

320825

55  
24

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO  
PLANTEL TLALPAN  
ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"Estados depresivos de pacientes con cáncer de tiroides  
en distintas fases quirúrgicas."

T E S I S

Para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Que presenta:

SONIA PATRICIA ROSALES VAZQUEZ GIL

Director: Maestro Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez

Revisor: Maestro José Manuel Pérez y Fariás

México D. F.

1993.

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

Página

## Marco Teórico

### Capítulo I

1.1. Antecedentes del constructo de depresión.	2
1.2. Algunos conceptos actuales de depresión.	7
1.3. Psicogénesis y psicopatología de pacientes deprimidos	11
1.4. Sintomatología de la depresión.	14
1.4.1. Transtornos afectivos.	16
1.4.2. Transtornos intelectuales.	16
1.4.3. Transtornos conductuales.	17
1.4.4. Transtornos somáticos.	18
1.5. Algunas clasificaciones realizadas en torno a la depresión	20
1.6. Diversas posturas para evaluar la depresión mayor en pacientes médicamente enfermos.	23
1.6.1. La postura inclusiva	25
1.6.2. La postura etiológica	25
1.6.3. La postura sustitutiva.	26
1.6.4. La postura exclusiva.	27
1.7. Aspectos psicológicos de la depresión.	28
1.7.1. Estados emocionales	29
1.8. Teoría de la crisis	31
1.9. Componentes de una situación en crisis.	34
1.9.1. Perfil de la personalidad C.A.S.I.C. en una situación en crisis	35

- 1.10. La población médicamente enferma.-Pacientes con cáncer de tiroides.
- 1.11. Aspectos psicológicos de una situación en crisis.
- 1.12. Tres modelos de enfrentamiento en situaciones en crisis.
- 1.13. Escalas para medir la depresión.
  - 1.13.1. Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI)
  - 1.13.2. La escala de autoevaluación de Zung para depresión.
  - 1.13.3. El Inventario para depresión de Beck.
    - 1.13.3.1. Principales características del desarrollo del Inventario de Beck.
- 1.14. La glándula tiroides.
  - 1.14.2. Estudios psicológicos con pacientes con una hipofunción tiroidea.
- 1.15. El cáncer.
  - 1.15.1. Algunos conceptos del cáncer.
  - 1.15.2. Proceso de evolución del cáncer.
  - 1.15.3. Cáncer de tiroides.
  - 1.15.4. Tratamiento selectivo en el cáncer de tiroides: la cirugía.

## Metodología

### Capítulo II

- 2.1. Problema
- 2.2. Objetivo general
- 2.3. Objetivos específicos
- 2.4. Hipótesis.

2.5. Variables Dependientes e Independientes

2.6. Definiciones conceptuales y operacionales de Variables.

2.7. Población.

2.8. Muestra.

2.9. Tipo de muestreo.

2.10. Tipo de investigación.

2.11. Diseño

2.12. Instrumento.

2.13. Procedimiento

2.14. Análisis estadístico de datos y pruebas  
estadísticas

Resultados

Capítulo III

Discusión y conclusiones

Capítulo IV.

4.1. Alcances limitaciones y sugerencias.

Bibliografía.

Anexos.

Inventario de depresión de Beck.

Hoja de datos demográficos.

Hoja de datos patológicos/familiares

MARCO TEORICO  
CAPITULO I

## 1.1. ANTECEDENTES DEL CONSTRUCTO DE DEPRESION

Con la finalidad de complementar la presente investigación, se expondrán los principales antecedentes que hasta la fecha se tienen acerca del constructo "depresión".

La cronología de estos hechos se ha realizado en base a una breve revisión bibliográfica que se efectuó paralelamente al enfoque de la presente investigación.

El vocablo "depressio" proviene del latín que significa "hundimiento", sin embargo no es sino hasta la época greco-romana en que el sinónimo utilizado para describir cuadros patológicos que se definían como melancolía.

Hacia el siglo IV A. C. Hipócrates (citado en Hill, 1970) afirmaba, desde un punto de vista médico, que los problemas que actualmente consideramos como trastornos psiquiátricos, se encontraban relacionados con los cuatro humores corporales que son : sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Así mismo reconocía la existencia de la depresión y señalaba que la melancolía era ocasionada por bilis negra.

Areteo de Cappadocia, aproximadamente en el siglo II A. C. (citado en Hill, 1970), en el campo médico, publican su libro "Enfermedades agudas y crónicas" hablaba de la manía y de la melancolía como problemas médicos.

Soranos de Ephesus, (citado en Hill,1970), en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritación y en algunos ocasiones, jovialidad. Los trabajos de Soranos han llegado hasta nuestros días gracias a la versión latina de Caelius Aurelianus (Siglo V D. de C.).

En la Biblia desde un punto de vista teológico, en el Antiguo Testamento en el Libro de Job, se encuentra una descripción sintomatológica de lo que hoy se conoce como "depresión". De la misma manera en el Libro de Reyes se describe un tratamiento para sacar de un estado depresivo al Rey Salomón, además de describir lo que éste pedía para no sentirse deprimido.

En la Edad Media, desde un punto de vista filosófico y teológico, Santo Tomás de Aquino (citado en Ackernelch, 1959; Calderón,1987), hace referencia a que "la melancolía era producida por demonios y fuerzas astrales."

Aproximadamente hacia 1630, Burton (citado en Ackernelch,1959 Calderón 1987) publicó un tratado titulado "Anatomía de la Melancolía", la cual años más tarde formaría parte de los pilares para la base de la clasificación de los estados depresivos.



En el siglo XIX, Pinel, realizó una descripción del pensamiento de los pacientes melancólicos afirmando que éste se encontraba centrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas generalmente se encontraban alteradas, lo cual podía inducir al suicidio.

Hacia 1863 Kahlbaum (citado en Mendels, 1982) añadió el concepto de ciclotimia.

En 1921, Kraepelin denominado el padre de la Psiquiatría, añade el término de "psicosis maniaco-depresiva" en el cual incluía "todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, una gran parte de los estados morbosos designados con el nombre de melancolía y también ciertos casos de locura". (Citado en Caso, 1984). De la misma manera, Kraepelin describió la severidad del cuadro depresivo de acuerdo a los siguientes grupos:

1. Melancolía simple.
2. Forma estupurosa.
3. Melancolía gravis.
4. Melancolía paranoide.
5. Melancolía fantástica.
6. Melancolía con delirio.

Lange hacia 1928 (citado en Mendels, 1982), expuso que además de la enfermedad maniaco-depresiva y de las depresiones exó-

genas podían existir formas mixtas ya fuera con componentes dominantes, endógenos o exógenos. Resaltó un nuevo concepto dentro de este cuadro, el de los reactivos, de los cuales hace referencia al grupo de depresiones endógenas desencadenadas por ciertas causas ambientales.

En 1929, Gillipsie (citado por Mendels, 1982) en base a un estudio con enfermos depresivos propuso tres grupos para clasificar la depresión que son:

1. Depresión reactiva.
2. Depresión autónoma.
3. Depresión involutiva.

Hempel en 1937 (citado en Mendels, 1982) dió el nombre de depresión distónico-vegetativa al conjunto de síntomas que además del cuadro depresivo, presentaban una intensa participación de síntomas vegetativos.

Por otro lado Shick, en 1947 (citado en Mendels, 1982), describió una forma somática de la depresión en la cual estos síntomas predominaban en forma abrumadora.

Arieti (1959) cita que la enfermedad maniaco depresiva se ha clasificado como funcional por la American Psychological Association. Lo cual quiere decir que sea, cual fuere la causalidad compleja del desorden, es la forma particular de funcionamiento (o actuación) con su contenido lo que consti-

tuye la esencia predominante (pero no exclusiva) del trastorno y conduce a repercusiones de tipo secundario, tanto orgánicas como funcionales"(citado en Mendels, 1982).

En 1959, Gutheil (citado en Mendels,1982) define la depresión reactiva como " un sentimiento agudo de desaliento y tristeza de intensidad y duración variables. Como el mismo nombre lo indica, no se trata de una enfermedad, sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Es la respuesta subjetiva en grado sumo, lo que deprime a uno, puede no afectar para nada a otros. El problema de la depresión reactiva se relaciona en cierta manera con el dolor el duelo y la tristeza de la vida cotidiana."

En México encontramos que en la época prehispánica, Martín de la Cruz observó también este trastorno y escribió un tratado titulado "Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis", aproximadamente en 1552. En este tratado describió el trastorno depresivo denominándolo Sangre Negra y proporcionó un tratamiento conocido como "Remedio para la Sangre Negra (Negri regri remedium sanguinis), término común del cuadro en la Europa del siglo XVI. (Calderón,1965; Caso,1984).

Por ser la depresión un síndrome que ha acompañado a la humanidad desde el inicio de su desarrollo sería interesante lograr un resumen bibliográfico de ella, a través del tiempo,

pero esto no es posible ya que no ha sido conceptualizado siempre de la misma forma.

### 1.2. ALGUNOS CONCEPTOS ACTUALES DE DEPRESION

Para proporcionar y expresar una adecuada definición de este término, es necesario mencionar en forma breve algunos de los factores que han dado lugar a una complejidad y dificultad para su definición.

Uno de los factores que dificulta la comprensión de este vocablo es la percepción subjetiva, personal y afectiva que cada corriente psicológica o psiquiátrica le da.

Mendels (1982) confirma lo anterior de la siguiente manera: "cada psicólogo y cada psiquiatra tiene su propio modo particular de entender estos términos (se refiere a la clasificación de la depresión) y aplica sus propias definiciones (a veces malamente articuladas). De resultas de ello, es baja la proporción de concordancia entre los médicos sobre el diagnóstico de un paciente en particular." (p.57)

Este término tiene una aplicación diferente en los campos científicos. Es así como Freedman y Kaplan (1980) hacen mención del significado diferente que tiene este término en algunas áreas como lo son las ciencias bioquímicas.

Por ejemplo para el neurofisiólogo el término depresión se refiere a cualquier decremento en la actividad electrofisiolo-

lógica como lo es la depresión cortical.

Mientras que para el farmacologista implica el efecto de las drogas que deprimen la actividad de cualquier órgano y es así como los depresores del sistema nervioso central incluyen drogas tales como barbitúricos y anestésicos que disminuyen las respuestas al estímulo de producir sueño o coma.

Para el psiquiatra, el término depresión cubre un amplio rango de cambio en los estados emocionales. Este rango puede ir desde fluctuaciones leves a severas en la conducta de la vida diaria del paciente llegando hasta episodios psicóticos severos.

Caso (1984) proporciona el siguiente concepto: " la depresión puede definirse como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas cardinales primarios:

- a) Humor esencialmente depresivo.
- b) Dificultad para pensar. (Inhibición de la ideación)
- c) Retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o angustia y agitación.
- d) Transtornos somáticos diversos: los principales son los trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o despertar temprano) y trastornos del apetito. También son frecuentes las cefáleas. El enfermo se siente solo, llora fácilmente, el mismo dice que ha perdido el interés y el entusiasmo. Los pensamientos son pobres. La indeci-

sión domina al pensamiento y provoca ansiedad. Los enfermos se quejan de dificultad para concentrarse y de que su iniciativa se encuentra inhibida. Se cansan fácilmente."

Cabe hacer mención que Caso et al (1984) han realizado sus observaciones como psiquiatras en La Antigua Castañeda y en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en la Ciudad de México.

Redlich y Freedman (1966) (citado en Mendels, 1982) escribieron: Desde Freud, se da por supuesto con cierta convicción que las depresiones son debidas a separaciones.

Sin embargo estos autores argumentan que las pérdidas y las separaciones que acontecen precosmente en la vida causan depresiones infantiles y predisponen a un individuo a la depresión en su vida adulta, misma que puede "salir a flote" por el estímulo traumático de relativa importancia.

Pollit (1965) (citado en Mendels, 1982) describe una serie de rasgos clínicos para expresar lo que llamo una Alteración Depresiva Funcional cuyos síntomas son: despertar precoz síntomas más agudos por la madrugada, pérdida del apetito y peso, pérdida del deseo sexual, estreñimiento, expresión facial emotiva limitada, incapacidad para el llanto, sequedad de la boca y piel y frialdad en las extremidades. Así mismo propuso que los pacientes se clasificaran de acuerdo con la presencia de síntomas físicos (somática o tipo S) o ausencia de los

mismos (justificada o tipo J). Aquellos pacientes que se caracterizaron por la presencia de los síntomas anteriores manifestarían una "depresión fisiológica" o Tipo S. El tipo J de depresión según cree, es en su esencia una tensión psicológica comprensible en los términos de la situación del paciente.

Se aprecia que Pollit no tomaba en cuenta la manifestación de cualquier otra enfermedad física. Por lo que la afirmación de la presencia o de la ausencia de rasgos somáticos puede ser usada como criterio para clasificar la depresión, pero parece que esta conceptualización no está fundamentada en la realidad.

Freud (1917) concluía su definición de la siguiente forma: "la depresión es un proceso narcicista dirigido hacia el interior en vez de estarlo hacia el exterior; marcado por un carácter sado masoquista y una dependencia oral exagerada."

Freud y otros psicoanalistas trataron de explicar el porqué unas personas son más propensas a la depresión que otras. Por lo cual Freud estableció que los pacientes deprimidos se caracterizan por manifestar una baja autoestima, un fuerte super-ego y sus relaciones personales son dependientes y pose-sivas, además de tener una capacidad muy limitada para madurar y fortalecer sus relaciones objetales.

A pesar de estas observaciones, no ha sido posible encontrar un rasgo de personalidad o una constelación esquemática específica que pueda considerarse como un síntoma de predisposición a la depresión".

### 1.3. PSICOGENESIS Y PSICOPATOLOGIA DE PACIENTES

#### DEPRIMIDOS

Todos los seres humanos con cualquier patrón de personalidad pueden volverse depresivos bajo circunstancias especiales, a pesar de que ciertos rasgos de personalidad como lo son: la dependencia oral, la obsesiva-compulsiva y la histérica parecen ser las que tienen más riesgo de padecer una depresión.

Contrario a estos patrones de rasgos de personalidad se encuentran otros como lo son: rasgos de la personalidad paranoide, la personalidad anti-social y algunos otros tipos que utilizan la proyección u otros mecanismos de defensa exteriorizantes que parecen ser menos propensos a la depresión.

En forma similar no ha sido posible identificar un factor psicodinámico único como lo podría ser la pérdida de la estabilidad o la estilidad vuelta a sí mismo como mecanismo central y único en la psicogénesis de la depresión.

Por otra parte entre los enfoques cognitivos de la psicopato-



logía cabe a mencionar a Beck (1957) con sus investigaciones acerca de la depresión.

Este autor, en cuanto a su definición sintomatológica de los pacientes deprimidos aporta lo siguiente: "las personas propensas a la depresión tienen poca o baja auto estima y tienden a la dependencia oral. Como característica de personalidad del síndrome depresivo establece, entre otras causas, una pérdida o agresión para sí mismas; además existe una alteración previa en pensar que causa precisamente el desarrollo de la depresión, es decir, las respuestas afectivas se determinan en la forma que un individuo estructura de sus experiencias. De esta suerte, si la conceptualización de una situación que un individuo posee un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desafortunadamente que corresponde a aquella." (Beck, 1961)

Beck observó que cada persona posee un marco o norma de pensar y esto determina las respuestas del individuo a las diferentes situaciones, estableciendo que las personas que se encuentran predispuestas a la depresión o que la desarrollan, presentan esquemas relacionados con la depreciación de sí mismos." (citado en Mendels, 1982)

Este mismo autor planteó una hipótesis central de la siguiente manera: "Al realizar un estudio sobre los factores psicodinámicos de la depresión, creí que era necesario satisfacer

dos prerequisites. Primero: Debería ser posible aislar una constelación o constructo psicodinámico particular que tuviera alguna relación significativa con la depresión pero no con otros síntomas. Segundo: Debería ser posible desarrollar métodos para identificar mediante el material clínico, los referentes a este constructo" (Beck, 1967 p.169)

La hipótesis de Beck ha sido comprobada plenamente según afirma González (1987), mediante una serie de estudios llevados a cabo por él y sus colaboradores entre 1961 y 1976. Los resultados de estas investigaciones apoyan la idea de que la depresión se desarrolla y mantiene en un autoconcepto y representación negativa de sí mismo. González (1987) plantea que cuando estas constelaciones cognitivas se hacen estables el sujeto se instala en la depresión. Una vez que se ha formado un concepto de sí mismo, determinado por sus experiencias, actitudes y opiniones de los demás su auto imagen influye en las experiencias posteriores como la profecía que se cumple a sí misma.

Si se considera inepto se comportará de acuerdo a esta idea y ante las dificultades de una tarea la abandonará, reforzando así su concepto negativo hasta convertir esa idea en parte de su auto-esquema corporal. La configuración de su autoconcepto presenta en los depresivos la inferencia de conclusiones inexactas de hechos triviales: GENERALIZACIONES excesivas de un

solo hecho irrelevante como un pequeño tropiezo interpersonal que le lleve a pensar "nunca seré capaz de tratar a la gente como es debido" y EXAGERACIONES cuando interpretan cualquier incidente de manera tan desproporcionada que raya en el ridículo.

Beck y Shaw (1981) describen cómo los pacientes depresivos distorcionan la percepción de los hechos de la siguiente manera: "Mal interpretaban acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal; tendían a exagerar mucho o a generalizar cualquier hecho que tuviera alguna semejanza de información negativa suya; también tendían a continuar haciendo predicciones indiscriminadas y negativas del futuro. Es importante recalcar que las cogniciones de las personas deprimidas reflejan una INCLINACION SISTEMATICA contra sí mismo. Lo más apropiado es llamar DISTORCION NEGATIVA al describir el pensamiento de los deprimidos, porque dan excesivo énfasis en los datos negativos hasta casi excluir los positivos."

#### 1.4. SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION

Cuando un ser humano se encuentra ante situaciones que considera "desfavorables" su conducta en general se acompaña por sentimientos de: tristeza, frustración y desilusión. Se ha

considerado antes de establecer la sintomatología de la depresión, distinguir entre las conductas "normales" del estado de ánimo y la psicopatología clínica.

Actualmente médicos e investigadores no están totalmente de acuerdo de cómo establecer el rango entre los diferentes desórdenes del estado de ánimo (antes considerados como desórdenes afectivos), para que sean diagnosticados psicopatológicamente, al respecto Freedman y Kaplan (1980) mencionan: "El límite entre el estado normal y las depresiones anormales permanece indefinido..."

Se considera importante mencionar lo anterior ya que se puede deducir que por lo tanto la sintomatología de la depresión no se encuentra dentro el rango adecuado.

Por lo que probablemente este problema tenga su raíz en las formas medias o medianas de la depresión que se ven alteradas por la manera de reconocerse y diagnosticarse en las diferentes áreas interdisciplinarias como lo son la psiquiatría y la psicología.

Calderón (1987) menciona que "el cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables, por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo."

Y para facilitar la identificación de diferentes cuadros depresivos divide los síntomas en cuatro grupos:

- a) Transtornos afectivos
- b) Transtornos intelectuales
- c) Transtornos conductuales
- d) Transtornos somáticos

#### 1.4.1. TRANSTORNOS AFECTIVOS

Considera a todas aquellas alteraciones del estado de ánimo que produce perturbaciones en el pensamiento y de la conducta ,entre las principales encontramos:

1. Indiferencia afectiva.- La cual se manifiesta por una disminución de intereses vitales.
2. Inseguridad.- La cual se manifiesta por la dificultad para tomar decisiones.
3. Tristeza.- Puede ser con o sin tendencia al llanto. Ausente en las depresiones "sonrientes".
4. Pesimismo.- Se manifiesta por un enfoque vital derrotista, da origen a dependencia familiar.
5. Miedo.- Puede ser específico o indiferenciado, en ocasiones absurdo (por ejemplo miedo a bañarse)
6. Ansiedad.- Se manifiesta más intensa en la mañana, puede ser confundida con síntomas depresivos.

#### 1.4.2. TRANSTORNOS INTELECTUALES

Las funciones intelectuales son las más afectadas en el cua-

dro clínico de la depresión. Los síntomas alterados en la esfera intelectual son:

1. Sensopercepción disminuída.- Se manifiesta por una mala captación de los estímulos.
2. Transtornos de la memoria.- Hay dificultades para la evocación.
3. Disminución de la atención.- Se aprecia por que hay una deficiente fijación de los hechos de la vida cotidiana.
4. Disminución de la comprensión.- Hay una dificultad en la comprensión.
5. Ideas de culpa o de fracaso.- Se aprecia una auto-devaluación y una incapacidad de enfrentamiento.
6. Pensamiento obsesivo.- Se manifiesta por medio de ideas o recuerdos repetitivos molestos.

#### 1.4.3. TRANSTORNOS CONDUCTUALES

Todas aquellas alteraciones conductuales insuficientes que obstaculizan la manera correcta de interactuar con el medio y en situaciones que provocan estrés.

Los síntomas conductuales alterados son principalmente:

1. La eficiencia y la productividad en las actividades cotidianas.- Se manifiesta por un descuido de sus obligaciones y de su aseo personal.
2. Productividad disminuída.- Se refleja por un mal rendi-

miento en el trabajo.

3. Impulsos suicidas.- Se hace patente al existir ideas o intentos por quitarse la vida.
4. Impulso a la ingestión de alcohol y de otras drogas.- Se manifiesta por una notoria tendencia a beber o a utilizar drogas como un mecanismo de escape a la ansiedad.

#### 1.4.4. TRANSTORNOS SOMATICOS

Señala el autor, que este tipo de sintomatología es por lo general un cuadro conocido como "depresión enmascarada", ya que el paciente describe los síntomas somáticos subestimando su problema emocional. Esto ocasiona que el paciente vaya de médico en médico, buscando recuperar su salud solamente ya que los médicos buscarán alguna patología orgánica.

