 8 casos todas ellas civiles.

Todos ellos han sido escogidos sin tener en cuenta ningún criterio de selección, simplemente han sido los pacientes que han llegado a nuestro Servicio a fin de ser intervenidos de cáncer de laringe, una vez precisado su diagnóstico.

Solamente se han excluido de este estudio todos aquellos casos que no han seguido las instrucciones que se le dan y por diferentes motivos; uno de los cuales es no recoger suficiente cantidad de escritura indispensable para el estudio. Otro de los motivos es la recogida del escrito a máquina o hecho por otra persona con la excusa de que su letra es poco legible.

También se han rechazado aquellos test psicológicos que claramente estaban falseados o en los que a pesar de haberles explicado con detenimiento en que consiste su ejecución no lo han entendido o no lo han querido hacer.

Cuando se comenzó este estudio nos planteamos la conveniencia de estudiar los casos recogidos con respecto a diferentes variantes como son:

1. edad
2. sexo
3. Profesión (Militar o Civil)
4. Tipo de cirugía.

1.- Edad.

La muestra de nuestra investigación (N= 62) queda delimitada por abajo por una edad de 30 años y en extremo superior por 75 años.

Para nuestro estudio podemos dividirlo en dos grupos

- a.- Entre 40 y 60 años. (Activo)
- b.- De 60 en adelante (Reserva)

El porqué hemos elegido 60 años como dintel de separación de ambos grupos, es debido a que esta edad es la normal para la jubilación en el ámbito militar, por lo que los grupos entonces serian de pacientes en actividad laboral y jubilados o en la Reserva activa o pasiva.

2.,. Sexo.

Así como la edad, el sexo es uno de los factores o variables mas analizados en todos los estudios psicológicos. Parecen estar de acuerdo los diferentes autores en que la mujer es mas propensa ,no solamente a estados de ansiedad y temor, sino también que reacciona peor antes el stress.,como lo demuestran los trabajos de Cole (35) quien refiere que las mujeres presentan mas sintomas psiquiatricos que los hombres.

En nuestra muestra en porcentaje era:

Mujeres.....	8.....	12 %
Varones.....	..44	88 %

3.- Profesión.

Respecto a la profesión diremos que en nuestro caso solamente estábamos interesados en recoger la ansiedad en pacientes militares, aunque posteriormente y debido a que el número de los casos era insuficientes, debimos incluir a otro grupo de no militares, aunque esto nos ha servido mas tarde para sacar así mismo conclusiones interesantes

En nuestra muestra el porcentaje era:

Militares..... 39.....63 %

Civiles..... 23..... 37 %

4.- Tipo de Cirugía.

En los diferentes test de nivel de ansiedad a que sometimos a los pacientes, creimos muy interesante, el introducir la variable tipo de cirugía, afin de determinar si esto preocupaba mas o menos a los pacientes.

Como el tipo de cirugía se complicaba bastante debido a las numerosas técnicas que existen hoy en dia, solamente introdujimos dos grupos, afin de que la estadística fuese clara.

A saber:

Grupo A: Cirugía parcial

Grupo B Cirugía total

Con esto queremos decir que al paciente se le informaba de que tipo de cirugía se le iba a practicar , pero solamente se hacia referencia a si se le podria conservar la voz, o por el contrario deberiamos mutilarle definitivamente la laringe, con lo cual quedaria sin habla para el resto de sus días.

Pensabamos que el nivel de ansiedad no debería ser igual , ya que en los afectos de tumores que obligaban a practicar una laringectomia total , l nivel de angustia seria superior en tanto en cuanto les privaría de la voz para siempre.

En el grupo estudiado correspondan:

Cirugía Parcial..... 40..... 65 %

Cirugía Total 22 35 %

3.2 Descripción de las Escalas.

3.2.1 STAY TEST.

En título original de esta escalas es " State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire) STAY y sus autores són: **Spielberg,Gorsuch,Lushene.(185)**

El Stay se empezó a diseñar en el años 1964 con el propósito de crear una escala para obtener medidas objetivas del estado y el rasgo de ansiedad, mediante una autoevaluación.

En un principio el cuestionario fue creado para medir la ansiedad en adultos en los que no se hubiesen diagnosticado alteraciones psiquiatría, sin embargo ,en estudios posteriores se advirtió que el STAY podría ser útil para medir tanto el estado como el rasgo de ansiedad en pacientes clínicos así como estudiantes medios y superiores.

Este primer cuestionario constaba de una forma única, la forma A , que media tanto el estado como el rasgo de ansiedad, con diferentes instrucciones. Sin embargo, se observó que las características psicolinguísticas de algunos elementos de esta forma A presentaban significados que interferían cuando se utilizaban como medidas, tanto del estado como del rasgo. En esta situación, lo que se decidió fue escoger aquellos elementos que midieran mejor el estado de ansiedad por una parte, y los que discriminaran mejor el rasgo de ansiedad por otra.

Así surgió la forma X del cuestionario compuesto por dos escalas, una para medir el estado de ansiedad (A/E) y otra para medir rasgo de ansiedad (A/R). cada una de las cuales consta de veinte items, cinco de los cuales son de igual redacción en ambas escalas, los otros quince difieren en cada escala en cuanto al contenido y connotaciones.

Si bien en un principio el STAY fue creado para ser autoaplicado, en la actualidad se puede aplicar individual y colectivamente; las instrucciones están impresas presas en el ejemplar de cada una de las dos escalas, y por término medio la aplicación pueda durar unos 15 minutos, siempre que el sujeto haya entendido bien las instrucciones en cada escala, aspecto este en el que se basa la validez del cuestionario; es indispensable que el individuo comprenda claramente que en la escala de estado debe reflejar lo que siente " en ese momento " mientras que en la escala de rasgo debe señalar lo que siente " en general" . Esta diferencia debe de quedar suficientemente clara.

Tanto el estado como el rasgo de ansiedad, fueron definidos por Spielberger. El estado de ansiedad A/E es un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión, aprehensión y actividad elevada del sistema nervioso.

Esta clase de ansiedad puede variar en intensidad y tiempo y fue denominada en un principio (A_STATE) .

Por otra parte utiliza la denominación Rasgo de ansiedad A/R para referirse a las diferencias relativamente estables e individuales en la tendencia de ansiedad, es decir, se alude a las diferencias entre sujetos en la tendencia a responder a situaciones que se perciben como alarmantes, con elevación de la intensidad del estado de ansiedad: el rasgo de ansiedad se suele mantener dentro de los mismos niveles para el mismo individuo: se denominó (A-TRAIT)

En general se puede suponer que los sujetos con elevado rasgo de ansiedad, tendrán elevaciones en el estado de ansiedad, más frecuentemente que los sujetos con bajo estado de ansiedad, ya que tienden a percibir un mayor número de situaciones como alarmantes. Las personas con elevado rasgo de ansiedad tienen más posibilidades de responder a situaciones de stress con mayor intensidad especialmente en situaciones que se refieren a problemas interpersonales que ponen en peligro lo que piensan de sí mismos.

Los conceptos de energía cinética y potencial de energía, fueron comparados por Spielberger. El estado de ansiedad como energía cinética se refiere a un proceso empírico o reacción que en un momento determinado se lleva a un cierto nivel de intensidad. El rasgo de ansiedad como energía potencial indica las diferencias en el poder de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción y donde la energía potencial da ala diferencia entre objetos físicos en cantidad de energía cinética que podría dar si se pusiera en marcha una fuerza apropiada. El rasgo de ansiedad implica las diferencias entre sujetos en la disposición a dar respuestas en situaciones de stress con diferencias en la intensidad de estado de ansiedad.

Como ya hemos mencionado, el STAY consta de dos partes (A/E y A/R) cada una de las cuales esta constituida por 20 ITEMS; En ambos casos se han entremezclado elementos redactados de forma directa e inversa. En A/E existen diez elementos de escala invertida, mientras que en A/R trece son de de la escala directa y siete de la escala invertida. Los elementos de la escala invertida para cada una de las dos partes son:

A/E: 1,2,5,8,10,11,15,19,20

A/R: 21,26,27,30,33,36,39.

En cada una de las dos partes (A/E y A/R) las puntuaciones pueden varian, entre 20 y 80 puntos. Los sujetos evalúan en una escala de 1 a 4 puntos cada uno de los elementos.

STAY

AUTOEVALUACION A (E / R)

Apellidos y Nombre..... Edad..... Sexo.....
 CentroCurso/puesto.....Estado civil.....
 Otros datos.....Fecha.....

A/E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como SE SIENTE VD. AHORA MISMO.en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1-	Me siento calmado.....	0	1	2	3
2.	Me siento seguro.....	0	1	2	3
3.	Me siento tenso.....	0	1	2	3
4.	estoy contrariado	0	1	2	3
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6.	Me siento alterado	0	1	2	3
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias F.	0	1	2	3
8.	Me siento descansado	0	1	2	3
9.	Me siento angustiado	0	1	2	3
10.	Me siento confortable	0	1	2	3
11.	Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12.	Me siento nervioso	0	1	2	3
13.	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14.	Me siento muy atado (como oprimido).....	0	1	2	3
15.	Estoy relajado	0	1	2	3
16.	Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17.	Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19.	Me siento alegre.....	0	1	2	3
20.	En este momentgo me siento bién	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Ahora Vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de contestar a las frases.

A / R INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. a cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor como se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente Vd. generalmente.

21.	Me siento bien .	0	1°	2	3
22.	Canso rápidamente	0	1	2	3
23.	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24.	Me gustaria ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25.	Pierdo oportuñides por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26.	Me siento descansado	0	1	2	3
27.	Soy una persona tranquila,serena y sosegada	0	1	2	3
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no, puedo con ellas ..	0	1	2	3
29.	me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30.	Soy Feliz.	0	1	2	3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32.	Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33.	Me siento seguro	0	1	2	3
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35.	Me siento triste (melancolico).	0	1	2	3
36.	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38.	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39.	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40.	Cuando pienso sobre preocupaciones actuales mepondo tenso..	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

VALORACION:	0 NADA	A/E	PD = 30 +	=
	1 ALGO	A/R	PD = 21 +	=
	2 BASTANTE			
	3 MUCHO			

ANSIEDAD / ESTADO	ANSIEDAD/ RASGO
1. No en absoluto	Casi nunca
2. Un poco	Algunas veces
3. Bastante	A menudo
4. Mucho	casi siempre

En la corrección de ambas partes hay que tener en cuenta que los elementos de la escala invertida puntúan inversamente a lo que el sujeto marca. Es decir que hay elementos redactados de forma que la puntuación 4 indica un alto nivel de ansiedad (por ejemplo: Estoy preocupado) mientras que para otras la puntuación 4 indica un bajo nivel de ansiedad (por ejemplo: " me siento satisfecho "). Así para puntuar el primer grupo de elementos se utiliza la numeración de la escala en el mismo sentido en que se presenta, mientras que para el segundo tipo de elementos se invierte la escala, así se conceden 4 puntos si el sujeto marca el uno, tres si marca el dos, dos si marca el tres y un punto si señala el cuatro.

En nuestro estudio utilizamos la versión del STAY de **Bermudez (19)** en 1977. Sus estudios constituyen el primer antecedente que existen en nuestro país en la utilización del Stay. El segundo lo encontramos en los estudios de Urraca de 1981.

En la actual adaptación realizada por TEA en 1982 se incluyen algunas modificaciones. El sujeto evalúa en una escala de 0 a 3 puntos, lo que significa que si queremos comparar los datos obtenidos mediante la aplicación del Stay en la versión de Bermudez mediante los obtenidos con la actual revisión de Tea, tendremos que restar veinte puntos a sus puntuaciones directas.

La otra diferencia la encontramos en las categorías de puntuación: que en la versión TEA es como sigue:

	<u>STAY A/E,</u>	<u>STAY A/R</u>
0	Nada	Casi Nunca
1	Algo	A Veces
2	Bastante	A Menudo
3	Mucho	Casi Siempre

De esta forma, mientras que la versión de **Bermudez** la puntuación se encuentra entre 20 y 80 puntos para cada escala, en la adaptación de TEA, esta entre = y 60 puntos.

En la aplicación del STAY se ha aconsejado siempre utilizar la escala A/E en primer lugar ya que esta se diseñó para ser sensible a las condiciones o circunstancias que han aconsejado su uso: Las puntuaciones en esta escala pueden verse influidas por la situación emocional creada si se aplicase la A/E primero, mientras que la E/R no se ve afectada por este tipo de circunstancias.

Es admitido de acuerdo a estas normas que puntuaciones entre 1 y 45 den un nivel de ansiedad leve, de 55 a 75 un nivel moderado y a partir de 55 a 99 el nivel de ansiedad sea grave

Las instrucciones para la aplicación del STAY van impresas en cada una de las hojas de la A/E y la A/R. Es necesario que no se modifiquen las instrucciones para la A/R. Sin embargo en la A/E se puede adecuar al tipo de situación o investigación que se desee evaluar.

Las diferentes investigaciones realizadas con el STAY, tanto si nos referimos a las de **Bermudez**(19) , o las actuales realizadas por TEA , demuestran que la prueba tiene una alta fiabilidad. En los estudios de 1982 se calculó la fiabilidad por el método de las dos mitades y los coeficientes obtenidos fueron similares a los anteriores: 0.94 en A/E y 0.96 en A/R. hay que mencionar también que los elementos del STAY son suficientemente discriminadores y poseen una buena consistencia interna 0.90 a 0.93 para A/E y 0.84 a 0.87 para A/R.

Para medir el Estado y Rasgo de ansiedad, la validez de STAY de sus elementos y escalas están íntimamente relacionada con los parámetros previamente definidos y en la construcción del inventario.

En las fases previas, se eligieron los elementos que mejor validez de criterio tenían.

Concluyendo, tendríamos que decir que se ha utilizado el STAY en nuestros los pacientes con cáncer de laringe , por considerar que esta era una prueba con buena validez interna y fiabilidad, que ha resultado muy útil en nuestra investigación.

3.2.2 TEST GRAFOLOGICO.

Desde el punto de vista gráfologico, se han estudiado el comportamiento en el plano psiquico de los paciente, bajo estado de ansiedad, angustia, segun los Drs. **Vallejo-Najera,(201) Vallejo Ruiloba Y Col., J. Laplanche., J.B. Pontalis Y** una vez reunidos los datos que según los diferentes autores como **Allende,(4), Vels, (202),Rass,(162)** revelan la escritura que corresponden a sujetos con estados de Angustia / Ansiedad se ha procedido a estudiar los siguientes parametros:

1. TAMAÑO.

- 1.1 Muy grande
- 1.2 Grande
- 1.3 Normal
- 1.4 Pequeña
- 1.5 Muy pequeña

2 FORMA

- 2.1 Apretada
- 2.2 Extendida
- 2.3 Prolongada hacia abajo
- 2.4 sobrealzada
- 2.5 Rebajada
- 2.6 Dinamógena
- 2.7 Ensiforme
- 2.8 Filiforme
- 2.9 Aumento brusco de tamaño
- 2.10 Disminución brusca de tamaño
- 2.11 Espaciada
- 2.12 Condensada
- 2.13 Curva
- 2.14 Angulosa
- 2.15 En Arcada
- 2.16 En guirnalda
- 2.17 Complicada
- 2.18 simplificada
- 2.19 Vulgar
- 2.20 Armoniosa
- 2.21 Elegante

- 2.22 Caligráfica
- 2.23 Cuadrada
- 2.24 Redonda
- 2.25 Tipográfica
- 2.26 Extravagante

3 . DIRECCION

- 3.1 Ascendente
- 3.2 Horizontal
- 3.3 Descendente
- 3.4 Cóncava
- 3.5 Convexa
- 3.6 Imbricada ascendente
- 3.7 Imbricada descendente
- 3.8 Sinuosa

4.INCLINACION.

