

**REACCIONES PSICOLOGICAS DE LAS PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS POR CANCER CERVICO
UTERINO.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS PROFESIONAL

**Que para optar por el Título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P r e s e n t a

ILIANA ENRIQUETA DIAZ GARIBAY

Asesor: Dra. Marianno Konig Gerlach



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

CAPÍTULO	PAGINA
PRÓLOGO	I
INDICE GENERAL	II
I INTRODUCCION	1
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Hipótesis	3
1.4 Definición de términos principales	4
1.5 Importancia del estudio	6
1.6 Limitaciones del estudio	6
Referencias bibliográficas	7
II REVISION BIBLIOGRAFICA	8
2.1 Etiología del cáncer	8
2.2 Epidemiología de las enfermedades oncológicas	12
2.3 Psicología y sexualidad de la mujer mexicana	15
2.4 Historia de las investigaciones oncológicas	19
2.5 Investigaciones en las últimas décadas	21
2.6 Sumario	35
Referencias bibliográficas	37
III METODOLOGIA	44
3.1 Objetivo	44
3.2 Descripción de la muestra	44
3.3 Descripción de la población seleccionada	46
3.4 Material	46
3.5 Procedimiento	48

CAPITULO	PAGINA
3.5.1 <i>Diseño.</i>	49
IV RESULTADOS.	52
4.1 <i>Análisis de los resultados.</i>	52
4.2 <i>Discusión de los resultados.</i>	71
V CONCLUSIONES Y SUMARIO.	75
5.1 <i>Conclusiones.</i>	75
5.2 <i>Sumario.</i>	78
BIBLIOGRAFIA.	80

APENDICE.

Cuestionario de datos demográficos.

Test de ansiedad IDARE.

Inventario de depresión de Beck.

CAPITULO I
INTRODUCCION

"La pena que no se desahoga en
lágrimas, puede hacer llorar
a otros órganos".
Henry Maudsley.

En nuestra época los estudios que se han realizado sobre el cáncer, han provocado una gran controversia, ya que no se conoce con precisión la patogénesis exacta de esta enfermedad.

En las investigaciones acerca de los aspectos psicológicos que se manifiestan en el cáncer, se han encontrado varios estudios dentro de la medicina psicosomática, como ejemplo de estas investigaciones se tiene que las enfermedades que se han clasificado como psicosomáticas (enfermedades respiratorias, gastrointestinales, cardiovasculares y ginecológicas entre otras) van aumentando en las épocas de transición del ser humano (infancia, adolescencia, madurez, matrimonio, embarazo, etc.) (1) junto con estos cambios naturales en el ser humano tenemos también otros -- factores aleatorios como son: el stress, enfermedades y pérdidas significativas.

En la mayoría de los estudios efectuados con pacientes con cáncer, se puede ver que por lo general suelen dar poca importancia a los factores psicológicos que se presentan en el paciente, esto es que desde una primera instancia el sujeto desconoce el alcance de su padecimiento y como consecuencia suelen manifestarse crisis emocionales.

De lo anteriormente mencionado podemos decir que si el paciente con cáncer tuviera una adecuada información sobre su enfermedad, esto es, decirle del avance que existe actualmente en las investigaciones - sobre el cáncer, principalmente dar a conocer a las personas que si - el cáncer es detectado a tiempo, el paciente tiene una alta posibilidad de curación. También es importante que se tomen en cuenta las experiencias emocionales de los individuos, ya que estas van a determinar el vínculo existente entre los fenómenos psíquicos y los somáticos, incluyendo aquellas emociones frustradas que se manifiestan por cambios corporales, que son el resultado del deseo inconciente reprimido. (2) Los síntomas físicos presentan por lo general una capa externa de padecimientos de tipo neurótico. (3).

Algunos doctores piensan que estos padecimientos pueden desaparecer si el aspecto físico es identificado por el paciente. En casos que se han estudiado de pacientes con cáncer cérvico uterino, se ha encontrado que por lo general estos pacientes tienden a mostrar depresión y ansiedad después de la histerectomía (4). Con lo anteriormente visto se puede tener como conclusión que el hablar de "cáncer" ya no es un tabú, y menos el cáncer cérvico uterino que aunque en México es uno de los tipos de cáncer más frecuente que se presenta en las mujeres, también por lo general es un cáncer benigno, siempre y cuando su detección se haga oportunamente. La premisa principal de esta investigación es el conocer más sobre la depresión y la angustia en las pacientes histerectomizadas con cáncer cervico uterino.

1.2. Planteamiento del problema.

El problema dentro de la investigación científica comienza --- cuando se ha reunido cierta cantidad de conocimientos y existe algo que se ignora. (5)

Con lo referente a los estudios hechos con pacientes que padecen cáncer, se ha podido observar que estos suelen mostrar una gran variedad de reacciones psicológicas ante esta enfermedad, estas reacciones van a ser diferentes en cada sujeto, debido a que van a depender del tipo de cáncer que tenga cada uno.

El problema principal que se plantea en esta investigación es: ¿Las pacientes con cáncer cervicouterino que han sido histerectomizadas presentan aspectos psicológicos específicos? A partir de esta interrogante surgen las hipótesis siguientes:

1.3. Hipótesis.

H_1 Las pacientes histerectomizadas con cáncer cervicouterino presentan un mayor grado de depresión que las pacientes histerectomizadas sin cáncer.

H_0 No existe diferencia significativa entre las reacciones depresivas que presentan las mujeres histerectomizadas con cáncer cervicouterino y las mujeres sin cáncer.

H_2 Las mujeres hysterectomizadas con cáncer cérvico uterino, presentan más ansiedad que las mujeres hysterectomizadas sin cáncer.

H_0 Las mujeres hysterectomizadas con cáncer cérvico uterino, presentan igual ansiedad que las pacientes hysterectomizadas sin cáncer.

1.4. Definición de los términos principales.

Cáncer: 1. (del lat cáncer, cangrejo) Tumor maligno formado por la multiplicación desordenada de las células de un tejido o de un órgano.

2. Es la transformación de una célula normal en una célula maligna.

Cáncer (cérvico uterino): Es un tumor maligno de origen epitelial, que se manifiesta como una masa blanca de superficie regular que -- destruye la capa de la mucosa uterina, e infiltra a la capa muscular intermedia, engrosando y deformando el útero.

Medicina.

Psicosomática: Es un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre los sistemas: somático, psíquico, social y cultural.

Depresión: La depresión se refiere a un tono afectivo de tristeza, - junto con los sentimientos de soledad, por lo general las áreas cognoscitivas, fisiológicas y sociales se ven afectadas. Existe un aumento en las tendencias autodestructivas o masoquistas, en un estado avanzado depresivo el sujeto suele perder el interés en la vida.

Angustia: La palabra angustia proviene de la voz griega *anxios* o *angus*, que etimológicamente significa "yo estrangulo o yo impido respirar", siendo estos dos de los principales signos característicos de la angustia: la constricción y la sintomatología respiratoria. La angustia se presenta como una forma de tensión que revela la posibilidad de un derrumbamiento interior.

Negación: 1. En términos generales es un rechazo, reprobación, no reconocimiento de un estado de cosas objetivas.

2. Según Freud, la negación supone cierto compromiso inconsciente entre un rechazo afectivo y un reconocimiento intelectual o intelectualivo, es decir que equivale a una defensa del yo.

1.5 Importancia del estudio.

La importancia de este estudio es conocer un poco más sobre las características psicológicas de las pacientes que han sido histerectomizadas por cáncer cérvico uterino. Se estudiarán específicamente las reacciones de ansiedad y depresión que se producen en estos enfermos.

Es importante conocer un poco más las respuestas psicológicas que presentan esta clase de pacientes, especialmente las respuestas -- que presenta la mujer mexicana ante esta situación. Las investigaciones sobre la psicológica oncológica en México son realmente muy pocas, por tal razón en el siguiente estudio se observó a una pequeña parte -- de la población femenina que presenta este problema de depresión y ansiedad después de haber sido histerectomizadas. Por otra parte este -- estudio queda abierto para futuras investigaciones que se pudieran --- efectuar con mujeres mexicanas histerectomizadas por cáncer cérvico -- uterino.

1.6 Limitaciones del estudio.

La mayoría de las investigaciones presentan una serie de limitaciones, en este caso el estudio del paciente con cáncer cérvico uterino no es la excepción.

En esta investigación se encontraron varias limitaciones, la primera fue que no se pudo efectuar el test antes de la histerectomía y después de esta, ya que la muestra que se escogió ha habido sido operadas, por tal razón se desconocía completamente sus características -- psicológicas que tenían antes de la histerectomía.

Otra limitación de importancia fue que sólo se manejó un nivel sociocultural, por esta razón se desconocen las respuestas que podían haber dado en otros estratos socioculturales. Se tuvo también poca información del medio ambiente que rodeó al paciente antes y después de la operación se ignora la respuesta de la familia y cómo afectó esta situación en el paciente. Por último se tuvo problemas metodológicos como fueron que el grupo control fue un grupo de mujeres "sanas". por esta razón no se pudo comparar con otro grupo de mujeres que tuvieran alguna otra enfermedad considerada como psicósomática, esto con la finalidad de saber si realmente la depresión y la ansiedad son características específicas de las mujeres con cáncer cérvico uterino, ó si también se presentan en mujeres que padecen otras enfermedades.

Referencias Bibliográficas.

- 1.- Haynal, A: Manual de Medicina Psicósomática. 1a. ed. Barcelona. ed. Toray-Masson. 1980. p.p. 3-4.
- 2.- p.4.
- 3.- Engelsmann: "Anxiety fears and depression related to hysterectomy".
Annual meeting of the Canadian Psychiatric Association.
Ottawa Canada. 1983. feb.Vol. 30 (1) p.p. 44-45.
- 4.- Ibid p.45.
- 5.- Mc Guigan: Psicología Experimental. 1a. ed. Barcelona Ed. Trillas. 1971. p.p. 33-35.

CAPITULO II
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Etiología del cáncer.

El cáncer no es un producto de la civilización occidental o del sistema capitalista. Galeno hace más de dos mil años hablaba ya de la existencia de tumores cancerosos. (1) En los países occidentales el cáncer constituye una de las tres principales causas de muerte. (Stjernsward, 1981) (2). De acuerdo con Bleger (1960) el término cáncer indica en forma general toda clase de tumor maligno, sea de la clase que sea, e indiferentemente de su localización. (3).