Los principales síntomas encontrados en esta esfera son:

1. Transtornos del sueño.- Insomnio, sueño inquieto o hipersomnia.
2. Transtornos del apetito.- Pueden variar desde una anorexia, hambre compulsiva hasta una hiperfagia.
3. Transtornos digestivos.- Se manifiestan como dispepsias, aerofagias, meteorismo.
4. Transtornos cardiovasculares.- Estos pueden ser alteraciones del ritmo cardíaco, disnea suspirosa, cefálea tensional.
5. Otros.- Mareos, prurito, alopecia.

Por otra parte Uriarte (1988) ha considerado que para proporcionar el diagnóstico de un cuadro depresivo de un paciente es necesario:

1. Identificar el tipo de depresión y su etiología.
2. Si se le considera patológica administrar el antidepresivo (ADT) que se considere adecuado.
3. Diagnosticar el tipo de tratamiento que será aplicado.

Este autor establece la etiología de los cuadros depresivos de la siguiente manera:

1. Por alguna alteración orgánica.
2. Transtorno en el metabolismo.
3. Anemia.

Cabe señalar que le mencionado autor establece la etiología considerando que el paciente puede padecer alguna enfermedad física.

En otras observaciones al respecto de los cuadros depresivos señala:

1. Los pacientes que presentan algún tipo de cuadro depresivo y su sueño REM es alterado por medio de fármacos el trastorno disminuye considerablemente, a este proceso se le denomina "agripnia".
2. La administración de anti-depresores del sistema nervioso central en los pacientes con algún cuadro depresivo manifiestan una disminución considerable en el sueño.



## 1.5. ALGUNAS CLASIFICACIONES REALIZADAS EN TORNO A

### LA DEPRESION

De acuerdo con la American Psychiatric Association en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales, versión revisada (DSM-III-R), en el cual para expresar una definición de depresión se señala que es necesario mencionar los estados de ánimo del paciente, de tal manera que el constructo se define de la siguiente manera:

"Transtornos del estado de ánimo.- La sintomatología esencial de este grupo consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo maníaco parcial o completo, no debido a ningún trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. En el DSM-III-R éste tipo de diagnóstico se denominó trastorno afectivo...un trastorno del estado de ánimo se determina según el tipo de episodios que lo configuran. De tal manera que los trastornos del estado de ánimo se subclasifican a su vez en:

\*Transtorno bipolar puede ser a su vez:

#### 1. Transtornos

##### Bipolares

- a) Maníaco
- b) Hipomaníaco
- c) Mixto
- d) Especificar si hay un patrón estacionario.

2. Transtornos depresivos que a su vez pueden ser:

1. Tipo melancólico
- a) Depresión mayor
  2. Tipo crónico
  3. Especificar si hay patrón estacional
- b) Distimia
  1. Tipo primario
  2. Tipo secundario
  3. Inicio temprano
  4. Inicio tardío.

3. Transtorno bipolar no especificado patrón estacional

4. Transtorno depresivo no especificado patrón estacional

CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DE ANIMO DE ACUERDO  
AL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE TRANSTORNOS  
MENTALES. (DSM-III-R, 1988)

Es preciso hacer notar que la investigación en la que se basa la American Psychiatric Association en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales (DSM-III-R1988) para efectuar la clasificación de los transtornos depresivos se trabajó con una población que no padecía enfermedad física alguna, por lo que dicha clasificación no es aplicable a los pacientes médicamente enfermos.

La observación anterior se encuentra expresada en dicho Manual de la siguiente manera:

"Si una reacción psicológica debida al deterioro funcional asociada a una enfermedad física ajena al sistema nervioso central provoca una depresión mayor, la depresión mayor debe registrarse en el Eje I, el transtorno somático en el Eje III y la gravedad del estrés psicosocial en el Eje IV. Entre los ejemplos incluiremos a la amputación de una pierna o a la experiencia de una situación amenazante para la vida o una enfermedad incapacitante"

Mendels (1982) señala que fue en el año de 1969 cuando el término de enfermedad maniaco depresiva y sus variables fueron adoptadas por las asociaciones psiquiátricas y psicológicas con el fin de ajustar la clasificación americana con la de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud ha codificado el Síndrome Depresivo en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) de 10 a 19 categorías que de cuatro dígitos podrían corresponder a este transtorno agregando una nueva categoría 311, para Transtornos Depresivos no Clasificados en otra parte; ya que en un gran número de casos aparece como enunciación diagnóstica el término "depresión" o "transtornos depresivos" debiendo ser clasificados en esta categoría.

Esta publicación está dirigida más al médico que al especia-

lista y con el objeto de simplificarla la clasifican en tres categorías: depresión psicótica, depresión neurótica y simple. A ésta última se refiere casi todo este tipo de material. Por que de acuerdo al ICD-9, a la depresión psicótica le corresponden los siguientes rubros:

- 295. Psicosis esquizofrénicas.
- 295.7 De tipo esquizo-afectivo.
- 296. Psicosis afectivas.
- 296.1 Psicosis maníaco depresiva de tipo depresivo.
- 296.3 Psicosis maníaco depresiva de tipo circular pero generalmente mixta.
- 296.4 Psicosis maníaco depresiva, de tipo circular, mixta.
- 296.5 Psicosis maníaco depresiva, de tipo circular, con estado general no especificado.
- 296.6 Psicosis maníaco depresivas, otra y no especificadas.
- 296.8 Otras.
- 296.9 No especificadas.
- 298. Otras psicosis no orgánicas.
- 298.0 De tipo depresivo.

1.6. DIVERSAS POSTURAS PARA EVALUAR LA DEPRESION MAYOR  
EN PACIENTES MEDICAMENTE ENFERMOS

Cohen-Cole y Harpe (1987) establecen que el término de depresión debe de ser clarificado en los pacientes médicamente enfermos, para lo cual revisan un amplio rango de síndromes de-

presivos en pacientes médicos y quirúrgicos.

El intento de dichos autores es el de sugerir un alcance para el diagnóstico de depresión mayor en los contextos médicos y ofrecen un tratamiento a seguir para cada uno de los diferentes síndromes.

Establecen la existencia de cinco posturas diagnósticas descritas por la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales (DSM-III-R, 1987). Así mismo señalan que el concepto de una depresión NO-DSM-III, cubierta o enmascarada debería de ser una consideración muy importante para los pacientes médicamente enfermos.

Los pacientes médicamente enfermos manifiestan un gran número de síntomas, los cuales son difíciles de definir si son provocados por la enfermedad misma, o en sí representan algún grado de depresión.

En muchas enfermedades físicas como lo es el cáncer de tiroides, algunas de las alteraciones que se manifiestan, que son consideradas como síntomas físicos, tales como la fatiga, el retardo psicomotor y otras que podrían atribuirse a un síndrome depresivo son sin embargo inherentes a la enfermedad física.

La investigación en la que se basa el DSM-III-R para clasificar las depresiones fue realizada en base a pacientes que no

padeían enfermedad física alguna y no hay todavía suficientes estudios realizados en pacientes clínica y médicamente enfermos que validen la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales en su versión revisada (DSM-III-R, 1988).

Cohen-Cole y Harpe (1987) indican que hasta la fecha hay cuatro posturas principales para diagnosticar la depresión mayor en pacientes físicamente enfermos y son:

#### 1.6.1. LA POSTURA INCLUSIVA

Es la postura más simple y fué utilizada por Rifking et al (1985), el cual utilizó el Inventario para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia y propusó que el criterio de investigación diagnóstica para estudiar a los pacientes médicamente enfermos es tomar los síntomas diagnosticados para que puedan ser atribuidos a su problema físico primario. Así pues, la baja energía manifestada en los pacientes con cáncer de tiroides (hipotiroidismo) es considerada como un síntoma de depresión. En este caso la postura cae en el sobre diagnóstico por incluir falsos positivos en su estructuración.

#### 1.6.2. LA POSTURA ETIOLOGICA

Esta postura es atribuida a Spitzer, Williams y Gibbon (1984) ellos sugieren que los síntomas se atribuyan a la depresión

manifestada por el paciente siempre y cuando no sean ocasionadas por la enfermedad física.

Esta es la regla de decisión para las entrevistas clínicas semi-estructuradas del DSM-III al igual que el Inventario de Entrevista Diagnóstico. Esta regla de oro hace que se tome un síntoma físico tal como lo es la fatiga para diagnosticar depresión únicamente si el paciente o el médico sienten que se encuentra en exceso, aunque en algunos casos puede presentarse alterado o en exceso debido a la enfermedad o bien a la situación de crisis psicológica. Estas determinaciones de un síntoma en exceso es casi imposible que sean llevadas a la práctica en forma realista, además para que sean válidos es necesario que se efectuen estudios para determinar si la depresión mayor diagnosticada tiene un curso clínico semejante al de aquellos pacientes que padecen síntomas tales como la tristeza y no alcanzaron el criterio de depresión mayor.

### 1.6.3. LA POSTURA SUSTITUTIVA

Esta sugiere un cambio de criterio en el diagnóstico de depresión. Fué propuesta por Cavanaugh, Clark y Gibbons (1983) utilizaron el Inventario para Depresión de Beck e hicieron un análisis de los síntomas latentes en una muestra significativa de pacientes y llegaron a la conclusión de que la pérdida de la energía del paciente no es un buen síntoma discriminan-

te ya que muchas veces es debido a la enfermedad física misma y proponen como síntoma confiable "la indecisión".

Esta investigación es prometedora, aunque se considera débil debido a la falta de entrevistas clínicas y a la confiabilidad del instrumento que enfatize los síntomas cognoscitivos.

En forma similar Endicott (1984) sugirió substituir otros síntomas que proporciona el criterio del DSM-III y que son problemáticos cuando se trata de pacientes médicamente enfermos remarcando también que la pérdida de energía puede ser substituida por otros síntomas depresivos como lo son la melancolía, la auto compasión, el pesimismo. Un inconveniente de ésta postura es que no se encuentra lo suficientemente comprobada y puede conducir a un sobre diagnóstico o a un diagnóstico bajo de acuerdo a los síntomas manifestados.

#### 1.6.4. LA POSTURA EXCLUSIVA

Esta investigación la efectuó Holland (1984) en pacientes con cáncer y eliminó síntomas tales como: la anorexia y la fatiga, teniendo solamente 9 síntomas para evaluar de acuerdo al criterio del DSM-III para los trastornos depresivos. Validando un punto de corte 4/7, es decir 4 de 7 síntomas para diagnosticar con certeza una depresión en pacientes con una enfermedad física como lo es el cáncer.

Esta es la única postura que se considera, comparándolas con



las otras, que aumentó en especificidad pero disminuyó en sensibilidad.

### 1.7. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA DEPRESION

Dentro de estos encuentran las reacciones emocionales, estas últimas han sido difíciles de conceptualizar debido a que se caracterizan por no ser medibles y observables dentro de determinados rangos a la vez no se pueden generalizar, sin embargo antes de tratar el tema de las escalas de medición psicológicas para la depresión y sus alcances, se intentará hacer una breve revisión de las reacciones emocionales, ya que cuando un individuo encuentra que su vida está amenazada como lo es el caso del cáncer, las reacciones emocionales de cada individuo alteran su conducta, pensamientos y actitudes, principalmente.

La palabra emoción significa movilizar, poner en movimiento el organismo. Es un estado especial, en que el organismo físico y la mente del individuo son sacados de su equilibrio, a tal grado que para Sartre, la emoción es, ante todo y por principio, un accidente. (Caso A., 1984).

Davidoff (1989) define a las emociones como: "una serie de actos que están constituidas por componentes subjetivos, conductuales y fisiológicos."

Así mismo establece que al analizar las bases fisiológicas de la ansiedad se establece una diferencia entre las reacciones agudas (inmediatas) y las crónicas (demoradas y persistentes) Y establece una relación entre el estrés, la ansiedad y el miedo planteándolos como una hipótesis en la cual se pregunta si serán sinónimos.

### 1.7.1 ESTADOS EMOCIONALES

Caso A. (1984) cita que para estudiar una emoción es necesario analizar tres aspectos fundamentales:

1. Estado mental del que se acompañan.
2. Cambios fisiológicos que ocurren durante las emociones
3. Cambios en la conducta.

De tal manera que una emoción se encuentra directamente relacionada con lo que se entiende como estado de ánimo. Al psiquiatra y también al psicólogo, les interesa reconocer estos estados emocionales, especialmente si éstos son duraderos.

Por lo que Caso (1984) define el estado de ánimo como: "Aquel estado afectivo, o tono emocional, placentero o desagradable que nos acompaña durante un tiempo, es sostenido, constante, de bastante duración y matizala vida psíquica determinando la conducta, y en forma indirecta influye en el contenido del pensamiento, el conocimiento y la conciencia. Además se deberá de tratar de investigar el significado del estado de ánimo

mo que se ha reconocido: es decir, su causa.

Los principales estados de ánimo de acuerdo a Caso A., (1984) son:

1. Tensión psicológica
2. Temor
3. Pánico
4. Ansiedad o angustia
5. Euforia
6. Indiferencia
7. Ambivalencia
8. Despersonalización
9. Hostilidad
10. Depresión

Caso define la tensión psicológica como: "la sensación continua de tensión o rigidez, tanto física (principalmente muscular) como emocional (inquietud emocional).

Los estados de tensión emocional pueden ocasionar las llamadas cefálicas de tensión, las cuales se manifiestan por sensibilidad aumentada y contractura de los músculos de cabeza y cuello. El enfermo se queja de dolor de cabeza crónico, poco intenso, uniforme, bilateral, cervoccipital (dolor de cerebro se dice en México), o bien de localización frontocervical; el dolor no se modifica cuando el enfermo se inclina, tose, estornuda, levanta cosas pesadas o mueve el cuello; a la palpa-

ción los músculos del cuello y cuero cabelludo pueden mostrar cierta hipersensibilidad. Los estados de tensión emocional también pueden manifestarse por dolor de espalda."

Es preciso aclarar que la tensión psicológica, es manifestada en los pacientes médicamente enfermos pero como síntoma ya sea de la enfermedad física o como síntoma de la depresión, no como un estado de ánimo.

Dentro del campo de psicología clínica aplicada se encuentran tres áreas que proporcionan un apoyo psicológico significativo:

1. Psicométricamente.- Con pruebas que proporcionen resultados confiables y válidos dentro de una población en cuanto a su estado de ánimo.
2. Apoyo terapéutico.- En caso de una situación de crisis consiste en proporcionar la primera ayuda psicológica.
3. Evaluar el avance en cuanto a psicoterapias de grupo/apoyo se refiere de acuerdo con la población médicamente enferma con la cual se trabaja.

#### 1.8. TEORIA DE LA CRISIS

Dentro de ésta, el origen semántico de la palabra crisis es el siguiente: el término chino de la palabra crisis es "weiji" que se compone de dos caracteres que son "oportunidad" y "peligro", ocurriendo al mismo tiempo. La palabra in-

glesa proviene del griego "krinein" que significa decidir.

Las derivaciones indican que la palabra "crisis" es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar. (Spiegel,1990).

Dentro de la psicología, la crisis se define como " un estado temporal de transtorno y desorganización caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener el resultado positivo o negativo".

Ahora bien, a su vez están las crisis circunstanciales, las cuales se describen de la siguiente manera:" son accidentales o inesperadas, el rasgo más sobresaliente es que se apoya en algún factor ambiental. Las experiencias individuales de la pérdida del primer amor en un desastre natural, y quienes son víctimas de crímenes violentos".

Por otro lado, la crisis en desarrollo, son aquellas que "están relacionadas con el traslado desde una etapa de crecimiento a otro, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa de desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización es probable una crisis. es decir, en un momento dado "predecibles".

Rapaport en 1965 (citado en Slaikeu, 1988) sugiere que un contratiempo inicial puede percibirse como:

- a) Una amenaza a las necesidades instintivas o al sentido de integridad física y emocional.
- b) Una pérdida (de una persona, de una aptitud o habilidad)
- c) Un reto que amenaza con abrumar las capacidades del individuo.

Slaikeu (1988) hace referencia al estudio efectuado por Taplin en 1971 en el cual describe una perspectiva cognoscitiva de la crisis, ésta consiste en cómo es que el individuo percibe la crisis, en especial cómo el suceso ataca la estructura de la existencia de la persona y hace que la situación sea crítica.

En su estudio Taplin considera que los pensamientos y experiencias de las personas se encuentran de manera similar a los datos que contiene una computadora programada para recibir, procesar y trabajar información. De tal manera que cuando la nueva información es recibida por la computadora es:

- a) Completamente disonante con el programa ya existente.
- b) Entra en grandes cantidades de manera que ésta experimenta alguna forma de sobrecarga y mal funcionamiento.

De la misma manera Halpern (1973) (citado en Slaikeu, 1988) intentó definir aquellos síntomas comunes en personas que se

encontraban experimentando una crisis, de aquellas que la habían padecido y encontró lo siguiente:

1. Sentimientos de cansancio y agotamiento
2. Sentimientos de desamparo
3. Sentimientos de inadecuación
4. Sentimientos de confusión
5. Síntomas físicos
6. Sentimientos de ansiedad
7. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales.
8. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.
9. Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.
10. Desorganización en sus actividades sociales.

#### 1.9. COMPONENTES DE UNA SITUACION EN CRISIS

Slaikeu (1988) señala que el contexto de la crisis, en el lenguaje general de los sistemas esta formado por tres suprasistemas, un microsistema y un macrosistema que son los siguientes:

##### 1.9.1. PERFIL DE LA PERSONALIDAD C.A.S.I.C. EN UNA SITUACION DE CRISIS

Sistema-Modalidad	Componentes o características
Conductual	Comprende patrones de trabajo, juego, ocio y ejercicio .
Afectivo	Son los sentimientos reprimidos o manifestados o encubiertos. en general.
Somático	Funcionamiento físico. Salud en general.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones familiares, laborales, papel sumiso, modo de resolución de conflictos.
Cognoscitivo	Descripción de un día, metas a futuro, auto-imagen, objetivos en la vida, diálogo, racionalizaciones.

El macrosistema representa a su vez a la familia y al grupo social inmediato, el exosistema representa la estructura social de la comunidad y el macrosistema es la más grande de las estructuras contextuales e incluye los valores culturales y sistemas de creencias que chocan entre comunidades, familias y finalmente individuos.

A continuación se representa de manera gráfica y sistemática la influencia de estos sistemas en la personalidad de un in-



individuo, la cual se encontraría compuesta por las modalidades C. A. S. I. C..

### S I S T E M A ( S )

#### PERSONA

##### CARACTERISTICAS C.A.S.I.C.

Se refiere al funcionamiento individual.

#### FAMILIA/GRUPO SOCIAL

Se refiere a la familia, amigos patrones de comunicación, papeles y responsabilidades.

#### COMUNIDAD

Se refiere a la ubicación geográfica, recursos económicos, materiales y políticos, estructuras políticas, gubernamentales, iglesias, organizaciones vecinales.

#### CULTURA

Se refiere a los valores predominantes, tradiciones, normas y costumbres.

1.10. LA POBLACION MEDICAMENTE ENFERMA.- PACIENTES CON CANCER  
DE TIROIDES

En la población oncológica se han realizado una serie de investigaciones en torno a los posibles transtornos psiquiátricos que pudiesen padecer los pacientes con cáncer y al respecto Lara y Alvear (1991) efectuaron un estudio con 124 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología encontrando:

1. Los estudios hasta la fecha no abordan la prevalencia de los transtornos psiquiátricos entre los pacientes con cáncer, simplemente se limitan a describir la sintomatología y pocos incluyen evaluaciones psiquiátricas formales.
2. De los 124 pacientes entrevistados durante las primeras 48 horas de internamiento en dicha institución, los resultados reportaron que el 45% de los mismos manifestó una reacción de ajuste de acuerdo a los criterios del DSM-III considerando los investigadores que el motivo de dicho estado clínico fué el internamiento y que los pacientes habían recibido varios tipos de tratamientos previos.
3. Por otro lado, encontraron que un 40% de las mujeres que manifestaron un Síndrome Orgánico Cerebral (SOC) tenían el antecedente de que se les habían efectuado varios tipos de tratamientos.

Los autores concluyen que a mayor número de tratamientos que reciba el paciente, mayor será su pérdida de control y

sentimiento de desesperanza, por lo que sugieren como aplicación práctica que los médicos residentes reconozcan este aspecto psicológico en los pacientes oncológicos y los hagan participes en la planeación de su tratamiento o en las decisiones terapéuticas.

Este estudio contribuye a una intervención terapéutica interdisciplinaria en el momento que se da la situación de crisis circunstancial, ya que todo ser humano no es candidato a ser etiquetado dos veces, es decir, el primer diagnóstico es el del cáncer y el segundo es de una enfermedad mental.

Por su parte Katon y Sullivan (1990) señalan que el transtorno afectivo es muy común entre los pacientes con una enfermedad crónica, debido a que:

- \* Aumenta su deterioro funcional, así como sus síntomas tipo somático.
- \* Disminuye su auto cuidado.
- \* Se le dificulta el manejar eficientemente su enfermedad.
- \* Aumenta la morbilidad y mortalidad como el resultado de transtornos de tipo psicofisiológico.

En lo que se refiere a los pacientes oncológicos Katon y Sullivan (1990) han observado que en cualquier estadio clínico y nivel del tratamiento en el que se encuentren, sufren de depresión mayor o de ansiedad generalizada.

En comparación los pacientes ambulatorios de un 4.8% a

un 9.2% sufren de trastornos afectivos, mientras que en los pacientes internados la incidencia se eleva desde un 22% hasta el 33%.