- 4.1 Dextrógira
- 4.2 Veertical
- 4.3 Sinestrógira
- 4.4 Progresiva
- 4.5 Regresiva
- 4.6 Torcida

5.VELOCIDAD

- 5.1 lenta
- 5.2 Pausada
- 5.3 Precipitada
- 5.4 Abreviada
- 5.5 Contenida
- 5.6 Afilada
- 5.7 Lanzada

6 PRESION

- 6.1 Floja
- 6.2 Firme
- 6.3 Passtosa
- 6.4 Pesada
- 6.5 Sucia
- 6.6 Fusiforme
- 6.7 Nutrida, grasa o en relieve
- 6.8 Rota
- 5.9 Seca

7. CONTINUIDAD

- 7.1 Ligada
- 7.2 Agrupada
- 7.3 Yustapuesta
- 7.4 Fragmentada
- 7.5 Inacabada
- 7.6 Retocada
- 7.7 Homogenea
- 7.8 Inarmónica
- 7.9 Monótona
- 7.10 Desigual
- 7.11 Variable
- 7.12 Punteada
- 7.13 Punteada inutilmente
- 7.15 Barrada inutilmente
- 7.16 Indecisa
- 7.17 Vacilante
- 7.18 Trémula
- 7.19 Sacudida

8 ORDEN

- 8.1 Clara
- 8.2 Confusa
- 8.3 Ordenada
- 8.4 Desordenada
- 8.5 Cuidada
- 8.6 Descuidada
- 8.7 Cruzada
- 8.8 Subrayada

9. MARGENES

- 9.1 Cuidados
- 9.2 Descuidados
- 9.3 regulares
- 9.4 Irregulares
- 9.5 Estrechándose
- 9.6 Ensanchándose
- 9.7 Ausencia de margen
- 9.8 Margen superior amplio
- 9.9 margen superior aprovechado
- 9.10 Margenes rellenos de texto

10 **BLANCOS EN LAS PAGINAS**

11. **PUNTOS Y APARTE**

12. **LETRAS INDIVIDUALES**

13. **FIRMA.**

Y dentro de estos estudios , hemos buscado los siguientes signos:

Chimeneas , torsiones, escritura sinuosa, hampas en punta, escritura apretada, margen izquierdo que se estrecha, mayúsculas separadas, escritura contenida, bolsas en margen derecho, escritura irregular (tamaño), temblores, escritura malformada, escritura espaciada entre palabras y/o entre líneas, retoques, rasgos regresivos, escritura pequeña o letras empuqueñecidas, escritura movida, líneas descendentes, escritura insegura, presión pastosa o puntos de apoyo, inclinación desigua, lbaras de t o finales de palabra prolongadas hacia la derecha, escritura inhibida, escritura invertida, letra invertidas, líneas ascendentes, omisiones o repeticiones de letras o palabras, puntos innecesarios, escritura precipitada puntos caidos hampas con brisas hacia la derecha, fallos de presion,,sobre todo en las hampas, rebabas, y dirección irregular.

Afin de poder cuantificar estos signos, con fines estadísticos, hemos valorado cada uno de ellos dependiendo de su presentación con determinados puntos que van de 0 como mínimo o ausencia de este rasgo y de 3 cuando se dá en cierto grado, que será diferente para cada tipo de hallazgo. Así:

Items para el estudio de la angustia y/o ansiedad en la escritura.

<u>Chimeneas</u>	de 0 a 1	0 puntos
	de 1 a 3	1 punto
	de 3 a 5	2 puntos
	> de 5	3 puntos

<u>Torsiones</u>	de 0 a 9 %	0 puntos
	de 10 a 19 %	1 punto
	de 20 a 29 %	2 puntos
	> 30 %	3 puntos

<u>Escitura Sinuosa</u>	de 0 a 2	0 puntos
(Se calcula sobre lineas)	de 3 a 5	1 punto
	> 5	3 puntos

Hampas en Punta idem a torsiones

<u>Escritura Apretada</u>	Hasta 9 %	0 puntos
	de 10 a 29 %	1 punto
	de 30 a 39 %	2 puntos
	> a 40 %	3 puntos

<u>M. Izqi. que se estrecha.</u>	levemente	1 punto
	acentuado	3 puntos

<u>Mayusculas desligadas</u>	de 0 a 9 %	0 puntoss
	de 10 a 19 %	1 punto
	de 20 a 39 %	2 puntos
	> a 40 %	3 puntos

Escritura contenida idem a torsiones
(Sobre finales de palabras)

<u>Bolsas en margen derecho</u>	de 0 a 1	0 puntos
(fantasmas)	2 o mas de 2	3 puntos

<u>Tamaño irregular:</u>	idem a torsiones	
<u>Temblores</u>	de 0 a 5	0 puntos
	de 6 a 10	1 punto
	> a 11	3 puntos
<u>Escritura malformada</u>	Levemente	1 punto
	Acentuada	3 puntos
<u>Es. espaciada entre palabras</u>	de 0 a 5 %	0 puntos
	de 6 a 10 %	1 punto
	> a 11 %	3 puntos
<u>E Espaciada entre líneas</u>	de 0 a 1	0 puntos
	de 2 a 5	1 punto
	> a 6	3 puntos
<u>Retoques</u>	de 0 a 2	0 puntos
	de 3 a 5	1 punto
	> a 5	3 puntos
<u>Rasgos Regresivos</u>	de 0 a 5	0 puntos
	de 6 a 20	1 punto
	de 21 a 30	2 puntos
	> a 30	3 puntos
<u>Escr., pequeña o empequeñecida</u>	de 2.5 a 2.3 mm	0 puntos
	de 2,2 a 2 mm	1 punto
	< a 2 mm	3 puntos

<u>Escritura Movida</u>	levemente	0 puntos
	media	1 punto
	muy movida	3 puntos

Lineas descendentes Idem a torsiones

<u>Escritura insegura</u>	Levemente	0 puntos
	Medio	1 punto
	Muy acentuado	3 puntos

<u>Presión Pastosa</u>	levemente	0 puntos
	medio	1 punto
	muy pastosa	3 puntos

Inclinación desigual Idem a pastosa.

Barras de T prolongadas Idem a torsiones.

<u>Finales de palabra prolongados</u>	de 0 a 5 %	0 puntos
	de 6 a 20 %	2 puntos
	> a 21 %	3 puntos

<u>Dirección Irregular</u>	levemente	1 punto
	medio	2 puntos
	acentuado	3 puntos

Inhibida (sobre palabras) idem dirección irregular

<u>Escritura invertida</u>	Entre 70 y 85°	1 punto
	entre 60 y 69°	2 puntos
	< a 59°	3 puntos
<u>Letras invertidas</u>	de 3 a 6	1 punto
	de 7 a 10	2 puntos
	> a 10	3 puntos
<u>Lineas ascendentes</u>	hasta 9°	1 punto
	desde 10°	3 puntos
<u>Omisiones de letras,palabras.</u>	hasta 3	1 punto
	de 4 a 6	2 puntos
	> a 6	3 puntos
<u>Puntos innecesarios</u>	Hasta 3	1 punto
	de 4 a 8	2 puntos
	> a 8	3 puntos
<u>Escritura precipitada</u>		2 puntos
<u>Puntos caidos por debajo de la palabra</u>	hasta 3	1 punto
	de 4 a 8	2 puntos
	> a 8	3 puntos
<u>Hampas con brisados a la derecha</u>	hasta 3	1 punto
	> a 3	3 puntos

Fallos de presion

Hasta 5	0 puntos
de 6 a 10	1 punto
> a 10	3 puntos

Rebabas

hasta 5	1 punto
de 6 a 10	2 puntos
> a 10	3 puntos

3.3 Aplicación de las Pruebas

Habitualmente cuando un paciente acude a consulta, la mayoría de las veces es desconocedor de su proceso patológico. Acude refiriendo sus molestias en la confianza de que saldrá con un diagnóstico y un tratamiento efectivo.

En la primera visita se le hace una historia clínica detallada, en el que se le pregunta en primer lugar por cual es el motivo que le trae a la consulta, haciendo una anamnesis pormenorizada de sus molestias.

Posteriormente se le interroga por sus antecedentes personales, en atención a contactos con tóxicos, volátiles o no, hábitos de fumar ,cantidad de tabaco consumido al día, si es rubio o negro, si es bebedor habitual y si la respuesta es afirmativa el numero de copas o vasos de cerveza o vino que ingiere al día.

Son interesantes también reflejar los antecedentes familiares del paciente, sobre patología oncológica, tanto de los padres como de los abuelos o hermanos.

Posteriormente se procede a efectuar una exploración clínica desde el punto de vista de nuestra especialidad de la manera mas detallada posible en el que cabe destacar la exploración de la cavidad bucal, la exploración de la faringe y laringe según técnica habitual y mediante el uso de modernos medios de los que disponemos actualmente como son la fibroscopia con fibra óptica flexible, las telelaringoscopia (ópticas rígidas) y la microscopia directa de la zona laringea o de la lesion.

Posteriormente una vez que tengamos un diagnóstico clínico de presunción nos valemos de métodos de exploración auxiliares que nos van a ayudar a etiquetar el proceso, como son las radiografías simples del cuello de partes blandas e, posición antero posterior y latera, las tomografías laringeas, en inspiración, fonación y valsalva y los estudios de la región cervical mediante el uso de Tomografías Axiales Computarizadas (TAC) y la Resonancia Nuclear Magnética (RNM).

Un paso más a seguir para llegar al diagnóstico definitivo sería la práctica de una biopsia de la zona sospechosa.

Una vez confirmado el diagnóstico definitivo con el estudio histopatológico en la mano, se procede a estadiar el tumor según técnica habitual ya comentada en el capítulo I (pag) de manera que cuando el paciente se le comente cual es el diagnóstico definitivo de su padecimiento, tengamos a mano todas las respuestas necesarias para contestar a sus hipotéticas preguntas.

Hemos procurado que desde que sospechemos la presencia de una tumoración maligna del área laringea y los resultados diagnósticos definitivos no transcurran más de 10 días, tiempo razonable para realizar todas las pruebas comentadas.

Al paciente se le cita ya con los resultados en sus historia clínica y se le informa de la enfermedad que padece. Se le habla de tumor de laringe, de carácter maligno ,pero sin nombrar la palabra cáncer, por la carga de connotaciones tan negativas que comporta.

Creemos que era el momento más idóneo, para efectuar los test por pensar que la carga de ansiedad sería extraordinariamente alta, sin embargo nos dimos cuenta que su estado anímico no era muy receptivo para colaborar en ese preciso momento, por lo que decidimos dejar la cumplimentación de la hoja del Stay test y la hoja grafológica para el momento de la siguiente visita en que le confirmaríamos el día de la intervención.

Con cualquier excusa le citábamos varios días después normalmente entre 2 y 4 días, suficientes para que se sintiese mas receptivo, en la confianza de que su carga de ansiedad quizás no disminuyera, sino que probablemente aumentara.

Le dábamos las hojas del Stay test y le dábamos un folio previamente escrito, en el que le indicábamos como debería rellenarlo con su propia letra, a ser posible con bolígrafo. y en que le decíamos que debería escribir todo aquello que el creyese que era importante en cuanto al proceso que padecía, como era las enfermedades que había tenido de pequeño, o aquellas cosas que se nos hubiera olvidado preguntar en la entrevista anterior , por tener un tiempo de consulta limitado.

Nombre..... Apellidos.....

Edad..... Estado civil.....Profesión.....

Deberá rellenar este folio, con bolígrafo o pluma, relatando de la manera mas precisa posible, desde cuando nota las molestias por las que ha consultado, a que creen que son debidas, y todos aquellos detalles, que se puedan haber olvidado al hacerle la historia, como los antecedentes familiares o personales que recuerde. Debera llenar el folio al menos por una cara, de su puño y letra debiendo firmarlo al final. Esto es importante, porque nos ayudará a un mejor conocimiento de su enfermedad.

Al principio no lo hacíamos así y esto hizo que tuviésemos muchas dificultades para la recogida del texto, ya que preguntaban extrañados el motivo de querer que rellenara el folio.

Ocasionalmente hemos visto que algunos pacientes traían el folio escrito a mano, bajo la argumentación e que así era mas legible, porque su letra era mala,,etc. Otras veces nos la rellenaba algún familiar directo, como la esposa o algún hijo.

Esto nos hizo desechar numerosos escritos, ademas de todos aquellos que por alguna u otra razón como era el escribir menos de un folio, hacerlo sobre papel cuadriculado o rallado, etc. nos hacia invalidarlo.

Como la recogida de su escritura en ocasiones era difícil en algunos pacientes, o esta era insuficiente para un analisis grafológico, en el postoperatorio, era mas factible recoger su escritura, y asi lo haciamos, afin de tener la mayor cantidad de escrito aprovechable para una buena interpretacion del grafismo.

Si a pesar de esta pequeña estratagema para la recogida de su letra , el paciente insistía en conocer las razones, les comentábamos que era para conocer su estado de ansiedad, en base a que el tratamiento posiblemente iba a ser largo, e interesaba saber si necesitarían en algún momento apoyo psicológico o farmacologico para combatir la ansiedad.

3.4 Corrección de las Pruebas

Como ya se ha comentado, las pruebas al realizar son dos:

Los test psicológicos (Stay Test) se daba a corregir al Servicio de Psicológica dependiente del Departamento de Psiquiatría de nuestro Hospital (Hospital del Aire). en donde se tabulaban de acuerdo a las tablas standard que aporta este tipo de test, y tomando como parámetros unos centiles aceptados internacionalmente. Una vez obtenidas la puntuaciones directas mediante la aplicación de las plantillas a las respuestas del sujeto y la utilización de la adecuada formula y determinadas las características (sexo y edad) del sujeto, cuyos resultados se van a interpretar, es fácil buscar en la tabla Estado y Rasgo, correspondientes al sexo y a la edad del paciente. En cada una de estas columnas de buscará la puntuación directa y a la misma altura horizontalmente se encontrará la puntuación centil en la primera columna de la izquierda y la puntuación decatipo en la columna final de la tabla.

Cuando una puntuación directa no aparezca expresamente en la tabla, debe hacerse una interpolación y asignarle un centil o decatipo comprendido entre los correspondientes a los valores inmediatamente superior e inferior registrados

STAY TEST

BAREMOS

ADOLESCENTES Y ADULTOS, VARONES Y MUJERES

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipos
	Adolescentes (17-18 años)				Adultos				
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	—	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	—	—	15	—	13	—	14	—	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	—	—	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desviación típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,93	10,05	Desviación típica

En esta escala, los valores en centiles de la columna de la izquierda, nos dá el grado de ansiedad porcentual que padece el paciente, de manera que pueden agruparse en

de 1 a 23	Ansiedad leve
de 25 a 50	Ansiedad moderada
de 55 a 75	Ansiedad alta
de 77 a 99	Ansiedad grave

Sin embargo, a efectos de poder compararlo con los test grafologicos, a los que se les dió un valor porcentual, entre 1 y 100, y esta relacion dividida en tres segmentos:

de 1 a 45 puntos	Ansiedad baja,- moderada
de 46 a 69 puntos	ansiedad media-alta
de 70 a 100 puntos	ansiedad grave

Creimos conveniente organizar tambien la escala del Stay a fin de tener solamente tres grupos y no cuatro. esto nos seria muy util ,afin de establecer correlaciones y estudios estadisticos.

En cuanto al test grafológico, como ya se ha comentado en el capítulo IV los parámetros buscados , (202) han sido

1. Escritura Espaciada
2. Fantasmas o margen derecho que se ensancha llamativamente
3. Margen izquierdo estrechándose
4. Letras más formadas
5. Palabras y letras filiformes casi ininteligibles
6. Letras empequeñecidas
7. Irregular
8. Apretada
9. Hampas en punta o deformadas
10. Letras sinuosas aun en papel rallado
11. Puntos caídos o puntuaciones olvidadas
12. Letras invertidas o muchas letras invertidas
13. desigualdad en inclinación
14. contenida
15. insegura
16. inhibida, suspendida, inacabada
17. Tildes atrasadas y a la izquierda
18. Firma distanciada y a la izquierda
19. Firma distanciada y a la izquierda
20. Numerosos retoques
21. Numerosos puntos innecesarios
22. Repeticiones u omisiones de letras o palabras
23. Mayúsculas separadas

A todos esos rasgos grafologicos se les a puntuado de 1 a 3 dependiendo de la frecuencia de aparición. según referimos en la pagina 120. No todos los rasgos tienen la misma puntuación, ya que no todos los signos tienen el mismo valor desde el punto de vista grafológico como medida de la ansiedad. Por ejemplo los fantasmas es suficiente que haya dos o mas para que le asignemos 3 puntos, es decir la máxima valoración.

Sin embargos otros signos como son las puntuaciones o los temblores, tienen que haber mas de 11, para que le demos la máxima puntuación.

3.5 Diseño del analisis Estadistico

Se ha utilizado un ordenador personal 486 con 8 Mb de memoria principal y 120 Mb de memoria secundaria. Se ha utilizado como procesador de textos el programa Word Perfect para Windows versión 5.1 (Word Perfect Corporation, USA) y para el procesamiento estadístico de datos el programa SPSS para Windows, versión 5 (SPSS Inc.Chicago, Illinois 60611). La definición y gestión gráfica se ha llevado a cabo con el programa Freeland Grafics.

Para realizar el estudio estadístico, a todos los pacientes se les ha recogido las siguientes variables.

1. Edad
2. Sexo (1. Hombre, 2. Mujer)
3. Profesión .(1. Militar , 2 Civil)
4. Tipo de cirugía .(1. Parcial, 2.- Total)
5. Cantil de Ansiedad / Rasgo
6. Cantil de Ansiedad / Estado
7. Cantil Grafologico

Para el procesamiento de datos se diseñó una tabla con el programa SPSS para Windows en la que se incluyeron todas las variables para su estudio.

Inicialmente se estudió el ajuste a la normal, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables numéricas. Al ajustarse todas las variables numéricas a una distribución normal, se aplicó estadística paramétrica.