Cuando se habla de cáncer, se debe de tomar en cuenta que -- este se encuentra constituido por una familia de células que derivan de una célula única inicial. (4). Las células de cáncer muestran -- una estructura diferente a lo normal, por lo general su núcleo es -- alargado y los cromosomas son anormales en apariencia y número. (5). El primer estadio en el desarrollo del cáncer es un cambio anormal -- en una de las células del cuerpo. Esta alteración celular no puede ser detectada clínicamente, ya que no existen síntomas visibles. (6).

Cuando el acumulamiento de células se va haciendo mayor, se produce en la piel una inflamación que es la primera evidencia de -- que hay cáncer. (7) Sobre los factores cancerígenos Levenson (1980) mencionó que son aquellos que suelen irritar lo suficiente como para producir cáncer. (8).

Los cancerígenos pueden ser químicos (como la nicotina) físicos --- (como los rayosX) o emocionales (como el stress). [9].

Lo que siempre se ha sabido es que la irritación provoca cáncer, lo que no ha sido debidamente estudiado es exactamente como la irri-
tación logra producir cáncer. [10].

La Asociación Americana de Salud en sus investigaciones encontraron que más de un millón de jóvenes en edad escolar podrían morir de cáncer de pulmón antes de llegar a la edad de 70 años. [11]. En la India (1970) encontraron que ciertos hábitos practicados desarrollaban cáncer, esto fue en la región este, en donde el cáncer de paladar es común y se suele asociar con el hábito de fumar un cigarrillo (chutta) al revés de como se acostumbra, o sea con la parte --- prendida dentro de la boca. [12] Suttom (1967) mencionó que el cáncer es una enfermedad que se da raramente en el oeste de Europa, pero en Africa suele ser una enfermedad común. [13] Suttom dice que es de suma importancia vivir en una atmósfera clara y limpia, ya que si se vive en una zona industrializada con un alto grado de contaminación atmosférica, se corre el riesgo de adquirir cáncer de --- pulmón. [14] Levenson (1983) explicó que los investigadores del --- cáncer han asignado poca importancia a los factores psicológicos, --- los complejos aspectos biológicos del cáncer no se han relacionado con los aspectos psicológicos [15].

Psicológicamente el cáncer puede ser considerado como la representación psicósomática rudimentaria y esencial de la separación - externa de las fuerzas positivas y negativas de nuestra existencia. (16) Alexander y Dunbar del Instituto Psicoanalítico de Chicago (1950) declaran que los conflictos inconcientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos, entre los que se encuentra el cáncer. (17).

Por medio de los estudios realizados en la escuela psiconalítica sobre la medicina psicósomática, se ha podido demostrar que los trastornos orgánicos tienen una gran relación con los aspectos psicológicos. Kehren en 1922 y Mohr en 1925 declaran que los trastornos hormonales podían influir en la aparición de un carcinoma y que estos trastornos hormonales podían producirse por trastornos emocionales. (18). Evans (1926) en su libro "Estudio psicológico del cáncer", hizo una investigación con 100 pacientes con diversos tipos de cáncer y encontró que el cáncer típico ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo - de la neoplasia. (19) Ewing (1931) en su libro "Oncology", destaca la influencia del estado psíquico en la eclosión de un cáncer, en su evolución y en el resultado de algunas terapéuticas. (20). Peller (1952) en su libro "Cáncer en hombres", menciona que las - personas que han perdido a su cónyuge, están más propensos a contraer cáncer. (21).

En este estudio Peller separó todos los elementos genéticos, -- clase social y edad, por lo que sólo queda el estado psíquico. (22) Ferrati y Rizzo (1953) rechazan la idea de que las implicaciones de tipo sexual como el cáncer de útero y el cáncer de mama, tengan implicaciones psicológicas. (23).

En Inglaterra Stephenson y Grace (1954), estudiaron la influencia de la personalidad y la ubicación del cáncer en los órganos -- sexuales, ellos llegaron a la conclusión de que si una mujer tiene cáncer en sus genitales, por medio de las pruebas psicológicas se puede saber la ubicación exacta del tumor antes de tener el diagnóstico definitivo. (24).

Con lo anterior vemos que el cáncer cérvico uterino, es una enfermedad que puede ser diagnosticado con facilidad, mediante la -- prueba del Papanicolau, así de esta forma la mujer puede evitar que la enfermedad siga avanzando, siempre y cuando su detección se haya hecho oportunamente. También se mencionó la importancia que tiene la psicología dentro de la medicina psicosomática, particularmente dentro de la oncología, con respecto a este tema vimos que muchas -- de las enfermedades son psicosomáticas y el cáncer uterino entra en este tipo de padecimientos. Con esto sacamos como conclusión que -- es importante conocer todos los factores que intervienen en esta enfermedad, principalmente los psicólogos, ya que estos pueden hacer en un momento que las afecciones disminuyan.

2.2 Epidemiología de las enfermedades oncológicas.

La epidemiología es la ciencia que se encarga de estudiar -- las particularidades de la difusión y causa de enfermedades en grandes grupos de individuos de la comunidad humana. [25] La epidemiología de las enfermedades oncológicas se empezó a desarrollar como un apartado independiente de la oncología, a mediados del siglo XX, cuando ya exis tía una gran cantidad de hechos que indicaban una irregularidad en la morbilidad por enfermedades oncológicas en diferentes regiones geográficas. [26] Los estudios epidemiológicos nos permiten conocer por --- ejemplo que el cáncer es una enfermedad debida en gran parte a facto-- res ambientales y no genéticos.

Stjernswärd (1981) estimó que el 15 % de todas las muertes - que se producen en el mundo eran debido al cáncer, lo cual representa que al año mueren de esta enfermedad unas siete millones de personas - en el mundo. [27] Garros y Bouvier (1981) revelaron que los franceses que se distinguen por ocupar el primer lugar mundial en el consumo de alcohol absoluto, poseen una mortalidad por cáncer anormalmente elevada: de 5 a 17 veces superior a la de los suecos y de cuatro a cinco ve ces superior a la de los norteamericanos y que esta mortalidad es debi da fundamentalmente a tumores en la cavidad bucal faringe, esófago y laringe, cuya aparición se encuentra unida al consumo de alcohol, asociada o no al tabaco. [Allais y Hatton] (1981). [28].

El cáncer de pulmón, uno de los más mortíferos que existen, en 1930 no era muy conocido en el mundo, actualmente no ha dejado de aumentar en hombres y en mujeres. (Muir, 1981) (29).

Cada año mueren en el mundo por cáncer de pulmón unas 500,000 mil personas al mes y se atribuye al tabaco entre el 80 y 85 % de todos -- los cánceres de este tipo. (Scaatres, 1982) (30).

Un gran número de autores (Blanc, 1982, Wisburger, 1982, Doll y Peto, 1981), señalaron que al menos un 80 % de las causas del cáncer -- son ambientales. (31).

De lo anteriormente dicho se deduce que:

- a) En su inmensa mayoría los cánceres son evitables.
- b) En la medida en que los factores ambientales responsables sean -- identificados, disminuirá el cáncer. (32) Epstein y Swartz (1981), no están de acuerdo con la opinión anterior, ya que dicen que el cáncer no se debe de atribuir sólo a los estilos de vida que son posiblemente causados por la interrelación del tabaco y la dieta alimenticia, con estimulación carcinógena procedente del ámbito -- laboral y de la contaminación ambiental producida por la misma (33).

A continuación se facilitarán algunos datos que muestran como la incidencia del cáncer varía según los países, regiones y grupos sociales, y cómo experimenta alteraciones a medida que las poblaciones cambian sus costumbres y hábitos de vida:

- a) El cáncer de hígado es el más común entre los hombres de Mozambique: en cambio es raro en los países occidentales. Cairns (1978) (34)

El cáncer de estómago es muy frecuente en el Japón, causando este país 50,000 víctimas cada año; este último tipo de cáncer es por lo contrario, relativamente raro en Estados Unidos, donde -- por razones desconocidas se encuentra en regresión. {Ichikawa} - {1981}. {35}.

- b) El cáncer de piel es particularmente común en África Central y Oriental, pero su incidencia va disminuyendo paulatinamente a medida que nos alejamos hacia el este, norte y sur. {Olweny} --- {1981}. {36}.
- c) Cuando los japoneses emigran a Hawái, sus descendientes disminuyen en más de tres veces la probabilidad de contraer un cáncer de estómago, siendo la incidencia de este tipo de cáncer en este grupo, similar a la de la población de origen europeo que habita en la misma zona. {Peto, 1981}. {37}.
- d) Se ha demostrado que la denominada "píldora de la mañana siguiente", para evitar los embarazos después del coito y que sólo fue retirada del mercado norteamericano en 1977 después de la considerable lucha de los laboratorios farmacéuticos, ya que contenía como elemento básico un estrógeno artificial, capaz de producir adenocarcinoma en la vagina y cuello del útero. {Picot, 1982}. {38}.

El cáncer del útero es más frecuente entre las prostitutas y --- prácticamente desconocido entre las monjas, esto sugiere que este tipo de cáncer se encuentra unido a la actividad sexual. --- {Muir, 1981}. {39}.

2.3 Psicología y sexualidad de la mujer mexicana.

Como se habló en el tema anterior sobre la etimología del cáncer, el manejo de la sexualidad es un factor importante como precursor del cáncer cérvico uterino. (Muir, 1981).

Por esta razón se creyó importante el explicar brevemente el tema de la sexualidad en la mujer mexicana.

La discriminación a la mujer mexicana se remonta a la época de la conquista. La valoración que el español hizo de la mujer indígena fue negativa, él apreciaba sus protoimágenes en todos los órdenes, todo aquello que habla al otro lado del Atlántico, así la mujer mexicana es devaluada en la medida en que paulatinamente se le identifica como la indígena, el hombre es sobrevalorado en la medida en que se le identifica como conquistador, dominante y prevalente. ----- (Ramírez, 1977) [40].

Esta paridad masculino-femenino, activo-pasivo, conocida en -- otras culturas, toma en la nuestra aspectos sobresalientes y dramáticos. La mujer se convierte en objeto de conquista, posesión violenta y sádica, su intimidad es violada y hendida. [41] Octavio Paz dice: "Las mujeres son seres inferiores porque al entregarse, se abren. Su inferioridad es constitucional y radica en su seno, en su "rajada" herida que jamás cicatriza, toda abertura de nuestro ser entraña una disminución de nuestra hombría". [42].