Estos mismos investigadores han observado que a pesar de la alta prevalencia de la depresión, los médicos no diagnostican ésta en un 50% de los casos. Postulan que el dolor y la depresión están ligados biológicamente y responden a los mismos bloqueadores de recaptar de serotonina y noreadrenalina.

#### 1.11. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE UNA SITUACION EN CRISIS:

##### LAS REACCIONES PSICOLOGICAS HACIA EL CANCER

Existen un sin número de reacciones hacia el cáncer. Sin embargo, el cáncer no es el problema del paciente. SINO EL SIGNIFICADO QUE EL PACIENTE LE ADJUDIQUE AL PROBLEMA DE TENER CANCER.

Este significado puede ser diferente para cada uno de los pacientes y se puede apreciar que no tiene relación alguna con las definiciones científicas que existen del cáncer.

En este aspecto Lara (1984) realizó en el Instituto Nacional de Cancerología una investigación en la que recopiló los diferentes significados que los pacientes adjudicaban al

cáncer. El procedimiento empleado fué entrevistar a 50 pacientes hospitalizados en dicha institución con la finalidad de encontrar la reacción psicológica común así como el significado que los pacientes proporcionaban al cáncer, obteniendo los siguientes hallazgos en cuanto a significado se refiere:

---

	DOLOR
	HOSPITALIZACION
	PROBLEMAS ECONOMICOS
	PROBLEMAS FAMILIARES
CANCER	MUTILACION
SIGNIFICA:	PERDIDA DEL ATRACTIVO O FUNCION SEXUAL
	INVALIDEZ
	M U E R T E
	PERDIDA DE CONTROL
	MARGINACION SOCIAL

---

Por su parte Cortés y Bonadonna (1983) encontraron que las principales alteraciones que manifiesta el paciente oncológico se deben a tres factores importantes:

1. Ansiedad
2. Depresión
3. Rabia

Los autores plantean que su interacción logra modular la experiencia dolorosa que significa VIVIR CON CANCER. Por lo cual proporcionan posibles causas desencadenantes de estos factores y son:

- LA ANSIEDAD
- SE DEBE:
- Miedo al dolor incontrolable
  - Miedo a la Muerte
  - Miedo a la pérdida del autocontrol
  - Incertidumbre ante el futuro
  - Miedo a la mutilación quirúrgica
  - Miedo a perder la posición social
- 

- LA DEPRESION
- SE DEBE A:
- Pérdida de la funcionalidad física
  - Falta de apoyo
  - Pérdida de la imagen corporal
  - Problemas económicos
  - Pérdida del empleo
- 

- LA RABIA
- SE DEBE:
- Frustración por el fracaso terapéutico
  - Resentimiento hacia la enfermedad
  - Irritabilidad

#### 1.12. TRES MODELOS DE ENFRENTAMIENTO EN SITUACIONES

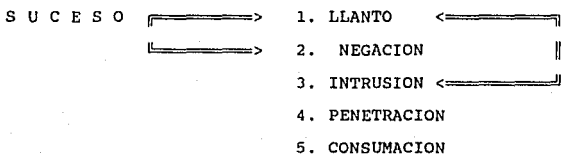
##### EN CRISIS

Las reacciones psicológicas manifestadas ante una situación en crisis son diferentes, encontrando entre ellas a la "depresión".

A su vez el estado de crisis se caracteriza por conformar un proceso compuesto por diferentes fases, las cuales nos describen innumerables respuestas psicológicas que pueden existir en esta situación.

Aunque algunos autores coinciden en que las fases son las mismas, otros las consideran diferentes, debe tenerse en cuenta la experiencia que el sujeto tenga ante situaciones en crisis, también intervienen el autocontrol, si la reacción es individual o en grupo.

Slaikau (1988) señala el proceso elaborado por Horowitz (1976) ante una situación en crisis y es el siguiente:



Horowitz (1976) expuso un diagrama para explicar el proceso de una situación en crisis y es por eso que se encuentra citado en Slaikau (1988).

Las fases de este proceso son las siguientes:

Llanto.- Horowitz aclara que durante esta etapa puede o no existir entorpecimiento en cuanto a la actividad motora. Es una manifestación de la negación. El individuo trata de interpretar las reacciones iniciales en el "impacto" del suceso.

Intrusión.- Se refiere a la abundancia de ideas involuntarias así como sentimientos de dolor sobre el suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Durante esta etapa la manifestación de pesadillas o imágenes periódicas son características de los pensamientos que acompañan. Así mismo se pueden incluir afirmaciones expresadas o no, sobre la pérdida y su impacto.

Como se puede observar la negación en algunos casos se omite. (Caso A. 1984).

Penetración.- Es la etapa del proceso durante la cual se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la situación en crisis. Mientras que algunos individuos llegan a esta etapa de una manera natural, otros necesitan ayuda externa en este proceso introspectivo. Esta fase se caracteriza también por una serie de reorganizaciones de pensamientos e ideas, puede expresarse y manifestarse la tristeza o el pensamiento p. ej.: "Esto o me puede suceder" o " no puede haber(me) pasado...".



Las personas que atraviesan por una crisis se caracterizan por una desorganización, confusión y trastornos del estado de ánimo que a su vez pueden afectar diversos aspectos de sus vidas como:

- Funcionamiento físico
- Sentimientos
- Pensamientos
- Conductas en general.
- Relaciones laborales

En lo que se refiere al funcionamiento físico Hersh (1985) encontró una sintomatología "depresiva" caracterizadas por aspectos psicológicos semejantes a los de Halpern (1976), (citado en Slaikou, 1988) que describe los síntomas de personas en una situación en crisis.

Hersh (1985) a diferencia de Halpern (1976) establece que las reacciones psicológicas hacia el cáncer pueden considerarse como posibles causas exógenas de la depresión y son:

1. Desfiguramiento de la integridad física.
2. Pérdida de la capacidad funcional causada por los tratamientos.
3. Disminución de la capacidad física.
4. Cambios en la pigmentación.
5. Pérdida crónica de peso.
6. Molestias en general.

7. Disminución de los niveles de energía y fuerza.
8. Estigmatización social del enfermo desencadenando una marginación subsecuente.
9. Cambios transitorios en el estado de ánimo y de la conducta.
10. Utilización pasajera en el incremento del alcohol y de tranquilizantes.

Petty y Noyes (1981) señalaron que la depresión ha sido una de las complicaciones psiquiátricas y psicológicas más frecuentes de los pacientes con cáncer. Realizaron una extensa revisión e investigación en la cual encontraron como diagnóstico común una depresión secundaria al cáncer y que de un 17% a un 25% de pacientes con cáncer hospitalizados fueron diagnosticados cursando una depresión severa y que garantizaba la necesidad de recibir una interconsulta psiquiátrica.

El segundo modelo de una situación de crisis que será expuesto, es el que efectuó Lara (1984) en el Instituto Nacional de Cancerología, en cual estudió a 50 pacientes con diagnóstico de cáncer histopatológico con malignidad. es decir, la etapa clínica de la enfermedad se clasificó en:

1. Cáncer con metástasis
2. Cáncer sin metástasis

El instrumento psicológico que utilizó fué la Escala de Depresión de Zung y estableció como punto de corte 60 tomando

en cuenta la sintomatología del cáncer (pérdida de peso, pérdida del apetito, cansancio) ya que corresponde a la sintomatología vegetativa de la depresión.

De acuerdo con la reacción psicológica de los pacientes hacia la enfermedad, éstos se dividieron en tres grupos:

REACCION PSICOLOGICA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Negación	11	10	21
Aceptación pasiva	10	3	13
Aceptación activa	9	7	16
T O T A L	30	20	50

De ésta manera Lara (1984) definió los grupos de reacciones psicológicas de la siguiente manera:

Negación.- Pacientes que aparentemente rechazan activamente cualquier evidencia acerca de su diagnóstico, por ejemplo: "era un granito", "cálculos", "aire".

Aceptación pasiva.- Pacientes que aceptan el diagnóstico con una actitud negativa hacia el tratamiento y sin esperanza de curación, por ejemplo: "me voy a morir", "esto es incurable", "que sea lo que Dios quiera".

Aceptación activa.- Los pacientes adoptaron una actitud muy optimista y expresaban que planeaban hacer todo lo que estuviera a su alcance para vencer el cáncer, por ejemplo: "puedo luchar y vencerlo", "primero Dios me voy a curar".

En los resultados que encontró respecto a la Escala de Depresión de Zung la autora reportó lo siguiente:

1. De su población (n=50), el 96% obtuvieron puntuaciones elevadas en el reactivo 6, "nunca disfruto de las relaciones sexuales", lo cual lo traduce como una disfunción muy importante, ya que en algunos casos podría estar asociada con la localización del cáncer (testículos, cérvico útero, ovarios, mama) y en otros podría interpretarse como una disminución de la vitalidad del individuo. (Lara, 1984)
2. Recalca la importancia de un sentimiento de abatimiento y melancolía (como sentimiento vital y persistente) es un indicio confiable de la presencia de un trastorno depresivo, ya que éste reactivo diferenció a los pacientes clínicamente deprimidos, de aquellos sin depresión, aunque ambos grupos tenían puntuaciones en la escala de Zung.
3. Notablemente y de acuerdo con los estudios efectuados por Plumb y Holland (1977), Lara encontró que "aunque algunos pacientes oncológicos se encuentran deprimidos su autoestima no se deteriora (reactivos 17 y 19 de la Escala de Zung), a diferencia de los pacientes deprimidos que se encuentran en hospitales psiquiátricos.
4. Lara (1984) resalta la importancia de que la negación como mecanismo psicológico no está relacionado con el conocimiento del diagnóstico y de las implicaciones de este, ya que 47 pacientes de su población conocían su diagnóstico.

5. Concluye la investigadora que "es importante identificar las características que se asocian con la negación ya que considera que de ésta forma de reacción se asocia con una alta frecuencia de abandono del tratamiento. En éste estudio 7 pacientes habían abandonado el tratamiento, cinco de ellos empleaban la negación como una forma para manejar la enfermedad."

A manera de conclusión y desde un punto de vista médico psicológico Lara señala que "deben emprenderse investigaciones de este tipo con un mayor número de pacientes lo cual permitiría hacer algunas generalizaciones."

Delgado (1991) por su parte señala que el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer crea una crisis, la cual requiere que el paciente se adapte prontamente a esta catástrofe.

Continúa describiendo que "afectivamente los pacientes pueden experimentar extrema ansiedad, miedo y cólera pueden volverse "entumecidos" y poco reactivos.

Delgado (1991) describe que "la culpa" puede jugar un papel importante. Cognitivamente los pacientes pueden volverse enfocados a buscar información sobre su enfermedad o volverse confusos, paralizados e incapaces de concentrarse.

Las observaciones efectuadas por Delgado (1991) se pueden comparar con lo que Beck (1962) describe como la sintomatolo-

gía depresiva siendo posible establecer una semejanza en cuanto a síntomas observados y una gran diferencia en cuanto a poblaciones, ya que Delgado (1991) realizó su estudio con pacientes oncológicos y Beck (1962) lo efectuó en una población psiquiátrica.

De manera similar Greer (1988) (citada en Delgado, 1991) realizó un estudio con población oncológica y denominó a esta situación de crisis Estilos de Afrontamiento siendo estos:

1. Espíritu combativo
2. Debilidad/esperanza
3. Preocupación ansiosa
4. Fatalismo
5. Evitación.

Sin embargo, el tercer modelo de enfrentamiento en una situación de crisis será el de Burgess (1988) el cual propuso tres tipos diferentes de respuesta de diagnóstico al cáncer y son:

1. Apreciación.
2. Paliación
3. Confrontación

Burgess (1988) realizó su investigación con dos grupos de pacientes oncológicos:

1. Confrontadores
2. No confrontadores

La finalidad fué encontrar diferencias entre ambos grupos con respecto a la recurrencia y muerte. Esto lo realizó en base a un estudio previo que sugiere que los confrontadores tienden a ser más sobrevivientes. La evidencia del seguimiento a doce meses indicó bajos niveles de morbilidad psicológica en el grupo de los confrontadores. Por lo que Burgess (1988) sugirió, que las respuestas cognitivas específicas pueden tener algún papel en la evolución del cáncer.

Es así como Burgess (1988) define los tres tipos de respuestas cognitivas ante el diagnóstico de cáncer de la siguiente forma:

La Apreciación.- Es un proceso de insight del paciente y representa una orientación general hacia la noción de "tener cáncer".

La Paliación.- Equivale a las estrategias mediante las cuales el paciente manipula los pensamientos acerca del cáncer para reducir su impacto.

La Confrontación.- Son las declaraciones usadas por los pacientes para animarse a pensar positivamente acerca de sus vidas.

Los pacientes en la fase de apreciación manifestaron un miedo y un mayor número de respuestas conductuales.

Las respuestas psicológicas tales como la ansiedad y la depresión estuvieron asociadas con el miedo y la pasividad, mientras que la angustia minimizada se asocio con la negación y confrontación.

Se aprecia que aunque son diferentes los modelos, las respuestas psicológicas son muy semejantes. Algunos de los trabajos que sobresalen en el ámbito psicosocial son:

Abrahms (1966) observó y describió que los mecanismos que utilizan los pacientes para incrementar su dependencia psicológica con su médico y son:

1. Se vuelven cooperativos en exceso.
2. Son demasiado accesibles y amables.
3. No manifiestan voluntad propia y aceptan consejos de cualquier persona sea o no médico.

Pattison (1967) reportó algunas repuestas psicológicas de pacientes con carcinoma metastásico y son las siguientes:

1. Miedo a lo desconocido.
2. Miedo a la soledad.
3. Miedo a la pérdida de familiares y amigos.
4. Miedo a la pérdida de auto-control.
5. Miedo a la pérdida de la identidad.
6. Miedo a la regresión.

Peck (1972) estudió las respuestas en pacientes con cáncer



recurrente y estableció que cuando el cáncer reaparece los problemas de los pacientes se vuelven más complejos y difíciles. Cuando se le mencionó al paciente que su organismo manifestaba una recurrencia la cáncer, su primera reacción fué la de una depresión reactiva mayor que la expresó cuando se le proporcionó el primer diagnóstico.

El método de Peck (1972) fué el de la entrevista clínica a 50 pacientes, 27 de los cuales manifestaron una neurosis premórbida que pudo diagnosticarse por la técnica de la entrevista socrática. Las reacciones psicológicas incluyeron:

- 49 experimentaron ansiedad.
- 37 experimentaron depresión.
- 18 experimentaron sentimiento de culpa y
- 22 experimentaron ira.

Recientemente Kuthy (1989) señala que existe un diagnóstico psiquiátrico en los pacientes con los pacientes con cáncer de tiroides que han sido tiroidectomizados, dicho diagnóstico es el Transtorno Adaptativo de Tipo Depresivo (DSM-III).

En los pacientes tiroidectomizados es común detectar una sintomatología de tipo depresiva. Los principales síntomas que manifiestan los pacientes son:

1. Deseos de morir
2. Ideas de minusvalía
3. Retardo psicomotor.

4. Disminución de la atención y de la concentración.
5. Anorexia en el hipotiroidismo.
6. Dificultad para conciliar el sueño.
7. Cansancio crónico.

### 1.13. ESCALAS PARA MEDIR LA DEPRESION

La necesidad de elaborar nuevas y diferentes escalas para evaluar la depresión coincidieron con el advenimiento de la psicofarmacología.

Calderón (1987) menciona que éstas escalas tenían que ser prácticas y seguramente su aplicación "fué estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de los nuevos fármacos".

Es así como Calderon cita que en 1915 Kempf describió la primera escala de depresión de la que se tiene noticia.

Woodworth por su parte en 1930 publicó el primer cuestionario de autoevaluación conocido como Personal Data Sheet. Paralelamente Moore (1930) se encontraba realizando un estudio con base en observaciones clínicas, escogió 41 síntomas y signos de entre 367 pacientes psicóticos y sometió los resultados a un análisis factorial. De está manera pudo distinguir dos grupos de síntomas que le permitieron medir la depresión retardada y la depresión agitada. (Citado en Calderón, 1987)

De tal manera que existen diferentes escalas de acuerdo a su objetivo y pueden ser:

1. Aquella que solamente registra síntomas para describir el estado actual del paciente.
2. La escala que registra síntomas para comparar el efecto farmacológico que se tiene el paciente en determinado tiempo (p. ej. los nuevos medicamentos que proporcionan los laboratorios conocidos como "muestras".)
3. La escala que tiene por objetivo ayudar en el establecimiento del diagnóstico del paciente.
4. Las escalas determinadas para establecer el tipo de personalidad del paciente con determinada enfermedad ya sea en presencia o en ausencia de la misma.
5. Las escalas de auto-aplicación que de acuerdo con Calderón "ayudan a ahorrar tiempo al médico."

Dentro de las escalas de auto evaluación para medir la depresión Aero y Weiner(1981) citan las siguientes:

1. El Inventario para Depresión de Beck
2. La escala de auto-evaluación de Zung para la depresión.
3. Desire for Novelty Scale de Pearson.
4. Generalized Contentment Scale de Hudson.

Sin embargo en la presente investigación se mencionarán las principales características de las escalas de uso actual en

México que son:

1. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI)
2. La escala de auto-evaluación de Zung.
3. El inventario para Depresión de Beck.

#### 1.13.1. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

##### DE MINNESOTA. (MMPI)

Fué introducido por Hathaway Starke y McKinley Charley en 1940 y apareció con el nombre de Registro Multifásico de la Personalidad. Posteriormente en 1942, la Universidad de Minnesota publicó el material de la prueba y lo relativo al manual.

La lista original de frases constaba de 1200 items que se habían obtenido en un principio de la experiencia clínica, textos de psiquiatría, etc.. Actualmente está traducida al español un folleto de 566 frases (550 \* 16 reactivos repetidos) que es la adaptación de la prueba a America Latina.

Existe también una versión abreviada de 366 frases, seleccionadas de tal manera que mantiene la validez y la confiabilidad de la prueba ( Benavides y Di Castro 1984).

El MMPI, es un inventario que puede administrarse en forma

individual o colectiva. Benavides y Di castro (1984) mencionan que en su forma más usual el MMPI consta del siguiente material:

- Las instrucciones para el examinado
- Los 566 reactivos de la prueba
- La hoja de respuestas (protocolo), donde el sujeto marca con un lápiz si cada una de sus frases, es cierta o falsa.
- Las claves para la calificación de la prueba.
- Las hojas para el trazo del perfil (masculino o femenino).
- El Manual de la prueba.
- Las plantillas para cada una de las escalas.

Benavides y Di Castro describen las diez (10) escalas clínicas de la prueba así como las escalas de validez:

Las escalas clínicas son:

1. Hipocondriasis
2. Depresión.
3. Histeria
4. Desviación psicótica
5. Masculinidad/Feminidad
6. Paranoia
7. Psicastenia
8. Esquizofrenia.
9. Mania
0. Sociabilidad

Las cuatro escalas de validez son:

? No puedo decir (frases omitidas)

L Mentira (ajuste al grupo social)

F Validez (Confusión, reconocimiento de los problemas)

K Corrección (defensas, actitud del sujeto ante la prueba y ante sí mismo)

Ahora bien la escala 2 (Depresión), es la segunda de la tríada neurótica y consta de 60 reactivos. Esta escala se estableció para evaluar el grado de depresión, que es un cuadro clínico que se caracteriza por:

- Sentimientos de tristeza.
- Pesimismo hacia el futuro.
- Baja auto estima.
- Falta de motivación.
- Preocupación ante la idea de muerte.
- Pensamientos suicidas. (Benavides y Di Castro, 1984)

Puesto que la depresión es uno de los principales cuadros característicos en todo paciente psiquiátrico, se encuentra con frecuencia esta escala elevada en el MMPI y a menudo como pico del perfil. En este caso, el paciente no suele responder adecuadamente al tratamiento.

Esta es una escala frágil, ya que está sujeta a los cambios emocionales del sujeto y por lo tanto pueden variar considerablemente en el retest. Los puntajes altos se encuentran

en pacientes silenciosos, aislados, apáticos, sumisos, insatisfechos, pesimistas que se sienten inadecuados. En casos extremos puede haber hasta suicidio. (Benavides y Di Castro, 1984)

La escala 2 alta se relaciona con la escala 2 baja o viscerversa, en los estados maniaco-depresivos, los pacientes presentan cíclicamente en forma alternada formas maniacas (2 v 9) y depresivas (2^9 v).

El perfil de la tríada neurótica es aquel en el que se observan elevadas las escalas clínicas 1, 2 y 3 pudiendo encontrarse en distintas combinaciones, aunque una de las más observadas es la V conversiva donde la escala 2 se encuentra un poco más abajo de las escalas 1, 2 y 3. Existen perfiles denominados curva difásica que son configuraciones en las cuales hay una punta tanto en la tríada neurótica como en la tetra psicótica.

Una breve descripción de la escala 2 de Depresión del MMPI sería la siguiente:

Calderón (1987) menciona que se le conoce como la escala del estado de ánimo, de sus 60 reactivos, 20 deben ser contestados como ciertos y 40 como falsos.

Reactivos Ciertos	Reactivos Falsos
5, 13, 23, 32, 41, 43, 52, 67, 86,	2, 8, 9, 18, 36, 46, 51, 57, 58, 64
104, 130, 138, 142, 158, 159, 182,	80, 88, 89, 95, 98, 107, 122, 131,

Reactivos Ciertos  
189,193,236,259.

Reactivos Falsos  
145,152,153,154,155,160,178  
191,207,208,233,241,242,248  
263,270,271,272,285,296.

Respecto al MMPI, Calderón (1987) menciona algo muy importante: "pese que el MMPI está considerado como la escala más válida, su aplicación sólo debe realizarse en personas mayores de 16 años, con primaria terminada y tarda de una a dos horas en resolverse lo que lo hace poco práctico. Por otra parte, si analizamos los ítems que investigan la depresión, se aprecia que muchos de ellos no tienen ninguna relación con el cuadro, por lo menos en nuestro medio.