En el cálculo de la estadística descriptiva se obtuvieron los siguientes estadísticos:

1. **Media**
2. **Valor Máximo**
3. **Valor Mínimo**
4. **Desviación Estandar**
5. **Numero de casos válidos**

MEDIA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS:

Se calculó sumando los valores de cada caso en cada variable numérica y dividiendola por el numero total de casos validos. con arreglo a la siguiente formula:

$$\bar{X} = \frac{\sum x_i}{n}$$

DESVIACIÓN ESTÁNDAR:

Ademas de conocer el valor de la media de una serie de mediciones, es imprescindible tener una idea acerca de la dispersión de la media, obteniendo como se ván distribuyendo los valores a ambos lados de la media en cada distribución.

Es una medida importante porque las cifras que se encuentran en los extremos denotan los casos mas alejados de la generalidad.

La desviación estándar es una medida resumen de las diferencias de cada observación con respecto a la media y se calcula sumando los cuadrados de las diferencias y se divide por el numero de observaciones menos uno . A este resultado se le halla la raiz cuadrada

Formula :

$$DE = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

COMPARACIÓN DE MEDIAS.

Para conocer si las diferencias entre dos muestras muestrales son realmente diferentes o se deben al azar se ha utilizado la prueba de la comparación de medias (*t de student*) independientes. Se consideró que las diferencias son significativas cuando el valor de *p* fue menor de 0.05.

$$Z = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

ESTUDIO DE CORRELACIÓN

En el estudio analítico, para conocer la relación entre dos variables cuantitativas se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson. Cuando se estudia la posible relación entre dos o mas observaciones como el caso que nos ocupa, es decir si los resultados obtenidos en los niveles de ansiedad en su acepción Ansiedad / estado , Ansiedad / Rasgo en el Stay test con equiparable a los obtenidos mediante test grafologicos, pudiendo suceder que estas series converjan , diverjan o vayan en paralelo.

Para el estudio se establece un coeficiente de correlación que en este caso se representa por *r*. Su valor va desde -1 a +1. en el primer caso existe una máxima correlación negativa, es decir el aumento de una variable (Variable Independiente) produce un movimiento exactamente proporcional en la otra variable (variable dependiente), pero de sentido contrario. En el segundo caso existe una máxima correlación positiva, es decir el aumento de una variable (variable independiente) produce un movimiento exactamente proporcional en la otra variable (variable dependiente) pero en el mismo sentido. Si la correlación es de 0 se dice que no hay correlación. Se ha estimado el intervalo de confianza estadístico *r* en cada variable, para conocer su valor de significación. En todos los casos el valor de *p* exigido a pido $p < 0.05$

Para calcularlo se hace de acuerdo a la siguiente formula

$$r = \frac{n \sum x_i y_i - (\sum x_i)(\sum y_i)}{\sqrt{n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} \sqrt{n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2}}$$

DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS.

Las variables de tipo cualitativo (sexo, profesión, y tipo de cirugía) se estudiaron mediante distribución de frecuencias.

4. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

AJUSTE A LA NORMAL. PRUEBA DE GOLMOGOROV-SMIRNOV.

Todas las variables numéricas estudiadas (edad, E/E, A/R, y Grafología) se ajustaron a la normal.

VARIABLE EDAD

En el estudio de esta variable se obtuvieron los siguientes resultados:

Media.....	58,7 años
Desviación Tipica	9,6 años
Valor Máximo	76 años
Valor Mínimo.....	30 años
Nº de casos válidos	62

VARIABLE ANSIEDAD / ESTADO

En el estudio de esta variable se obtuvieron los siguientes resultados:

Media	56.6 centiles
Desviación típica	28.7 centiles
Valor Máximo	99 centiless
Valor Mínimo	4 centiles
Nº de casos validos	62

VARIABLE ANSIEDAD/ RASGO

En el estudio de esta variables se obtuvieron los siguientes resultados:

Media	58,7	centiles
Desviación Típica	28,7	centiles
Valor Máximo	99	centiles
Valor Mínimo	1	centiles
Numero de casos validos	62	

VARIABLE GRAFOLOGIA

En el estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

Media	57,5	centiles
Desviacion Típica	21,9	centiles
Valor Máximo	95 ,	centiles
Valor Mínimo	11	centiles
Nº de casos válidos	62	

VARIABLE SEXO

En el estudio de esta variable se obtuvieron los siguientes reesultados:

Varones	54 (87.1 %)
Mujeres	8 (12,9 %)

VARIABLE PROFESION.

En el estudio de esta variable se obtuvieron los siguientes resultados:

Militares	39 (62.9 %)
Civiles	23 (37.1 %)

VARIABLE TIPO DE CIRUGIA.

En el estudio de esta variable se obtuvieron los siguientes resultados:

Cirugia Total	22 (35.5 %)
Cirugia Parcial	40 (64.5 %)

VARIABLES PROFESION Y SEXO.

En el estudio conjunto de estas dos variables se obtuvo la siguiente tabla de contingencias:

Hombre Militares	39
Hombre Civiles	15
Mujeres Militares	0
Mujeres Civiles	8

VARIABLES PROFESION Y TIPO DE CIRUGIA

En el estudio conjunto de estas dos variables se obtuvo la siguiente tabla de contingencias:

Militares con c. parcial	23
Militares con c. total	16
Civiles con c. parcial	17
Civiles con c. parcial	6

VARIABLES TIPO DE CIRUGIA Y SEXO.

En el estudio conjunto de estas dos variables se obtuvo la siguiente tabla de contingencias:

Hombre con c. parcial	34
Hombres con c. total	20
Mujeres con c. parcial	6
Mujeres con c. total	2

COMPARACION DE LA ANSIEDAD/ RASGO ENTRE HOMBRES Y MUJERES

la comparación de las dos medias de Ansiedad /Rasgo entre hombres y mujeres arrojó los siguientes resultados:

	Media	DE	Nº CASOS
Hombres	53,7	28,6	54
Mujeres	61,6	30,7	8
diferencia	7,96		
t	0,73		
p	0,4	No significativo	

COMPARACION DE LA ANSIEDAD / ESTADO ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

la comparación de las medias de ansiedad /estado entre hombres y mujeres arrojó los siguientes resultados:

	MEDIA	D.E.	N° CASOS
Hombres	54,7	28,9	54
Mujeres	75,9	18,6	8
Diferencia	22.1		
t	2,09		
p	0.04	Significativo	

COMPARACION DE LA GRAFOLOGIA ENTRE HOMBRES Y MUJERES

La comparación de las medias del nivel de ansiedad grafologica entre hombres y mujeres arrojó los siguientes resultados:

	MEDIA	DE	N° CASOS
Hombres	55.8	21	54
Mujeres	68.7	25.9	8
Diferencia	12.9		
t	1,57		
r	0,12	No significativo	

COMPARACION DE LA EDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

la comparacion de las medias de edad entre hombres y mujeres arrojó los siguientes resultados:

	MEDIA	D.E.	N° CASOS
Hombres	58.9	9.5	54
Mujeres	57.5	10.3	8
Diferencia	1,42		
r	0.39		
9	0.7	No significativo	

COMPARACION DE LA EDAD SEGUN LA PROFESION.

La comparación de las medias de edad entre militares y civiles arrojó los siguientes resultados:

	Media	DE	Casos
Militares	59.3	10.3	39
Civiles	57.7	8.2	23
Diferencia	1.7		
t	0.66		
p	0.51	No significativo	

CORRELACION ANSIEDAD / ESTADO Y GRAFOLOGIA

El estudio de correlación entre las variables Ansiedad / Estado y grafología arrojó los siguientes resultados:

Coefficiente de correlacion r de Pearson	0.58
n° de casos	62
Limite Inferior de IC de r (p<0.05)	0.39
limite superior del IC de r (p<0.05)	0.73

Se observa una buena correlacion entres las dos variables.

CORRELACION ENTRE ANSIEDAD / RASGO Y GRAFOLOGIA.

El estudio de correlacion entre las variables ansiedad / rasgo y graologia arrojó los siguientes resultados:

Coefficientes de correlacion r de Pearson	0.47
N° de casos	62
Limite inferior del IC de r (p<0.05)	0.25
Limite superior del IC de r (p<0.05)	0.65
Se observa excasa correlacion entre las dos variables.	

•Desde el punto de vista grafologico, el porcentaje de los signos graficos encontrados han sido:

•Chimeneas..	100 %
•fantasmas	69 %
•Espaciada entre palabras	63 %
•Roturas o berisados	75 %
•E. Fragmentada	82 %
•E. Inacabada	74 %
•Retoques	63 %

•Asi mismo, y aunque no eran los signos buscados como mas importantes que reflejen ansiedad y que se daban con mayor frecuencia han sido:

•Torsiones	100 %
•Direccion Sinusosa	97 %
•Hampas En Punta	92 %
•Margen Izquierdo Estrechandose	96 %
•Temblores	64 %

Una vez obtenido estos resultados, se han agrupado los resultados en tres grupos:

Losd pacientes afectos de ansiedad leve o normal, con cifras de centiles en el Stay Test tanto en su acepcion **Ansiedad / Estado** como **Ansiedad / Rasgo**, inferiores a 50.

Consideramos **Ansiedad moderada** cuando los centiles estan comprendidos entre 50 y 75 y **ansiedad grave** cuando los centiles son superiores a77. (Entre 77 y 99)

Desde el punto de vista grafologico tambien se han efectuado tres grupos:

Ansiedad leve:..... Por debajo de 45 puntos

Ansiedad alta..... De 46 a 69 puntos

Ansiedad grave..... Mas de 70 puntos

Los resultados han sido:

Los pacientes con ansiedad leve en el Stay test en su acepcion Ansiedad / rasgo han sido 22, los de ansiedad alta 22 y los de ansiedad grave 18

En su acepcion Ansiedad / Estado los pacientes con ansiedad leve han sido 24, ansiedad alta 16 y ansiedad grave 22.

Desde el punto de vista grafologico los pacientes con ansiedad leve ha sido 16, con ansiedad alta 24 y con ansiedad grave 22.

5. DISCURSION

5.1 Análisis de la ansiedad en relación con la Edad .

De los 62 pacientes analizados en el apartado Ansiedad / Estado: los valores encontrados en el grupo de población de pacientes en edad activa es decir no mayores de 60 años, que contabilizaban treinta y cuatro , es similar a los paciente jubilados o en la reserva activa, con un numero de 28.. Al igual que en la ansiedad estado, el apartado Ansiedad / Rasgo los resultados son también equiparables en ambos grupos de población..

Desde el punto de vista grafológico, hemos podido apreciar que no existen diferencias significativas, desde el punto de vista estadístico entre los dos grupos de pacientes

Esto viene a contradecir los trabajos de Myska (135) ,en los que decían que habían encontrados aumento de las cifras de ansiedad en personas de mayor edad. En todos los estudios de psicología de la conducta la edad es uno de los factores que se tienen muy en cuenta, lo que hace que para nosotros halla sido importante a la hora de registrarla como variante.

En la bibliografía recogida acerca de estudio de ansiedad en grupos de población con diferentes edades destacan los de Tate (188), Smith (183) , Thorson (199), Bendar (6) , quienes afirman que la edad no es un factor decisivo en la ansiedad del individuo.

5. 2. **Análisis de la ansiedad en relación con el Sexo.**

Del grupo de población estudiados con cáncer de laringe es decir 62 casos,, 54 de ellos eran varones y 8 mujeres, lo que estadísticamente es comparable a las diferentes series de autores como **Bartual. (14)** en los que dan aproximadamente un 10 %, en la época actual, de cáncer de laringe en las mujeres en referencia a los hombres,, debido al incremento de del hábito de fumar en mujeres actualmente

Una vez analizado su variante Ansiedad / Estado, hemos encontrado cifras de ansiedad significativamente mayores que en los hombre, mientras que por el contrario en la variante Ansiedad / Rasgo, es decir el estado normal de ansiedad que padece la mujer, la cifras son equiparables a la de los varones

Desde el punto de vista grafológico, las cifras del nivel de ansiedad que presentan las mujeres con claramente mayores que las de los hombres, coincidiendo pues con su variante ansiedad estado, en que eran mayores. Esto nos hace pensar que las mujeres al igual que los hombres tienen un nivel de ansiedad aproximadamente al mismo nivel en condiciones de reposo, es decir sin determinantes stresantes o emocionales que la provoquen angustia, pero cuando esto ocurre la mujer reacciona peor, con mas carga de angustia que el hombre.

Esto parece apoyar la tesis de , **Paget, (147)** y **Snow (184)** quien dice que las mujeres tiene niveles de ansiedad superior a los hombres.

Sin embargo hay también estadísticas como las de **Templer (195, 196)** quien señala que no existen diferencias significativas. entre los dos grupos de población.

5.3. Análisis de la ansiedad en relación con la Profesión.

Cuando iniciamos esta tesis, pensábamos que la profesión del sujeto a analizar sería un factor quizás determinante en su comportamiento ante el estrés, y por tanto reaccionaría de manera diferente. Así, pensábamos que personas que estuviesen sometidas a estrés continuo u ocasionalmente, debido a profesiones de riesgo, como cuerpos de policía, médicos cirujanos o uvistas, bomberos o como en este caso militares tendrían niveles de ansiedad menores que el personal civil, no sometido a estrés.

Al ver y tabular los resultados, observamos que los pacientes militares, treinta y nueve de los sesenta y dos estudiados, tenían cifras aproximadamente idénticas de media que los civiles. Así los resultados para el apartado de ansiedad estado fueron 54 para los militares y 56 para los civiles. En cuanto a las cifras halladas de ansiedad en su variante Ansiedad / Rasgo, son similares, o al menos estadísticamente no significativas.

Desde el punto de vista grafológico, tampoco hemos podido detectar cifras claramente demostrativas de un mayor o menor nivel de ansiedad entre ambos grupos de población.

Al parecer el nivel de ansiedad en militares o civiles es idéntico, al menos en nuestro estudio. Quizás se deba a que el personal militar no está seleccionado, siendo un grupo muy heterogéneo, en el que no solamente hay militares que ocupan puestos de alto riesgo profesional, como pilotos con destino en áreas de combates, sino que también hay otros con situación laboral sedentaria de pocas situaciones de riesgo o estrés, sino todo lo contrario en ambiente de trabajo rutinario, muchas veces burocrático.

Por tanto, en nuestra serie no hemos encontrado diferencias significativas entre ambos grupos de población, militares o civiles.

(90) quien realizó estudios de ansiedad en consejeros de rehabilitación, los de **Och** (142) quien los realizó sobre miembros de protección civil americanos acostumbrados a escenas de desastres, con ocasión de incendios y terremotos en los que había numerosas muertes. A los de **Pepitone** (150) quien realizó unos interesantísimos trabajos en psicólogos, médicos psiquiatras, suicidólogos y maestros de ceremonias, llegando a la conclusión de que la profesión de estas personas que en teoría debían de estar más preparadas para morir, por sus numerosas vivencias, no influía en su estado de ansiedad ante la muerte.

Los de **Koobs** (96) contrariamente a lo publicado por los demás autores demuestran que los oficiales militares sienten menor ansiedad antes la muerte que los sujetos control. Sin embargo hemos de señalar que sus estudios se basaron en oficiales entrenados en la lucha y con amplia experiencia en la misma., por lo que no creo deba de aplicarse a este estudio, en don de la procedencia de los oficiales operados, no eran sin duda del mismo grupo,

Lataner (105) realizó sus trabajos con dos grupos bien diferenciados.

el primer grupo constaba de 20 bomberos y 20 empleados de pompas fúnebres, es decir 40 sujetos en trabajos acostumbrados a presenciar la muerte.

El segundo grupo constaba de otros 40 sujetos con trabajos no relacionados con la muerte, es decir con camareros, oficinistas, escuelas .. etc.,.

Los resultados hablaban de no diferencias entre ambos grupos de población.

Los trabajos de **Thorson** (199) también hablan diferencias de ansiedad entre maestros y no educadores, sosteniendo la teoría de que entre los cuidadores y educadores la ansiedad es menor,

Whittenberg (209) sostiene que las enfermeras que trabajan en UCI tienen menos intensidad de valores de ansiedad ante la muerte dependiendo del tiempo que lleven en el trabajo. Al parecer llegan a la conclusión de que a más años de experiencia , en su trabajo, enos ansiedad.

Al parecer los diferentes autores dan resultados distintos, aunque la tónica después de haber consultado numerosas bibliografía es que no hay diferencias demasiados significativas.

5. 4. Análisis de la ansiedad en relación con la cirugía.

En el grupo de 62 pacientes estudiados para la realización de esta tesis, sospechábamos que los niveles de ansiedad iban a variar dependiendo del tipo de cirugía que se le aplicase al enfermo en base al tipo de tumor una vez estudiado y con el estudio de histopatología.

Pensábamos que los pacientes a los que se le iba a mutilar la laringe, es decir se le iba a privar de la voz para siempre, independientemente de que después se le aplicaran técnicas para intentar una fonación, como el realizar fistula traqueoesofágica o cánulas fonatorias deberían presentar niveles mas altos de manera clara que los que solo iban a recibir cirugía parcial y por tanto no mutilante. total. Evidentemente la cirugía parcial también es mutilante, sin embargo el paciente al que se le extirpa una cuerda. o la porcion supraglotica de la laringe, aparte e ciertos resultados estéticos o funcionales, como voz mas disfonica, iban a seguir relacionandose con los demás de igual forma a como lo hacian antes de la operación, es decir usando su voz.