La reacción del padre español ante la mujer indígena fue la misma que el adolescente tiene en nuestros días de la sirvienta a quien posee.

Satisface sus necesidades sexuales, pero siempre en condiciones de desvalorización. (Ramírez) (43). La mujer es progenie, no sexo. La "alegradora" tiene el, vientre echado a perder porque ha dejado de -- ser un vientre de progenie y lo es de deseo. La Malinche es objeto de sexualidad más no de progenie, ya que los preceptos son: obediencia, castidad, ayuno y progenie. (44) Pineda (1961) menciona que la mujer siempre ha sido buscada, vislumbrada y penetrada. El hombre -- en un principio la observa tratando de entenderla, pero poco a poco salen a flote sus instintos pasionales, dejándose llevar por ellos sin tomar en cuenta lo que desea la mujer. La mujer es amada y -- odiada, anhelada y rechazada, esto es debido a que los sentimientos expresados por el mexicano hacia la mujer son ambivalentes (45). Estas ambivalencias son típicas y caracterizan a casi toda la nación. Las causas de la doble actitud determinan el fenómeno característico de dividir a la mujer fragmentada y usar sus partes resultantes para formar los prototipos y las idealizaciones de todos los mexicanos en general. (46) El mexicano divide a las mujeres en dos grandes grupos que son: las mujeres buenas y las mujeres malas, estas dos son -- en parte idealización y proyección. La mujer buena es para el mexicano una mujer casta, llena de candor.

Esta mujer es una bella durmiente sexualmente, que tiene -- un océano de ternura. Por lo general esta clase de mujeres son las que él escoge por esposa y madres de sus hijos. (47).

La mujer mala es aquella que ya ha tenido experiencias sexuales, es la que presta a satisfacer sexualmente al hombre. Cuando al fin el hombre encuentra a su mujer buena ideal para casarse, la mujer se convierte no sólo en su esposa sino también pasa a ser un objeto del cual él puede disponer a su antojo, teniendo esta la obligación de satisfacerlo sexualmente aún en contra de su voluntad. [Pineda] (48).

Desde el punto de vista formal, se le atribuyen a la mujer dos tipos fundamentales de expresión de su femineidad: realización femenina genital y realización maternal. Estas dos pueden encontrarse ausentes, asociadas u operándose alternativa y antagónicamente. Así se expresa que una relación orgásmica intensa necesariamente debe de acompañarse de fecundación, o por el contrario se le asocia con frigidez, esterilidad e infertilidad. (49).

Con lo mencionado anteriormente se concluye que los problemas de tipo genital son el resultado de una mala relación entre la niña, futura mujer frígida o estéril y su madre.

Cada mujer vivirá su ciclo sexual, ovulación, sus deseos genitales, así como sus funciones procreativas de acuerdo a su historia particular personal. Una vez que se han conocido las características psicológicas y sexuales de la mujer mexicana, será un poco más fácil entender los problemas psicológicos (tabla 2.3) que presentan las pacientes con cáncer cérvico uterino.

IMPACTO PSICOLOGICO DE LA MUJER AFECTADA POR CANCER

Procedimiento	Deseo	Lubricación	Orgasmo	Impacto
Histerectomía total abdominal y ovariectomía bilateral.	Varía	Ausencia	Varía	Significa para la paciente la pérdida de afectos, la reducción hormonal - puede causar resequeidad vaginal.
Radiación Pélvica.	Varía	Ausencia	Varía	Este tratamiento puede producir - miedo a la terapia, resequeidad vaginal y dolores.

2.4 Historia de las investigaciones oncológicas.

Durante toda la historia de la humanidad, se han hecho diversas investigaciones sobre las enfermedades oncológicas.

En el estudio de restos antiguos de la necrópolis, situada - cerca de Gizeh, se demostró que hace unos 5000 años atrás (2700A.C.)- se registraron tumores óseos. [50].

Las excavaciones arqueológicas de los tumultos antiguos y el estudio de huesos de los sepulcros, atestiguan que las personas que - habitaban dicho lugar, padecían enfermedades oncológicas. [51]. En - el desarrollo de la oncología el mayor aporte se debe a los representantes de la medicina antigua: Hipócrates y Avicena. A Hipócrates se le considera el autor de las naciones "cancer y sarcoma". Al observar la semejanza de algunos tumores con la carne de pescado, Hipócrates los denominó: Tumores carnosos, sarcomas. [52] A los tumores que por su distribución recordaban el despliegue de las patas de las langostas, sugirió llamarlas cancerosos. [53].

Avicena escribió que el tumor debe extirparse saliendo de -- los bordes y después quemar el fondo de la herida con un hierro candente. [54]. Galeno en el año 150 A.C. dividió los tumores en tres clases según su naturaleza: como primer lugar se tiene el crecimiento de los senos durante la pubertad, también se tiene la tumefacción del útero, en segundo lugar están aquellos que sobrepasan la naturaleza, - estos son: las callosidades de los huesos y los tumores, por último - se tiene a los que están contra la naturaleza, estos pueden ser benignos o malignos.

El cáncer se divide en oculto, que es cuando el tumor está todavía cubierto por la piel y abierto cuando se convierte en úlcera. Existen referencias sobre el tratamiento de úlceras cancerosas, en estos casos se recomienda el uso de distintas hierbas y raíces en infusiones. (55) Para fines del siglo XVIII y principios del XIX se caracterizan los intentos por curar los tumores quirúrgicamente. En este período se crean las premisas para el estudio científico de los tumores. (56).

En Rusia la disección comenzó a tomar gran importancia en la primera mitad del siglo XVIII, en la época de Pedro "El Grande", el permiso oficial e incluso la orden de realizar la disección del cadáver, en algunos casos para aclarar la causa de la muerte, dió la posibilidad a los médicos de conocer más a fondo el origen del cáncer. (57) A fines del siglo XIX aparecen en Rusia varios trabajos que intentan aclarar los problemas de la causa del crecimiento maligno. En esta época empieza a tener auge el método experimental en oncología. En este período I.M. Sechenov, S.P. Botki e I.P. Pavlov, influyeron considerablemente en el desarrollo de las ciencias médicas.

Las numerosas concepciones sobre el origen de los tumores malignos se comprobaron inmediatamente por medio de la experimentación. (58). Willard Parker (1885) escribió; "La depresión mental es a menudo un elemento que se presenta en pacientes con cáncer ginecológico". (59).

Evans en 1926 señala que con el advenimiento del psicoanálisis, el uso creciente de la psiquiatría clínica y nuevas técnicas de evaluación psicológica, los investigadores del siglo XX empezaron a estudiar con mayor profundidad las personalidades de los pacientes con cáncer y reporta que: en un estudio psicoanalítico con 100 pacientes que tenían -- cáncer uterino reveló que estas pacientes habían perdido una importante relación emocional antes de desarrollarse el neoplasma y eran incapaces de asegurar una salida efectiva de su energía psíquica. (60).

2.5 Investigaciones en las últimas décadas.

Sobre las investigaciones realizadas en las últimas décadas, -- sobre las características psicológicas que presentan los pacientes con cáncer uterino, se tiene: LeShan y Wothington, hicieron un trabajo, -- reuniendo la información obtenible hasta ese momento sobre la influencia del stress psíquico, en el desarrollo del cáncer se plantea una tesis -- de trabajo estadístico. Si todo esto fuera verdad, la incidencia del -- cáncer en los diferentes grupos sociales deberá variar en relación con la frecuencia con que se hubiera producido una alteración en su vida de relación o una pérdida sentimental grave. Por ejemplo en diferentes re -- laciones conyugales. Así las viudas figurarían en primer lugar, luego el grupo de divorciadas, a continuación el grupo de casadas pero que só -- lo mantienen forzosamente el vínculo por razones religiosas, financieras u otras, finalmente el grupo de solteros. (61) Un hecho fundamental -- ocurre en 1951:

Por primera vez aparecen en la escena el psicólogo clínico con un instrumental adecuado de test, proyectivos y técnicas para entrevistas psicológicas, con determinaciones a nivel mental, etc. [62].- Inician esta serie dos psicoterapeutas austríacos emigrados a los Estados Unidos, Tarlau y Smalheiser, en el mismo año agregaron entre otros tests, el de Rorschach y dibujos de la figura humana. [63] -- Cutler y Ellis a través de la interpretación del test de Rorschach -- realizado en colaboración con Bruno Klopfer, se atreven a pronosticar la respuesta a la terapia en pacientes aparentemente similares. Los casos rápidamente evolutivos pueden ser descriptos como un nivel de ansiedad mayor, poca capacidad para reducir su tensión. Cuanto -- más neuróticas sus defensas, más probabilidades de que el cáncer evolucione rápidamente. [64].

En una revisión crítica de LeShan, publicada por el National -- Cancer Institute, se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1.- Existe una cierta correlación entre las enfermedades neoplásicas y ciertos tipos de situaciones psicológicas.
- 2.- El factor psíquico registrado con mayor firmeza ha sido la pérdida de un nexo emocional importante en la época anterior al -- problema.
- 3.- Existe una cierta relación entre la organización de la personalidad, el tipo y la localización del tumor.

Todos los estudios psicológicos destacan un hecho común en los pacientes con cáncer y en especial los que acuden tarde a la consulta: reacciones o sentimientos de culpa y complejos. Los pacientes muestran la necesidad de encontrar una causa a su enfermedad actual. En su mayoría culpándose a sí mismos y en ciertos casos, a través de una fantasía compleja, concluyen en la culpabilidad del médico. (66)

La frase habitual es: "yo siempre fui muy sano", esconde con -- frecuencia profundos sentimientos de culpa, sean verdaderos o no, -- traumatizan psíquica y orgánicamente al enfermo. (67).

En las mujeres que se escogieron para las encuestas de Abrahams, Finesinger y Shands, encontraron que el cáncer ginecológico produce una gran cantidad de fantasías de exigencias sexuales maritales. En otros casos suposiciones de enfermedades venéreas en el cónyuge. Con gran frecuencia se expresan en primera persona: "yo no tengo tiempo, estoy muy ocupado, no puedo dejar mi trabajo, etc." (68) Suelen también expresarse como el sentimiento de un castigo divino, aún en --- aquellos que no son religiosos. (69) La importancia de considerar estos sentimientos de culpa reside en que influyen tres formas posibles en la conducta del paciente:

- 1.- Provoca una negación de los síntomas y lleva al retraso en el -- tratamiento y en el diagnóstico.
- 2.- Estimula actitudes de inferioridad y dependencia, sentimientos -- de rechazo y repudio.