Cortés y Bonadonna (1983) han encontrado que el MMPI aplicado a los pacientes oncológicos presentan alteraciones en cuanto a la personalidad tales como histeria, depresión e hipocondría. Mencionan estos autores que estos trastornos aumentan con el dolor y a menudo se acompaña de una tríada psicótica constituida por esquizofrenia, paranoia y tendencia al aislamiento.

Por su parte Nelson (1987) efectuó un estudio en el Hospital Instituto de los Angeles Ca.; como herramientas utilizó el MMPI y el Inventario para Depresión de Beck en una población de 133 sujetos que padecían hiperfagia de los cuales 72 estaban clínicamente deprimidos y 61 no lo estaban.



Nelson (1987) cita entre sus principales hallazgos que:

1. Encontró una relación positiva lineal entre los dos instrumentos y su habilidad para discriminar entre grupos deprimidos y no deprimidos.
2. Cuando analizó específicamente la escala 2 de Depresión del Minnesota por separado, los ítems arrojaron que un 70% de la población se encontraba deprimida .

#### 1.13.2. LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG PARA DEPRESION

En 1964, Zung y Durham realizaron un proyecto acerca de la depresión, en el cual pretendían establecer la severidad o la presencia del trastorno depresivo correlacionandolo con otros factores como:

1. Cambios que se lograban con el tratamiento.
2. Alteraciones del sueño.

Este test esta constituido por 20 ítems que los pacientes evalúan según los conceptos de "poco tiempo", "algún tiempo", " parte del tiempo" y "casi todo el tiempo".

Zung estableció que es significativa la correlación que se observa con la escala 2 (D) del MMPI. Zung y Durham publicaron esta escala porque pensaban que las otras escalas de depresión ya existentes, eran inadecuadas pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación y se vol-

vían extremadamente difíciles para resolver para los pacientes deprimidos que padecían trastornos psicómotores y por no ser auto aplicables se volvían subjetivos, ya que los resultados quedaban "expuestos" a la interpretación personal del entrevistador. (Mendels, 1982; Calderón, 1987)

Los criterios que Zung y Durham (1965) consideraron necesarios para esta escala fueron:

1. Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
2. Que incluyera los síntomas más representativos de la depresión.
3. Que fuera breve y sencilla.
4. Que su evaluación fuera más cuantitativa que cualitativa.
5. Que fuera auto aplicable para obtener una respuesta directa.

Para lo cual elaboraron una lista de la sintomatología depresiva en colaboración con Grinker, Overall y Friedman (1965) con Zung y Durham llegaron a la conclusión de que los síntomas deberían incluir los siguientes aspectos:

1. Talante bajo
  - a) Deprimido.
  - b) Triste.
2. Equivalentes fisiológicos.
  - a) Variación diurna.

- b) Pérdida del apetito.
- c) Pérdida de peso.
- d) Disminución de la libido.

Otras alteraciones como:

- a) Constipación.
- b) Taquicardia.
- c) Fatiga.

### 3. Equivalentes psicológicos

#### A. Actividades psicomotoras.

- a) Agitación
- b) Lentificación.

#### B. Ideacionales

- a) Confusión.
- b) Sensación de vacío.
- c) Deseperanza
- d) Indecisión.
- e) Irritabilidad
- f) Insatisfacción.
- g) Devaluación personal.
- h) Ideación suicida.

Los ítems fueron colocados en desorden para que el mismo paciente no se diera cuenta del objetivo de la prueba. Los valores asignados a cada opinión fueron de 1,2,3 o 4.

Para su aplicación se solicita al enfermo que ponga en cada

una de las declaraciones cual es la que más se acerca a su estado actual en el momento que resuelve la prueba. En el ambiente médico se considera como una orientación terapéutica cuando el paciente acepta resolver la prueba.

Zung y Durham (1965) realizaron su estudio piloto con pacientes del Hospital Psiquiátrico de Veteranos de Duke Medical Center y se les habría proporcionado el diagnóstico de depresión a los pacientes si su estancia hubiese durado más de cinco meses en la institución. La población total con la que se validó la prueba fué de 56 sujetos.

Meses después que valoraron su prueba Zung, Richards y Shorts (1965) efectuaron un estudio con 152 pacientes de la misma consulta externa del Hospital Psiquiátrico de Veteranos comparando los resultados obtenidos en su prueba con los alcanzados en la escala 2 (D) del MMPI.

### 1.13.3. EL INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK

Este instrumento fué el que se utilizó en la presente investigación, que se describirá ampliamente en la parte metodológica de esta investigación. Resaltando solamente, sus principales características en el cuadro 1.13.3.1

Existen una gran cantidad de aplicaciones del Beck con pacientes médicamente enfermos a nivel mundial. los cuales se citarán más adelante.

A partir de 1967, el Inventario para Depresión de Beck (IDB) se ha venido utilizando para evaluar a la población médicamente enferma y diagnosticarle cuadros depresivos. En estos estudios los puntos de corte varían desde 11 hasta 21 puntos.

El Inventario para Depresión de Beck ha sido generalizado en las poblaciones como grupos criterio:

1. Población de pacientes médicamente enfermos con una insuficiencia renal y bajo tratamiento de diálisis, se les aplicó el IDB, esta investigación fué efectuada por Cravin Rodin y Littlefield (1988) en Toronto, Canadá.
2. Población de pacientes médicamente enfermos con diferentes tipos de cáncer, con diferentes tratamientos, este estudio lo efectuaron Gracia, Morera y Febles (1986) en España. También se les aplicó el IDB.
3. Poblaciones de pacientes psiquiátricos (n=45) y pacientes médicamente enfermos (n=30). En este estudio no fueron encontradas diferencias significativas entre los dos grupos, en términos del puntaje total obtenido en el IDB. Sin embargo en el análisis por reactivo se encontró que los sujetos psiquiátricos obtuvieron puntajes más altos en los reactivos afectivos que los pacientes médicamente enfermos

Mientras que los pacientes médicamente enfermos obtuvieron un puntaje significativamente más alto en los reactivos somáticos. Los investigadores encontraron que la de-

presión en pacientes psiquiátricos se caracteriza primariamente por una ideación suicida y pérdida del interés mientras que los sujetos médicamente enfermos manifestaron se caracterizaron por una pérdida de energía y la preocupación de síntomas físicos; éste estudio fué efectuado por Emmons, Fetting y Zonderman en 1986 en la Universidad de Chicago, Illinois. (USA).

4. Población de pacientes médicamente enfermos a los cuales se les efectuó una cirugía torácica con la finalidad de correlacionar factores causales. Esta investigación se llevó a cabo por Karanci y Nuray en 1988 en un Hospital ubicado en Ankara Turquía.
5. Población de pacientes médicamente enfermos con cáncer en estadio de metástasis, que tuvieran dolor físico causado por la enfermedad misma. Se mantuvieron dos grupos uno control y otro experimental para que aprendieran a controlar el dolor y utilizar lo menos posible analgésicos y medicamentos. El IDB fué uno de los instrumentos clave que ayudaron a que este programa se implantara en Estados Unidos por Spiegel (1990).
6. Población de pacientes médicamente enfermos oncológicos, cuyo tratamiento selectivo fué la cirugía ,el IDB formó parte de toda una batería que se les aplico a los pacientes. En la integración del estudio psicológico de cada paciente se valoró: personalidad, ansiedad y locus control;

el objetivo de la investigación fué evaluar los factores psicológicos que pudieran influir en el manejo del dolor postquirúrgico. Este estudio lo efectuaron Taenzer, Melzak y Jeans en 1986, lo llevaron a cabo en el Centro para Cáncer " Tom Baker" en Calgary, Canadá.

7. Población de pacientes neumológicos. Estudio efectuado por Redmond en México en 1992. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Entre otras poblaciones , no menos importantes, pero que contienen criterios de exclusión, pues la enfermedad física altera las funciones mentales, temporal o definitivamente y/o bien la enfermedad física es temporal y la posibilidad de que los enfermos manifiesten una depresión severa es poco probable. Entre estas poblaciones se encuentran:

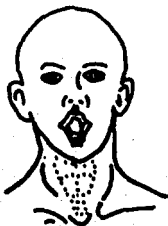
1. Población neurótica. Estudio efectuado en Inglaterra en 1990. Y cuyo instrumento psicológico fué el Inventario para Depresión de Beck. (IDB)
2. Población de pacientes con desórdenes cerebro-vasculares. Este estudio se efectuó en Islandia en 1991. También se utilizó el IDB.
3. Población de pacientes psiquiátricos de consulta externa. Este tipo de estudio se ha efectuado en Japón , 1989; Alemania; 1988. Y es semejante al que Beck efectuó en 1961.
4. Población de pacientes con bajos niveles de fluido cerebro espinal y su relación con la hormona corticotropina. Este

estudio se realizó en Estados Unidos en 1990.

5. Población psiquiátricamente deprimida. Se han efectuado estudios socio-culturales relacionados con el IDB en China, 1988; China;1991.
6. Población de pacientes con la Enfermedad de Parkinson. este estudio se efectuó en Alemania en 1991.
7. Población con personas de la tercera edad (geriátricas). Estudios efectuados en Canadá,1991 y Alemania,1990.
8. Población de pacientes cardiopatas. Estudio efectuado en México en 1992.

#### 1.14. LA GLANDULA TIROIDES

Anatómicamente esta glándula consiste en dos lóbulos, el derecho y el izquierdo, unidos por un istmo. Se encuentra localizada en la parte anterior del cuello y en el adulto sano pesa aproximadamente de 15 a 25 grs. La glándula se encuentra en vuelta en una cápsula de tejido conectivo. (Carter, Livingston, 1983)



LOCALIZACION ANATOMICA



PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL INVENTARIO PARA  
DEPRESION DE BECK. CUADRO 1.13.3.1.

1953

Beck observó que cinco soldados que habían matado a un compañero se habían convertido en psicóticos deprimidos. Los cinco querían ser castigados por su acto: todos excepto uno habían intentado suicidarse.

1961-1962

Beck et al (1962) desarrollaron un programa de investigación experimental dividido en tres etapas de acuerdo a su hipótesis central:

1. Aislar las constelaciones psicodinámicas que no tuvieran relación con la depresión.
2. Desarrollar métodos para evaluar mediante material clínico lo referente a este constructo. Desarrollar un inventario confiable para medir la depresión.
3. Comprobar la idea de que los pacientes deprimidos se caracterizan por algunos patrones distintivos que hacen que sufran en forma desproporcionada o inapropiada a la situación real".

Beck, Ward, Mendelson y Mock (1961) comenzaron a explotar el material ideativo de 287 pacientes que pertenecían a los departamentos de consulta externa e interna de dos grandes

hospitales psiquiátricos de Filadelfia.

De la población estudiada el 25% presentaba una neurosis de depresión, el 10% una psicosis depresiva. La depresión mayor encontrada en los pacientes tenía un carácter masoquista en comparación con los sueños de los pacientes no deprimidos.

1963

Beck se ocupó de las posibles relaciones existentes entre la privación ocurrida en la niñez temprana y la aparición posterior, en los mismos pacientes de una psicopatología depresiva.

En base al procedimiento anterior Beck y Ward (1961) construyeron un inventario compuesto por 21 categorías de síntomas y actitudes. Cada reactivo contiene diferentes grados para un mismo rubro sintomático. Los valores numéricos dados a cada enunciado van de 0 a 3 lo que indica el grado de severidad de cada reactivo. Los primeros 14 reactivos se han conocido como los evaluadores de síntomas afectivo-somáticos y los 7 restantes como vegetativo-somáticos. Para validar la prueba Beck (1961) utilizó como regla de oro el juicio de 4 psiquiatras experimentados, los

cuales trataron de expresar el grado de  
patología en cuatro diferentes niveles:

I. Sin depresión. 0-9 puntos

II. Depresión leve 10-15 puntos

III. Depresión moderada 16-23 puntos

IV. Depresión severa. 24-63 puntos

Fisiológicamente la glándula tiroides se caracteriza por ser una glándula de secreción interna, es decir, que fabrica, almacena y segrega las hormonas tiroideas que regulan el ritmo metabólico.

La glándula tiroides secreta dos hormonas principalmente que son:

1. La tiroxina (T<sub>4</sub>)
2. La triiodotironina (T<sub>3</sub>)

La secreción de estas hormonas, T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub>, están bajo el control de la hormona estimulante (TSH).

Los efectos principales de las hormonas en el cuerpo humano son:

1. Intervienen en la incrementación de la síntesis y degradación de lípidos.
2. Intervienen en la absorción de las cantidades adecuadas de glucósa y grasa efectuadas por los músculos.
3. Intervienen en los tejidos para aumentar el metabolismo celular.
4. Interactúan con las catecolaminas complejas, ya que se incrementan las cantidades de T<sub>3</sub> (triiodotironina) y T<sub>4</sub> (tiroxina) parecen inducir a un incremento de la actividad adrenérgica.
5. Aumenta la degradación de insulina. (American Cancer Society, 1983)

Las principales alteraciones funcionales de la glándula tiroides son:

1. Hipotiroidismo.
2. Hipotiroidismo en el adulto (conocido también como Mixe-  
dema).
3. Hipertiroidismo (conocido también como tirotoxicosis)

El hiperotiroidismo es la inactividad funcional de la glándula tiroides puede ser primario o secundario, ocasionado por una deficiencia de la hormona tiroidea estimulante (TSH)

Por su génesis el hipotiroidismo se clasifica en:

- \* Primario.- Cuando la deficiencia es de nacimiento o se presenta en la infancia.
- \* Secundario.- Cuando la deficiencia aparece en la edad adulta.

Las principales causas del hipotiroidismo primario son:

1. Administración de yodo radiactivo en la edad adulta.
2. Cirugía de la glándula tiroides.
3. Defectos congénitos de la hormona tiroidea.
4. Administración de drogas anti-tiroideas.
5. Administración de yoduros en grandes dosis.

Las principales causas del hipotiroidismo secundario son

1. Transtornos de la glándula pituitaria (en éste caso los síntomas se encuentran asociados con las gónadas y las

glándulas suprarrenales.)

Por su parte, el hipertiroidismo implica un incremento de los niveles de hormonas tiroideas.

Esto puede resultar por alguna de las siguientes causas:

1. Yodo inducido.
2. Exceso de secreción de la hormona tiroidea estimulante (TSH)
3. Substitución artificial y auto-administración de hormonas tiroideas.
4. Malignidad trofoblástica.

La sintomatología de las principales alteraciones funcionales de la glándula tiroides son:

Hipotiroidismo

1. Piel rasposa y pálida
2. Cabello reseco e irsuto
3. Intolerancia al frío
4. Pulso lento
5. Ganancia de peso
6. Fatiga
7. Sensación de debilidad
8. Menstruación irregular
9. Estreñimiento
10. Zumbido de oídos
11. Edemas (faciales)
12. Ronquera

Hipertiroidismo

1. Piel tibia y manos húmedas
2. Cabello ralo y adelgazado
3. Intolerancia al calor
4. Taquicardia y/o arritmia
5. Pérdida de peso
6. Fatiga
7. Sensación de debilidad
8. Menstruación irregular
9. Diarreas frecuentes.
10. Sudoración excesiva
11. Irritabilidad
12. Insomnio

- |                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 13. Discurso lento      | 13. "Nerviosismo"     |
| 14. Pensamiento confuso | 14. Ojos exoftálmicos |

Fuente:Thyroid Foundation of America.

Lawrence(1990;ACS,1983)

1.14.2. ESTUDIOS PSICOLOGICOS CON PACIENTES CON UNA  
HIPOFUNCION TIROIDEA.

Mezquita (1985) realizó un estudio en el Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubirán", con la finalidad de comparar la correlación existente entre la hipofunción tiroidea y el afecto exclusivamente midiendo los síntomas depresivos.

Como herramientas utilizó:

1. La Escala para la Depresión de Zung.
2. El Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) Escala 2 para Depresión.
3. El RDC (Research Diagnostic Criteria) de Spitzer.

Su población la dividió en tres grupos:

- A. Grupo de pacientes con enfermedad crónica.
- B. Grupo de pacientes con enfermedad de duración similar a la del grupo "A".
- C. Grupo de pacientes sanos.

Encontrando lo siguiente:

1. La dificultad y esfuerzo que los pacientes del grupo A para responder a los cuestionarios de auto evaluación debido al retardo psicomotor que padecían.
2. Con respecto a la Escala 2 de Depresión de Zung, llamó la atención el índice obtenido por el grupo C ya que fué más elevada de lo que se considera como promedio para la población general, aún cuando fue más bajo para los grupos A y B.
3. En el análisis descriptivo de los resultados, se encontró un mayor número de transtornos depresivos, una puntuación más elevada en la Escala de Zung y el mayor número de escalas alteradas del MMPI con predominio en la escala 2 (depresión) y 3 (histeria). Sin embargo al hacer el análisis estadístico se diluyeron y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, probablemente por el tamaño de la muestra.
4. El grupo A se caracterizó por tener niveles séricos de T4 debajo de la normalidad. Hubó una mayor frecuencia de transtornos depresivos, un índice promedio para la Escala de Zung de 59.5-13-91 con un rango de 39 a 79 puntos así como una mayor cantidad de escalas alteradas en el MMPI (2,3,1,4, 8 y 9).
5. En el grupo B se encontró que la frecuencia de transtornos depresivos fue menor, de 3 a 6 pacientes, con un índice promedio para la escala de Zung de 51+47 y respecto al



MMPI las escalas más alteradas fueron la 8, 2 y 6.

6. En el grupo C, solamente se diagnóstico transtorno depresivo 1:6 pacientes, un índice promedio para la escala de Zung de  $46 + 11.86$  y las escalas alteradas del MMPI fueron la 8 en la mitad de los casos seguida por la 1.

#### 1.15. EL CANCER

El vocablo cáncer proviene del latín que significa cangrejo. Por el origen semántico de éste vocablo se supone que la existencia del cáncer data desde la Antigua Grecia.

Es por ello, que el estudio del cáncer como enfermedad médica surgió del desarrollo de la patología y de la biología, siendo hasta el siglo XX cuando la medicina se avoca al estudio de los tumores pueden ser malignos o benignos.

Dependiendo del estudio histopatológico que se lleve a cabo con determinado tumor al saber si es benigno o maligno se definirá el tipo de tratamiento y éste depende de la susceptibilidad del paciente a determinadas sustancias.

Sin embargo, aún hoy en día se ignora la génesis del cáncer es por eso que la ONCOLOGIA es la rama de la medicina encargada de estudiarla y tratarla. (Carter, Glastein y Levinston, 1983).

Existen dos organismos muy importantes a nivel internacional que se han avocado a estudiar el cáncer, promover los hallazgos científicos y tratar de explicar de una manera sencilla el manejo del cáncer, se tratan de:

1. La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC;1982)
2. The American Cancer Society (ACS;1983)

La Unión Internacional contra el cáncer define el origen del cáncer de la siguiente manera:

"Se desconoce cuál es la causa directa e inmediata del cáncer ."

#### 1.15.1. ALGUNOS CONCEPTOS DEL CANCER

La conceptualización del cáncer se ha desarrollado en diferentes áreas biomédicas. A continuación se hará referencia a algunas de ellas:

##### I. Campo médico.

"El cáncer continua siendo un intrigante problema biológico. Aún los descubrimientos realizados en él tiene como base las ciencias biomédicas."(Shimkin,1982)

##### 2. Campo médico- patológico

"Se considera que el cáncer es una enfermedad en la que existe una diferenciación; de tal manera que es posible con-

siderar a las neoplasias como caricaturas del proceso normal del desarrollo celular y renovación tisular." (Luevano, 1987)

### 3. Campo de la Oncología Preventiva.

"Un concepto más amplio de lo que es el cáncer, no solamente es concentrando los procesos multidisciplinarios en los aspectos del diagnóstico y el tratamiento que corresponden a las fases finales de la enfermedad, es considerarlo como un proceso de muy larga evolución, ya que puede durar muchos años en su desarrollo, desde que comienzan las causas que lo originan, es decir, se deben poseer conocimientos definidos acerca de la Oncología Preventiva con base a las cuatro fases evolutivas de la enfermedad." (Unión Internacional contra el Cáncer, 1982)

### 4. Psicología de la Salud (Oncológica)

"A pesar de que cada tipo de cáncer tiene sus causas distintivas, todos parecen depender de dos condiciones: una predisposición a la enfermedad en combinación con un irritante que inicia el crecimiento anómalo de células; a menudo toma cerca de 20 años para que se presenten señales de cáncer. Agentes infecciosos, la luz solar y la radiación pueden inducir el crecimiento anormal de células; lo mismo que el fumar (cigarros, pipas, puros), usar rapé, comer una dieta alta en grasas, exponerse a toxinas como el asbesto y la ingestión de alcohol." (Davidoff, 1987)

## ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

En el campo de la Oncología médica existen diversas formas para medir la calidad de vida del paciente con una neoplasia, básicamente son dos:

1. Valorándolo de acuerdo a la fase clínica o estadio histopatológico del cáncer.
2. Por medio de la Escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) o por medio de la Hoja de Karnofsky. Estas hojas son utilizadas en los hospitales para valorar la capacidad del paciente para valerse por sí mismo.

Lo anterior es de gran utilidad ya que estas escalas, ambas, son valoraciones funcionales que se pueden corroborar para lograr que un paciente colabore en un protocolo.

López Cueto (comunicación verbal, 1989,1990) estableció la diferencia entre el ECOG y el Karfnosky, lo esencial éste último se elabora en porcentajes.