Pensábamos por tanto que este grupo de pacientes a los que se le confirmaba que se les respetaría la voz, debería atener niveles claramente mas bajos que el grupo anterior, sin embargo en el apartado Ansiedad /Estado que medimos la ansiedad que presenta el paciente en el momento de notificarle la noticia, y a la hora de realizar el test, vimos que las cifras de ambos grupos eran muy similares, entre ambos grupos.

En el apartado Ansiedad Rasgo evidentemente no deberíamos tener muchas diferencias entre ambos grupos estudiados, ya que lo que mide el Rasgo no es sino el nivel de ansiedad que tiene el sujeto en condiciones basales, por lo cual si el test estaba correctamente cumplimentando, las cifras serian idénticas, y así lo fueron.

5.5 Analisis de la ansiedad en relacion con la Grafologia.

Hemos de señalar que es mucho mas difícil de conseguir que el paciente nos escriba de su puño y letra lo que queremos que el relleno del cuestionario de ansiedad / depresión. por numerosos factores.

En primer lugar por que no comprenden exactamente el porque de rellenar con su puño y letra estas cuestiones (hemos de hacer constar que al paciente se le ha ocultado que su letra va a ser estudiada que pensamos quitaría fluidez y espontaneidad a su escritura)

Nos ha ocurrido que en ocasiones nos lo han escrito a máquina, alegando que su letra es muy poco legible; En otras ocasiones lo ha escrito un familiar y en otras el material recogido ha sido tan escaso que difícilmente podríamos sacar conclusiones concretas de su escritura, habiendo tenido que rechazar en bastantes casos los escritos por no cumplir nuestras exigencias minimas, que era un folio al menos por una cara.

Se recogió así mismo escritura del paciente de su propio puño y letra en un papel en blanco tamaño folio, con firma y fecha

Desde el punto de vista grafologico, tampoco encontramos en la escritura de ambos grupos estudiados, diferencias que reflejaran una mayor o menos ansiedad entre ambos grupos, tanto los intervenidos con cirugía mutilante de voz como los operados con técnica funcionales, por lo que a manera de conclusiones: El nivel de ansiedad de cada uno de los grupos estudiados, es muy similar, no dependiendo del tipo de intervención.

No hemos encontrado en la literatura médica ningún estudio realizado sobre pacientes con cáncer de laringe , ni ningún otro sobre cualquier tipo de población, en base a test grafologicos.

5.6 Test Psicológico Versus Grafológico.

Una vez puntuados a estos pacientes no solo desde el punto de vista test psicológicos Stay sino gráfologicos, se han ordenado los resultados en tres grupos:

	A/ R	A/E	GRAF.
Ansiedad Leve	22	24	16
Ansiedad Moderada	22	16	24
Ansiedad Grave	18	22	22

Sin embargo, aunque los resultados de las tres series estudiadas hayan sido parecidos, podría ser que los pacientes fuesen diferentes, por lo que se decidió someterles mediante el programa SSPF a una correlación caso a caso, para determinar si los niveles de ansiedad eran similares en cada paciente.

Hemos podido comprobar que estadísticamente el porcentaje de pacientes afectos de ansiedad leve es muy similar en los dos test estudiados, Al igual ocupe con los de ansiedad alta y grave.

En toda la bibliografía estudiada, no hemos podido encontrar ningún estudio comparativo entre ambos test (Stay y Grafológico) por lo que pensamos que dado el buen resultado comparativo debería introducirse en las Clínicas Psicológicas mundiales, afín de determinar los centiles de ansiedad con un test que incluso se puede hacer con pacientes en su domicilio, mediante correspondencia con estos centros.

6. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

- A.- El Numero de pacientes con ansiedad moderada y con ansiedad grave hallados mediante test grafologicos son equiparables estadísticamente a los hallados mediante test psicológicos.**
- B.- Existe una correlación estadística entre la ansiedad cuantificada por métodos grafologicos y con test psicológicos.**
- C.- Los tests grafologicos son equiparables a los test psicológicos afín de determinar niveles de ansiedad bien en su variante ansiedad estado o bien en la ansiedad rasgo.**
- D.- RESPECTO A LA ANSIEDAD ESTADO**
- 1.- La edad del paciente no tiene relación con su estado de ansiedad**
 - 2.- Los niveles de ansiedad en la mujer en su acepción Ansiedad-Estado son superiores a los encontrados en los varones.**
 - 3.- La profesión, no guarda relación con los niveles de ansiedad del paciente.**
 - 4.- Los niveles de ansiedad encontrados no dependen del tipo de tumor y por tanto del tipo de cirugía.**
- E.- RESPECTO A LA ANSIEDAD RASGO.**
- 1.-La edad del paciente no tiene relación con su rasgo de ansiedad**
 - 2.-No se encuentra relación entre el sexo y el Rasgo de ansiedad.**
 - 3.-No existe relación entre profesión ,civil o militar y su rasgo de ansiedad.**
 - 4.-No hay relación entre el tipo de cirugía aplicado y su rasgo de ansiedad.**

F.- RESPECTO A LA ANSIEDAD GRAFOLOGICA.

-

- 1.-Los niveles de ansiedad hallados en los estudios grafologicos son independientes de la edad del paciente.
- 2.-Los niveles de ansiedad son independientes del sexo.
- 3.-Los niveles de ansiedad son independientes de la profesión.
- 4.-Los niveles de ansiedad son independientes del tipo de tumor y por tanto de la cirugía aplicada.

- G. - El test grafológico presenta una ventaja sobre el test psicológico, y es que no esta sujeto a ser falseado por el paciente, ya que la escritura presenta rasgos que no pueden ser cambiados, ya que el consciente no interviene de manera determinante en la ejecución de la escritura.**

7. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía.

1. **Adler,A.:**"*The individual psychology of Alfred Adler*".H.L.Ansbach and R.Ansbacher Edic: New York:. Basic Books.
2. **Aldaya,F.(1936):** *Le controle reflexe de la respiration par sensibilité du larynx*. Compt. Rend.Soc. .Biol.(Paris) 123:1001,
3. **Alonso,J.M.(1947):**"*Conservative surgery of cancer of larynx*". Acdm. Ophthamol. Otolayngl. 51:633.
4. **Allende del Campo. J.L.(1985):** *Apuntes de Grafopsicologia*. .Bol. Grafopsicologia
5. **Alvarez Vicent.J.J.:***Lesiones Precancerosas*. Acta Orl. Sociedad Española de ORL.. Ponencia.
6. **Amenta,M.M. (1984)** *Death anxiety, purpose i life and duration of service in hospice volunteers*. Psychological Reports, 54, 979-984
7. **American Joint Committe For Cancer staging and end results reporting:(1977)** "*Manual for staging of cancer*". Chicago.American Joint Committee.
8. **Andrés Metge.B.:** "*Situación de la grafología en España*. Comunicación 1º Congres. Italia de Grafología. 1977.
9. **Andrieu Gicantrourt,J.:** **Couly J.:** *Anatomie de Pharynx*. Paris. Encicl. Med. Chirurg.20485. A10
10. **Angst Jules.:(1985).***Ansiedad Y Depresión. Síndromes Superpuestos*".Psychiatrische Universitat Shlinik. Zurich, Suiza. "Investigaciones Upjohn, 1985.
11. **Bagshaw,Am.A., An Thompson,R.W.(1971).** "*Elective irradiation of the neck in patients with primary carcinoma of the head and neck*", J.A.M.A.,217 ; 456.
12. **Bahnson,C.B.:(1975)** *Psychology And Emotional Issues In Cancer: The Pychoterapeutic care of the cancer patient*. Seminary In Oncology ,2:293-309,

13. **Bartual, J. (1969) :** *Anatomia patologica del cancer de laringe Su valor clinico. Juicio critico de 1056 casos.* Anl.Iber.Amer.,20,450.
14. **Bartual,J,Sacristan T.(1975) :***Anatomia quirurgica de la laringe* En :Cancer Laringeo y faringolaringo . Acta ORL. (España) Numero Extraordinario;50-78.
15. **Bastin, C.; De Castilla.D. (1990) :** "*Grafologìe.Le psychisme et ses troubles*". Colecc." Reponses". Edicc. Robert Lafont.Paris . 33
16. **Bauer W.C.,Mc Gavran ,M.H.(1972) :** "*Carcinoma in situ and evaluation of epithelial changes in laryngopharyngeal biopsies*". Jana.; 221:72-5.
17. **Bayes,R.(1985):** *Psicologia Oncológica.* Ed. Martinez Roca. Barcelona.
18. **Bendor S.J. (1990) :** "*Anxiety and isolation in siblings of pediatric cancer patients*": The need for prevention. soc work health care.. 14(3). 17-35
19. **Bermudez Moreno,J. (1978) :**""*Analisis funcional de la ansiedad.* Rev. de psic. gral . y aplic 151:617-634.
20. **Biller,H,, Ogura,J. And Pratt,L.(1971) :** *Hemilaryngectomy For T2 Glottic Cancers.*Arch. Otolayngol, 93:238.
21. **Billroth,T. & Gussenbauer,C.: (1984) "***Ulber die Erste durch T. Billroth am Menschen ausgeführte Kehlkopf- Extirpation und die Auswendung eines Kuunstlichen kehlkopfes.*Arch. Klin. Chir., 17.343, En : Silver. " Cirugia del cancer de laringe"
22. **Blakely,K.B. (1975).:"** *Chronic Renal Failure: A Study of death anxiety in dialysis and kidney transplant patients*". Un Published doctoral dissertation,Univessity Of Manitoba.Winnipeg, Manitoba. Canada. En Lorreto y Templer. Ansiedad ante la muerte.
23. **Bocca,E.(1975) :** *Supraglottic Cancer.*Laryngoscope,85:1318.
24. **Botey,A (1982) :** "*Los laringectomizados y mutilados de la voz*". Anales O.R.L Ibero Am X:461-467.
25. **Braestrup, C Y Col.(1983) :** *Ansiedad.* Lancet. Edición Española 2, 192.
26. **Broders,A.C. (1932) :** "*Cancer In Situ*". J,A,M,A.99,1670.
27. **Brown,M.B.:(1974):** ¿ *Is there a relathions between death anxyety and purpose in life* ?. Un published doctoral dissertation, University of Ottawa,Otawaa,Ontoro, Canada .1974.

28. **Bukberg,J.; Penman,D., Y Holland,J.C (1984) .:** "*Depression in hospitalize de cancer patients*" *Psychosom.Med.*, 46:199-212.
29. **Burrows,J. (1783):** "*A practical essay on cancer*". Londres. Cit. por Boyes R. ,57.
30. **Cachin.Y,Sancho. Garnier,& Colab. (1979) :** "*Metastasis fon carcinomas of the orophaynx. otolaryngol*". *Clin North Am* :12.145
31. **Cassileth,B.R.; Nuiman,M.W.& Cols.(1986) :** "*Anxiety levels in patients randomized to adjuvant therapy versus observation for early brest cancer*. *J.Of Clin.Oncol* :972-974.
32. **Catalan,J.G. (1979) :** "*La información al hombre con Cancer*. *Oncologia* 80..m 30. Pag:45-49.
33. **Chapman,C.R., y Cox,G.B. (1977) :** "*Determinants of anxiety in elective surgery patients*". En: Spielberger,Ch.D., y Sarason,I. G.: *Stress and anxiety*. Vol. 4. Hemisphere Publishing Corporation. Washington.London.
34. **Chomsky,N.(1975) :** "*The logycal structure of linguistic theory*. Plenum Press. New York.
35. **Cole.M.A. (1978) :** "*Sex and marital status differences in death anxiety*". *Omega*,9, 139-147.
36. **Comité de expertos de la OMS:** "*Estadisticas sobre el cancer*". Serie de informes tecnicos;632.Ginebra.
37. **Conde Lopez, U. Y Franch Valverde, J.I. (1984) :** "*Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psico patologica en los trastornos angustiosos y depresivos*".
38. **Constable,W.C.,White,R.L., & Col (1975) :**"*Radiotherapeutic Management Of Cancer Of The Glottis*".University Of California, *Laryngoscope*,85:1494.
39. **Crepieux-Jamin, J. (1921) :** *Traité Practique De Graphologie*. Etude du caractere de l'homme d´ apres son ecriture. Ernest-Flamarion. Paris.
40. **Crepieux-Jamin.J. (1947):** *L`Ecriture et le caractere*. Press Univ.De Fr., 2ª Edicc-Paris
41. **Crissman.J.D(1982) :**" *Laryngeal keratosis precedeing laryngeal carcinoma*". A Reports of tour cases. *Arch. Otolaryngeal Head Neck Surg.*; 108: 445 -8

42. **Cuestionario de Ansiedad Estado / Rasgo (STAI).(1982)** Seccion de estudios TEA. Ediciones,S.A. Madrid.
43. **Daly.J.F.,And Kwok,F.N(1975)** : "*Aryngofissure and cordectomy*". Laryngoscope 85:1290
44. **Davis,H., y Beaumond, P.J. (1973)** : "*Psychiatric aspects of laryngectomy*",s. afr. med J ,47:2192 - 2194.
45. **Del Sol.J.R. (1963)** . "*Etiologia en el diagnostico del cancer*". Iniciación a la Oncologia. Est. Asociacion Española contra el cancer. Madrid . 79-96.
46. **Denton,J.A. & Wisenbaken ,M.(1973)** . "*Death experiences and death anxiety among nurses and nursing studys, Nursing research*" ,26,61-74.
47. **De Surany.M.(1962)** . "*Essai de grafologie medical. edf. du symbolisme*" . Paris.:207
48. **Dilhuydy Jm; Dilhuydy Mh; & Col.(1989)** . "*Reaction Psychologiques de patients du plan a l'anonce du plan de traitiment d'un cancer du sein,: a propos de six observations exemplaires.*" Gynecol Obstet Biol Reprond (Paris). 18(8), 1017-23
49. **Domar Ad: Everett Ll ; Keller Mg (1989)** . "*Preoperative Anxiety: Is It A Predictable Entity?*". Anesth Analg. Dec. 69(6), 763-7
50. **Downer, J.L.(1962)** . "*Interhemispheric relations and cerebral dominance.*" John Hopkins Press. Baltimore..
51. **Espie Ca: Freedlander E E; & Colab. (1989)** . "*Psycholgical distress at follow-up after major surgery for intra-oral cancer.*" Psychosom Res. 33(4).441-8
52. **Fechner,R.E.(1974)** ."*Laringeal Keratosis And Atipia*". In: Alberti Pw,Bryce Dp,Ads, Centennial conference on laryngeal cancer. New York. Apleton Century Crofts, 110-15.
53. **Fernandez Vega.M.(1976)** . Acta oncologica. Vol.XI. nº 2. Oc-Dic , 109-115
54. **Ferro ,H.S.(1979)** . "*Patologia de la ansiedad.*". Edc. Lacer D.L. Barcelona , 33-39
55. **Finf,B.R, Basef.M. & Colab (1956)** . "*The mechanism of opening of the human larynx* ". Laryngoscope 66:410.
56. **Fisher ,H.R. (1974)** :"*The delineation ol carcinoma in situ of the larynx.*" In: Alberti Pw,Bryce Dp,Ads, Centennial conference on laryngeal cancer. New York. Apleton - Century - Crofts., 116 -9

57. **Fletcher, H (1972).** *"Elective irradiation of subclinical disease in cancers of the head and neck"*. Cancer,29:1450.
58. **Flores ,J.A., Villaverde,A.& Colab (1981) .** *" Personalidad Y Cancer"* . Farmaes,26, 67-82.
59. **Foglia,P.J.(1991) :***" Signos de enfermedad en la escritura"*. Ed. Puma. Publicaciones Medicas Argentinas.Buenos Aires, 86-95
60. **Font Guiteras,A.:" Niveles de ansiedad y depresion en pacientes neoplasicos ambulatorios. en Santacreu",J.;** Modificaciones de conducta y psicologia de salud. Promolibro.
61. **Frazer,J.E.(1910):** *The developement of the larynx.* J.Anat And Phisiol, 44:156-191
62. **Freeman,F.N(1941):** *The scientific evidence on the hanwriting moment.* J.Edc. Psychol,252,En Villalain. " Fisiopatologia del gesto " pag.10.
63. **Freud. S (1926) .** *"Inhibicion,sintoma y angustia"*. En: O.C., Vol.II. Biblioteca Nueva. Madrid.
64. **Freud,S.(1909)..** *"Reflections on war and death."* New York: Moffat Yard, 10.
65. **Gabriel,Ce,Jones Dg.(1962) .** *"Hyperkeratosis of the larynx.* J.Laryngeal Otol 76:947-57.
66. **Gardner,W.H.(1966).** *" Adjustment problems of laryngectomy women"*. Arch.Of Otl. ,83: 31-42.
67. **Gaussin, J.(1963) .** *"La Graphologie au service de l' armeé."* Graphologie Et selection des pilotes. "La Graphologie". N.90.
68. **Gelb, I (1976).** *"Historia de la escritu"*. Ed. Alianza, 17-46
69. **Gibbs,H.W.,& Achterberg-Lawles,J. (1978).** *Spiitual value and death anxiety; implications for counseling with terminal cancer patients.* Journal of Counseling Psychology, 25,563-569
70. **Gille,M.J.C(1991).** *"Psicologia de la escritura"*Colecc. Biblioteca de Psicologia..Barcelona. Herder, 229-248.
71. **Gilliland,J. (1982).** *" Death anxiety: relation to subjetive state"*. Unpublished doctoral dissertation,california scholl of professional psychology,at Fresno.