- 3.- Inhibe a los pacientes para reestructurar sus esquemas corporales y sociales, e impide la comunicación y la readaptación social.

Cualquier restricción en darle al paciente oportunidad de comentar lo que es más importante para él en ese momento, perturba la relación médico-paciente y su angustia se hace mayor a medida en que se aproxima la operación. (70) Drellich, Bieber y colaboradores, comentan en ese sentido el buen resultado obtenido con las pacientes que fueron histerectomizadas y que se les proporcionó una somera explicación sobre su anatomía. (71).

Existen varios tipos de reacción postoperatoria descritos por Sutherland, de los cuales los más comunes son: una relación de dependencia, generalmente hacia el cirujano muy intensa en los primeros días. Es evidente que las mujeres ejecutivas o que acostumbran a llevar el mando, se sientan incapaces de tomar la más simple decisión mientras no se lo indiquen. La ansiedad es también una reacción frecuente que acompaña al individuo por largo tiempo. (72). Cuando el paciente acude a la consulta, el tratamiento que más le agrade es el quirúrgico, las características psicológicas que presenta en ese momento son diversas, no sólo dependiendo de su estructura psicofísica, sino también del órgano afectado, así pueden hacerse ciertos gradientes de agresión, por ejemplo las mamas, la matriz, la cara, etc. (73).

La matriz y la histerectomía fueron estudiadas en 1956 por Bieber y colaboradores. Esta operación es un asunto muy importante en la vida de una mujer. Ellos encontraron que la ignorancia acerca de su anatomía y de la operación practicada lleva al rechazo de la relación sexual matrimonial. [74].

En la década pasada varios escritores publicaron libros acerca del impacto emocional en el cáncer uterino. En estas publicaciones - la depresión y la ansiedad fueron las emociones más comunes. (Robinson, 1984) [75].

Peck hizo un estudio con 50 pacientes con cáncer uterino y encontró que 27 de las 50 pacientes se les diagnosticó un desorden psíquico. [76] En otro estudio posterior Peck y Boland encontraron que el 33 % de las pacientes mostraron ansiedad y depresión como respuesta hacia el cáncer. [77] Hinton (1986) encontró que de sus 60 - pacientes, 42 fueron clasificados como depresivos y ansiosos. Existe una gran dificultad para encontrar los síntomas somáticos secundarios a la depresión o secundarios al cáncer uterino. Muchas de las escalas usadas para cuantificar la depresión, incluyen síntomas somáticos como la fatigabilidad, pérdida del apetito y del peso, los cuales son frecuentes en la depresión y el cáncer. [78] En una investigación realizada en New México Cancer Control Project, se obtuvo que de 57 pacientes, 17 (29%) mostraron depresión y ansiedad, 7 (12%) habían sido anteriormente ansiosos y depresivos y 33 (59%) no tuvieron problemas. Los resultados demuestran que las pacientes que habían estado deprimidos y ansiosos en el pasado por razones diferentes al --

cáncer, tuvieron un mayor grado de ansiedad y depresión que aquellas cuya depresión y ansiedad era debido al cáncer. En conclusión se --
vió que los factores psicológicos pueden afectar a los pacientes con
cáncer uterino. Se encontró que los síntomas somáticos en pacientes
con cáncer, son causados por enfermedades depresivas que no son can-
cerosas. (79) En un estudio realizado en el Hospital General y Clí-
nico de Tenerife, se empleó una muestra de 110 sujetos, 58 con cán-
cer uterino y 52 con tuberculosis, las variables sociodemográficas -
fueron homogéneas. El material utilizado fue el Inventario de Depre-
sión de Beck. Los resultados fueron que la aparición de la sintoma-
tología fue más alta en la muestra de cáncer. Lo siguiente nos mues-
tra que la sintomatología depresiva en pacientes con cáncer uterino,
presenta características particulares diferentes de las otras enfer-
medades crónicas. (80) En Manchester se hizo un estudio con mujeres
que iban a ser histerectomizadas y con mujeres que iban a ser masec-
tomizadas y se destacó que el 76 % de las pacientes histerectomiza-
das necesitaban atención psiquiátrica. Estos resultados se obtuvie-
ron ya que el primer grupo mostró una gran ansiedad al saber de la -
operación, el segundo grupo presentó una gran depresión después de -
la cirugía. (81).

La depresión es la complicación psiquiátrica más frecuente en -
las pacientes con cáncer cervicouterino. (82)

Andersen (1984) decía que la histerectomía producía depresión y ansiedad en las pacientes con cáncer cérvico uterino, esto lo asocia con problemas psicosexuales en la vida de estas mujeres, incluyendo una disminución en su conducta sexual, en su imagen corporal y en -- sus relaciones íntimas. (83).

De Vita (1987) menciona la relación que existe entre la ansie-- dad y la sexualidad en pacientes con cáncer uterino y menciona que - los resultados obtenidos en diversas investigaciones indican que las pacientes con cáncer uterino, muestran mayor depresión y ansiedad -- después de la histerectomía, esto es porque presentan problemas en - el manejo de su sexualidad, ya que por lo general pierden el interés sexual y como consecuencia hay una disminución de su libido. (84) - Levine (1980) en una investigación que realizó con 60 pacientes his-- terectomizadas encontró que ninguna tenía las características neces^arias como para decir que presentaban un nivel alto de ansiedad. (85) Farber et.al. en una investigación hecha con el test de Depresión de Beck, encontraron que de las 50 pacientes con cáncer uterino, sólo -- una tercer parte mostró un alto y clínicamente significativo nivel - depresivo. (86)

En estudios hechos en Estados Unidos (1980) con el Hamilton An-- xiety Inventory, encontraron que las pacientes con cáncer uterino -- mostraban características propias de la ansiedad, por lo que conclu-- yeron que la ansiedad era muy aparte de la depresión. (87).

Roth y sus colaboradores (1982) encontraron que las pacientes -- con cáncer cérvico uterino que mostraban ansiedad, también presentaban irritabilidad, agitación e ideas de culpabilidad.

Las causas de la ansiedad son multifactoriales, cuando se presentan en un alto nivel de ansiedad en estos pacientes aparecen algunas veces sueños repetitivos, stress, desórdenes en la alimentación, tensión y preocupaciones obsesivas, pérdida de la concentración y algunos dolores. [88] Stavrakaki (1986) decía que cuando se habla de ansiedad con pacientes con cáncer cérvico uterino, se debe de tomar en cuenta que por lo general esta se va a encontrar unida a la de-presión. [89] Wiener (1987) habla de la relación entre la enfermedad orgánica y la depresión, esta es reconocida cuando la enfermedad es una afección crónica, como en el caso del cáncer. En un estudio realizado por este autor se tuvo que de 60 pacientes con cáncer uterino, 40 manifestaron depresión después de que se les practicó la histerectomía. Con estos resultados confirmó que la depresión y el cáncer uterino se presentan casi siempre juntos. [90]

Mishel et al (1984) identificaron 4 variables que pueden influir en las reacciones psicológicas del paciente con cáncer uterino, las cuatro fueron: incertidumbre, optimismo, negación de la enfermedad y la pérdida del control sobre las funciones físicas. Las investigaciones mostraron que la incertidumbre estaba asociada con el pesimismo, en relación con la esperanza en el tratamiento. También -- los pacientes percibían la impredecibilidad de la enfermedad y los

efectos negativos durante el diagnóstico y el tratamiento en su fase inicial.

Cuando los sujetos de estudio (mujeres con cáncer uterino) conocen los detalles de su enfermedad y tenían un conocimiento adecuado mostraron una gran esperanza y una alta motivación. Los investigadores concluyeron que las pacientes no percibían la seriedad de la enfermedad y esto influye en la respuesta al diagnóstico. En sí la falta de información provoca pesimismo y problemas emocionales de ajuste. (91) Zusman, L, (1981) menciona que las mujeres que tienen cáncer uterino asocian directamente a este órgano con la feminidad, el manejo sexual y el status personal como esposa y madre, otras creen que el orgasmo es imposible sin el cervix. (92) Abrahams (1983) en un estudio realizado en Australia con 40 mujeres solteras de 16 a 34 años, demostró a través de los resultados que obtuvo con el Inventario de depresión de Beck, que el 60 % de las pacientes con cáncer uterino no mostraron depresión, el 40 % restante además del test se les hizo una serie de respuestas acerca de su anatomía, para ver si esto se relacionaba con la depresión y se tuvo que el 56 % tenía una información básica sobre la localización de sus genitales, y el resto no tenían la mayor idea de dónde se localizaba cada uno de ellos.

Estas fallas del conocimiento son frecuentemente la base para los problemas psicosexuales en pacientes con cáncer ginecológico. (93).

Krouse (1985) describió un modelo psicológico en pacientes con cáncer cérvico uterino. El primer período es el reconocimiento-exploración que envuelve a la mujer en la primera sospecha de una seria enfermedad, esta incluye el primer conocimiento de los síntomas de la enfermedad y el diagnóstico subsecuente. El segundo es crisis-clímax, este comienza cuando inicia el tratamiento. La mujer experimenta pérdida de las funciones, como miedo a la enfermedad. El tercero es la adaptación-maladaptación que es el tiempo en que las mujeres se adaptan al cáncer más o menos con éxito. La mujer empieza a desarrollar un proceso a través del cual ella puede interactuar más efectivamente con su medio ambiente. El cuarto y último período, es cuando la mujer muestra ansiedad y depresión, en esta etapa la mujer sufre una regresión a una etapa previa a esta función, la cual la guía hacia una resolución positiva de la crisis. Una de las principales metas de los profesionales de la salud es -- ayudar a la mujer a pasar sus cuatro períodos exitosamente. (94). En los estudios con pacientes con cáncer uterino han encontrado con -- frecuencia que las mujeres muestran un rompimiento en su actividad sexual en los meses cercanos al diagnóstico y posteriores a la operación.

Más del 60 % de las pacientes con cáncer presentan ansiedad y depresión antes y después de la histerectomía, esto se debe a que -- experimentan cambios en su actividad sexual. (Andersen, 1986) (95).