### 1.15.2. PROCESO DE EVOLUCION DEL CANCER

El punto de vista moderno del cáncer, de acuerdo con Cortés y Bonadonna, 1983; UICC, 1982, como un proceso de larga duración, incluye cuatro etapas que son:

- I. Fase de inducción.- Su duración es de 15 a 30 años para que se convierta en carcinoma además estar en contacto con el agente carcinógeno. Las variables que intervienen para

que una persona expuesta a un mismo agente adquiriera el cáncer son:

- Cantidad del carcinógeno.
- Calidad del carcinógeno.
- Concentración del carcinógeno.
- Sitios sobre los cuales actúa la sustancia.
- Duración de la exposición.
- Presencia de otros agentes co-carcinógenos.
- Susceptibilidad del individuo o de sus tejidos.

II. Fase In Situ.- Su duración es de 5 a 10 años. La detección de la displasia por medio del epitelio en ciertas áreas tales como cuello uterino, pulmón, boca, vejiga y mama, hasta que se transforma en una displasia grave, con un plazo hasta de 10 años permite la invasión del carcinoma, es decir clínicamente se transforma en una metástasis funcional u orgánica.

III. Fase de Invasión.- La duración es de 5 a 10 años. Básicamente consiste en la multiplicación de las células malignas al grado de romper la membrana basal del epitelio y penetrar en tejidos vecinos. El crecimiento tumoral se manifiesta causando distintas clases de síntomas en el paciente de acuerdo a la localización del cáncer.

IV. Fase de Diseminación.- Tiene una duración de 1 a 5 años. Se caracteriza por que las células malignas se extienden

por medio sanguíneo o linfático al cuerpo en general. El estado de metástasis (METS). La diseminación puede ser de cuatro tipos:

- a) Extensión local o invasión.
- b) Diseminación linfática.
- c) Diseminación sanguínea y
- d) Diseminación por implantación.

Es muy importante conocer e identificar la fase en la cual se encuentra el paciente ya que clínicamente nos da determinados síntomas que pueden llegar a alterar las estructuras mentales y el grado.

Es por eso que se añade la tabla histopatológica por la que es posible detectar la sintomatología del paciente en lo se refiere al cáncer de tiroides. (Cuadro 1.15.2.1)

### 1.15.3. CANCER DE TIROIDES

López C. (1989 a 1992, comunicación verbal) contribuyó casi en la totalidad de éste trabajo al explicar de manera sencilla la parte de cáncer de tiroides y lo explicó, en una conversación amena y que es la siguiente:

LA PATOLOGIA TIROIDEA ES ESTUDIADA EN LA ACTUALIDAD  
DESDE DOS AREAS:

- I. Funcional <
  - \* Hipotiroidismo
  - \* Hipertiroidismo
  - \* Malignos . Cáncer
- II. Orgánica <Tumores<
  - \* Benignos Tratamientos
  - \* Parcial (Hemitiroidectomía)
- III. Tratamiento selectivo:
  - CIRUGIA
    - \* Total (Tiroidectomía total)
- IV. Probables Alteraciones Psicológicas.
  - a) Fase Pre-quirúrgica
  - b) Fase Post-quirúrgica
  - c) Fase Post-quirúrgica tardía

Se considera que el cáncer de tiroides es uno de los menos frecuentes, caracterizado por un crecimiento lento, con una sintomatología retardada y una morbilidad y mortalidad relativamente baja. (American Cancer Society; Ureles (1983))

Sin embargo llaman la atención, pues se presentan, en la mayoría de los casos, en forma de nódulo tiroideo. El nódulo tiroideo es cualquier tumor palpable de la glándula.

Clínicamente, se localiza en la superficie de la glándula o

próximo a ésta; y su superficie tiene más de 1 cm. de diámetro. La evidencia quirúrgica (se refiere a un grupo seleccionado de pacientes al azar) indica malignidad; en el 15-20% de los nódulos solitarios, en el 6 - 10% de la totalidad de los bocios multinodulares y en el 0.01-0.1 % de la totalidad de las glándulas tirotoxicas .

La incidencia del cáncer de tiroides en glándulas clínicamente normales en las autopsias oscila entre 0.1 -2.0 % (100/millón a 20,000/ millón).

La detección y el diagnóstico del cáncer de tiroides se lleva a cabo por medio de :

1. Detección clínica
2. Procedimientos diagnósticos.

En la detección clínica el médico por medio de la palpación obtiene una impresión diagnóstica por medio de la cual ubica la localización y el tamaño del tumor. Así mismo valiéndose de los datos de la historia familiar, el médico detecta si puede existir malignidad en el tumor o no.

Independientemente que se verifique, esta impresión diagnóstica por medio de los procedimientos diagnósticos, como son :

1. Centellogramas o gammagrafia de tiroides.
2. Biopsia de aguja.
3. Extensión o búsqueda de lesiones metastásicas.



4. Examen radiológico de cuello.
5. Laringoscopia directa.
6. Trasiluminación.
7. Perfil hormonal tiroideo (captación de T3 y T4 libres, fijación de la tiroxina y pruebas de anticuerpos)
8. Prueba por los métodos ultrasónicos "A" y "B".

#### 1.15.4. TRATAMIENTO SELECTIVO EN EL CANCER DE TIROIDES:

##### LA CIRUGIA

En el Instituto Nacional de Cancerología, la tiroidectomía es una de las cirugías más frecuentes y confiables, teniendo como promedio de 5 a 8 pacientes operados semanalmente. De los pacientes sometido a cirugía, un 60% son sometidos a una tiroidectomía total y el 40 % restante corresponden a u una hemitiroidectomía (cirugía parcial).

En la literatura de cáncer de tiroides (American Cancer Society, 1983) se considera que es una rara neoplasia cuya frecuencia parece variar según el área geográfica.

**M E T O D O L O G I A**  
**C A P I T U L O   I I**

## 2.1. Problema

¿Existen diferencias en los estados depresivos de pacientes con cáncer de tiroides dependiendo de la fase quirúrgica en que se encuentren: pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía?

## 2.2. Objetivo General

El objetivo del presente trabajo fue el establecer las diferencias existentes en los estados depresivos de pacientes con cáncer de tiroides dependiendo de la fase en la que se encontraban: pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía, utilizando para tal efecto el Inventario para Depresión de Beck. Lo anterior se considera útil para:

1) Establecer los estados depresivos y su frecuencia en las diferentes fases quirúrgicas descritas.

2) Determinar el comportamiento de dicho instrumento en la muestra sujeta a estudio, lo cual podrá aportar datos objetivos para la validez y confiabilidad del mismo.

## 2.3 Objetivos Específicos

1) Discriminar los síntomas depresivos secundarios al diagnóstico de cáncer.

2) Discriminar los síntomas depresivos de los físicos.

3) Diferenciar los estados depresivos de pacientes con cáncer de tiroides en cada una de las fases: pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía.

4) Determinar la frecuencia de los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides en las fases pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía.

5) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo de la edad.

6) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo del sexo.

7) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo del estado civil.

8) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo de la escolaridad.

9) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de los tiroides dependiendo de la ocupación.

10) Establecer si existen diferencias, en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo del lugar de nacimiento.

11) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo del lugar de residencia.

12) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo del nivel socioeconómico.

13) Determinar la incidencia de antecedentes heredofamiliares.

14) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides en términos del tratamiento selectivo.

15) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides dependiendo del tipo de cirugía programada (total o parcial)

16) Establecer si existen diferencias en los estados depresivos entre los pacientes cuyo tratamiento realizado fue la tiroidectomía total de aquellos cuyo tratamiento selectivo fue la

tiroidectomía parcial.

17) Establecer el punto de corte del Inventario para Depresión de Beck para esta población.

#### 2.4. Hipótesis

H<sub>A</sub>. - Existen diferencias en los estados depresivos de pacientes con cáncer de tiroides dependiendo de la fase en la que se encuentren: pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía.

H<sub>0</sub>. - No existen diferencias en los estados depresivos de pacientes con cáncer de tiroides dependiendo de la fase en la que se encuentren: pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía.

#### HIPOTESIS ALTERNATIVAS

H<sub>A1</sub>. - Si el paciente se encuentra en la fase pre-quirúrgica, entonces manifestará una mayor cantidad de estados depresivos.

H<sub>01</sub>. - Si el paciente se encuentra en la fase pre-quirúrgica, entonces manifestará una menor cantidad de estados depresivos.

H<sub>A2</sub>. - Si el paciente se encuentra en la fase post-quirúrgica, entonces manifestará una mayor cantidad de estados depresivos.

Hoz.- Si el paciente se encuentra en la fase post-quirúrgica, entonces manifestará una menor cantidad de estados depresivos.

Haa.- Si el paciente se encuentra en la fase post-quirúrgica tardía, entonces manifestará una mayor cantidad de estados depresivos.

Hoa.- Si el paciente se encuentra en la fase post-quirúrgica tardía entonces manifestará una menor cantidad de estados depresivos.

## 2.5 Variables Dependientes e Independientes.

\* Variable Dependiente.- Estados depresivos en pacientes con cáncer de tiroides.

\* Variables Independientes.-

- 1) Fase pre-quirúrgica
  - 2) Fase post-quirúrgica
  - 3) Fase post-quirúrgica tardía
  - 4) Edad
  - 5) Sexo
  - 6) Estado Civil
  - 7) Escolaridad
  - 8) Ocupación
  - 9) Nivel Socio-económico
- \* Vivienda (Tipo)

\* Servicios:

- Agua
- Luz
- Drenaje

10) Antecedentes Familiares Patológicos (\*)

11) Lugar de Nacimiento. (Ambos son para comparar el estudio)

12) Lugar de Residencia efectuado por García Tsao. (CATIMEX)

13) Tratamiento Selectivo

14) Tipo de Cirugía:

\*Total (Tiroidectomía Total)

\*Parcial (Hemitiroidectomía o Tiroidectomía Parcial)

2.6. Definiciones Conceptuales y Operacionales de las variables.-

**Edad.-** Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta una fecha o tiempo determinado.

**Sexo.-** Distinción fundamental de los organismos de una especie determinada que los divide entre los que producen óvulos (hembras) y los que producen espermatozoides (machos). (Warren, 1977)

**Estado Civil.-** condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad. (García-Pelayo, 1987)

**Ocupación.-** En sentido colectivo, los sujetos dedicados a un oficio especial. (Warren, 1977)



Nivel socio-económico.-

a) Vivienda.- Morada, casa. Género de vida.(García-Pelayo,1987)

b) Servicios.- Administración determinada a satisfacer necesidades públicas. (García-Pelayo,1987)

Antecedentes familiares patológicos.- Condición que precede siempre a la aparición de un fenómeno y en la ausencia del cual éste no se presenta nunca. Estudio de las causas, de las formas y de los síntomas de diversas enfermedades. (Warren,1977) (Ed. Planeta s/f)

Cirugía.- Rama de la medicina que estudia los traumatismos y enfermedades que requieren procedimientos quirúrgicos. Cualquiera de los tratamientos y procedimientos desarrollados y aplicados en la cirugía. (Blakiston,1983)

Depresión.- "trastorno antecedente del pensar con una resultante alteración de la afectividad y de la conducta con la distorsión cognoscitiva". (Beck,1961)

Paciente/externo.- Persona que se encuentra bajo cuidado médico. Paciente que acude al hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento pero que no ocupa un lugar en la institución. (Blakiston,1983)

**Fase.** - Estado o estadio de una enfermedad o de las funciones biológicas, químicas, fisiológicas y psicológicas en un momento dado. (Blakiston, 1983)

**Glándula tiroides.** - Actúa en el metabolismo de los carbohidratos, incrementa la degradación de insulina, incrementa la absorción de la glucosa y la grasa tomada por el músculo, actúa en la degradación y síntesis de lípidos. La tiroxina (T<sub>3</sub>) y la triiodotironina (T<sub>4</sub>), sustancias de la glándula, inducen un incremento en la actividad adrenergica y sobre todo actúan directamente en los tejidos para incrementar el metabolismo celular (Blakiston, 1983).

**Tiroidectomía.** - Extirpación parcial o completa de la glándula tiroides. (Blakiston, 1983)

**Tratamiento selectivo.** - Diagnóstico e indicación de acuerdo a la evaluación de factores de riesgos, anamnésticos y constitucionales de un examen objetivo médico. (Blakiston, 1983)

#### DEFINICIONES OPERACIONALES

**Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Vivienda y Servicios.** - Estos se obtuvieron por medio de una hoja de datos que se controla en el Área de Investigación y Enseñanza para los diferentes protocolos que se desarrollan en dicha institución.

Antecedentes familiares patológicos, Lugar de Nacimiento y Lugar de Residencia.- Estas variables se obtuvieron por medio de una Hoja de datos diseñada para la presente investigación; los datos se preguntaban directamente al paciente y se corroboraban en Trabajo social o en archivo Clínico. Lugar de nacimiento y Lugar de Residencia surgieron como datos de una investigación previa realizada de acuerdo a la morbilidad y frecuencia del cáncer de tiroides en determinados estados de la Republica Mexicana (García Tsao et al 1979)

Cáncer de tiroides.- Esta variable se obtuvo por medio del diagnóstico médico, de gabinete, e histopatológico realizados por los médicos de los Servicios de Cabeza y Cuello y los de Medicina Interna.

Depresión.- Esta impresión diagnóstica se obtuvo en base a los puntajes proporcionados por Beck y desarrollados para su Inventario de Depresión, estos son:

- 0-9 puntos.....Sin depresión
- 10-15 puntos.....Depresión leve.
- 16-23 puntos.....Depresión moderada.
- 24-63 puntos.....Depresión severa.

Fase pre-quirúrgica.- Esta fase fue notificada por los pacientes, enfermeras y trabajadoras sociales al solicitarles la fecha en la

que el paciente ingresaría a la institución para ser operado. El ingreso del paciente generalmente se realiza con un día de anticipación a la cirugía; para tener todos los estudios necesarios del paciente como lo son electrocardiogramas, resultados de biopsias, laboratorio y el diagnóstico médico patológico.

Fase post-quirúrgica.- En el caso del cáncer de tiroides, los médicos realizan una evaluación quirúrgica total tres semanas después de la cirugía. Desde el aspecto médico biológico se revisan que existan complicaciones tales como lo son la hemorragia arterial y venosa. Otra complicación que suele presentarse es una intensa disnea que suele deberse a la lesión accidental de los nervios laríngeos (López-Cueto, 1989). Por último se evalúa que no exista riesgo de metástasis. (Vannessi, 1991).

Fase post-quirúrgica tardía.- En este tipo de cáncer es preciso evaluar después de seis semanas después de la cirugía, ya que después de este lapso se pueden manifestar ciertas complicaciones funcionales como lo son la disfonía, la cual llega a afectar la capacidad respiratoria del paciente si no es detectada a tiempo. Otra complicación es la del hipoparatiroidismo que es una consecuencia tardía; el médico tiene que cerciorarse de que la secreción de hormonas paratiroides sea suficiente por medio de un perfil hormonal, y las cantidades de calcio, magnesio y potasio

por medio de estudios de gabinete.

**Paciente.-** Ser humano que acude a cualquier institución hospitalaria por tener o manifestar molestias físicas y psicológicas en lo que a sus salud se refiere. Esta persona es atendida por un equipo interdisciplinario y es aquí donde para un manejo adecuado de la persona se le denomina *paciente* en este ambiente.

**Tiroidectomía parcial/ total.-** Este tratamiento quirúrgico fue seleccionado por los médicos de Cabeza y Cuello y los de Medicina Interna y fue diagnosticado en base a exámenes de laboratorio, biopsias, palpaciones, terapia axial computarizada (TAC), electrocardiogramas etc..

## 2.7. Población

Pacientes que acudieron por primera vez al Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo de Enero a Agosto de 1989.

## 2.8 Muestra

Para la presente investigación se seleccionaron pacientes que acudieron por primera vez a los Servicios de Cabeza y Cuello y el de Medicina Interna y cuyo tratamiento selectivo a seguir fuera la tiroidectomía total o parcial y que fueran estudiados y diagnosticados en dicha institución de tercer nivel.

Los criterios de Inclusión fueron:

- Pacientes con carcinoma de tiroides
- De cualquier edad y sexo.

-Sin tratamiento farmacológico previo ya fuera para enfermedades oncológicas o para trastornos mentales.

Que aceptaran participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de Exclusión fueron:

- Pacientes con un diagnóstico oncológico previo.
- Pacientes que hubieran tenido un tratamiento oncológico previo.

- Pacientes que estuvieran bajo tratamiento farmacológico para trastornos o enfermedades mentales.

- Pacientes que dejaran de asistir a los tratamientos médicos post-quirúrgicos y/o abandonaran las entrevistas en el Servicio de psiquiatría y psicología de esta institución.

### 2.9. Tipo de muestreo.

Se trata de un muestreo probabilístico, propositivo y sistemático. (Pick y López, 1979) (Kerlinger, 1975)

*Muestreo no probabilístico.* - "Este tipo de muestreo se basa en las apreciaciones del investigador y se utiliza frecuentemente por consideraciones prácticas de costo y/o tiempo. Entre estos métodos del muestreo no probabilístico tenemos:

*Muestreo propositivo.* - "Este tipo de muestreo se emplea cuando no

es necesario que la muestra represente a toda la población. Por ejemplo cuando queremos realizar un estudio en una población determinada. Este tipo de muestreo se utiliza también cuando se conocen algunos miembros de determinada población, pero no es posible hacer una lista de todos y llevar a cabo un muestreo simple al azar." (Pick y López, 1979) (Kerlinger, 1975)

*Muestreo sistemático.*- " Es aquel en el que se emplean determinados intervalos para obtener la muestra" Pick y López, p. 88-92, 1979) Para lo cual realizamos un orden preestablecido y obtuvimos un muestreo cuasi-al-azar.

## 2.9 Tipo de investigación.

La presente investigación se caracterizó por ser de campo, descriptiva, transversal de tres muestras relacionadas. (Pick y López, 1979) (Kerlinger, 1975)

*De campo.*- "Su principal característica consiste en que se realiza en el medio natural que rodea al individuo y puede o no ser experimental. Se tiene que hacer en el campo, es decir, en el lugar en el que se manifiestan las variables." (Pick y López, 1979) (Kerlinger, 1975)

*Descriptivo.*- Este tipo de estudio solo pretende describir las características más importantes del fenómeno tal como se presenta en la realidad. Los estudios descriptivos tienen varias características en común:

a) Los resultados describen a un grupo determinado de individuos.

más no explican la naturaleza de las variables en cuestión o de la interacción que existe entre éstas.

b) El investigador sabe lo que quiere estudiar en cuanto a objetivos y diseños.

c) El investigador ha determinado lo que quiere investigar por consiguiente, conoce los instrumentos que tendrá que utilizar.

d) Ha delimitado tanto la población como la muestra que va a utilizar. (Pick y López, p. 30, 1979; Kerlinger, 1975)

*Transversal.* - Este tipo de estudio se realiza en un momento determinado; nos interesa el fenómeno en el presente. El principal objetivo es estudiar el fenómeno en un momento determinado. (Pick y López, p. 33, 1979; Kerlinger, 1975)

*Con tres muestras relacionadas.* - Este tipo de diseño, es una sub-división de los diseños multigrupos. Este diseño se parece al de dos grupos relacionados, solo que en este caso tendremos más de dos muestras que estarán relacionadas por alguna variable.

Este diseño generalmente se aplica cuando utilizamos el mismo grupo en diversas ocasiones. Si así procedemos debemos de controlar las variables fatiga y/o aprendizaje que puedan presentar los sujetos. (Pick y López, 1979; Kerlinger, 1975)

## 2.12. Instrumento

Entre los enfoques cognitivos de la patología cabe mencionar el de Aaron T. Beck con sus concepciones sobre la depresión y que fue gracias a éstas que desarrolló el Inventario para Depresión



de Beck. (Nahthan y Harris, 1983)

Beck (1953) observó que cinco soldados que habían matado a un compañero, se habían convertido en psicóticos deprimidos y suicidas. Los cinco querían ser castigados por su acto; todos excepto uno habían intentado suicidarse.

Asociando estas observaciones con los puntos psicoanalíticos acerca de la Depresión Beck concluyó que *el rasgo central de la depresión es la necesidad de sufrir.*

En su hipótesis central, el autor aclara "Al realizar un estudio sobre los factores psicodinámicos de la depresión, creí que era necesario satisfacer dos prerequisites. Primero: Debería ser posible aislar una constelación o constructo psicodinámico particular que tuviera una relación significativa con la depresión pero no con otros síntomas.

Segundo debería ser posible desarrollar métodos para identificar mediante el material clínico, los referentes a este constructo" (Beck, 1967, p.169)

Beck et al (1962), desarrollaron su programa de investigación experimental en tres etapas diseñadas para validar su punto de vista sobre la depresión. La primera consistió en una serie de proyectos para evaluar la confiabilidad y utilidad de los métodos que tienen por objeto identificar a los pacientes deprimidos dentro de agrupamientos tradicionales de diagnóstico.

*La segunda se destinó a desarrollar un inventario confiable para medir la Depresión.* (Beck et al, 1961)

La tercera que fue el objetivo central del programa, se encargo de comprobar la idea de que "los pacientes deprimidos se caracterizan por algunos patrones distintivos que hacen que sufran en forma desproporcionada o inapropiada a la situación real. Beck et al comenzaron en esta etapa a explotar el material ideativo (sueños a respuestas proyectivas estructuradas y asociaciones libres) y la utilización de situaciones controladas de estres experimental como medio para validar su hipótesis.