72. **Golberg,R,J.(1981).** *"Management of dpressions in the patient whith advanced cancer"* Ma, 246, 373-376.
73. **Gonzalez M,M^a T.,Cañizo,A.(1993) .** *"Alteraciones psicologicas en pacientes con cancer de laringe antes y despues de la laringectomia."* Acta ORL española,44,3 (175-186).
74. **Gonzalez,J,(1981).** *"Fonación y alteraciones de la laringe."* Ed. Méd. Panamericana, 40-57
75. **Greenberg,H.R. & Blaank,E. (1970).** *"Dreams of a dying patient"*. Journal of medical psychology, 43,355-362.
76. **Greene,J.S.(1947) .** *" Laryngectomy and its psychologic implications"*. N.Y-Stadyour Med.,47.53-56.
77. **Guille, J.C. (1978) .** *"Tipos De Yung et temperaments psychobiologiques"*.Maloine, Paris .
78. **Guilliland,J. (1982).** *Death anxiety: relation to subjetive state. Unpublished doctoral dissertation,california Scholl of Proffesional Psycology,at Fresno.* Parthenon. Bruselas.
79. **Harrison D.F.N.(1971).** *"The patology and management of subglotis cancer"*. Ann.Otol Rhinollaryngol., 80:6
80. **Hartschore,T. (1979) .** *"The grandparents and grandchil relationship and life satisfation, death anxiety,and attitude toward the futue."* Un published doctoral Dissertation,The University of Texas at Austin. -133.
81. **Hawkins N.V.(1975) .** *"The treatment of glotic carcinoma"*. On Analysis of 800 Cases. Laryngoscope . 85:1485
82. **Head And Neck Contracts Program.(1987)** *"Adjuvant chemotherapy treatment for advanced head and neck carcinoma"* : Final report of the head and neck contracts Program. Cancer. 60: 301-3
83. **Holland JC (1989).:** *"Anxiety and Cancer: The patients and the family"*. J Clin Psychiatry. Nov. 50 Suppl. 20-5.
84. **Homburger,F (1975) .** *"Smoker's larynx and carcinoma of the larynx syrian hamster exposed to cigarette smokes"*. Laryngoscope 85.1874-1881.

85. **Husson.R.:****Ibañez.E.:"** *Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cancer.*"Boletín de Psicología,4,99-117
86. **Imbriano, A.E. (1983).** *Lobulo prefrontal y el comportamiento humano* (Bioaxiopraxico Volicional. Jimg. Barcelona, 1. Edic..
87. **Jacobsen, C.F. (1935);** *Functions of the frontal association areas in primates.* Arch. Neurol. Psychict. 33: 558..
88. **Jelicic M ; Bonke B.(1991) .** "*Preoperative anxiety and motives for surgery*". Psychol Rep.
89. **Jesse,R.H. (1975)."** *The evaluation of treatment ol patients with extensive squamous cancer of the vocal Cords*". Laryngoscope 85:1424
90. **Johnson,J.C. (1980)** "*Death anxiety of rehabilitation counselors and clients.*" Psychological Reports,46,325-326. 146-
91. **Jorgensen K. Munk. & Colab. (1984).** *Carcinoma of the larynx. series of 410 patients treated primarily with co 80 irradiation*". Acta Radiol Oncol . 23:321
92. **Kaasa S; Aass N; Matekaasa A & Colab. (1991).** ""*Psycholocial well-being in testicular cancer patients.* Eur J Cancer. 27(9). 1091-5
93. **Katz,R.I. (1981).** "*Death attituides among heroin addicts*". Unpublished Doctoral Dissertation,California scholl of professional psychology at Fresno.
94. **Kierkegaard,S(1930).** *El Concepto de angustia.* Revista De Occidente. Madrid .
95. **Kissen, D.M.(1979).** "*Psycholsocial factors, personality and lung cancer in men aged* "55-64 br. j. med. psichol. 40,29.
96. **Klein, M. A. (1948).** "*Contribution to the theory of guilt and anxiety. Interntional journal of Psychoanalysis*", 29,114-123.
97. **Kleinsasser.O (1964).** "*Clasificacion y diagnostico diferencial de las hiperplasias epiteliales de la laringe sobre la base de los hechos histomorfologicos*" Cit. En Excerta, Med.Cancer,12,1048.
98. **Knobil, E. Y Sowe, W.H. (1974).** "*The Pituitary gland and its neuroendocrine control.en hand*"- Physiological Science, Vol. 4.
99. **Koob.P.B., & Davis,S.F. (1977)** "*Fear of death in military officers and their wives.* Psychological Reports," 40 ,261-262 .

100. **Kuttner L; Bowman M; Teasdale M. (1988).** *"Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer."* j. Dev Pediatr. Dec.9(6) 374-81
101. **Lamb, D. (1978).** *"Use of behavioral measures in anxiety research"*. Psychological Reports, 43, 3, 2, 1070-1085. En Pons. Evaluacion de la ansiedad. pag 26 .
102. **Lang, P.J. (1971)** . *"The application of Psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification"*,. En Pons. Evaluacion de la Ansiedad.
103. **L'Anguera de Sojo, P. (1988)** . *Medicina psicosomática*. Edic. Doyma. Barcelona 7-12
104. **Lane, N. (1957).** *"Pseudosarcoma (Polypoid Sarcoma. Like Masses) Associated with squamous cell carcinoma of the mouth, fauces and larynx"*. Cancer, 19: 19.
105. **Lataner, B., & Hayslip, B. (1984-1985)** . *"Occupation-Related differences in levels of death anxiety"*. Omega, 15, 53-66
106. **Ledermn, M (1970)**. *"Radiotherapy of cancer the larynx"* . j Laryngol Otol 84:867
107. **Lemere, F. (1932)** . *"Inervation of the larynx"*. Am. J, Anat. 51, 417.
108. **Lerroux-Roberts, A. (1975)** . *"A Estadistical study of 620 laryngeal carcinomas of the glottic region personally operated upon more than five years ago"* Laryngoscope. 85: 1440.
109. **Lesse, R.H. (1975)** . *"He Evaluation of treatment of patients with extensive squamous cancer of the vocal cords"*. Laryngoscope. 85:1424
110. **Levitt, E, E (1980)** . *"The psychology of anxiety"*. Erlbaum, Hillsdale. Pag 67-92
111. **Lewinson T.S (1964)**. *"Die Dynamische Kurve Und Der Leistungsquotie"* Graphologische Schriftenreihe", Vol 6. Cuaderno 6..
112. **Lewis Pj; O'Keefe L ; Adcock S (1991)** . *"Patients who were given information sheets have better postoperative recall of information"*. J R Coll Surg E Jun. 36(3). P 206.7.
113. **Litman, J.M. (1979)**. *"The effect of bereavement on death anxiety, manifest anxiety, and locus of control"*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Kansas City .-199-
114. **Locke, B (1966)** . *"Psychology of the laryngectomy"*. Milit. Med., 131:593-599.

115. **Loewen, J.L.** (1984). *"Widowhood; the relationship between religious orientation and adjustment to loss of spouse"*. Doctoral Dissertation. California School Of Personality Assessment, 46, 404-408
116. **Lopez Ibor, J.J.** (1950) . *La Angustia Vital*. Edit. Cientifico-Medica. Madrid.
117. **Lucas, R.A.** (1974) *"A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patients and wife"*. Omega, 5, 233-243
118. **Luria, A.R.** (1964).: *"Factors and forms of aphasia. Ciba Found Symp. on disorders of language,"* Little Brown & Co. Boston. Citado Por Villalain. " Fisiopatologia del Gesto" Pag 23.
119. **Luria, A.R.** (1970). *"Higher cortical functions in man"*. New York: Basic Books., 28. En Seifer, J. 33-43
120. **Maddalena H; Zenner Hp.** (1991). *"Anxiety and coping with anxiety in patients with head and neck cancers"*. Hno. Feb. 39 (2). 64-69.
121. **Mancuso, A. Calcaterra, T.C.** (1978). *" Computed tomography of the larynx"*. Radiol Clinic. North Am . 16: 195-208
122. **Marchesan M.** (1957) . *Psicologia della scrittura*. IV Edizione Ampliata. Ed. Instituto Di Indagini Psicologiche. Milano. 47-54
123. **Martens, R.** (1972) . *"Trait and state anxiety"*. In W.P. Morgan (Ed), Ergogenic aids and muscular performance .New York: Academic Press. pag. 35-66. En Pons.
124. **Martinez Llamas, A.** (1982). *" Manual de patologia Tabaquica"*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 45-71
125. **Matzer J.** (1979) . *"Tumores benignos de la laringe"*. Ed. Bevedes . Tratado de ORL Tomo II/2: Laringe. Barcelona, Editorial Cientifico Medica.
126. **Mc Grawn Mh. Bauer, WC. Ogura, J.H.** (1960) ." *Isolated laryngeal keratosis. Its relation to carcinoma of the larynx based on a clinic"* - Pathologic study of 87 consecutive cases with long-term follow-up. Laryngoscope . 70-:932-51
127. **Mehta, M. y Abrol, B.M.** (1982) . *" Emotional reaction and adjustment problems of patients with laryngeal carcinoma"*. Indian J. of clinical Psychology, 9 : 107-112..

128. **Miller, D.** (1976) . " *Management of keratosis and carcinoma in situ with criosurgery*". P.151. Eds. Work from the centennial conferenmce on laryngeal cancer. Appleton Century-Crofts .New York.
129. **Min S.** (1989) . " *The relation ship between maturity of christian faith and anxiety of patients with cancer*". Kanho Hakhoe Chi. Apr.19(1). 118-26.
130. **Morera, A.L.; y Gonzalez Rivera, S.L.**(1983) .:" *Relación entre factores de Stres, depresión y enfermedad médica*" Psiquis,4, 253-260.
131. **Morris, J., Y Royle, G.T.** (1987) . " *Choice of surgery for early breast cancer: pre-and postopetaive levels of clinical anxiety and depression in patients and theis husband*". Bristish J. Surggery,74: 1017-1019.
132. **Morrison, F.R.** (1980). " *Psychocial factors in the etiology of cancer*. Ph.D. California At Berkeley.
133. **Mulholland, R.E.** (1980). " *A comparison of death anxiety nephrsocial workers and social workers in a non dearth and dying situation*". Un published master's Dissdertation, Catholic University of America, Washington, D.C.-238-
134. **Myers, R.E.** (1962) . " *Interhemispheric relations and cerebral dominance,*" J. Hopkins Press. Baltimore..
135. **Myska, M.J. & Pasework, R.A.**(1978) " *Death attitudes of residential and non-residential rural aged persons.*" Psycological Reports,43 ,1235-1238
136. **Neustadt, W.E** (1982) . " *Death anxiety in elderly nursing home residents and amound of contact received from staff: a correlation study*". Unpublisched Master's Thesis University of Oregon.
137. **Newletter.**(1983). " *Trastorno de ansiedad en Medicina*". Hoecht Iberica. Public.,14.
138. **Nnieburgs, H.E.J.: Navarrete, & Colb** (1979) . " *The role of stress in human and experimental oncogenesis.*" Cancer Detec. Prev. 2, 307.
139. **Norris, C.M., Y Peale, A.R.**(1963) . " *Queratosis De Laringe*". J. Laryngol. Otol 77,:635-47
140. **Nunn, Th.**:(1822) " *Cancer Of The Breast*". Londres. Churchil . En Boyes.57-62
141. **Nuñez .R.** (1987) . " *Pruebas psicométricas de la personalidad.*" Ed. Trillas.. S.A De C.U.. Mexico. D.F.

142. **Ochs, C.E. (1979),** "Death orientation, purpose of life, and the choice of volunteer service" unpublished doctoral dissertation, California school of professional psychology, At Fresno.
143. **Ogura, J.H., Biller, H., Calcaterra, T.C., E, Al. (1969)** : "Surgical treatment of carcinoma of the larynx, pharynx, base of tongue and cervical esophagus." *Int. Sur.*, 52:29.
144. **Olson, M y Shedd, D.P (1978).** "Sisability and rehabilitation in head and neck cancer patients after treatment" .*Head Neck Surgery*, 1:52-58.
145. **Omne-Ponten; Holmberg L & Colab. (1992)** . Determinants of the psycho-social outcome after operation for breast cancer. results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. *Eur J. Cancer.* 28A (6-7). 1062.7.
146. **Orts Llorca, F (1952)** .: *Anatomia Humana*. Editorial Cientifico-Medica. Barcelona .
147. **Paget, J. (1870)** . "Surgical pathology." 2º Edc.. Londres Long-Man's Green. En Boyes. pag:57.
148. **Paparella and Schumick, .:** *Laringologie*. Edit. Panamericana, 2º edicc, 7.
149. **Penfield, W. Y Roberts, L. (1963)** . "Langage et mecanismes cerebraux." P.U.F. Paris.
150. **Pepitone-Arreola-Rockwel, F. (1981)** "Death anxiety: comparison of psychiatrics, psychologist, suicidologist, and funeral directors." *Psychological Reports*, 49, 979-982
151. **Perello, J (1977)** ." *Fisiologia de la comunicaci3n oral*". Barcelona. Edt. Cientifico Medica.
152. **Perlemuter, L. Y Waligora, J. (1971)** : *Cahiers d'Anatomie* . Tete Et Cou. Paris.
153. **Pfefferbaum B; Adams J; Aceves J. (1990)** : "The Influence of culture on pain in anglo and hispanic children with cancer. *j am acad child adolesc psychiatry*". Jul. 29(4). 642-7
154. **Pichot, P. (1978)** . "Psychopatologie quantitative des depressions" dans "Les Voies Nouvelles de la depression". Ed. Pichot. Masson..
155. **Pietrantonni, L. , Agazzi, C., Fior, R. (1962)** . " Indications for surgical treatment of cervical lymph nodes in cancer of the larynx and hipopharynx." *Laringoscope*:72: 1511
156. **Pitkin, Y.N. (1953)** ."Factors affecting phycologic adjustment in the laryngectomized cancer patients". *arch. of otolaryng.*, 58:38-4.
157. **Pons C.D. (1993)**: "La evaluacion de la ansiedad".. Nau libres. Valencia, 22-30

158. **Pruynt, J.F, De Jong, P.C, & Colab (1986)** . "*Psychosocial aspects of head and neck cancer a review of the literature*". Clin. Otolaryngol., 11:469-474.
159. **Pulver, M. (1971)**. *Le symbolisme de l'écriture*. Edc. Stok..
160. **Ramos, F.R. (1982)** *Personalidad ,depression y muerte*. Tesis Doctoral, Universidad de Madrid, Spain.
161. **Ranger, D. And Som, M (Moderators):** *Roles and limitations of conservation surgical therapy for laryngeal carcinoma*. (Workshop 6, Centennial Conferenmce on Laryngeal Cancer) Can. J. Otolaryngol. 4:394-458
162. **Ras, S. (1951)** . *Historia de la escritura y de la grafología*. Coleccion historia para todos. Ed. Ultra. Madrid.
163. **Rattenborg, C. (1961):** "*Laryngeal regulataion of respiration*." Acta Naesth. Scand, 5:129.
164. **Redmond, & Col (1977)** . "*Does the locus ceruleus mediate anxiety and fear?*." Meeting of the American Psychiatric Association. Toronto..
165. **Riley, V . (1979)** . "*Introducción: stress - cancer contradictions: a continuing puzzlement*." Cancer Detec. Prev 2, Núm. 2. 139.
166. **Roberts Sr; Early GL ; Lamb J. (1983)** . "*Anxiety levels and cancer fear in patients for elective operations*". South Med J. 1990 Oct.(10). 1128-30
167. **Rof Carballo, J. (1984)** . "*Teoria y practica Psicósomática*". Ed. Descleé de Brouwer. 285-291
168. **Rogues De Fousac. (1905)** : "*Les ecritures et les dessins dans les maladies nerveuses Et mentales*". Ed. Mason. Paris.
169. **Rudin Mm; Martinson Im; Gillis Cl. (1989)** : "*Measurement of psycholosocial concerns of adoslescents with cancer*". "Cancer Nurs. 11(3). 144-9
170. **Rukholm E; Bailey P; & Colab. /1991)**. "*Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients*". J Adv Nurs Aug. 16(8). 920-8
171. **Sanchez Berney. I:** "*La neurosis obsesiva y su escritura*"(En Enfermedades Y Escritura) Ed, Xandró. 23-40
172. **Santoy. C. (1984)**. "*Graphologie Et Maladie.*, Ed. Sides Maloine. Paris 104-109