Davies (1986) encontró que la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer cérvico uterino, han creado una gran controversia que se debe a que los investigadores piensan que dan estos dos respuestas juntas en los pacientes. La búsqueda de esta relación en los últimos años es analizada en los tres siguientes contextos.

a) La ansiedad y la depresión difieren cuantitativamente.

La sobreposición de la sintomatología clínica entre la ansiedad y la depresión han sido citadas como el más grande acontecimiento de la conceptualización de los desórdenes representados por un continuo. Gersh y Fowles (1979) los concibieron como dos niveles sintomáticos de desórdenes afectivos con relación a la ansiedad y a la depresión, variando en tiempo, esta fue apoyada por Kendell quien estudió la estabilidad del diagnóstico clínico, en un periodo de cinco años, comparando el diagnóstico de 2 000 pacientes con cáncer cérvico uterino, encontró que había un cambio en el diagnóstico de ansiedad y depresión. La relación unitaria para la relación de la ansiedad y la depresión es apoyada por la sobreposición de la sintomatología entre estos dos síndromes, por la falta de estabilidad del diagnóstico clínico entre ansiedad y depresión, por la similitud que hay en los pacientes ansiosos con y sin depresión secundaria en algunas variables por las tendencias de los pacientes con padecimientos crónicos de ansiedad que desarrollan síntomas depresivos y por último, está la falta de una respuesta específica al tratamiento.

b) La ansiedad y la depresión difieren cualitativamente.

En 1972 un grupo de Newcastle publicó una serie de estudios estableciendo la independencia entre la ansiedad y la depresión. En una investigación con 145 pacientes con cáncer cérvico uterino que fueron diagnosticadas como depresivas y ansiosas, fueron evaluadas al principio de su enfermedad antes de la histerectomía y después de ésta y encontraron que ya no tenían las mismas respuestas, esto fue que algunos sólo presentaron una de las características antes mencionadas.

c) La ansiedad y la depresión difieren en cantidad y en calidad.

Dowling & Richels (1974) compararon la sintomatología, la historia de la enfermedad y el pronóstico en un grupo de pacientes con cáncer uterino con diagnóstico de ansiedad-depresión. A estos pacientes se les asignó un tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Este grupo con sintomatología combinada mostró diferencias en términos clínicos, los cuales se comprobaron en la respuesta al tratamiento, por lo cual se vio que el diagnóstico mixto de ansiedad-depresión no fue representativo en un grupo homogéneo.

En este estudio se tuvo que la ansiedad y la depresión están -- clasificados como desórdenes que se dan por separado, clínicamente a través del DSM-III y estadísticamente por medio de la discriminación -- del análisis de las funciones. Sin embargo existen opiniones a favor de que ambas se manifiestan al mismo tiempo. (96).

La histerectomía por cáncer cérvico uterino, es una de las ciru--
 gías que se practica con mayor frecuencia en los Estados Unidos. La -
 histerectomía no produce una psicopatología significativa en mujeres -
 psicológicamente maduras. Cada paciente muestra una característica de
 personalidad especial durante la hospitalización. (97). La caracterls
 tica psicológica que se ha encontrado con mayor frecuencia en las muje
 res con cáncer cérvico uterino es la depresión. Estas pacientes tie-
 nen las siguientes características: incremento en su padecimiento físi
 co, problemas sexuales, stress, falta de apetito, insomnio entre otros.
 Estas respuestas se dieron con más frecuencia en la paciente histerec-
 tomizada, que en pacientes con otras cirugías de tipo ginecológico. --
 (98) Moore (1976) a 47 pacientes que iban a ser histerectomizadas, --
 les administró el test The Self Rating Depression Scale antes de la --
 operación. Los puntajes obtenidos demostraron que la depresión se pre-
 sentó en el 36 % de las pacientes, la incidencia de la depresión no va-
 rió con la histerectomía. En conclusión se tuvo que las pacientes que
 van a ser histerectomizadas y que presentan depresión antes de la ope-
 ración, por lo general siguen manifestando esta respuesta después de -
 la operación. (99) En un estudio realizado en Brasil (1980) con 17 pa-
 cientes histerectomizadas con cáncer uterino y 27 con otros tipos de -
 cirugía, se les administró el test de Rorschach después de la opera--
 ción para poder conocer sus características psicológicas. Con estos -
 resultados se confirmó que estas pacientes presentan una mayor depre--

sión que las demás mujeres. (100) Steiner (197) en un estudio con 133 mujeres histerectomizadas obtuvo que el 34.2 % mostraron un alto nivel depresivo, ansiedad y pérdida de la libido.

El efecto traumático de una operación se debe al miedo o al sentimiento de mutilación, en este caso la pérdida del útero. Este miedo puede ser mitigado por medio de una explicación adecuada, además de una buena estimulación preoperatoria. En casos extremos la pérdida del útero causa un proceso análogo de duelo y en estos casos es recomendable la ayuda de un psiquiatra. (101) Lalinec-Michaud (1983) trabajó con 102 pacientes que iban a ser histerectomizadas de 27 a 67 años. El test que utilizó fue The State-Trait Anxiety Inventory, el 53 % de las pacientes mostraron un alto nivel de ansiedad, estas fueron también más propensas a tener características depresivas, ambas características se midieron antes y después de la histerectomía, la depresión y la ansiedad se presentó más en aquellas pacientes que manifestaron miedo antes de la operación.

Este miedo era producido por ideas de posibles cambios en su vida sexual después de la cirugía. En general los resultados presentaron una elevada ansiedad y depresión preoperatoria. (102) Salter (1985) investigó la relación que existe entre la depresión y la ansiedad en pacientes con enfermedades ginecológicas. En este estudio ocupó a 102 mujeres a las cuales las dividió en dos grupos, el primer grupo estaba formado por pacientes que iban a ser histerectomizadas con cáncer uterino, el segundo grupo eran mujeres con enfermedades ginecológicas.

Para medir estas reacciones utilizó: The Self Rating Scale of Depression, se tomaron cuatro factores importantes: dificultades sexuales, sangrados ligeros, dolores menstruales y sangrados abundantes. - La depresión se relacionó con los periodos de sangrados abundantes, - mientras que la ansiedad se relacionó con dolores menstruales. Los niveles de ansiedad y depresión fueron significativamente mayores en el grupo de las histerectomizadas que en el grupo de mujeres con --- otros tipos de cáncer. Por lo que si se usa un instrumento adecuado para medir problemas ginecológicos antes de la operación, se pueden prevenir problemas ginecológicos posteriores. (103) Goodkin (1986) -- les aplicó a 73 pacientes con cáncer uterino The Life Experiences Survey Hopelessness and Million Behavioral Health Inventory y encontró - que más del 60 % de las pacientes mostraron altos niveles de pesimismo, desesperación, ansiedad y depresión. Estas reacciones se produjeron por la falta de información acerca de su padecimiento, por lo tanto concluyó que si las pacientes hubieran recibido una instrucción -- previa a la histerectomía, se hubieran obtenido mejores resultados.-- (104).

2.6 Sumario.

Las investigaciones en el área de oncología han estado presentes desde hace varios siglos. Como ya se mencionó la etiología - del cáncer trata de cómo se desarrolla esta enfermedad, cuáles son -- las causas, qué las producen? además también nos muestran las investi

gaciones que se han hecho en la denominada "psico-oncología". Otro punto importante fue la epidemiología, que es la que se encarga de estudiar la distribución geográfica en diferentes regiones. Una vez que se han identificado las zonas, es más fácil conocer los factores ambientales que provocan esta enfermedad. Acerca de la psicología y sexualidad de la mujer mexicana se vio que esta siempre ha ocupado un segundo lugar, generalmente el mexicano ha tratado a la mujer como un objeto, cuya única finalidad es cumplir sus necesidades y satisfacerlo sexualmente. La mujer en nuestro país sólo es tomada en cuenta para la procreación, no se le toma en cuenta como ser humano, como persona pensante que es. Con esto se pueden comprender los problemas -- que presenta la paciente histerectomizada por cáncer cérvico uterino, ya que aparte de tener que enfrentarse a su enfermedad, también tiene que sobrellevar la relación familiar, especialmente los problemas que se presentan en su vida marital, como consecuencia de la mentalidad del macho mexicano.

Por último se mencionaron algunas de las investigaciones que se han hecho en el aspecto psicológico con estos pacientes. Se vio que estas presentan una serie de problemas en sus relaciones interpersonales, sexuales entre otras, se obtuvo que las características que se manifestaban en casi todas las pacientes fueron la ansiedad y la depresión, estas eran consecuencia del estado emocional en que se encontraban las pacientes, además se pudo observar que el problema de ansiedad y depresión aumentaban cuando la paciente desconocía completa-

mente las características de su enfermedad.

Por lo regular las pacientes presentaron problemas sexuales antes y después de la operación, lo que trajo como consecuencia que se manifestaran en ellas las reacciones de ansiedad y depresión.

Referencias bibliográficas.

- 1.- Bayés Ramón: Psicología Oncológica. 1a. ed. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1965. p.p. 13-17
- 2.- Ibid..... p.p. 13-14.
- 3.- Bleger Jose: Psicología y Cáncer. 1a. edición Argentina Ed. Horme. 1960. p.p. 19-21.
- 4.- Suttom, Maurice: Cancer Explained. Hart Publishing Company Inc. N.V. 1967. p.p. 22-24.
- 5.- Ibid..... p. 22.
- 6.- Ibid..... p. 23.
- 7.- Ibid..... p. 24.
- 8.- Levenson, B.F: Causas y prevención del Cáncer. 1a. ed. Argentina. Javier Vergara Editor. 1984. p.p. 16-17.
- 9.- Ibid..... p. 16.
- 10.- Ibid..... p. 17.
- 11.- Suttom, Maurice: Cancer Explained. Hart Publishing Company Inc. N.V. 1967. p.p. 24-27.
- 12.- Ibid..... p. 24-25.
- 13.- Ibid..... p. 26.
- 14.- Ibid..... p. 27.