Beck tomó a su población de los pacientes que pertenecían a los departamentos de consulta externa e interna de dos grandes hospitales de Filadelfia. (Beck,1961)

Su población total fue de 287 sujetos. El 25% de este grupo presentaba una neurosis de depresión y el 10% una psicosis depresiva. Como complemento a gran escala Beck y Ward (1961) estudiaron el contenido de los sueños de los pacientes, encontrando tal y como se predijo que los sueños de los pacientes con una depresión grave fueron de carácter masoquista en comparación con los sueños que tuvieron los pacientes no deprimidos (p, 0.01). (Nathan y Harris,1983)

En un estudio final Beck et al (1963) se ocupó de las posibles relaciones existentes entre la privación ocurrida en la niñez temprana y la aparición posterior, en los mismos pacientes, de una psicopatología depresiva.

Entre la gran variedad de las clasificaciones de diagnóstico en el grupo, un número significativamente mayor de pacientes

deprimidos habían sufrido la pérdida de la madre , del padre o de ambos durante la niñez en comparación con los pacientes deprimidos moderados y los pacientes no deprimidos. Beck pensó que este hallazgo apoyaba su punto de vista psicoanalítico acerca de la depresión.

El reporte que Beck presentó describía el desarrollo de un instrumento diseñado para medir las manifestaciones conductuales de la depresión. tenía la cualidad de ser auto aplicable y basado en una serie de eventos homogéneos en relación a cuadros depresivos, lo cual difiere de la Escala 2 (D) del Minessota (MMPI), que aunque tiene la facultad de ser auto aplicable, muestra estar basado en factores analíticos, los cuales pueden ser heterogéneos en los cuadros depresivos. (Redmond, 1992)

Originalmente la construcción del Inventario de Beck fue primariamente derivada de la clínica, dado que su autor en el curso de su experiencia en psicoterapia psicoanalítica en pacientes deprimidos, realizó observaciones sistemáticas y registros de las actitudes características de los pacientes deprimidos. El selecciono un grupo de actitudes y síntomas que parecían ser específicas a estos pacientes deprimidos, además de que fueron consistentes en las descripciones de depresión contenidas en la literatura psiquiátrica. (Redmond,1992)

En base al procedimiento anterior, el autor construyó un inventario compuesto de 21 categorías de síntomas y actitudes. Cada categoría describe una manifestación conductual específica

de depresión y consiste en una serie gradual de cuatro enunciados autoevaluables.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados de diferentes grados para un mismo rubro sintomático, se pide al paciente que seleccione el que más se acerque a su condición en el momento de la evaluación. Los valores numéricos dados a cada enunciado van de 0 a 3 lo que indica el grado de severidad del reactivo, de esta manera, al ser 21 reactivos y tener un valor máximo de 3 cada uno, tenemos que el rango total es de 0 a 63.

Los 21 apartados del Inventario de síntomas y actitudes quedaron de la siguiente manera:

- 1) Animo.
- 2) Pesimismo.
- 3) Sensación de fracaso.
- 4) Insatisfacción.
- 5) Sentimientos de culpabilidad.
- 6) Sensación de castigo.
- 7) Descontento.
- 8) Autoacusación.
- 9) Deseos autopunitivos.
- 10) Llanto.
- 11) Irritabilidad.
- 12) Aislamiento.
- 13) Indecisión.
- 14) Imagen corporal.

- 16) Inhibición laboral.
- 16) Transtornos del sueño.
- 17) Fatigabilidad.
- 18) Pérdida del apetito.
- 19) Pérdida de peso.
- 20) Preocupación somática.
- 21) Pérdida de la libido.

Los primeros catorce (14) reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-somáticos y los siete (7) restantes como vegetativo-somáticos, esto es que el 33% de los reactivos está en relación con alteraciones de tipo somático en el paciente deprimido y dado que es menor el porcentaje de estos, hace que este inventario sea útil en pacientes con problemas orgánicos asociados, ya que estos síntomas en ocasiones pueden resultar de la propia enfermedad por lo que deben destacarse más los síntomas afectivos- cognitivos en los pacientes médicamente enfermos.

#### VALIDEZ DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.

Beck (1961) presentó una investigación que trataba de validar el inventario aplicándolo en la población psiquiátrica general y utilizando como regla de oro el juicio de cuatro (4) psiquiatras experimentados, los cuales trataban de expresar el grado de patología en cuatro diferentes niveles:

- I. Sin depresión
- II. Depresión leve
- III. Depresión moderada
- IV. Depresión severa

A manera de buscar diferentes puntos de corte que puedan indicar el nivel de patología afectiva existente en los pacientes quedando estandarizada hasta ahora de la siguiente manera:

- 0-9 puntos.....Sin Depresión
- 10-15 puntos....Depresión leve
- 16-23 puntos....Depresión moderada
- 24-63 puntos....Depresión severa

Kuthy (1989) realizó una investigación relacionada con pacientes con cáncer de tiroides a los cuales les aplicó el Inventario de Beck y comparó sus resultados con su llave de oro: las entrevistas semi-estructuradas para depresión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales, comparó sus resultados con su llave de oro y realizando un análisis estadístico que correlacionó sus instrumentos y resultados encontró que el punto idóneo de corte para el Inventario de Beck fue diferente en cada una de las tres entrevistas que llevo a cabo con los pacientes y encontró que con la población que trabajo el rango de síntomas depresivos fué de 0-15 y un rango de 13.42 para los síntomas depresivos del Inventario de Beck.

Redmond (1992) estudio a 50 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en la Ciudad de

México, en un periodo que comprendió de Noviembre de 1990 a Enero de 1991, con cualquier tipo de enfermedad respiratoria, mayores de 18 años, que supieran leer y escribir y que previa información aceptaran participar en la investigación. Redmond (1992) encontró que la patología más común fue la tuberculosis pulmonar atacando al 40% de las mujeres y al 30% de los hombres. Aplicó la hoja de datos demográficos, el Inventario de Beck y el HAD y encontró que:

1. 17% de las mujeres y el 48% de los hombres no presentaban ningún diagnóstico psiquiátrico.
2. Encontró que la reacción de ajuste de depresión fue el diagnóstico más común encontrándose en un 18% de las mujeres y en un 30% de los hombres.
3. Entre los pacientes que cursaban un cuadro depresivo mayor el 7.4% eran mujeres y el 8.8% eran hombres.
4. Entre los pacientes que manifestaban una reacción de ajuste la población se distribuía con un 18% de mujeres y un 4.3% eran hombres.
5. Los pacientes que manifestaron una reacción de ajuste mixta se distribuían en un 11% de las mujeres y un 4.3 % de los hombres.
6. Por último, los pacientes que presentaron un trastorno distímico el 7.4% eran mujeres y el 4.3 % eran hombres.
7. El investigador obtuvo como puntos de corte para el inventario de Beck, en la población neumológica, la puntuación de 8 siendo con un 85% de sensibilidad y 91% de especificidad.

8. Cabe hacer mención que Redmond (1993) describe que en los cuadros neumológicos hay una gran ansiedad, esto es debido por un sintoma físico que es la sensación de que les falta aire a los pacientes y que es descrito ampliamente en su trabajo.

### 2.13. PROCEDIMIENTO

Se solicitó por escrito autorización al Departamento de Investigación y Enseñanza y a la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Cancerología para llevar a cabo el presente estudio y se entregó el protocolo de investigación para su revisión y aceptación.

Una vez aceptado se tuvieron reuniones con los médicos de los Servicios de Cabeza y Cuello y de Medicina Interna para pedir el apoyo en cuanto al envío de pacientes programados para cirugía de tiroides, al Servicio de Psiquiatría y Psicología, al cual estuve adscrita como "MEDICO VISITANTE". Se dieron a conocer los criterios de exclusión del estudio para que con base a estos, los pacientes fueran remitidos una semana, por lo menos antes de la cirugía.

En el Servicio de Psiquiatría y Psicología, sin contar con recursos humanos, financieros y materiales por parte de la institución se abrieron expedientes para cada paciente de la investigación, en estos se incluyeron:

Hoja de datos demográficos

3 Hojas de Inventarios de Beck



#### Hoja de Antecedentes patológicos familiares.

Una hoja para resumir los datos sobresalientes de cada una de las tres :fase pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía.

A cada uno de los pacientes enviados por los diferentes Servicios se les pedía su consentimiento para participar voluntariamente en el estudio. Todos los pacientes fueron externos y se les diagnosticaba por primera vez en esa institución. Se realizaron tres entrevistas que se estructuraron de acuerdo al manejo médico de los pacientes.

La primera entrevista se llevo a cabo una semana antes de la cirugía y fue considerada como la BASAL. Se aplicaron la hoja de datos demográficos, la Hoja de antecedentes patológicos y el Inventario de Beck para Depresión.

La segunda entrevista se llevó a cabo tres semanas después de la cirugía, ya que como Varonessi (1991) indica pueden existir complicaciones tempranas de la tiroidectomía por lo que médicamente se recomienda checar que no exista una "hemorragia arterial venosa". También pueden existir transtornos respiratorios, ya que por débiles o insignificantes que parezcan deberán de ser atendidos para revisar la zona operada.

Otra complicación particularmente grave es una intensa disnea postoperatoria que suele deberse a una lesión accidental de los nervios recurrentes. Se recomienda solicitar siempre que el anestesiólogo controle el estado de las cuerdas vocales en el

momento de la extubación.

La tercera entrevista se realizó después de que los médicos revisaban que no existiera una disfonía o un hipoparatiroidismo. Para asegurarse que la secreción de las hormonas tiroideas sea el adecuado.

Así mismo se evalúa que no exista una hipocalcemia o síntomas de la misma (Varonessi (1991).

Se contó con el apoyo de la enfermera del servicio que citaba a los pacientes. El diagnóstico, tratamiento y la programación de la cirugía fueron explicadas de acuerdo al caso por el Jefe de Investigación Clínica de dicha institución.

Conforme los pacientes concluían sus evaluaciones se solicitaban los expedientes, para integrarlos.

Por parte del Trabajo Social se contó con su apoyo para el envío de telegramas a varios de los pacientes que radicaban en lugares alejados en las diferentes entidades federativas y que era necesario completar su expediente.

Por parte del Servicio de Medicina Interna se contó con el apoyo de la enfermera para localizar a pacientes que se encontraban citados en consulta externa.

## 2.11. PRUEBAS ESTADÍSTICAS.

Como se trata de un estudio descriptivo y se utilizó el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS), las pruebas estadísticas utilizadas fueron:

La prueba "t" para comparación entre muestras pequeñas. Los investigadores sociales trabajan frecuentemente con muestras que contienen un pequeño número de casos o entrevistados (Menor a 30). Mientras puede ser conveniente, si no necesario obtener resultados basados en muestras de pequeño tamaño estos pueden resultar engañosos si se interpretan de acuerdo al área señalada bajo la curva normal. Para compensar este alejamiento estadístico de la normalidad, en la distribución de diferencias obtenemos en su lugar lo que se conoce comúnmente como la razón "T". Al igual que el puntaje "Z", la razón "T" puede usarse para convertir una diferencia entre medias muestrales a unidades de error estándar de la diferencia, también de la misma manera se llega al puntaje "Z" obteniendo la razón "T" cuya fórmula es:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sigma \text{ dif}} \quad \text{o} \quad t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s_x}$$

$x_1$  = la media de la primera muestra

$x_2$  = la media de la segunda muestra

$\sigma \text{ dif}$  = el error estándar de la diferencia

REGION DE RECHAZO

REGION DE RECHAZO



Como medida de correlación dentro de la estadística no paramétrica para medidas correlacionadas se eligió la rho de Pearson, prueba que requiere que ambas variables se encuentren por lo menos en el nivel ordinal, de manera que los objetos o los sujetos investigados puedan ser ordenados: de mayor a menor, de peor a mejor etc. (Pick y López, 1979)(Kerlinger, 1975)

Se caracteriza por prestarse como prueba estadística por que incluye en una estadística de prueba que sigue una distribución " t ", cuya fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{\sum (n_{xy} - x \cdot y)}{\sqrt{n \cdot X^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{n \cdot Y^2 - (\sum y)^2}}$$

**RESULTADOS**  
**CAPITULO III**

Para el análisis e interpretación de los resultados de esta investigación se utilizó el Paquete Estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Hull, Jenkins, 1985).

Utilizándose un análisis de frecuencias con el objetivo de hacer una descripción de las características de la muestra, por medio de la hoja de datos demográficos se encontró que:

La edad de la población fue de un rango de 28 años a 72 años, concentrándose el dato en los 42 años, con una  $\bar{x} = 51.2$  y una  $s = 13.66$  (Ver cuadro no. 1).

EDAD

N=30

CUADRO No. 1

Edad	$\bar{x}$	Moda	Desviación Estandar
< 28 años	51.26	42	13.66
> 72 años			

Edad	Frecuencia	Porcentaje
28	2	6.7
29	1	3.3
33	1	3.3
36	1	3.3
39	1	3.3
41	2	6.7
42	3	10.0
45	1	3.3
56	1	3.3
50	1	3.3
52	1	3.3
53	1	3.3
54	1	3.3
55	1	3.3
57	1	3.3
59	1	3.3
60	1	3.3
63	1	3.3
65	2	6.7
66	1	3.3
68	1	3.3
69	3	10.0
72	1	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En cuanto al sexo, el sexo femenino ocupó un 93.3% (N=28), mientras que del sexo masculino solamente fueron 6.7% (N= 2). (Ver Cuadro No. 2)

SEXO

N= 30

Cuadro No. 2

<u>Sexo</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Femenino	28	93.3
Masculino	2	6.7
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

En lo que se refiere a ESTADO CIVIL, EL 56.7% (n=17) fueron casados, siguiéndoles el 16.7% (n=5) que se encontraban viudos, un 10.0% (n=3) correspondieron a unión libre, un 6.7% (N=2) fueron mujeres solteras. Cabe mencionar que en este último, en ambos casos fueron mujeres "comprometidas" que al comunicar su diagnóstico a su compañero, éste decidió terminar con la relación. (Ver cuadro No. 3)

ESTADO CIVIL

n=30

Cuadro No. 3

<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Soltero	2	6.7
Casado	17	56.7
Divorciado	2	6.7
Unión libre	3	10.0
Viudo	5	16.7
Separado	1	3.3
Otro	-	-
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

La ESCOLARIDAD de la población fue de un 30% (N=9) con una primaria incompleta, siguiéndole un 23.3% (N=7) sin educación escolar, un 20.0% (N=6) con la primaria completa, un 10.0% (N=3) terminaron la secundaria, un 6.7% (N=2) terminó la preparatoria o su equivalente, otro 3.3% (N=1) realizaron estudios de comercio o técnicos y un 6.7% (N=2) fueron profesionistas. (Ver cuadro No. 4)

ESCOLARIDAD

n=30

CUADRO No. 4

<u>Escolaridad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Sin educación escolar</u>	7	23.3
<u>Primaria incompleta</u>	0	30.0
Primaria completa	6	20.0
Secundaria	3	10.0
Preparatoria o equivalente	2	6.7
Técnico ó comercio	1	3.3
Profesional	2	6.7
Otros	-	---
<u>TOTAL</u>	<u>30</u>	<u>100%</u>

En cuanto a OCUPACION un 73.3% (N=22) se dedicaban únicamente al Hogar, un 6.7% (n=2) fueron subempleados y campesinos respectivamente, un 3,3% (N=1) eran empleados federales, obrero, estudiante, o no tenían ocupación ,para cada grupo respectivamente. (Ver cuadro No. 5)

OCUPACION

N=30

Cuadro No. 5

<u>Ocupación</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje (%)</u>
Empleado	1	3.3
Obrero	1	3.3
Técnico	-	-
Profesionista	-	-
Subempleado	2	6.7



Continuación Cuadro No. 5

Campeño	2	6.7
Hogar	22	73.3
Estudiante	1	3.3
Ninguna	1	3.3
Otra	-	---
TOTAL	30	100%

Por lo que se refiere al NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVIAN Y CO-DEPENDIAN se encontró un rango de 0 a 9 familiares siendo el más común el de familias integradas por 5 miembros además del paciente (Ver cuadro No. 6)

NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVIA Y CODEPENDIA EL PACIENTE

n=30

Cuadro No. 6

<u>No. de familiares</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
0	4	13.3
1	1	3.3
2	3	10.0
3	4	13.3
4	2	6.7
5	8	26.7
6	3	10.0
7	1	3.3
8	2	6.7
9	2	6.7
TOTAL	30	100%

En cuanto al NIVEL SOCIO ECONOMICO éste se dividió en cuatro aspectos:

1. Tipo de vivienda
2. Servicios públicos con los que contaba como lo son: agua, luz y drenaje

En lo que se refiere al TIPO DE VIVIENDA un 56.7% (N= 17) aludieron vivir en casa propia, un 23.3% rentaban su casa y un 20.0% (N=6) manifestaron habitar una vivienda "prestada" por algún familiar o algún pariente cercano. (Ver cuadro No. 7)

NIVEL SOCIO ECONOMICO

VIVIENDA

n=30

Cuadro No. 7

<u>Tipo de vivienda</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Propia	17	56.7
Rentada	7	23.3
Otra	6	20.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

En cuanto a SERVICIOS PUBLICOS, solamente un 76.7% (N=23) contaban con AGUA. (Ver cuadro No. 8)

NIVEL SOCIO ECONOMICO

SERVICIOS PUBLICOS

N=30

Cuadro No. 8

<u>AGUA</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Con Agua</u>	23	76.7
Sin agua	7	23.3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Por lo que se refiere a luz del total de la población, N=30 solo un 86.7 % (N=26) contaban con este servicio. (Ver cuadro No. 9)

NIVEL SOCIO ECONOMICO

SERVICIOS PUBLICOS

n=30

Cuadro No. 9

<u>Luz</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Con luz	26	86.7
Sin luz	4	13.3
TOTAL	30	100%

Y en cuanto a DRENAJE solamente un 76.7% (N= 23) disponía de este servicio publico, como podrá observarse igual al del agua. (Ver cuadro No. 10)

NIVEL SOCIO ECONOMICO

SERVICIOS PUBLICOS

n=30

Cuadro No. 10

<u>Drenaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Con drenaje	23	76.7
Sin drenaje	7	23.3
TOTAL	30	100.0%

Lo anterior nos puede dar una idea del nivel socioeconómico de la población estudiada, ya que si se hubiera tomado en cuenta los ingresos por familia y por capita estos resultarían inconcebibles debido a la inflación y cambio de moneda desde 1989 hasta la fecha.

Por medio de la Hoja de Antecedentes Patológicos se confirmó la teoría de que al haberse manifestado en generaciones anteriores (ascendientes del paciente) el cáncer, este parece ser de carácter genético dominante, ya que un 20% (n=6) expresaron tener familiares en línea directa y de primer grado con cáncer, siguiéndole como patologías combinadas: la diabetes mellitus con

cardiopatías un 10% (n=3), un 13.3 (n=4) expresaron desconocer los datos y otro 13.3% negaron datos patológicos. (Ver cuadro No. 11)

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

n= 30

Cuadro No. 11

<u>Patologías</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Cáncer	6	20.0
Cáncer-Cáncer	4	13.3
Cáncer-cardiopatías	1	3.3
Cáncer- parálisis cerebral	1	3.3
Diabetes Mellitus	1	3.3
Diabetes Mellitus-cardiopatías	3	10.0
Diabetes Mellitus'datos desc.	2	6.7
Cardiopatías	2	6.7
Cardiopatías-cardiopatías	1	3.3
Vesícula- Parkinson	1	3.3
Se desconocen datos	4	13.3
Se niegan datos	4	13.3
TOTAL	30	100.0%

Cabe hacer hincapié que de la población estudiada (N=30) solamente un 33.3% (n=10) residían en el Distrito Federal lo cual dificultaba el seguimiento clínico del paciente, y de esta población solamente un 6.7% (n=2) habían nacido en el Distrito Federal.

Se investigó el lugar de nacimiento y el lugar de residencia ya que en estudios efectuados por CATIMEX (Cáncer de Tiroides en México del Instituto Nacional de Nutrición " M. Zubirán") tienen una hipótesis referente a que los lugares boscosos pueden ser probables agentes carcinógenos desencadenantes del cáncer de tiroides. Ver en el Cuadro No. 12 y en el Cuadro No. 12-A se señalan los principales lugares de donde provinieron los pacientes de donde nacieron ya que pueden apoyar la teoría de CATIMEX.

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION  
ESTUDIADA CON CANCER DE TIROIDES

N=30

Cuadro No. 12

<u>Lugar de Nacimiento</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Chiapas	3	10.0
Distrito Federal	2	6.7
Estado de México	4	13.3
Guadalajara	3	10.0
Guanajuato	2	6.7
Guerrero	4	13.3
Hidalgo	3	10.0
Michoacan	1	3.3
Morelos	3	10.0
Oaxaca	1	3.3
Querétaro	3	10.0
Tamaulipas	1	3.3
Veracruz	2	6.7
Zacatecas	1	3.3
TOTAL	30	100%

LUGAR DE RESIDENCIA DE LA POBLACION  
ESTUDIADA DE CANCER DE TIROIDES

n=30

Cuadro No. 12-A

<u>Lugar de residencia</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Chiapas	2	6.7
Distrito Federal	10	33.3
Estado de México	8	26.7
Guadalajara	1	3.3
Guanajuato	-	--
Guerrero	1	3.3

## Continuación del cuadro 12-A

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Hidalgo	4	13.3
Michoacán	2	6.7
Morelos	1	3.3
Oaxaca	-	---
Querétaro	-	---
Tamaulipas	-	---
Veracruz	-	---
Zacatecas	1	3.3
TOTAL	30	100%

Por último del total de la población estudiada (N=30), un 63.3 % (n=19) fueron programados para efectuarseles una tiroidectomía total, mientras que el 36.7% (N=11) fueron programados para una hemitiroidectomía o tiroidectomía parcial. (Ver cuadro No. 13).