173. **Sañudo J.R (1987)** . *Desarrollo de la laringe*. Tesis doctoral. Universidad Autonoma de Barcelona.
174. **Schag Ca; Heinrich Rl. (1989)**. " *Anxiety In medical situations: adult cancer patients*.j
Clín Psychol. Jan 45(1). 20-7
175. **Schall,L.A.:(1988)** " *Phychology of laryngectomized patients*". Ewrchiv. Otolayngologie.
,28:581-584
176. **Schulz,R & Ademan,D. (1979)** . "*Phisician's death anxiety and patients outcomes*".
Omega.9. 327-336..
177. **Selye.H.:(1974)** . "*Stress without s distresss*". J.B. Lippincott,Cia. N.york. En Rof
Carballo. Teoria y practica Psicomatica. pag.154.
178. **Selie,H. (1946)**. "*The general adaptation syndrome and the disease of adaptation.*"
Journal of clinic endocrinology. 6,117-230.
179. **Shands,H(1966)**. " *An the informal impact of cancer on the esturcture of the human
pesonality*" Als New York Academi Of Sciences,125:883-889..
180. **Silver.C.E.(1984)** . *Cirugia del cancer de laringe y estructuras anexas*.Edicc. Toray. pag
1-4
181. **Silver,E.M.D. (1991)** . "*Laryngeal cancer radiation therapy in the management of early
laryngeal and pyriforme sinus*". . Cancer. Cap. Pag: 106-118. Thieme Medical
Publischers,Inc. New York .
182. **Simon,J.J. (1992)** : *El gran libro de la grafologia*.. Ed. Martinez Roca Barcelona 21-34
183. **Smith,A,H., Jr. (1977)** : "*A Multivariate study of personality,situational and
demographic predictors of death anxiety in college students*". Essence,1, 139-146
184. **Snow,h.:** "*Cancer and the cancer proces*. Londres. Churchil.En Boyes,R. Pag:57
185. **Spielberger,Ch.D. (1971)** : "*Trait-state anxiety and motor behavior*. J. of Motor Baha.,
:265-279.
186. **Swinscow,T.D.V. (1990)** : *Estadistica primer nivel*. Edc. Salvat.. Barcelona.
187. **Tamburini M ; Filiberti A; & Col. (1989)** . "*Sychological aspects of testis cancer
therapy: a prospective study*". J Urol. Dec. 142(6). 1487-9
188. **Tate,L.A (1980)** . "*Life satisfaction and death anxiety in aaged women*," Un published
doctoral dissertation Caslifornia school of profesisional psychology at Fresno

189. Taylor, S.G., Applebaum E & Colab. (1985) . " A randomized trial of adjuvant chemotherapy in head and neck cancer". J. Clin. Oncol, 3: 672-9
190. Teillard, A. (1963) . "El alma y la escritura. tratado de grafología basado e la psicologia analitica". Paraninfo. Madrid 1974.- tendencias esenciales de l'homme. "La Graphologie" Núm. 89. Paris.
191. Telban, S.G (1980) .:" The relations hip between death anxietyu and the registered nurses 'knowledge of the hospice". Un publishead masters thesis, Pnsilvania, state University, Univesity Park.
192. Templer, D.I. (1976). *Tho factor theory of death anxiety*": A note. Essence, 2. 91-94, 345
193. Templer, D.I. & Dotson, E. (1976) : "Religioux correlates of death anxiety". Psychological reports, 26, 895-897
194. Templer, D.I., Rufl, Cf. & Franks, C.M. (1971) . "Death anxiety: age, sex, aand parenteral resemblance in diverse population" Developmental psychology, 4, 108.
195. Templer, D.I (1976) " Two factore theory of death anxiety: " a note. Essence; 2. 91-94
196. Templer, D.I. (1971): *Death anxiety as related to depression and health of retired persons. journal of gerontologie*, 4, 521-523.
197. Testud, L., Y Jacob, O. (1975). *Tratado de anatomia humana topografica con aplicaciones medico quirurgicas*, Tomo I Edt. Salvat. Barcelona.
198. Thomson, S.C. (1939) . "The history of cancer of the larynx . J. Laryngolo . Otol, 54:61
199. Thorsson, J.A.: (1977) . "Variation in death auxilty related to dollege studen's sex, major field of study and certain personality traits" Psychological reports, 40. 857-858.
200. Tucken Gr. Jr. (1974). "The anatomy of laringeal cancer con s. Otolaringol. 3:417-31
201. Vallejo Najera. J.A. (1979) . *Introducción a la Psiquiatria*. 5ª Edi. Edit. científico Médica. Barcelona. 145-161.
202. Vels, A (1983). *Diccionario de grafología y terminos psicologicos afines*. Edt- Viladran. Gerona 1972. 3 Edic. Hender. Barcelona.
203. Vels, A. (1975) . *Las bases científicas de la grafología*. 5 Edic. Luis Miracle. Barcelona.
204. Vels, A. (1987) . *La Grafología el ordenador personal*. Public. Madrid: Siglo Cultural.
205. Vigotski, L.L. (1934) . *Pensamiento Y Lenguaje*. Moscu..

206. **Villalain, J.D. (1981).** *"Fisiopatología del Gesto"*. Comunicación 1º Congreso Español de Grafología, Rev. Asociación Grafopsicologica., 5-21
207. **Warren, M.G. & Chopra, F.M (1982)** .*" Some reliability and validity considerations on Australian data from death anxiety"* Edc.. Omega, 99, 293-295.
208. **Whitaker, H.A. (1972)** : *"On the representation of language in the human brain. linguistic"* Research Inc. Edington, Canada..
209. **Whittenberg, J.L. (1980)** . *"Nurses anxiety about death and dying patients"*. unpublished Master'S Thesis, University Of Rochester, Rochester, New York.
210. **Wolf, W.:** (1984) . *"Diagrams of the inconsciens."* New York. Grune And Strattum. 3.
En Seifer, J. Pag 33-43

8. APENDICE

**8.1 EJEMPLOS DE RASGOS
DE
ANSIEDAD Y ANGUSTIA**

Nací en los Santos de Moimona
 Provincia de Badajoz me ~~g~~crié
 en el campo y me vine a Madrid
 a los veinte años e sido aquí a
 lo que me angustia de los juergas
 y a Hora He lo desde el día 25 de
 Febrero ~~d~~ me an echo cinco opera-
 ciones y no se como que clave con
 la ultima si saldre pronto o no
 de moral pues ando bien lo e toma-
 do con calma es toa vien a tenidido
~~to~~ las son muy a male medicos en
 ferreas y de mas persona y na da mas

y vino a qui el dia 5 de
 abril con un bulto en la
 garganta y de aqui me
 mandaron el 1.º de octubre
 a ~~esta~~ operarme el dia 16
 de ~~octubre~~ y a los dias 4 de
 junio ~~me~~ y cieron a ~~Stadio~~
 y ya me dijeron que ten
~~ca~~ ~~ca~~ pero el dia nos ~~te~~ con
 el ~~ca~~ que ten era en ~~ca~~
 asi es que nos quedamos
 a la espera de ~~algo~~

JOSE HERRERA JURADO

Piriqui muchos
besos de abuelo
ya estoy mejor
que tal bas en el
colegio, para ir
nos arreglar con
las vacaciones

que mojes la
faza y la pongas
que ha estado
el dia muy mal
to de la boca cheupir-
lo y no tragarlo
~~la boca~~ que
me quitaran los
padres siempre
Estare aqui esta
semana que con los
Peluseros y otros

D'angelo Antonio
Nato a Città S. Angelo P.ia Pescara
es una region muy bonita la
region abruzzo L'este e Gentile
con sus apemno central y su
playa es una ciudad moderno
y sportiva. e con una poesia di
mestro Gabriel D'Amirizio

<p>el resto de los elementos suelo durante <u>cuatro</u> horas, <u>de</u> ahí que el <u>por</u> <u>de</u> <u>lo</u> durante que <u>así</u>.</p>	<p>179</p> <p>99</p>
---	----------------------

Me da la impresión
de que ~~de~~ del ~~segundo~~ tercer
me da algo. Asteroides no es
de ventos, mas, es de la
impresión que quedan los
restos.

01.04.86 JOAQUIN FERNANDEZ BRUNDA

que me dan con frecuencia, y no se si estas enfermedades podrian ser debido a sinusitis que como pedrego, alguna visita se dariente, y este puede ser mi historial clinico.

Ahora bien: Refrento a esta enfermedad de Laringe, he de hacer constar que yo empiezo con molestias hace 13 años que ya me puse aforico y escupie sangre, esta situacion me duro 3 dias y el medico me diagnosticó rotura de un cordillo. 5 años despues me volvio a suceder lo mismo pero como ya lo habia del anterior no hice caso y ahora despues de 7 años vuelvo con las mismas y por esto cuando he acordado a Td.

Lo que paso por mi mente cuando me dijo que tenia que operarme, es para guardarlo como un secreto, yo que soy bastante pesimista y me dan una noticia de esta magnitud, ya se lo puede Td. figurar.

Una vez decidido a ser operado, le dije que el dia anterior a la intervencion, fue el peor dia de mi vida,

sea le de decir las cosas como las siento, y si en alguna cosa pudiera haber cometido error es debido a mi escasa preparacion intelectual y formacion cultural.

con afectuoso saludo



Habituación 508

pues yo nunca sentí molestias
 en la lengua ni en la garganta
 esto empezó ~~después~~ como si tuviera
 florangitas y ~~otras~~ ~~otras~~ fotosis
 de garganta. yo pensé que sería
 por el agua ~~que~~ fría que casi
 siempre es como la bebida.

~~Creo que el tabaco que
 fumaba pues una cafetilla
 pero no todos los días ~~pero~~.
 Yo no fumo desde desde Emero
 y sobre esto nunca fue nada
 sobre este particular ya
 antes nunca estube a fonico~~

Mucha atencion

Apreteados o mejor dicho.

Equipo como VDS. Saben el dia

13. es San Antonio / o sea mi santo

Si VDS me lo aceptan les invito
a tomar unos conejetos al aji-
llo antes de comer en un Bar
que ademas les gustara por sus
calidades entoda lo que proponen.

me gustaria que me aceptaran

esta pequena invitacion ademas
que el Dueño de dicho Bar es el

compañero de casa y le gustaria

verlos por alli el Bar esta.

en la C/ Lope de Rueda 35 -

Solo nos queda La Monteria

conectar ahora

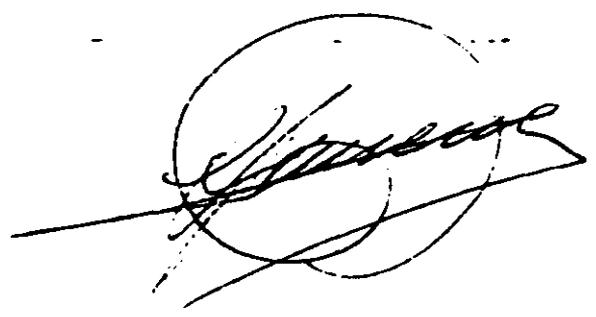
ANTONINO ARRAR RONGEO

Enfermedad. No figura que es un
Tumor Karinjac

El primer doctor que me lo
vio dijo que seguramente perder
la voz pero que me tenía
que operar.

Como era muchas la
motestia que tenía creí que
podría ser quirotoncú de gto
en mano de usteca, se dio

hasta tengo motestia pero
ya se está curando.



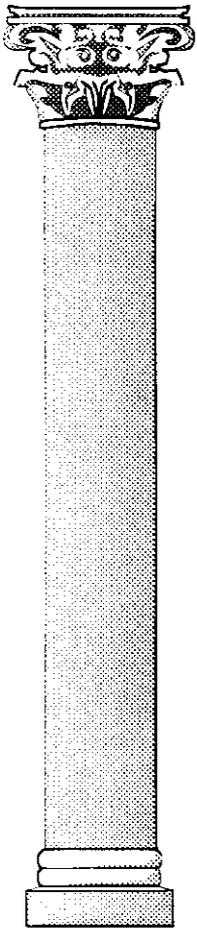
Madrid 23-5-86 Reyax
ANTOR

En primer lugar perdome por las faltas
 de ortografía por falta de no a ter
 sido ~~de~~ a la Escuela de Pequeño por que
 muy Pachis me a proechaban para otros
 cosas por Ejemplo me mandaban con
 el Ganso y poco que a prude fue a -
 qui en Madrid que me vive a los 14 -
 años por que allí lle esta tanto lo que
 hizo a ser ~~me~~ un campo y nada mas
 y en Madrid por lo mismo aha al
 guerra pro. baholas de ser algo mas y
la que estoy un coloque de

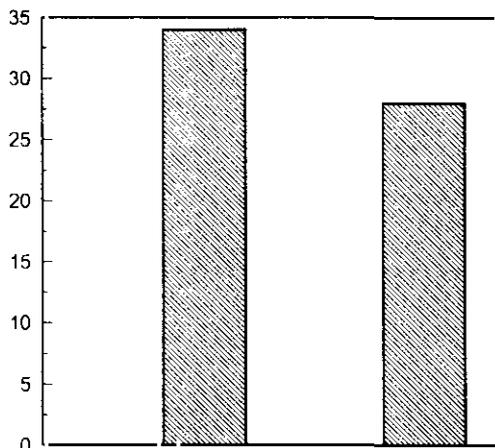
por que al cabo de 5 meses
 lle esta bien y dando gracias a Dios
 que voi despacio pero no parece que -
 voi peor asi que puedo darne por
 conforme esto muy contento con
 los Medicos y estar fuerte como un bue
 con unigo y con todo el personal
 asi que tengo ganas de que venga
 el dia que me digan marchate a -
 fuera me parece un tira llo
 creo que todo llega pero Torda

8.2 GRAFICOS ESTADISTICOS

VARIABLES: SEXO ACTIVIDAD LABORAL

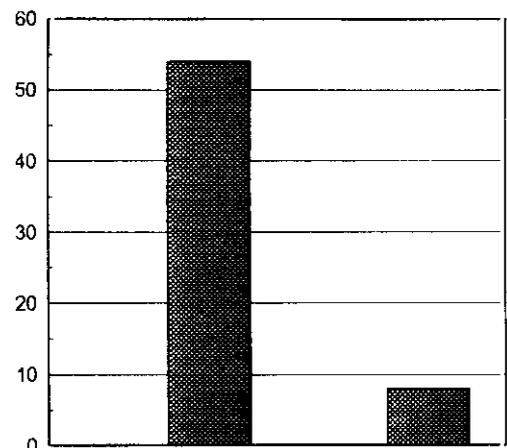


ACTIVIDAD LABORAL



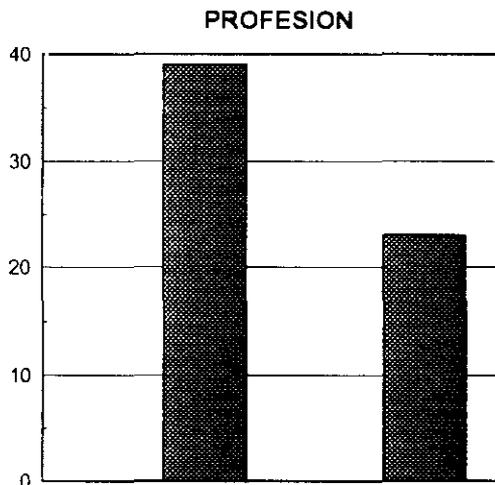
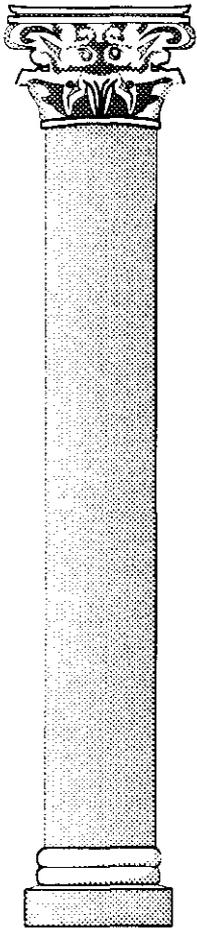
ACTIVOS	INACTIVOS
34	28