- 15.- Levenson, B.F: Causas y Prevención del Cáncer. La ed. Argentina. Javier Vergara Editor. 1984. p.p. 17-19.
- 16.- Ibid..... p.p. 15-19.
- 17.- Dumber, F: Emotions and bodily changes. 4a. ed. Columbia Univ. Press. 1951. p. 1192.
- 18.- Kehrer, F: Vrascchen und Behandlung der Unfruchtbarkeit nach modernen Gesichtspunkten. Dresden. 1922.
- 19.- Evans, Elida: A psychological study of cancer. N.Y. Dodd Mead and Co. Inc. 1926. p. 226.
- 20.- Ewing, J: Neoplastic Diseases. 3rd. ed. 1931.- Saunders Co. Phil. p. 87.
- 21.- Peller, S: Cancer in man. International Universities Press. Inc. 1952. p. 95-2115.
- 22.- Ibid..... p. 215.
- 23.- Rizzo, G: "Contributo allo studio della psicologia del canceroso terminale." Bolletino di - Oncologia. 1953. Vol. 27. p. 3.
- 24.- Stephenson, J: "Life, stress and cancer of cervix." Psychosomatic Medicine. 1951. Vol. 13 p. 117.
- 25.- Barber, K.R: Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cáncer del aparato genital de la mujer. 1a. ed. México, Ed. Interamericana. 1978. p.p. 1-52.
- 26.- Ibid..... p.p. 51-52.
- 27.- Stjernswärd: "Cancer la lutte continue." Santé du Monde. Sep-Oct. 1981. p.p. 2-7.
- 28.- Allais, C: Morbidité et mortalité en France et dans le monde. 1981. Paris, DuSeuil. p.p. 1-3.

- 29.- Muir, C.S: "Comme un Kallidoscope". Santé du Monde.
Sep-oct. 1981. p.p. 8-11.
- 30.- Scentres, S: "Le dépistage des cancers". La recherche sur le cancer. Paris, Du Seuil.
- 31.- Peto, R: "Les causes connues". Santé du Monde. sep-oct. 1981. p.p. 13-14.
- 32.- Ibid..... p. 14.
- 33.- Epstein, S: Cancer Science and Society. San Francisco Freeman, 1978.
- 34.- Cairns, J: Nature. "Fallacies of lifestyle cancer - theories". Vol. 289. p.p. 127-130. 1981.
- 35.- Ichikawa: "Le cancer gastrique au Japon". Santé du Monde. sep-oct. 1981. p.p. 30-32.
- 36.- Olveny, C: "Le cancer de peau en Afrique". Santé du Monde. sep-oct. 1981. p.p. 27-29.
- 37.- Peto, R: "Les causes connues". Santé du Monde. sep-oct. 1981. p.p. 13-14.
- 38.- Picot, A: "Le veau aux hormones est-il toxique?". La recherche sur le cancer. Paris, Du Seuil 1982.
- 39.- Muir, C.S: "Comme un kallidoscope". Santé du Monde. - sep-oct. 1981. p.p. 8-11.
- 40.- Ramirez, S: El Mexicano; Psicología de sus motivaciones. 6a. ed. México, Ed. Grijalbo. 1977. p.p. 48-51.
- 41.- Ibid..... p. 48.
- 42.- Ibid..... p. 49.
- 43.- Ibid..... p. 50.
- 44.- Ibid..... p. 51.
- 45.- Pineda, G.F: El mexicano psicología de su destructividad. 1a. ed. México. Ed. Pax-México. 1961. -- p.p. 119-122.

- 46.- Ibid..... p. 119.
- 47.- Ibid..... p. 119-121.
- 48.- Ibid..... p. 121.
- 49.- Ibid..... p. 122.
- 50.- Barber, K: Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica Cáncer del aparato genital de la mujer. 1a. ed. México. Ed. Interamericana. 1978. p.p. 7-20.
- 51.- Ibid..... p.p. 7-9.
- 52.- Bayés Ramón: Psicología Oncológica. 1a. ed. Barcelona. - Ed. Martínez Roca. 1985. p.p. 27-30.
- 53.- Ibid..... p. 27.
- 54.- Ibid..... p. 28.
- 55.- Barber, K: Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cáncer - del aparato genital de la mujer. 1a. ed. México. Ed. Interamericana. 1978. p.p. 10-20.
- 56.- Ibid..... p.p. 11-13.
- 57.- Ibid..... p.p. 13-15.
- 58.- Ibid..... p.p. 16-18.
- 59.- Bayés Ramón: Psicología Oncológica. 1a. ed. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1985. p.p. 27-30.
- 60.- Ibid..... p.p. 28-30.
- 61.- Ibid..... p.30.
- 62.- LeShan, L: "Loss of cathexes as a common psychodynamic characteristic of cancer patients". ---- Psychosom. Med. 1954. Vol. 18. p.p. 183-193.
- 63.- Tarlau, M: "Personality patterns in patients with tumor of the breast and cervix". Psychosom. Med. - 1951. Vol. 13. p. 117.

- 64.- West, P.M: "An observed correlation between psychological factors and growth rate of cancer in man". -- Cancer res. Vol. 12. p. 306.
- 65.- LeShan, L: "Psychological states as a factors in the -- development of malignant disease". A critical review. Journal. Nat. Inst. 1959. Vol. 22. p. 1.
- 66.- Ibid..... p.1.
- 67.- Abrahams, R: "Guilt reaction in patients with cancer". Cancer. 1953. Vol. 6. p.p. 474-476.
- 68.- Ibid..... p.474.
- 69.- Ibid..... p. 475.
- 70.- Ibid..... p. 476.
- 71.- Drellich, M: "Adaptation to hysterectomy". Cancer. 1956 Vol. 9. p. 1120.
- 72.- Sutherland: "Depressive reactions associated with surgery for cancer". Cancer. 1953. Vol. 6. p. 958.
- 73.- Ibid..... p. 958.
- 74.- Drellich, M: "Adaptation to hysterectomy". Cancer. 1956. Vol. 9. p. 1120.
- 75.- Robinson, J: "Depression and anxiety in cancer patients: evidence for different causes". Journal of Psychosom. Research. Vol. 29 (2). p.p. 133-138. 1985.
- 76.- Peck, A: "Emotional reactions to radiation treatment". Cancer. 1977. Vol. 40. p.p. 180-184.
- 77.- Hinton, J: "Psychiatric consultation in fatal illness". Soc. Med. 1972. Vol. 65. p.p. 1035-1038.
- 78.- Ibid..... p. 1036.
- 79.- Moffic, H: "Depression in medical impatients" Brit. J. - of Psychia. Vol. 126. p.p. 346-353.
- 80.- Huggan, R: "Neuroticism and anxiety among women with --- cancer". American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1982. Vol. 83. p.p. 410-413.

- 81.- Melody, G: "Depressive reactions following hysterectomy".
J. Psychosom. 1960. p. 203.
- 82.- Ibid..... p. 203.
- 83.- Andersen, B: "Psychological aspects of gynaecological cancer.
In. A. Broome & L. Wallace (Eds) N.Y. 1984.
p.p. 117-141.
- 84.- DeVita, V: "Psychological aspects of patients with cancer".
Cancer principles & practice of Oncology. --
Vol. 2. 1987. p. 2055.
- 85.- Bisno, B: "The relationship between depression and ---
reforcing events in cancer patients". J. of
Psychosocial Oncology. Vol. 5 (2) Summer --
1987. p. 63.
- 86.- Ibid..... p. 63.
- 87.- Stefaneek, M: "Psychological distress among oncology outpatien
ts". Psychosom. J. oct. 1987. Vol. 28
(10) p. 530.
- 88.- Grossarth: "Psychological factors as strong predictors of
mortality from cancer, ischaemic heart disease
and stroke: The Yugoslav prospective study". -
J. of. Psychosom. R. Vol. 29. 1985. p.p. 7-16.
- 89.- Stavarakaki: "The relationship between anxiety and depression".
A review of the literature. Brit. J. of Psychia
try. 1986. Vol. 148. p.p. 7-16.
- 90.- Ibid..... p. 16.
- 91.- Mishel, M: "Predictors of psychosocial adjustment in patien
ts newly diagnosed with gynaecological cancer".
Cancer. Nurs. Vol. 7. p.p. 291-299.
- 92.- Krouse, H: "A psychological model of adjustment in gynecolo-
gic cancer patients". Oncol. Nurs. Forum. 1985.
Vol. 12. p.p. 45-49.
- 93.- Abrahams: "The challenges of adolescence". IN:
Dennerstein. L. Borrows. C.D. ed. Handbook of
Psychosom, Obstetrics and Gynecology. N.Y. 1983.

- 94.- Krouse, H: "A psychosocial model of adjustment in gynecologic cancer patients". Oncol Nurs. Forum. 1985. Vol. 12. p.p. 45-49.
- 95.- Andersen: "Sexual dysfunction and signs of gynecologic - cancer". Cancer. 1986. Vol. 57. p.p. 1880-1886.
- 96.- Stavrakaki: "The relationship of anxiety and depression". - A review of the literature. British. J. of --- Psychiatry. 1986. Vol. 149. p.p. 7-16.
- 97.- Ibid..... p.p. 7-9.
- 98.- Ibid..... p.p. 10-12.
- 99.- Moore, J: "Depression following hysterectomy". Psychosom. J. 1976. Vol. 17. p.p. 86-89.
- 100.- Teitelroit: "Hysterectomy and relieving fantasy". Psychosom. J. 1980. jul-dic. Vol. 1. p.p. 11-13.
- 101.- Lalinec, N: "Anxiety, fears and depression related to hysterectomy". Annual meeting of the Canadian Psychiatric Association. 1985. feb. Vol. 30. p.p. 44-47.
- 102.- Steiner: "Psychiatric sequelae to gynaecological distress in potential hysterectomy patients". Journal of Psychosom. Research. 1985. Vol. 29. p.p. 155-159.
- 103.- Salter: "Gynaecological symptoms and psychological distress in potential hysterectomy patients". Journal of Psychosom. 1983. Vol. 29. p. 160.
- 104.- Goodkin: "Stress and hopelessness in the promotion of -- cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix". Journal of Psychosom. Research. 1986. Vol. 30. p.p. 67-70.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Objetivo.

El objetivo general de este estudio es el conocer más sobre la depresión y la ansiedad en las pacientes histerectomizadas por cáncer cérvico uterino.