TIPO DE TRATAMIENTO SELECTIVO:CIRUGIA PROGRAMADA

n=30

Cuadro No. 13

<u>Tipo de cirugía</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Hemitiroidectomía	11	36.7
Tiroidectomía total	19	63.3
TOTAL	30	100%

En lo que se refiere a cirugía realizada un 70% de la población (n=21) fueron sometidos a una tiroidectomía total, mientras que un 30% (N=9) se sometieron a una hemitiroidectomía (tiroidectomía parcial) (Ver cuadro No. 14)

TIPO DE TRATAMIENTO SELECTIVO

CIRUGIA REALIZADA

n=30

Cuadro No. 14

<u>Tipo de cirugía</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Hemitiroidectomía	9	30
Tiroidectomía total	21	70
TOTAL	30	100%

El tipo de tratamiento selectivo, en este caso la cirugía y su tipo fueron notificados a los pacientes y a sus familiares y en la medida que fue posible se le explicaba al paciente su tratamiento, diagnóstico y seguimiento según fuera el caso.

Un segundo análisis aplicado fue la Correlación Producto-Momento de Pearson, prueba estadística inferencial por medio de la cual se encontró que durante la fase pre-quirúrgica se presentó lo siguiente;

- Una mayor depresión a menor escolaridad.
- Una mayor depresión a mayor número de familiares con los que co-dependía el paciente ( $r=0.27$ ) (Ver cuadro No. 15)

Depresión en pacientes con cáncer de tiroides relacionada con la escolaridad y número de familiares durante la fase pre-quirúrgica.

N=30

Cuadro No. 15

	<u>Escolaridad</u>	<u>Personas</u>
<u>Depresión</u>	$r = -0.27$	$r = 0.27$

Durante la fase post-quirúrgica se manifestó:

- Una mayor depresión a mayor número de familiares con los que co-dependía el paciente ( $r=0.47$ ) Ver cuadro No. 16)

Depresión en pacientes con cáncer de tiroides relacionada con el número de familiares con los que co-dependía el paciente en la fase post-quirúrgica

N=30

Cuadro No. 16

	Escolaridad	Personas
Depresión	$r=0.04$	$r=0.47$

Mientras que en la fase post-quirúrgica tardía se manifestó lo siguiente:

- Una mayor depresión a menor número de familiares con los que el paciente codependía ( $r=-0.38$ ) (Ver cuadro No. 17)

Depresión en pacientes con cáncer de tiroides relacionada con el número de familiares con los que el paciente co-dependía durante la fase post-quirúrgica tardía.

N= 30

Cuadro No. 17

	Escolaridad	Personas
Depresión	$r=-0.0025$	$r= -0.38$

Un tercer análisis aplicado fue la prueba "T" para muestras relacionadas con el objetivo de establecer comparaciones entre



Depresión en pacientes con cáncer de tiroides  
relacionada con el número de familiares con los que  
co-dependía el paciente en la fase post-quirúrgica

N=30

Cuadro No. 16

	Escolaridad	Personas
Depresión	r=0.04	r=0.47

Mientras que en la fase post-quirúrgica tardía se manifestó lo siguiente:

- Una mayor depresión a menor número de familiares con los que el paciente codependía (r=-0.38) (Ver cuadro No. 17)

Depresión en pacientes con cáncer de tiroides  
relacionada con el número de familiares con los  
que el paciente co-dependía durante la fase  
post-quirúrgica tardía.

N= 30

Cuadro No. 17

	Escolaridad	Personas
Depresión	r=-0.0025	r= -0.38

Un tercer análisis aplicado fue la prueba "T" para muestras relacionadas con el objetivo de establecer comparaciones entre las tres aplicaciones del Beck durante las diferentes fases (pre-quirúrgica, post-quirúrgica y post-quirúrgica tardía.) Ver cuadro No. 18).

Cuadro No. 19

Comparación entre la primera y la segunda aplicación del Beck en fase pre-quirúrgica y fase post-quirúrgica

N=30

	<u>Puntaje</u> x	<u>Valor</u> "t"	<u>p.</u>
Fase pre-quirúrgica	22.6		
Fase post-quirúrgica	20.3	0.75	0.48

Comparación entre la primera y la tercera aplicación del Beck en las fase pre-quirúrgica y post-quirúrgica tardía

<u>FASE</u>	<u>Puntaje</u> x	<u>Valor</u> "t"	<u>p.</u>
Fase pre-quirúrgica	24.8		
Fase post-quirúrgica tardía	20.9	0.86	0.415

Comparación entre la segunda y la tercera aplicación del Beck durante las fases pre-quirúrgica y post-quirúrgica tardía

<u>FASE</u>	<u>Puntaje</u> x	<u>Valor</u> "t"	<u>p.</u>
Fase pre-quirúrgica	24.3		
Fase post-quirúrgica tardía	20.9	0.68	0.514

Un cuarto análisis por medio de la Prueba "t" entre la depresión y la cirugía programada nos demuestra:

- Durante la fase pre-quirúrgica los pacientes programados par una hemitiroidectomía manifestaron UNA MAYOR DEPRESION que aquellos sometidos a una tiroidectomía total.
- Durante la fase post-quirúrgica los pacientes programados para una hemitiroidectomía manifestaron UNA MENOR DEPRESION que los programados auna tiroidectomía total.
- Durante la fase post-quirúrgica tardía los pacientes programados a una tiroidectomía total manifestaron UNA MAYOR DEPRESION que los que se programaron para una hemitiroidectomía (Ver cuadro 19)

CUADRO No. 19

CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA PROGRAMADA DURANTE LA FASE PRE-QUIRURGICA

Tipo de cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	P.
Hemitiroidectomía	24.18	1.00	0.330
Tiroidectomía	18.94		

Correlación entre la depresión y el tipo de cirugía programada durante la fase post-quirúrgica

<u>Tipo de cirugía</u>	<u>Beck x Puntaje</u>	<u>Valor "t"</u>	<u>P.</u>
Hemitiroidectomía	16.75	-0.96	0.351
Tiroidectomía	22.66		

Continuación cuadro No. 19  
 Correlación entre la depresión y el tipo de  
 cirugía programada durante la fase  
 post-quirúrgica tardía.

Tipo de cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	18.33	-0.67	0.46
Tiroidectomía	22.00		

Por medio de la misma prueba "t" se analizaron los resultados de los puntajes de depresión relacionados con la cirugía realizada y se encontró que:

- Durante la fase pre-quirúrgica los pacientes que tuvieron una mayor depresión fueron aquellos que se les realizó una hemitiroidectomía.

- Durante la fase post-quirúrgica los pacientes que sufrieron una mayor depresión fueron aquellos que se les realizó una tiroidectomía que aquellos que se les efectuó una hemitiroidectomía.

- Durante la fase post-quirúrgica tardía los pacientes que se les realizó una tiroidectomía manifestaron UNA MAYOR DEPRESION (incluso en grado) que a los que se les realizó una hemitiroidectomía. ( Ver cuadro No. 20)

CUADRO No. 20

CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO  
 DE CIRUGIA REALIZADA DUARANTE LA FASE PREQUIRURGICA.

Tipo de cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	24.11	0.76	0.46
Tiroidectomía	19.47		

Continuación del Cuadro 20

CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA DURANTE LA FASE POST-QUIRURGICA

Tipo de cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	18.42	-0.46	0.652
Tiroidectomía	21.31		

CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA DURANTE LA FASE POST-QUIRURGICA TARDIA

Tipo de cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	25.33	0.66	0.565
Tiroidectomía	19.00		

**DISCUSIONES Y CONCLUSIONES**  
**CAPITULO IV**

## CONCLUSIONES

En este estudio se rechazó la hipótesis nula que indicaba que en las fases pre-quirúrgica y post-quirúrgica, la cirugía era una variable que influye en los estados depresivos de los pacientes con cáncer de tiroides. En cambio, la hipótesis nula fue rechazada en la fase post-quirúrgica tardía.

A diferencia de Kuthy (1989) en donde revela que la sintomatología depresiva de los pacientes tiroidectomizados se mantuvo estable durante el lapso de la investigación, sin agudizarse en la tercera fase: post quirúrgica tardía, se encontró en nuestra investigación que los pacientes tiroidectomizados mostraron una depresión moderada en la primera evaluación, una depresión severa en la segunda evaluación y en la tercera evaluación disminuyeron su sintomatología depresiva siendo la de menor puntaje de acuerdo al Inventario para Depresión de Beck, por lo que las hipótesis que fueron aceptadas en este rubro fueron:

- Ha1. Si el paciente se encuentra en la fase prequirúrgica manifestará una menor cantidad de estados depresivos en comparación con la fase post. quirúrgica
- Ha2- Si el paciente se encuentra en la fase post quirúrgica manifestará una mayor cantidad de estados depresivos.
- Ho3.- Si el paciente se encuentra en la fase post-quirúrgica tardía manifestará una menor cantidad de estados depresivos. Esto puede ser el resultado de que en nuestro estudio

incluimos un programa piloto en el cual se permitía que el paciente y sus familiares, antes y después de la cirugía se le citaba para que manifestaran sus dudas acerca del cáncer, de la cirugía, de su seguimiento y si era necesario que desarrollasen una catársis se les permitía a el paciente y a sus familiares, esto se hizo como medida de INTERVENCION PSICOLOGICA EN UNA SITUACION EN CRISIS. Se observaron que algunas variables que incrementan la angustia y que influyen en la agudización de los estados depresivos fueron: estado civil inestable, problemas económicos, la pérdida del conyugue en pacientes mayores. Asi mismo se consideró adecuado el evitar el contacto con los medicos psiquiátras, esto con la finalidad de que los pacientes no ingirieran anti-depresivos. A todos ellos se les hizo una entrevista en la cual se les impartió una INTRODUCCION A LA EDUCACION DEL PACIENTE CON CANCER y se encontró que varios de los pacientes manifestaron una angustia yatrogénica, es decir, todo estado patológico causado por el médico en su paciente. Martinez C. (1991) explica que este daño no se refiere únicamente a lo orgánico o a lo somático, sino que también comprende los aspectos psicosociales del ser humano. Menciona como fuentes de la yatrogenia: la ignorancia, la imprudencia y la negligencia, factores que en conjunto o por separado son los responsables de que el médico diga o haga algo que dañe a su paciente, pero esta daño también puede producirse por la pasividad y el silencio del doctor. En el primer caso se hace yatrogenia



por comisión y en el segundo por omisión. La angustia yatro-  
génica puede ser, p. ej., cuando el médico comunica al pacien-  
te el diagnóstico de una enfermedad grave, crónica o limitan-  
te. Si tal comunicación se hace con inteligencia, respeto y  
afecto tal vez no podamos hablar de una yatrogenia propiamen-  
te dicha, pues la angustia que se genera es una reacción  
natural o normal que el médico debe saber manejar para que no  
alcance los límites de la angustia patológica. Considero que  
si existió a nivel global una influencia yatrogenica, pues  
los estudios y el impacto del diagnóstico de cáncer (Delgado  
1991), aunado al ambiente hospitalario, el tipo de enferme-  
dad, como lo es el cáncer y el significado que adjudicaba el  
paciente al cáncer, lo cual corrobora los estudios en cuanto a  
la reacción al cáncer efectuados por Lara (1984) y los efec-  
tuados por Delgado (1991). Consideramoso que deben profundi-  
zarse estos estudios tanto en el area médica como en el area  
psicológica por lo que se sugiere que para futuros estudios,  
se valore la participación del paciente. De la misma manera se  
confirmó que se puede lograr establecer un vínculo de con-  
fianza entre los pacientes y el psicologo ya que 14 pacientes  
que participaron y terminaron su estudio solicitaron seguir  
acudiendo al servicio "para poder colaborar en algún otro  
protocolo de psicología". Desafortunadamente el Inventario  
para Depresión de Beck no mide la angustia por lo que se su-  
giere que se trabaje el Beck conjuntamente con el IDARE  
(Inventario de Ansiedad). Otra variable que difirió con los

resultados de Kuthy (1989) fue el que si encontramos diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de la depresión entre los pacientes con tiroidectomía parcial y total.

**ALCANCES, LIMITACIONES  
Y SUGERENCIAS.**

**4 . 1 .**

## LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

a) EXTERNOS.- En cuanto a la muestra estudiada :

Por el tipo de cáncer elegido:

- Edad de las pacientes. Mas de un 90% fué sexo femenino, cuya edad promedio fue de 42 años. Es importante resaltar que biológica y psicológicamente en la menopausia se manifiesta una "leve depresión" pues hay una disminución de hormonas, calcio, magnesio y potasio. Lo cual no permitió separar los aspectos somáticos de la depresión causados por la enfermedad , de aquellos ocasionados por la menopausia.
- Es necesario educar al paciente y a sus familiares en sus dudas respecto al cáncer. Un estudio paralelo demostró que si se le ayuda al paciente para que hable y pregunte acerca de su enfermedad disminuye su depresión en las fases pre-quirúrgicas y pos-quirurgica tardia y esto se refleja en el Inventario para Depresión de Beck.
- La necesidad de intercambiar conocimientos generales entre la psicología y la medicina, es indispensable, ya que hasta que termine la investigación, supe que en la población de pacientes con cáncer de tiroides existen alteraciones funcionales y orgánicas de la glándula tiroides que disminuyen los niveles séricos de calcio, magnesio y potasio( López C., comunicación verbal) lo cual puede ocasionar alteraciones mentales y conductuales en los pacientes.

EXTERNOS: En lo que se refiere al trabajo de campo :

- La falta de apoyo para fomentar este tipo de investigaciones por parte de la institución, ya que se requiere de un material suficiente tanto en calidad y cantidad, esto se refleja en:

\*Recursos Humanos. Al observar la ausencia de estos elementos el paciente disminuye su interés y cooperación en el protocolo.

\*Recursos Financieros. El incentivo económico no solamente se refleja en el tipo de investigación sino en la continuidad que se le da a la misma. El apoyo económico es muy importante en esta nueva área de la psicología de la salud, es decir, la psico-oncología .

La investigación requiere de una total dedicación y entrega al paciente y por ende a la institución en cuanto a tiempo, dinero y esfuerzo.

\*Recursos Materiales. La reproducción del material con el cual se trabaja requiere de una inversión financiera y no es adecuado que se demande el material que uno consiguió como material de la institución. El espacio físico donde se trabaja no se puede estar cambiando constantemente ya que esto desconcierta al paciente y a sus familiares. Esto incluye que si se tienen los exámenes en un tercer piso y ese día se da consulta en planta baja, la impresión que tiene el paciente y sus familiares es la de "un servicio desorganizado" .

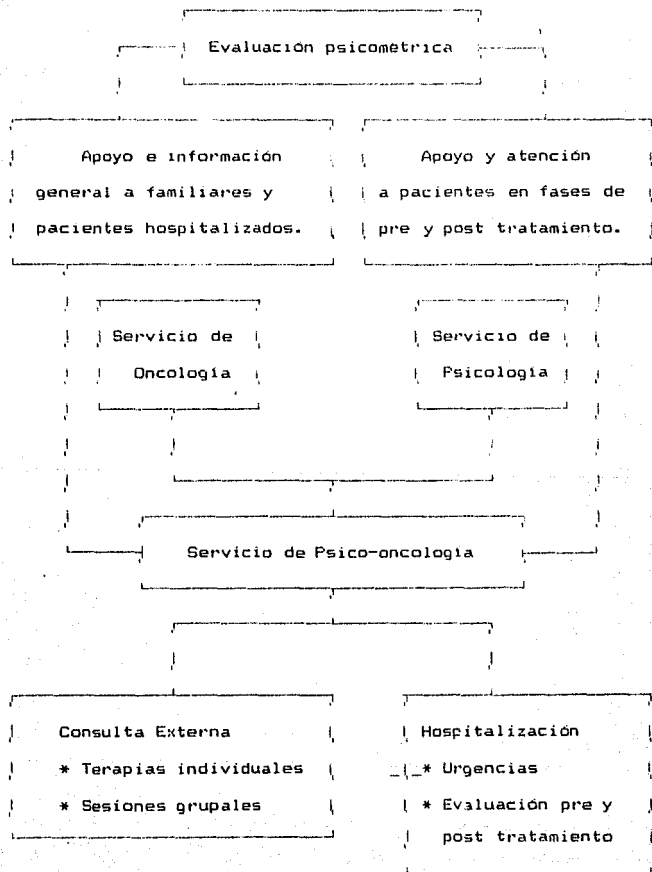
## SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

- El desarrollo de un proyecto de investigación denominado:  
" PRINCIPALES ALTERACIONES CONDUCTUALES Y DEL ESTADO DE ANIMO OBSERVADAS EN PACIENTES ONCOLOGICAMENTE ENFERMOS DE CANCER DE MAMA Y QUE SON TRATADAS POR MEDIO DE QUIMIOTERAPIA, CIRUGIA Y RADIOTERAPIA"

Los objetivos que tendria esta investigacion serian:

1. Proporcionar el apoyo psicologico solicitado por el Servicio de Oncologia.
2. Proporcionar el tratamiento psicologico y/o medico para que los pacientes oncológicamente enfermos se adapten y rehabiliten adecuadamente ante una situacion de crisis, lo que implica una aceptacion del tratamiento, pronóstico y diagnóstico.
3. En base a este proyecto, diseñar programas de apoyo interdisciplinario para estas situaciones de crisis.
4. Participar activamente con el equipo de la unidad de oncología con técnicas de sensibilización y tácticas de catarsis y reflexivas, previa programación.
5. Demostrar que la cooperación por parte de los familiares y pacientes refuerza su participación en sus post-tratamientos.
6. Identificar y seleccionar los aspectos conductuales y emocionales más frecuentes en los pacientes para modificarlos ya sea por medio de técnicas grupales y/o terapia individual.

"PROYECTO DE INVESTIGACION INTERDISCIPLINARIO" Cuadro" A"



## BIBLIOGRAFIA



## B I B L I O G R A F I A

Abrahms R. D. (1966): *The patient with cancer his chanlanging pattern of communication.* Rev. New. England S. Med. p. 274-317.

Ackeerknecht E.H. (1959): *A Short History of Psychiatry* Hafner Publishing Co. Londres.

Aero Rita y WeinerE. (1981): *The Mind Test.* William Morrow and Company Inc. New York.

American Cancer Society (1983): *Clinical Oncology : A multidisciplinary Approach.* For medical students and phsi-cians. 6a. edición. Capítulo XX: Cáncer de las Glándulas Endocrinas: Tiroides y adrenales. Publishers: American Cancer Society Rubin P. MD. Editor. Rochester, New York.

American Psychiatric Association (1988): *Manual Diagnóstico y Estadisítico de los Transtornos Mentales.* Versión revisada. ( DSM-III-R). Masson S. A.. Barcelona, España.

American Psychological Association (1991): *Criterios para la elaboración de documentos psicológicos.* Traductores: Alátorre Rico Javier y Torres Lima Héctor. Coordinación de apoyo Académico. Centro de documentación de la Facultad de Psicolo-

gía. Universidad Nacional Autónoma de México. Reimpresión.  
México.

Arieti S. (1959) : **American Handbooks of Psychiatry. Vol. I.**  
Basic Books, Nueva York.

Aristóteles (1941): **The Basic Works of Aristotle.** Editado por  
Richard McKeon. Random House. New York.

Beck A. T. (1961): **A systematic investigation of depressions.**  
Rev. Comparative Psichiatty (2) p. 162-170

Beck A. T., Ward C.H., Mendelson M. y Mock J..(1961): **An in-**  
**ventory for measuring depression.** Arch. gen Psych. 4:561.

Beck A. T. (1962): **Reliability of psychiatric diagnoses. 1.Cri-**  
**tique of systematic studies.** Rev. American Journal  
Psychiatric v. 119 p.210-216.

Beck A. T. (1967): **Depression: Clinical Experimental and**  
**Theoretical Aspects.** Harper and Row Publishers, Nueva York.

Beck A. T. (1970): **El Espectro analítico.** En Depresión  
MEDCOM, Nueva York.

Beck A.T., Shaw B. F. Ellis E. a. Grieger R. (1981): **Manual**

de **Terapia Racional Emotiva**. Ed. Desde de Brower. p.127-140

Benavides T. Jossette y Di Castro Francesca. (1984): **Apuntes de la materia Técnicas de evaluación de la Personalidad**. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Buckberg J. Penman D & Holland J.C. (1984): **Depression in hospitalized cancer patients**. Rev. Psychosom Medicine. vol.46 p. 199-212

Burgess Caroline y Morris T. (1988): **Psychological response to cancer diagnoses: Ill evidence for coping styles and cancer diagnosis**. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 32, No. 3 p. 263-272

Calderón Narváez Guillermo (1984) (2a. reimp.1987): **Depresión Causas, manifestaciones y tratamiento**. Trillas. México.

Calderón N.G. (1965). **Conceptos psiquiátricos en la Medicina azteca contenidos en el Códice Badiano, escrito en el siglo XVI**. Rev. Facultad de Medicina Mexicana. Vol. 7 No. 4 p.229 México

Carter Stephen, Glastein Eli y Livingston Robert (1983): **Principles of Cancer Treatment**. McGraw-Hill Book Company

p.955-962

Caso Muñoz A. (1984): **Fundamentos de Psiquiatría**. Limusa. México  
p. 95-105, 14, 117

Cavanaugh S., Clark D y Gibbons R. (1983): **Diagnosing depression in hospitalized patient medically ill**. Rev. Psychosomatics Vol. 24 p. 809-815.

Cohen- Cole Steven y Harpe Carol (1987): **Principles of Medical Psychiatry**. Grune & Stratton Inc.

Cortés Funes H. y Bonadonna G. (1983): **Oncología Médica**. Masson S. A. Barcelona, España. p.961-965.

Craven John, Rodin G., Littlefield C. (1988) **The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients**. International Journal of Psychiatry in Medicina. Vol 18(4) p. 365-374. Toronto, Canadá

Cruz , Martín de la (1964) **Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis**. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Davidoff linda L. (1987) **Introducción a la Psicología**. McGraw Hill. (3era. edic.). México.