SEXO

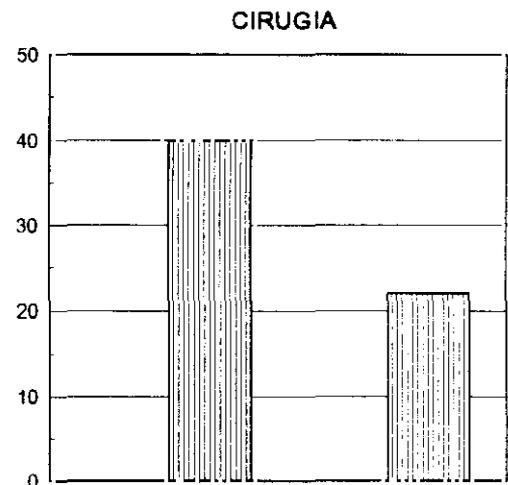


VARONES	MUJERES
54	8

VARIABLES: PROFESION TIPO DE CIRUGIA

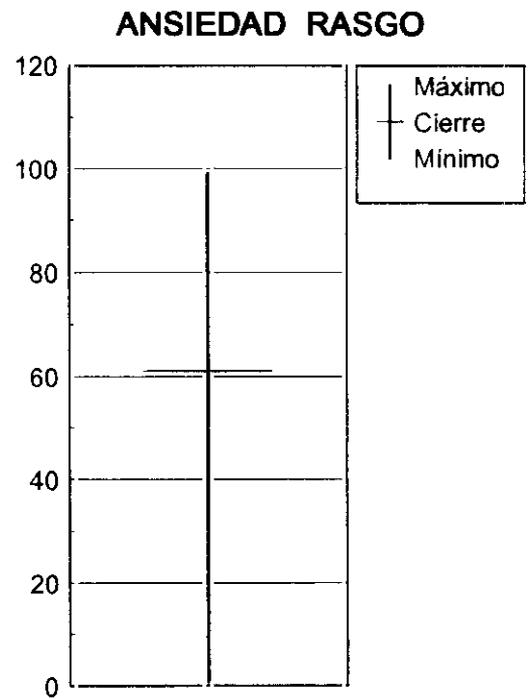
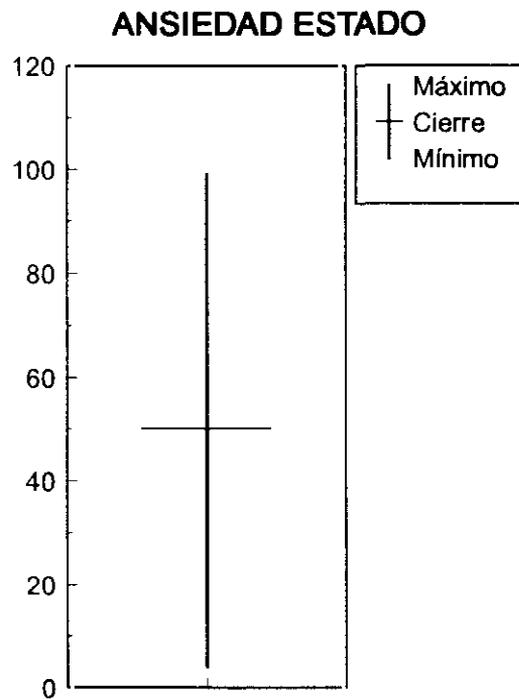
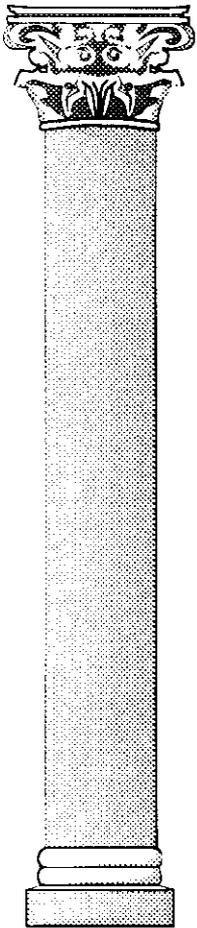


MILITARES	CIVILES
39	23

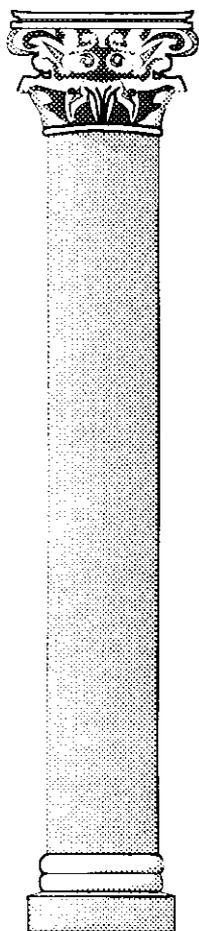


PARCIAL	TOTAL
40	22

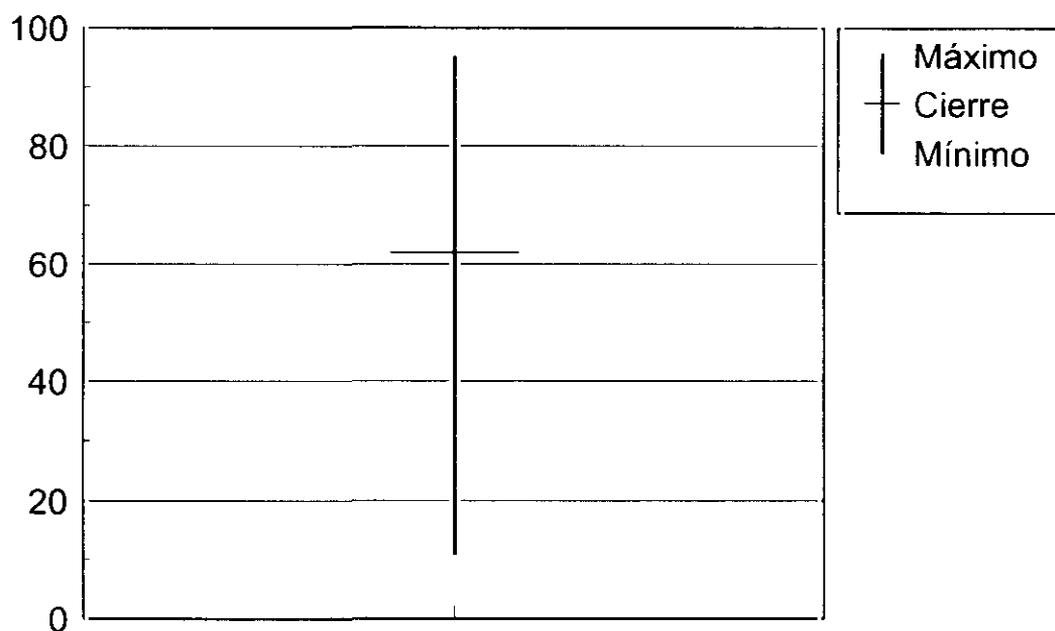
VARIABLE: MEDIAS ESTADISTICAS



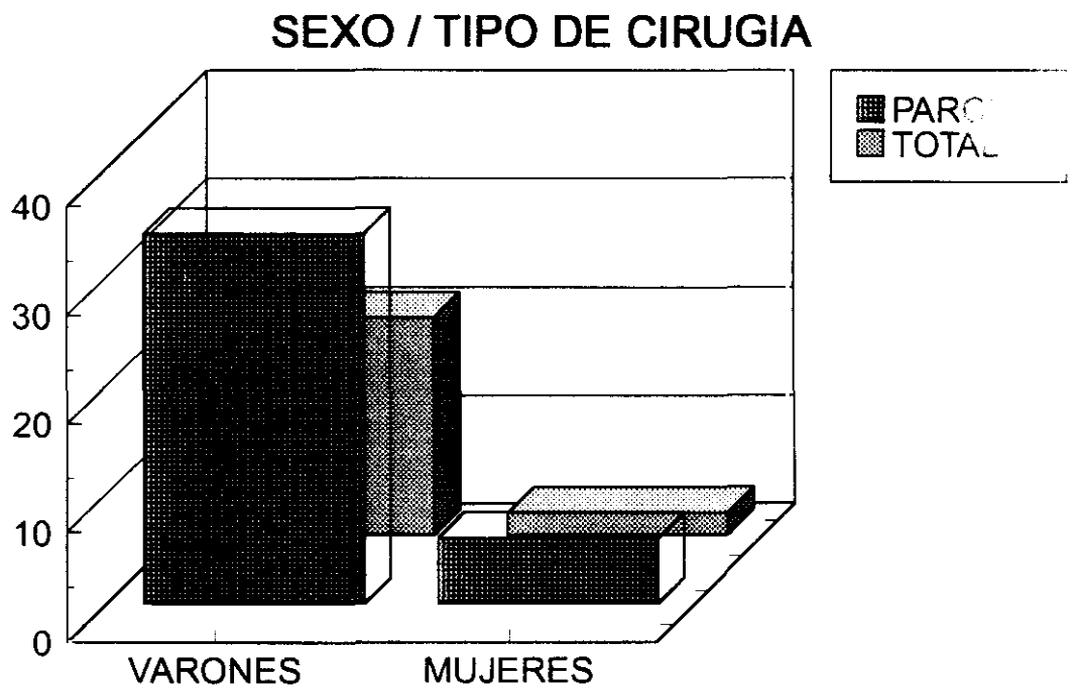
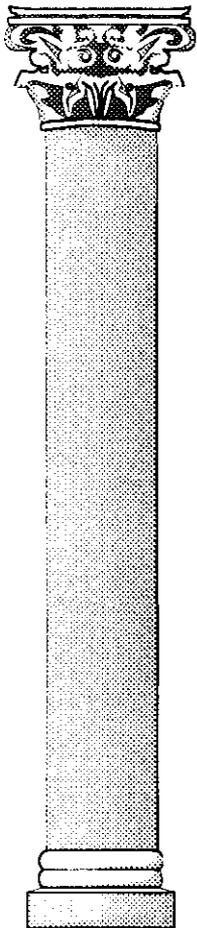
VARIABLE: MEDIA ESTADISTICA



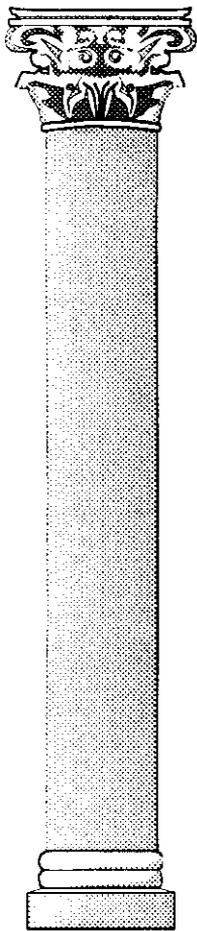
GRAFOLOGIA



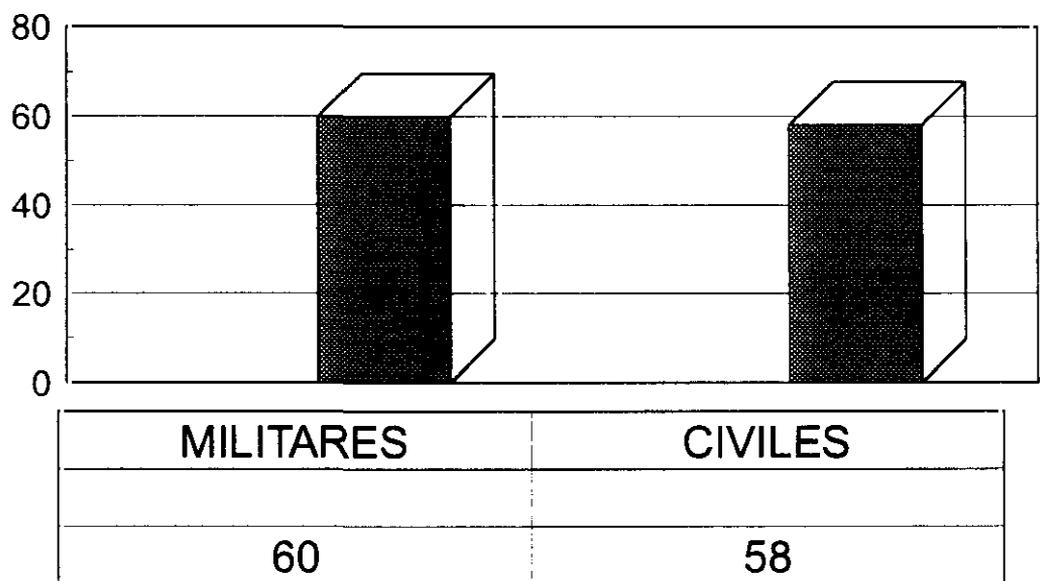
ESTUDIO COMPARATIVO



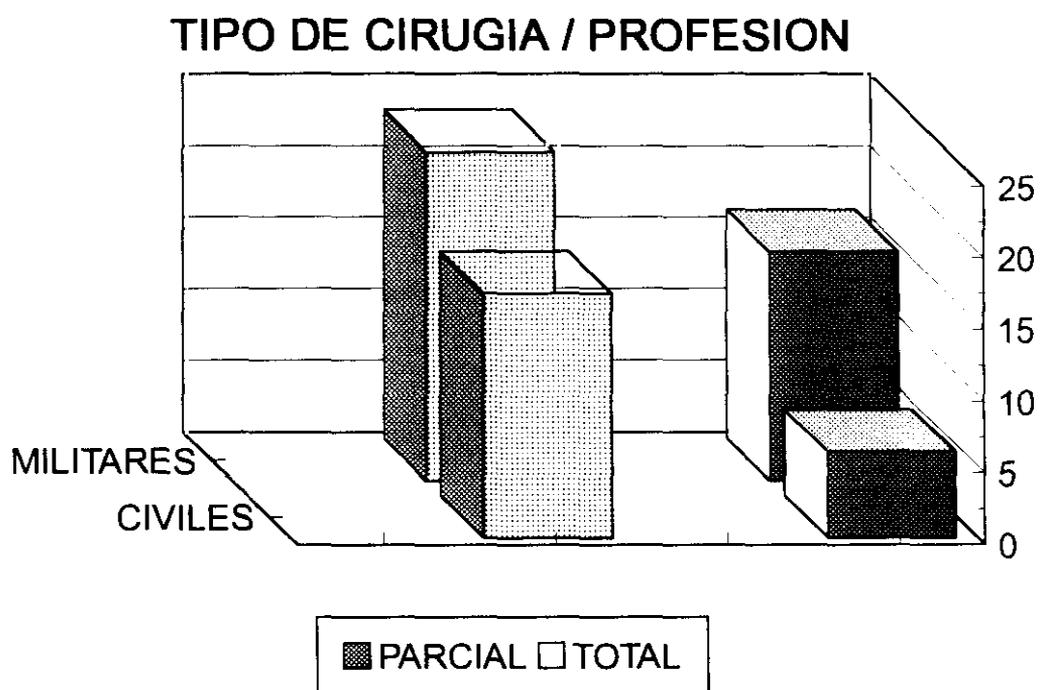
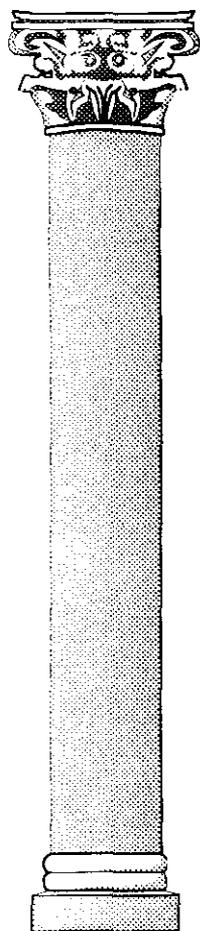
ESTUDIOS COMPARATIVOS



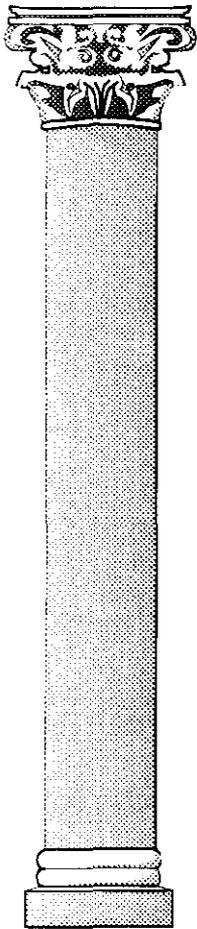
**EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES
EN RELACION A SU PROFESION**



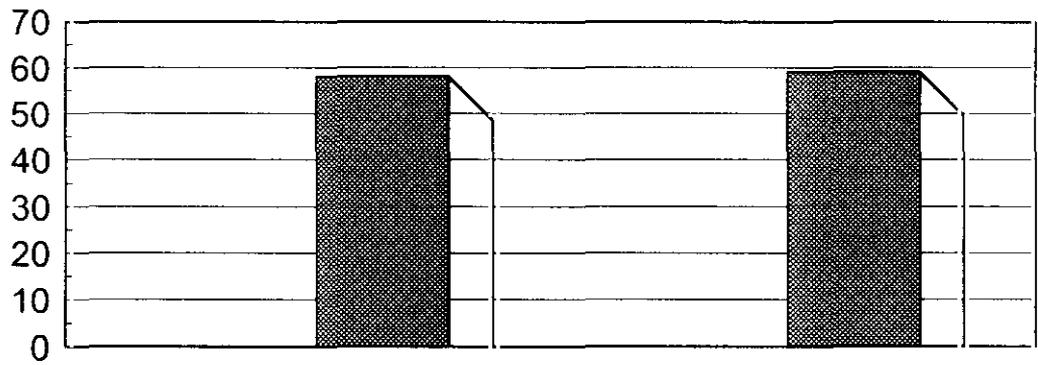
ESTUDIO COMPARATIVO



ESTUDIOS COMPARATIVOS

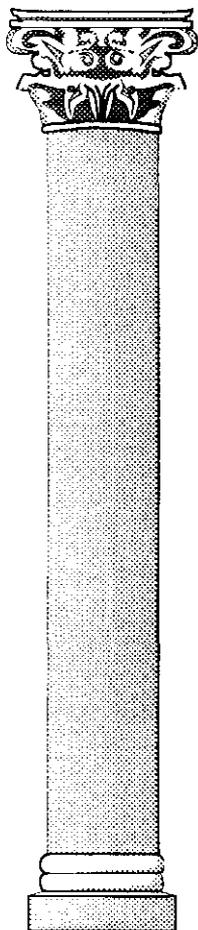


ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EDAD DEL PACIENTE Y TIPO DE CIRUGIA