En las investigaciones que se han realizado al respecto, se ha visto que las mujeres que han sido histerectomizadas por cáncer -- cérvico uterino, presentan un sentimiento de minusvalía hacia su propio sexo, lo cual se debe a que ya no se sienten completas, piensan que su actividad sexual no será la misma y empiezan a entrar en un estado de angustia y depresión, además de sentirse frustradas como mujeres que ya no van a poder tener hijos. Es común que se asocie a las enfermedades de tipo genital con padecimientos psicosomáticos, esto es porque la mayoría de las enfermedades se deben más que nada a alteraciones de tipo psicológico. Por lo tanto el objetivo particular de esta investigación es el ver las reacciones depresivas y de ansiedad que presentan las pacientes después de que se les practicó la histerectomía.

3.2 Descripción de la muestra.

Se seleccionaron dos grupos de 30 mujeres cada uno, teniendo una población de 60 mujeres.

Para esta selección fue necesario tomar en cuenta varios criterios como:

- 1.- 30 pacientes histerectomizadas por cáncer cérvico uterino in situ (sin metástasis).
- 2.- 30 mujeres histerectomizadas sin cáncer.
- 3.- Edad de 30 a 50 años.
- 4.- Nivel socioeconómico medio-medio o medio bajo.
- 5.- Escolaridad: que sepan leer y escribir.
- 6.- Cualquier estado civil.
- 7.- Cualquier religión.
- 8.- Que tuvieran como mínimo seis meses y como máximo un año de haber sido operadas.
- 9.- No importa la cantidad de hijos.
- 10.- Cualquier ocupación.

3.3. Descripción de la población seleccionada.

La población de esta investigación estuvo formada por 60 mujeres, 30 mujeres histerectomizadas con cáncer cérvico uterino y 30 mujeres histerectomizadas sin cáncer, esta población se obtuvo de la consulta externa del Hospital de Ginecología de "La Raza" de la Ciudad de México. Uno de los requisitos era que tenían que tener como máximo un año de que se les practicó la histerectomía. Los datos demográficos - que se obtuvieron de las pacientes se encuentran anexados al final de este capítulo. (tabla 3.3).

3.4 Material.

A los dos grupos se les explicó en primer lugar la entrevista de datos demográficos. (anexada en el apéndice). una vez contestado el cuestionario se les aplicó las dos pruebas psicológicas (IDARE que mide ansiedad y Beck que mide depresión) A continuación se dará una breve descripción de cada test, con la finalidad de conocer un poco sobre su manejo y aplicación.

IDARE (inventario de Ansiedad Rasgo y Estado).

El test de IDARE fue iniciado por Charles D, Spielberg y Richard, L. Gorsuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt. La idea original era elaborar un instrumento de investigación objetiva de autoevaluación, que midiera la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en adultos normales.

El inventario está formado por dos escalas separadas de autoevaluación. La primera escala es la escala de ansiedad-estado que consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten en el momento actual.

La otra escala es ansiedad-trazo también consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La forma de aplicación de ambas escalas es por lo regular individual, se le proporciona al sujeto la prueba y se lee junto con él las instrucciones, esto con la finalidad de aclarar alguna duda.

Para la calificación del test se utiliza la plantilla de calificaciones que se coloca sobre el protocolo para poder dar los valores numéricos correspondientes. La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 80.

Inventario de depresión de Beck.

Este inventario fue creado en 1961 por Beck. Su idea fue crear un test que midiera la intensidad sintomatológica depresiva en los pacientes.

El test consta de 21 reactivos, cada reactivo consta de cuatro opciones que tiene que escoger el sujeto dependiendo de su estado de ánimo actual.

Para la calificación del test se utiliza una escala italiana que es la nos va a dar el valor mínimo y máximo de las pruebas de cada su

jeto, la escala es la siguiente:

- 0 - 9 Normalidad.
- 10 -15 Depresión media.
- 16 -19 Depresión media moderada.
- 20 -29 Depresión moderada grave.
- 30 -63 Depresión grave.

La primera escala de normalidad indica que el sujeto no presenta características depresivas. La segunda indica que el sujeto tiene -- problemas en alguna área. La tercera que el individuo manifiesta ya ciertas respuestas depresivas que, si se trata a tiempo puede impedir el progreso de la misma. La cuarta ya es una depresión que se considera crónica y requiere de atención médica. La última que es la depresión grave ya necesita de un tratamiento psiquiátrico, complementado con algunos fármacos.

3.5. Procedimiento.

En primer lugar se pidió a las directivos de la institución el permiso respectivo para poder llevar a cabo la investigación. La selección de las pacientes se llevó a cabo en la consulta externa de este hospital, se hizo una revisión de los expedientes de las pacientes que acudían a consulta externa, se escogieron sólo aquellos que -- cumplan con los requisitos antes mencionados. Una vez que se obtuvo la muestra, se les preguntó que si querían participar en la investigación, además se les dijo que todos los datos obtenidos se manejarían en forma confidencial.

El siguiente fue pasarlas al consultorio en donde se llevaría la entrevista, ahí se les proporcionó la encuesta de datos demográficos y los tests de ansiedad y depresión.

El método que se usó para la selección de las pacientes sin cáncer fue el siguiente: se buscó en el archivo del Hospital los expedientes de las pacientes que habían sido histerectomizadas sin cáncer de 1987 a junio de 1988, una vez que se tuvieron los datos necesarios, el hospital dió su autorización para efectuar estas visitas, se proporcionó una carta en donde se explicaba el motivo de las mismas. El paso siguiente fue ir a las casas de las pacientes y pedirles su colaboración. Cuando aceptaban se les proporcionaba el material para que lo contestaran. La obtención total de la población se efectuó en tres meses.

3.5.1. Diseño.

El tipo de diseño que se empleó fue el cuasi-experimental. Las características de estos diseños son que se llevan a cabo en escenarios naturales, generalmente de tipo social, existe una carencia de control experimental completo, ya que no hay un control total de las variables que intervienen en la investigación. Kerlinger (1973) se refirió a este tipo de investigaciones como ex-post-facto, esto es que el investigador no tiene un control directo de las variables independientes ya que su manifestación ya ocurrió.

Las variables que se emplearon en este estudio fueron:

a) Variables dependientes:

Las reacciones psicológicas que presentan las mujeres histerectomizadas con cáncer cérvico uterino. Principalmente la ansiedad y la depresión.

b) Variable independiente:

Las mujeres histerectomizadas con cáncer cérvico uterino.

La evaluación estadística se realizó mediante la prueba *t* con un nivel de probabilidad de 0.05, esto en la prueba del IDARE, para la -- prueba de depresión de Beck se usó la prueba *z* con un nivel de probabilidad de 0.05. Ambas pruebas se utilizan para calificar muestras pequeñas (menores de 30), las fórmulas de cada prueba se explican en el capítulo siguiente.

RESULTADOS DE LOS DATOS DEMOGRAFICOS.

<i>Estado civil.</i>	<i>Cáncer</i>	<i>Sanas</i>
<i>Soltera</i>	20 %	16 %
<i>Casada</i>	50 %	60 %
<i>Separadas</i>	13.3 %	13 %
<i>U. Libre</i>	16.6 %	10 %
<i>Media de</i>		
<i>la edad</i>	47	45
<i>Nivel escolar</i>		
<i>Primaria sin terminar</i>	20 %	13 %
<i>Primaria terminada</i>	50 %	60 %
<i>Secundaria</i>	15 %	17 %
<i>Preparatoria</i>	10 %	10 %
<i>Profesional</i>	5 %	0
<i>Clase social</i>		
<i>Alta</i>	0	0
<i>Media alta</i>	0	0
<i>Media media</i>	40 %	35 %
<i>Media baja</i>	60 %	65 %
<i>Media media</i>	40 %	35 %
<i>Baja</i>	0	0
<i>Ocupación</i>		
<i>Empleado</i>	10 %	15 %
<i>Profesionista</i>	5 %	10 %
<i>Hogar</i>	85 %	75 %

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados.

La evaluación estadística del test de IDARE (ansiedad rasgo-estado) se obtuvo por medio de igualdad estadística, se estableció las diferencias significativas entre las medias (Prueba t) y las varianzas (Prueba F) de los grupos experimental y control, respecto a rasgos de personalidad de ansiedad, para que esto no establezca diferencias preformadas en los grupos que afecten el estudio de las variables experimentales.

En primer lugar se obtuvo la distribución F que se utiliza para probar hipótesis, como una razón de dos varianzas, la fórmula es la siguiente:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

Una vez que se obtuvo el resultado de las varianzas y se vio que eran diferentes, entonces se emplea la prueba t para saber la diferencia entre las dos medias independientes.

Cuando la prueba F es \neq o sea que $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$ entonces se usa la fórmula especial para obtener grados de libertad, esta prueba recibe el nombre de Fisher-Behrens. Para poder desarrollar estas fórmulas es necesario conocer: la media la desviación standar y la varianza de los dos grupos.

PUNTUACION T DEL IDARE RASGO

	Pacientes con cáncer	Pacientes sin cáncer
1.-	52	38
2.-	66	43
3.-	47	37
4.-	37	39
5.-	44	41
6.-	44	43
7.-	52	44
8.-	57	33
9.-	54	47
10.-	55	41
11.-	52	43
12.-	52	44
13.-	56	41
14.-	45	46
15.-	47	41
16.-	52	46
17.-	52	47
18.-	55	49
19.-	63	46
20.-	46	44
21.-	57	44
22.-	43	45

PUNTUACION T DEL IDARE RASGO

	Pacientes con cáncer	Pacientes sin cáncer
23.-	47	52
24.-	45	45
25.-	57	38
26.-	41	49
27.-	53	47
28.-	41	46
29.-	43	44
30.-	51	45

$$\sum X_1 = 1506$$

$$\sum X_1 = 1308$$

$$\sum X_2 = 76902$$

$$\sum X_2 = 57490$$

$$\bar{x} = 50.2$$

$$\bar{x} = 43.6$$

$$S = 6.6974004$$

$$S = 3.9879128$$

$$S^2 = 44.855172$$

$$S^2 = 15.903448$$

Evaluación estadística del IDARE rasgo.

$$s^2_{ac_1} = s^2_{axc_2}$$

$$s^2_{ac_1} = s^2_{axc_2}$$

$$\alpha = 0.05.$$

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2} = \frac{44.855172}{75.903448} = 1.8204684.$$

$$gl = (29, 29, 0.05) = 1.84.$$

$$F = 2.8204684.$$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, la cual nos indica que las varianzas de los dos grupos muestrales son diferentes, en este caso se emplea la prueba t , cuyas hipótesis serán:

$$H_0 : \mu_{ac_1} \leq \mu_{axc_2}$$

$$H_a : \mu_{ac_1} > \mu_{axc_2}$$

$$\alpha = 0.05.$$

Evaluación estadística del IDARE rasgo.