**Delgado Vega Laura (1992): Impacto psicológico de la notificación del diagnóstico en pacientes con cáncer.** Tesis para obtener la especialidad de Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México.

**De Vita Jr. Vincent, Hellman Samuel & Rosenberg Steven.:**  
**Principles & practice of Oncology.** Vol II. Nueva York, U.S.A.

**Emmons, Carol Ann, Fetting J., y Zonderman A. (1987): A comparison of the symptoms of medical and psychiatric patients matched on the Beck Depression Inventory.** General Hospital Psychiatry. Nov. Vol. 9(6) p. 398-404

**Endicott J. (1984): Measurement of depression in patients with cancer.** Revista CANCER VOL. 53 P. 2243-2248.

**Freud, Sigmund (1946-1953): OBRAS COMPLETAS.** Vol. 1, 2, 3 y 4. Biblioteca Nueva. Madrid España.

**Freud, Sigmund (1917) Mourning and Melancholia.** Reimpresión en Collected Papers (1950) Vol. 4 Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Londres p.152-172.

**Gillepsie R. D. (1929) The clinical differentiation of types of depression .** En "Guys Hospital Reports". Vol. 79 p. 306-344

González José Lorenzo(1987) **Psicología de la Personalidad. Textos y temas psicológicos.** Biblioteca Nueva. Madrid, España.p.345-371.

Gracia Marco,Morera A., Febles T.(1986) **Depresión y cáncer.** Acta Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines Vol. 14(1) p. 29-41. España.

Greer Steven et al (1989): **Patient's adjustment to cancer. The mental adjustment to cancer.( MAC) Scale versus Clinical Rattings.** Journal Psychosomatic Research Vol. 33 No. 3 p.373-377

Gutheil E. A. **Reactive depressions** en S. Arieti (1959) **American Handbook of Psychiatry . Vol. I.** Basic Books. Nueva York.

Hasama- Naomi, Fujii, Isao (1988) **Validation of the Beck Depression Inventory.** Rev. Kyushu Neuro Psychiatry Vol. 35(1) p. 28-32. Japón.

Hathaway S. R. y McKinley J. C. (s.f.) **Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad. MMPI Español.** Ed. Manual Moderno S. A. México.

Hersh, Stephen (1985):**Psychology aspects of patients with**

**cancer.**Cap. 55 en De Vita Jr. Vincent, Hellman Samuel y Ruseberg Steven: **Principles & practice of Oncology.** Vol II. New York.

Hempel J. (1937). Die: vegetativ-dystone depression. Revista Nerverazt Vol. 10 No. 22. Alemania.

Hill, D. (1970) **La depresión en la historia** , en Depresión, MedCom, Nueva York.

Kaplan Harold, Freedman Alfred M. MD y Sadock Benjamin MD (1980): **Comprehensive Textbook of Psychiatry.** Vol II y Vol. III. (Jera. edición) Waverly Press Incorporation. Estados Unidos de Norteamérica.

Karanci, Nuray A. (1988) **Patterns of depression in medical patients and their relationship with causal attributions for illness.** Psychotherapy and Psychosomatics. Vol. 50(4) p. 207-215 Turquía.

Katon W. Sullivan M. (1990) **Depression and chronic medical illness.** J. Clin Psychiatry Vol. 51 (suppl 6). p. 3-11

Kempf E.J, (1915) **The behavior chart in mental disease.** American Journal Insan. 71:761

Kerlinger Fred N. (1975): **Investigación del Comportamiento. Técnicas y metodología.** Capítulo 21. (2a. edic.) Edit. Interamericana. México.

Kraemplin E. (1921) **Manic-depressive insanity and paranoia.** Edinburg. E. & S. Livingstone, Ltd.

Kuthy Saenger Ma. I. (1989): **Detección y evolución de transtornos depresivos en pacientes tiroidectomizados en un hospital del tercer nivel.** Tesina para obtener la especialidad de Psiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Lara Muñoz M. C. (1984): **Reacción psicológica al cáncer.** Extracto de la tesis presentada por la investigadora para obtener la especialidad de psiquiatría. Revista de Salud Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 2 Año 7 No. 4 México.

Lara Muñoz M. C. y Alvear Galindo Manuel (1991): **La prevalencia de los transtornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología.** Revista de Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría Vol. 14, No. 1. marzo de 1991. México.

López Cueto Juan. (1987-1992): **Comunicación verbal en la**



**práctica de la Cirugía Oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología y en el Nuevo Hospital Juárez (en este último fué nombrado Jefe del Servicio de Oncología. México.**

**Luevano Flores E. (1987): Avances en el conocimiento de la etiología del cáncer.** Departamento de patología del Instituto Nacional de Cancerología. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 33 No. 4 Octubre- Diciembre. México.

**Martínez Cortés F. (1991): La angustia yatrógena.** Rev. Médico Moderno. Año XXIX. No. 8. p. 10-16.

**Mendels S. Joseph (1982): La depresión.** Ed. Herder. Biblioteca de Psicología. No. 11. Barcelona, España. p.57-73

**Mezquita Orozco Rosa I. (1985): Presencia de depresión en pacientes hipotiroideos.** Revista de salud Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 8. No. 1. México.

**Moore T.V. (1930) The empirical determination of certain syndromes underlying praecox and manic-depressive Psychoses.** American Journal Psychiatry Vol. 9:719

**Nathan Peter E y Harris Sandra L. (1983): Psicopatología y sociedad.** Trillas. Cap. VIII México.

Nelson Linda (1987): **Measuring depression in a clinical population using the MMPI. Special issue: Eating disorders.** Journal of Consulting and clinical Psychology. Oct. Vol. 55(5) p. 788-790.

Organización Mundial de la Salud (1978): **Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases.** Génova, Italia.

Osol Arthur (1983): **Blakinston's Pocket Medical Dictionary.** Edit. Científica La Prensa Médica S. A..México

Peck A. (1972): **Emotional reactions to having cancer.** Am J. Roetgenol Radium the Nuc. Med. 114:591

Petty F and Noyes R (1981) Biol. Psichiatry 16:1203 en Carter Stephen, Glasteim eli y Livingston Robert(1983): **Principles of Cancer Treatment.** McGraw-Hill Book Co. p. 955-962

Pinel P. (1801). **Traité médico-philosophique sur l'alienation Mentale.** París, Francia.

Plumb M & Holland J (1981): **Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer: 2. Interviewer rated current and past psychological symptoms.**

Rev. Psychosomatic Medicine Vol. 43 p. 354-356

Pollit J. (1965): Depression and its treatment. Chas C. Thomas. Springfield.

Rapaport D., Gill M. Scafer R. (1968) :Diagnostic Psychological testing Ed. R:R. Holt International Universities Press. Nueva York.

Redmond García M. P. (1992): Validez de diagnóstico y concurrente de la aplicación de una traducción del Inventario de Beck para la Depresión en pacientes neurológicos hospitalizados. Tesis para obtener la especialidad de psiquiatría. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rifking A. Reardon G., Siris S. et al (1985): Timipramine in physical illness with depression. Rev. Journal of Clinical Psychiatry, 46, p. 4-8.

Shick A. (1947). On the physical form of periodic depression. Psichoanal. rev. 64:432. Austria.

Spitzer R., William J. & Gibbon M (1984): Emotional Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID). Unpublished script.

Slaikeu Karl A. (1988) **Intervención en Crisis. El Manual Moderno.** (2a. ed.) México.

Spiegel David (1990): **Facilitating emotional coping during treatment.** Revista CANCER (Journal of American Cancer Society) No. 6 Septiembre 1990.

Tenzer Paul, Melzack R., Jean Mary E. (1986) **Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements.** PAIN Vol. 24(3) p. 331-342. Cánada.

Unión Internacional Contra el Cáncer. (1982): **Oncología Clínica. Manual para médicos y estudiantes.** Ed. Alhambra. Madrid, España.

Uriarte Víctor (1988): **Neuropsico-farmacología.** Cortesía de Laboratorios Ciba-Geigy. México.

Veronesi Umberto (1991) **Cirugía Oncológica.** Ed. Médica Panamericana. Argentina.

Warren Howard C. (1948): **Diccionario de Psicología.** (10a. reimp.) Fondo de Cultura Económica. México.

Woodworth R.S. (1918) **Personal Data Sheet,** Stoelting, Chicago.

Zung W. W.K., Richards C. B. y Schort M. J..(1965). **Self-rating depression scale in an out patient clinic.** Rev. Acta Gen. Psychiat. Vol. 13 p.508.Fac. de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## ANEXOS

### INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una "X" la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque solo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

1) \_\_\_ No me siento triste

\_\_\_ Me siento triste

\_\_\_ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.

\_\_\_ Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto.

2) \_\_\_ No me siento como un fracasado.

\_\_\_ Me siento desanimado acerca del futuro.

\_\_\_ Siento que no tengo para que pensar en lo porvenir.

\_\_\_ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3) \_\_\_ No me siento como un fracasado.

\_\_\_ Siento que he fracasado más que otras personas.

\_\_\_ Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.

\_\_\_ Siento que como persona soy un completo fracaso.

4) \_\_\_ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.

\_\_\_ No disfruto las cosas como antes.

\_\_\_ Ya no obtengo satisfacción de nada.

\_\_\_ Estoy insatisfecho y molesto con todo.

5) \_\_\_ No me siento culpable.

\_\_\_ En algunos momentos me siento culpable.

\_\_\_ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.

\_\_\_ Me siento culpable todo el tiempo.

6)  No siento que mere castigado.

Siento que puedo ser castigado.

Creo que sere castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)  No me siento descontento conmigo mismo

Me siento descontento conmigo mismo.

Me siento a disgusto conmigo mismo.

Me odio a mi mismo.

8)  No siento que sea peor que otros.

Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.

Me culpo todo el tiempo de mis errores.

Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9)  No tengo ninguna idea acerca de suicidarme

Tengo ideas de suicidarme pero no lo haria.

Quisiera suicidarme.

Me suicidaria si tuviera la oportunidad.

10)  No lloro mas que de costumbre

Lloro más que antes

Lloro todo el tiempo

Podria llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

11)  Ahora no estoy mas irritable que antes.

Me molesto o irrito más facilmente que antes.

Me siento irritado todo el tiempo.

No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.

12)  No he perdido el interés en la gente.

No me interesa la gente como antes.

He perdido la mayor parte de mi interés en la gente

He perdido todo el interés en la gente.



13)  Tomo decisiones tan bien como siempre.

Pospongo decisiones con mas frecuencia que antes.

Se me dificulta tomar decisiones.

No puedo tomar decisiones en nada.

14)  No siento que me vea mas feo antes

Me preocupa que me vea mas viejo y feo.

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.

Creo que me veo horrible.

15)  Puedo trabajar tan bien como antes.

Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.

Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.

No puedo trabajar para nada.

16)  Duermo tan bien como antes

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.

Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.

17)  No me canso mas de lo habitual.

Me canso mas facilmente que antes.

Me canso de hacer casi cualquier cosa.

Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.

18)  Mi apetito es igual que siempre.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Casi no tengo apetito.

No tengo apetito en lo absoluto.

19)  No he perdido peso o casi nada.

He perdido más de 2.5 kilos.

He perdido más de 5 kilos.

He perdido más de 7.5 kilos.

(Estoy a dieta si ( ) no ( )

20)  Mi salud no me preocupa más que antes.

Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.

Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.

21)  Mi interés por el sexo es igual que antes.

Estoy menos interesado en el sexo que antes.

Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.

He perdido completamente el interés en el sexo.

HOJA DE DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: 1 \_\_\_\_\_ F 2 \_\_\_\_\_ M

Domicilio: \_\_\_\_\_

CALLE Y NUMERO

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

Telefono: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

1 SOLTERO

2 CASADO

3 DIVORCIADO

4 UNION LIBRE

5 VIUDO SEPARADO

6 SEPARADO

ESCOLARIDAD:

1 SIN EDUCACION ESCOLAR

2 PRIMARIA INCOMPLETA

3 PRIMARIA COMPLETA

4 SECUNDARIA

5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE

6 COMERCIO

7 TECNICO

8 PROFESIONAL

OCUPACION:

1 EMPLEADO

2 OBrero

3 TECNICO

4 PROFESIONISTA

5 SUBEMPLEADO

6 GAMPESINO

7 HOGAR

8 ESTUDIANTE

9 NINGUNA

10 OTRA: CUAL?

SITUACION ECONOMICA:

Ingreso mensual aproximado de la familia \_\_\_\_\_

Numero de personas que dependen de este ingreso: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE PROVEE EL MAYOR INGRESO FAMILIAR:

1 \_\_\_\_\_ Usted

2 \_\_\_\_\_ Su esposo(a)

3 \_\_\_\_\_ Sus hijos(as)

4 \_\_\_\_\_ Otros

VIVIENDA:

1 \_\_\_\_\_ Propia

2 \_\_\_\_\_ Rentada

3 \_\_\_\_\_ Otra Especificacion: \_\_\_\_\_

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA:

1 \_\_\_\_\_ Agua potable

2 \_\_\_\_\_ Luz

3 \_\_\_\_\_ Drenaje

**E D A D**

N=30

**CUADRO No. 1**

Edad	X	Moda	Desviación Estándar
< 28 Años			
> 72 Años	51.26	42	13.66

Edad	Frecuencia	Porcentaje
28	2	6.70%
29	1	3.30%
33	1	3.30%
36	1	3.30%
39	1	3.30%
41	2	6.70%
42	3	10.00%
45	1	3.30%
56	1	3.30%
50	1	3.30%
52	1	3.30%
53	1	3.30%
54	1	3.30%
55	1	3.30%
57	1	3.30%
59	1	3.30%
60	1	3.30%
63	1	3.30%
65	2	6.70%
66	1	3.30%
68	1	3.30%
69	3	10.00%
72	1	3.30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**S E X O**

N=30

**CUADRO No. 2**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	93.30%
Masculino	2	6.70%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**ESTADO CIVIL**

N=30

**CUADRO No. 3**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	2	0.067
Casado	17	0.567
Divorciado	2	0.067
Unión Libre	3	0.1
Viudo	5	0.167
Separado	1	3.30%
Otro	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**ESCOLARIDAD**

N=30

**CUADRO No. 4**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin Educación Escolar	7	23.30%
Primaria Incompleta	9	30.00%
Primaria Completa	6	20.00%
Secundaria	3	10.00%
Preparatoria ó Equivalente	2	6.70%
Técnico ó Comercio	1	3.30%
Profesional	2	6.70%
Otros	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**OCUPACION**

N=30

**CUADRO No. 5**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	1	3.30%
Obrero	1	3.30%
Técnico	-	-
Profesionalista	-	-
Subempleado	2	6.70%
Campesino	2	6.70%
Hogar	22	73.30%
Estudiante	1	3.30%
Ninguna	1	3.30%
Otra	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE CONVIVIA Y CODEPENDIA EL PACIENTE**

N=30

**CUADRO No. 6**

No. de Familiares	Frecuencia	Porcentaje
0	4	13.30%
1	1	3.30%
2	3	10.00%
3	4	13.30%
4	2	6.70%
5	8	26.70%
6	3	10.00%
7	1	3.30%
8	2	6.70%
9	2	6.70%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**NIVEL SOCIO ECONOMICO VIVIENDA**

N=30

**CUADRO No. 7**

Tipo de Vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Propia	17	56.70%
Rentada	7	23.30%
Otra	6	20.00%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

**NIVEL SOCIO ECONOMICO SERVICIOS PUBLICOS**

N=30

**CUADRO No. 8**

A G U A	Frecuencia	Porcentaje
Con Agua	23	76.70%
Sin Agua	7	23.30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

NIVEL SOCIO ECONOMICO SERVICIOS PUBLICOS

N=30

CUADRO No. 9

L U Z	Frecuencia	Porcentaje
Con Luz	26	86.70%
Sin Luz	4	13.30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

NIVEL SOCIO ECONOMICO SERVICIOS PUBLICOS

N=30

CUADRO No. 10

D R E N A J E	Frecuencia	Porcentaje
Con Drenaje	23	76.70%
Sin Drenaje	7	23.30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

N=30

CUADRO No. 11

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer	6	20.00%
Cáncer - Cáncer	4	13.30%
Cáncer - Cardiopatías	1	3.30%
Cáncer - Parálisis Cerebral	1	3.30%
Diabetes Mellitus	1	3.30%
Diabetes Mellitus - Cardiopatías	3	10.00%
Diabetes Mellitus ( Datos Desc.)	2	6.70%
Cardiopatías	2	6.70%
Cardiopatías - Cardiopatías	1	3.30%
Vesícula - Parkinson	1	3.30%
Se desconocen datos	4	13.30%
Se niegan datos	4	13.30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>



LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION ESTUDIADA CON CANCER DE TIROIDES

N=30

CUADRO No. 12

Lugar de Nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Chlapas	3	10,00%
Distrito Federal	2	6,70%
Estado de México	4	13,30%
Guadalajara	3	10,00%
Guanaajuato	2	6,70%
Guerrero	4	13,30%
Hidalgo	3	10,00%
Michoacán	1	3,30%
Morelos	3	10,00%
Oaxaca	1	3,30%
Querétaro	3	10,00%
Tamaulipas	1	3,30%
Veracruz	2	6,70%
Zacatecas	1	3,30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

LUGAR DE RESIDENCIA DE LA POBLACION ESTUDIADA CON CANCER DE TIROIDES

N=30

CUADRO No. 12 - A

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Chlapas	2	6,70%
Distrito Federal	10	33,30%
Estado de México	8	26,70%
Guadalajara	1	3,30%
Guanaajuato	-	-
Guerrero	1	3,30%
Hidalgo	4	13,30%
Michoacán	2	6,70%
Morelos	1	3,30%
Oaxaca	-	-
Querétaro	-	-
Tamaulipas	-	-
Veracruz	-	-
Zacatecas	1	3,30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

TIPO DE TRATAMIENTO SELECTIVO: CIRUGIA PROGRAMADA

N=30

CUADRO No. 13

Tipo de Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Hemitiroidectomía	11	36.70%
Tiroidectomía Total	19	63.30%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

TIPO DE TRATAMIENTO SELECTIVO: CIRUGIA REALIZADA

N=30

CUADRO No. 14

Tipo de Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Hemitiroidectomía	9	30.00%
Tiroidectomía Total	21	70.00%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

DEPRESION EN PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES RELACIONADA CON LA

ESCOLARIDAD Y NUMERO DE FAMILIARES DURANTE LA FASE PRE-QUIRURGICA

N=30

CUADRO No. 15

	Escolaridad	Personas
Depresión	$r = -0,27$	$r = 0,27$

DEPRESION EN PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES RELACIONADA CON EL

NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE CODEPENDIA EL PACIENTE EN LA FASE

POST - QUIRURGICA

N=30

CUADRO No. 16

	Escolaridad	Personas
Depresión	$r = 0,04$	$r = 0,47$

DEPRESION EN PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES RELACIONADA CON EL

NUMERO DE FAMILIARES CON LOS QUE EL PACIENTE CODEPENDIA DURANTE

LA FASE POST - QUIRURGICA TARDIA

N=30

CUADRO No. 17

	Escolaridad	Personas
Depresión	$r = - 0,0025$	$r = - 0,38$

**CUADRO No. 18**

**COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA APLICACION DEL BECK EN**

**FASE PRE - QUIRURGICA Y FASE POST - QUIRURGICA**

N=30

Fase	Puntaje	x	Valor "t"	p.
Pre - Quirúrgica	22.6		0.75	0.46
Post - Quirúrgica	20.3			

**COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y LA TERCERA APLICACION DEL BECK EN**

**FASE PRE - QUIRURGICA Y FASE POST - QUIRURGICA**

N=30

Fase	Puntaje	x	Valor "t"	p.
Pre - Quirúrgica	24.8		0.86	0.415
Post - Quirúrgica	20.9			

**COMPARACION ENTRE LA SEGUNDA Y LA TERCERA APLICACION DEL BECK EN**

**FASE PRE - QUIRURGICA Y FASE POST - QUIRURGICA**

N=30

Fase	Puntaje	x	Valor "t"	p.
Pre - Quirúrgica	24.3		0.68	0.514
Post - Quirúrgica	20.9			

**CUADRO No. 19**

**CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA PROGRAMADA**

**DURANTE LA FASE PRE - QUIRURGICA**

N=30

Tipo de Cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	24,18	1	0,33
Tiroidectomía	18,94		

**CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA PROGRAMADA**

**DURANTE LA FASE POST - QUIRURGICA**

N=30

Tipo de Cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	16,75	-0,96	0,351
Tiroidectomía	22,66		

**CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA PROGRAMADA**

**DURANTE LA FASE POST - QUIRURGICA TARDIA**

N=30

Tipo de Cirugía	Beck x Puntaje	Valor "t"	p.
Hemitiroidectomía	18,33	-0,67	0,46
Tiroidectomía	22		

**CUADRO No. 20**

**CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA**

**DURANTE LA FASE PRE - QUIRURGICA**

N=30

Tipo de Cirugía	Beck x Puntaje	Valor " r "	p.
Hemitiroidectomía	24.11	0.76	0.46
Tiroidectomía	19.47		

**CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA**

**DURANTE LA FASE POST - QUIRURGICA**

N=30

Tipo de Cirugía	Beck x Puntaje	Valor " r "	p.
Hemitiroidectomía	18.42	-0.46	0.652
Tiroidectomía	21.31		

**CORRELACION ENTRE LA DEPRESION Y EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA**

**DURANTE LA FASE POST - QUIRURGICA TARDIA**

N=30

Tipo de Cirugía	Beck x Puntaje	Valor " r "	p.
Hemitiroidectomía	25.33	0.66	0.565
Tiroidectomía	19		