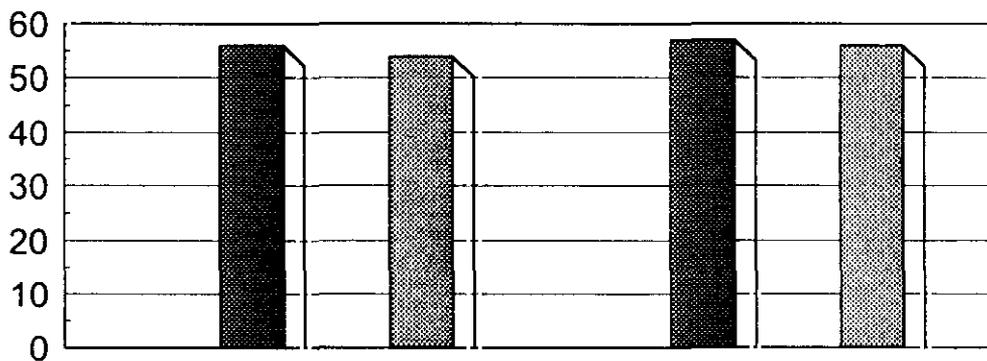
C. TOTAL	C. PARCIAL
58	59

ESTUDIOS COMPARATIVOS



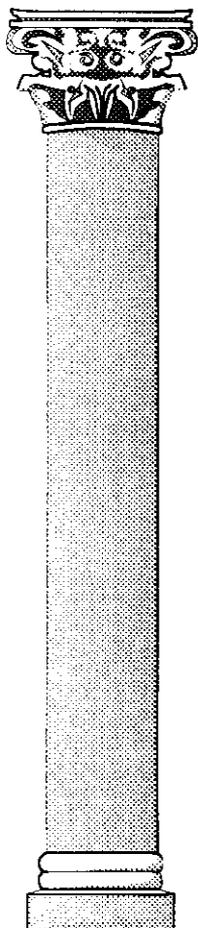
COMPARACION

NIVELES DE A. RASGO Y TIPO DE CIRUGIA
 NIVELES DE A. ESTADO Y TIPO DE CIRUGIA

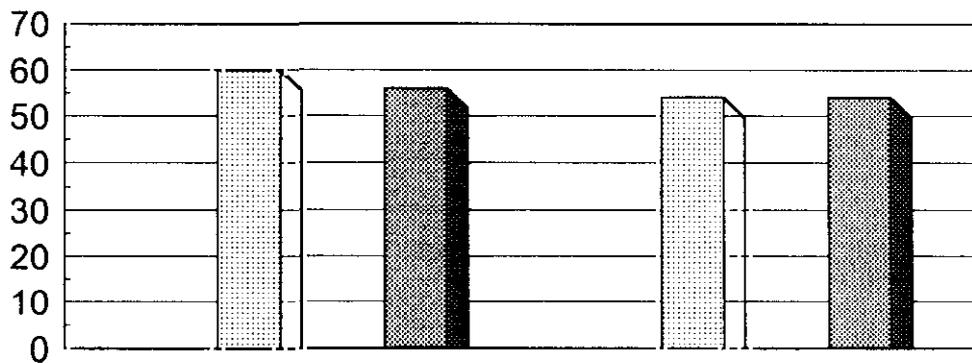


	C. PARCIAL	C. TOTAL
A/E	56	57
A/R	54	56

ESTUDIOS COMPARATIVOS

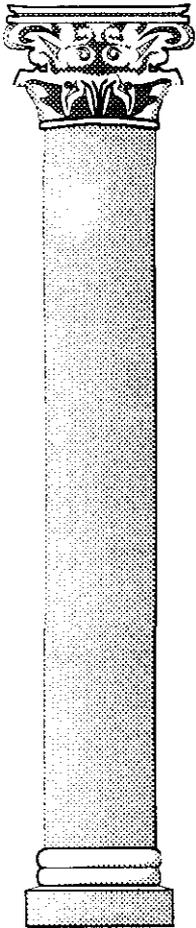


ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS NIVELES MEDIOS DE A. ESTADO Y A. RASGO ENTRE CIVILES Y MILITARES

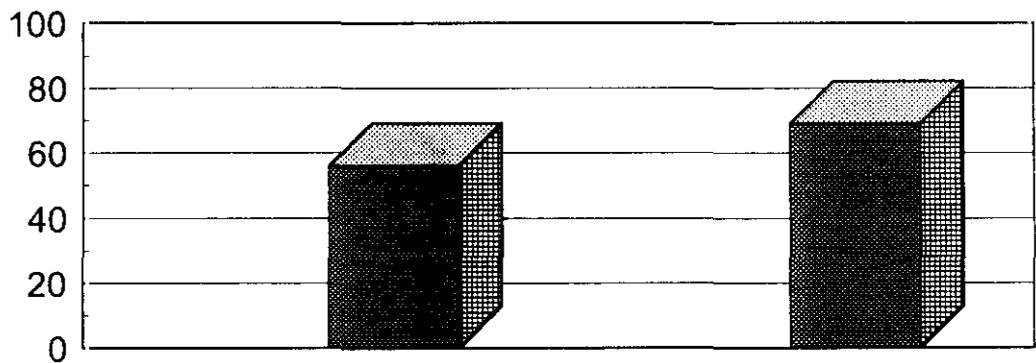


	CIVILES	MILITARES
A/E	60	54
A/R	56	54

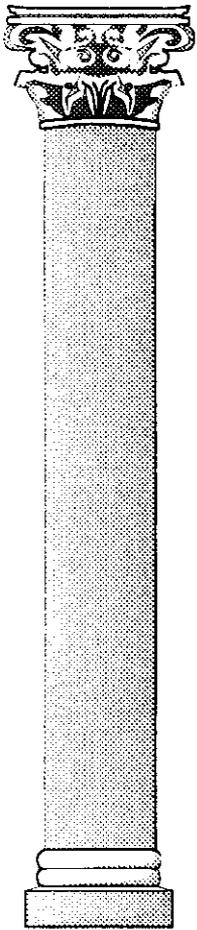
ESTUDIOS COMPARATIVOS



**MEDIA ESTADISTICA DE ANSIEDAD
ENTRE VARONES Y MUJERES
TEST GRAFOLOGICO**

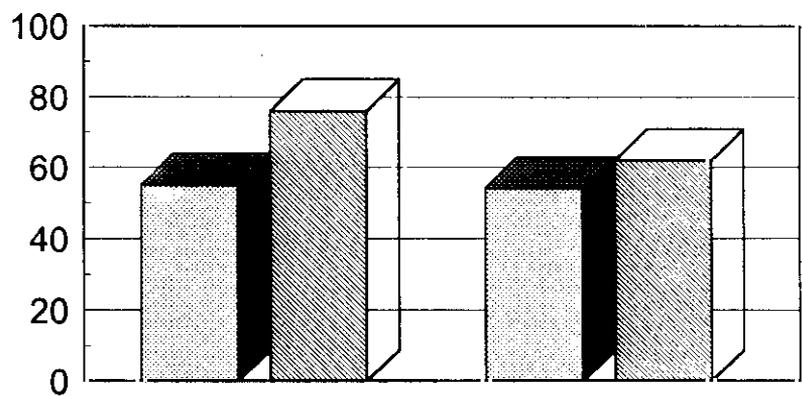


VARONES	MUJERES
56	69



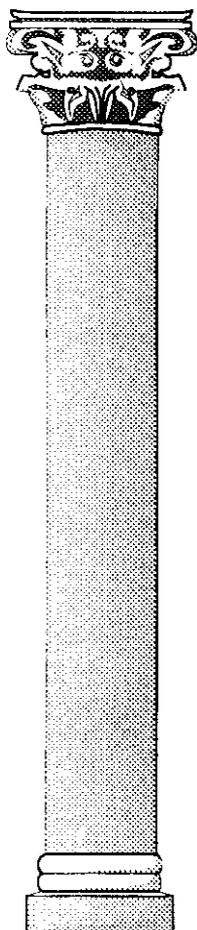
ESTUDIOS COMPARATIVOS

COMPARACION ANSIEDAD RASGO/ESTADO HOMBRES Y MUJERES

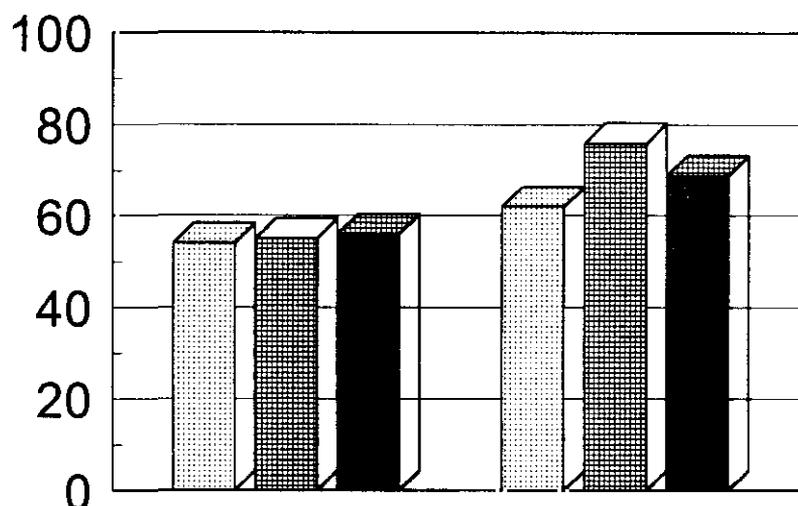


	A.ESTADO	A.RASGO
VARONES 	55	54
MUJERES 	76	62

ESTUDIOS COMPARATIVOS

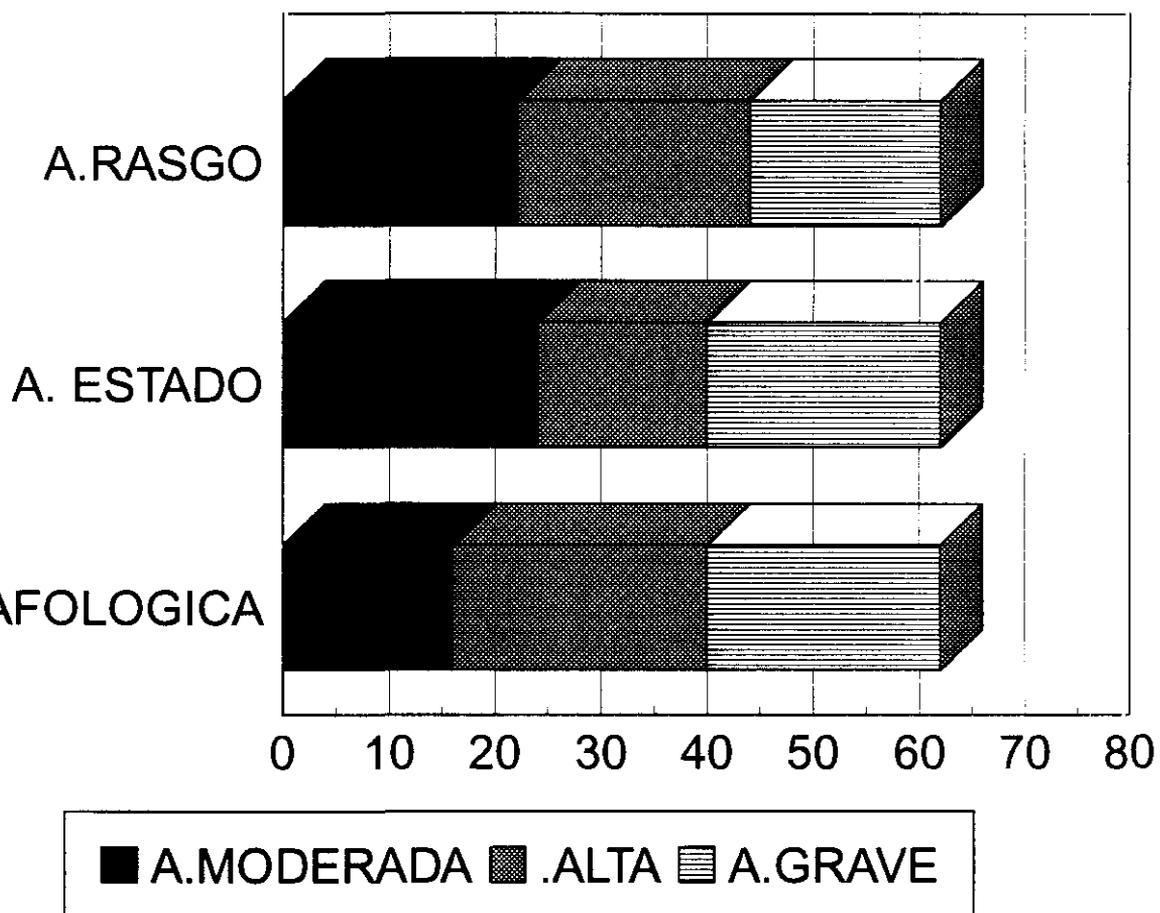
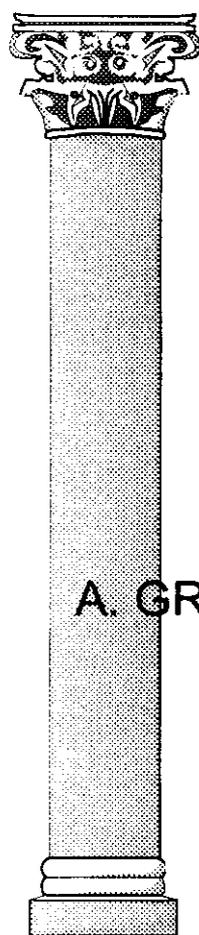


COMPARACION ENTRE SEXOS ANSIEDAD ESTADO, ANSIEDAD RASGO ANSIEDAD GRAFOLOGICA.



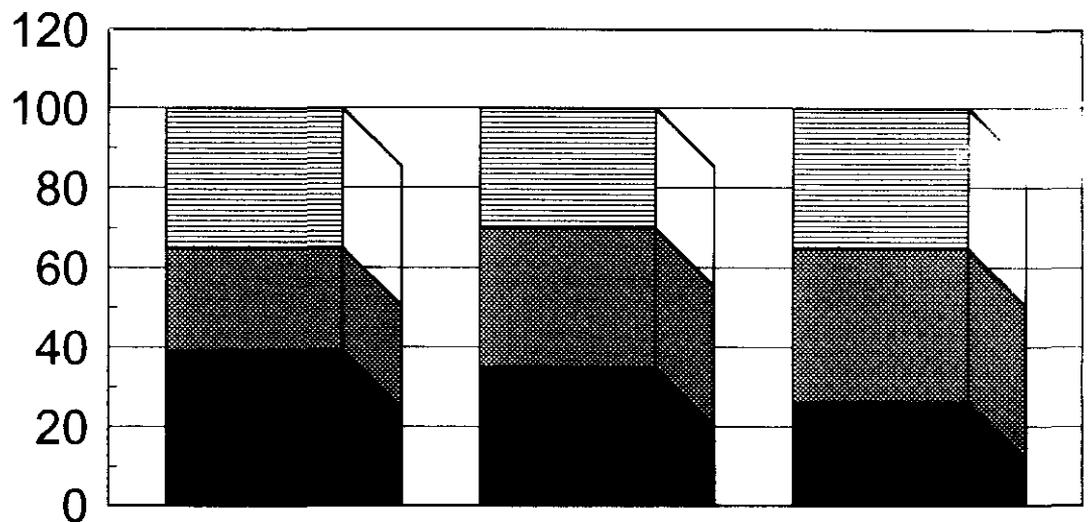
	VARONES	MUJERES
A/R	54	62
A/E	55	76
A/G	56	69

ESTUDIO COMPARATIVO



ESTUDIO COMPARATIVO

NIVELES DE ANSIEDAD PORCENTUALMENTE



	A. RASGO	A. ESTADO	A. GRAFOLOGICA
A. MODERADA	39	35	26
A. ALTA	26	35	39
A. GRAVE	35	30	35

VERIFICADA EN EL DIA DE HOY LA MENCIONADA TITULADA

TITULADA Estudio de la Sarcoidosis

con la asistencia de la Licenciada Srta. Josefa

DE LA QUE ES ALUMNA María Luisa

Colado

OBTUVO POR ~~ENCARGO~~ LA CALIFICACION DE Opto. Bueno

Madrid, 29 de 1 de 1925

El Presidente,

(Signature)

El Vocal,

(Signature)

El Vocal,

(Signature)

El Vocal,

(Signature)

El Vocal Secretario,

(Signature)