$$\text{La fórmula de } t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$t = \frac{50.2 - 43.6 - 0}{\sqrt{\frac{44.855172}{30} + \frac{15.903448}{30}}} = \frac{6.6}{1.4231259}$$

$$t = 4.6376782$$

$$gl = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2 - 2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 + 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 + 1}}$$

$$gl = \frac{\left(\frac{44.855172}{30} + \frac{15.903448}{30} \right)^2 - 2}{\frac{\left(\frac{44.855172}{30} \right)^2}{31} + \frac{\left(\frac{15.903448}{30} \right)^2}{31}}$$

$$gl = \frac{4.1017888}{0.0811794} - 2 = 48.527459.$$

Cuando $\alpha = 0.05$ y los grados de libertad son mayores de 30, como en este caso 48, entonces el valor de $z = 1.65$ con una $t = 4.6376782$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

PUNTUACION T DEL IDARE ESTADO

	<i>Pacientes con cáncer</i>	<i>Pacientes sin cáncer</i>
1.-	50	52
2.-	61	51
3.-	50	41
4.-	43	31
5.-	43	43
6.-	51	43
7.-	54	40
8.-	48	42
9.-	59	46
10.-	53	46
11.-	53	40
12.-	49	44
13.-	60	42
14.-	45	50
15.-	55	46
16.-	50	46
17.-	53	46
18.-	58	47
19.-	59	45
20.-	51	47
21.-	55	43
22.-	47	44

PUNTUACION T DEL IDARE ESTADO

	Pacientes con cáncer	Pacientes sin cáncer
23.-	44	43
24.-	46	49
25.-	59	44
26.-	45	46
27.-	54	42
28.-	42	46
29.-	39	46
30.-	48	41

$$\sum X_1 = 1524$$

$$\sum X_2 = 1332$$

$$\sum X_1^2 = 78442$$

$$\sum X_2^2 = 59596$$

$$\bar{x} = 50.8$$

$$\bar{x} = 44.4$$

$$S = 5.938768$$

$$S = 3.9618874$$

$$S^2 = 35.268926$$

$$S^2 = 15.696552$$

Evaluación estadística del IDARE Estado.

$$\sigma^2_{ac_1} = \sigma^2_{ac_2}$$

$$\sigma^2_{ac_1} \neq \sigma^2_{ac_2}$$

$$\alpha = 0.05.$$

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2} = \frac{35.268926}{15.696552} = 2.2469210.$$

$$gl = (29, 29, 0.05) = 1.84$$

$$F = 2.2469219.$$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, la cual nos indica que las varianzas de los grupos muestrales son diferentes, en este caso se usa la prueba t.

$$H_0: \mu_{ac_1} \leq \mu_{ac_2}$$

$$H_a: \mu_{ac_1} > \mu_{ac_2}$$

$$\alpha = 0.05.$$

$$\text{La fórmula de } t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$t = \frac{50.8 - 44.4 - 0}{\sqrt{\frac{35.268926}{30} + \frac{15.696552}{30}}} = \frac{6.4}{1.3033991}$$

$$t = 4.9102382$$

$$gl = \frac{(S_1^2 / n_1 + S_2^2 / n_2)^2}{(S_1^2 / n_1)^2 + (S_2^2 / n_2)^2} - 2$$

$$gl = \frac{(\frac{35.268965}{30} + \frac{15.696552}{30})^2}{(\frac{35.268965}{30})^2 + (\frac{15.696552}{30})^2}$$

$$\frac{1.1756322}{0.0445842} + \frac{0.5232184}{0.008308869} - 2$$

$$gl = \frac{2.8860932}{0.053415} - 2 = 52.031512.$$

Cuando $\alpha = 0.05$ y los grados de libertad son mayores de 30, como en este caso 52, entonces el valor de $z = 1.65$ con una t de 4.9102382, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Para la evaluación estadística de la prueba de Beck, se utilizó la inferencia sobre dos proporciones, en donde se ocupa la prueba de hipótesis el estadístico experimental z , cuya fórmula es:

$$z = \frac{(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{p^* q^* (1/n_1 + 1/n_2)}}$$

En donde p^* es el valor combinado de la proporción en ambas poblaciones, p_1 y p_2 que son los valores hipotéticos de la proporción de la población. (Johnson, 1976).

El rango de la prueba de Beck que se usó fue el de la puntuación de 20 o más.

Pacientes con cáncer

$$5/30 = .167$$

Pacientes sin cáncer

$$2/30 = 0.067$$

Las hipótesis propuestas fueron:

$$H_0: p_1 \leq p_2$$

$$H_a: p_1 > p_2$$

$$\alpha = 0.05.$$

Para poder desarrollar esta prueba es necesario conocer las puntuaciones obtenidas en el test de Beck.

Evaluación estadística del Beck

	Pacientes con cáncer	Pacientes sin cáncer
1.-	2	7
2.-	33	11
3.-	5	0
4.-	2	0
5.-	4	5
6.-	7	0
7.-	3	5
8.-	36	0
9.-	15	0
10.-	13	2
11.-	8	0
12.-	3	0
13.-	17	0
14.-	5	8
15.-	8	2
16.-	9	2
17.-	3	0
18.-	22	0
19.-	16	23
20.-	8	4
21.-	5	0
22.-	5	25

Evaluación estadística del Beck

	Pacientes con cáncer	Pacientes sin cáncer
23.-	23	0
24.-	6	1
25.-	3	17
26.-	36	2
27.-	2	1
28.-	8	5
29.-	5	0
30.-	6	3

Puntuación 20 o más.

$$5/30 = 0.167$$

$$p'_1 = 0.167$$

$$p^* = 0.117$$

$$q^* = 0.883$$

Puntuación 20 o más.

$$2/30 = 0.067$$

$$p'_2 = 0.067$$

$$z = \frac{(p'_1 - p'_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{p^* \cdot q^* \cdot (1/n_1 + 1/n_2)}}$$

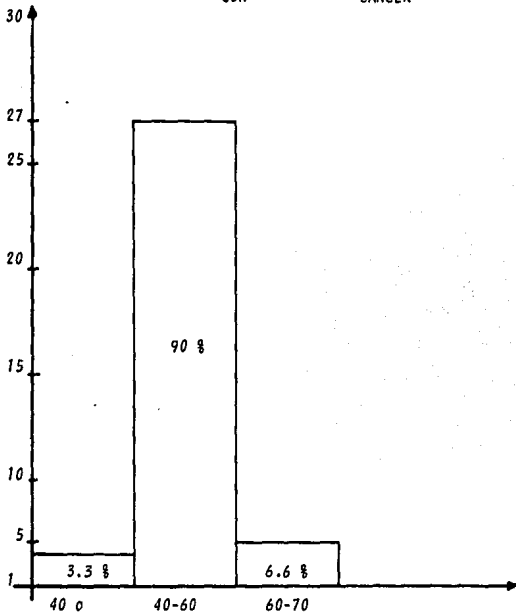
$$z = \frac{0.167 - 0.067 - 0}{\sqrt{0.117 \times 0.803 \left(\frac{1}{30} + \frac{1}{30} \right)}}$$

$$z = \frac{0.1}{0.0831975} = 1.20$$

$$z = | \alpha = 0.05 | = 1.65$$

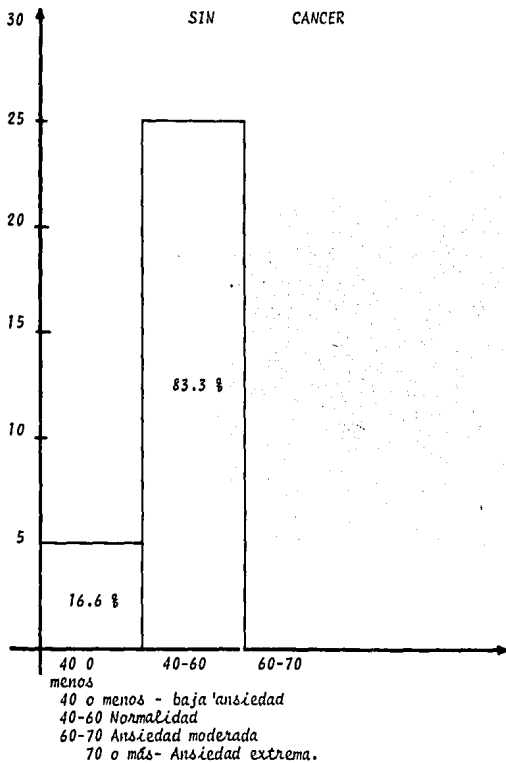
Se acepta la hipótesis nula que nos dice que la depresión es igual en las pacientes con cáncer y en las pacientes sin cáncer, por consi---
guiente se rechaza la hipótesis alterna.

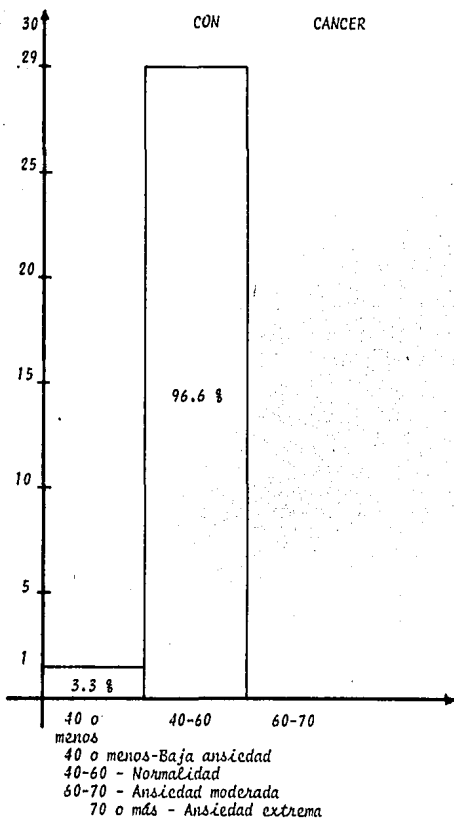
GRAFICA DEL IDARE RASGO DE PACIENTES
CON CANCER



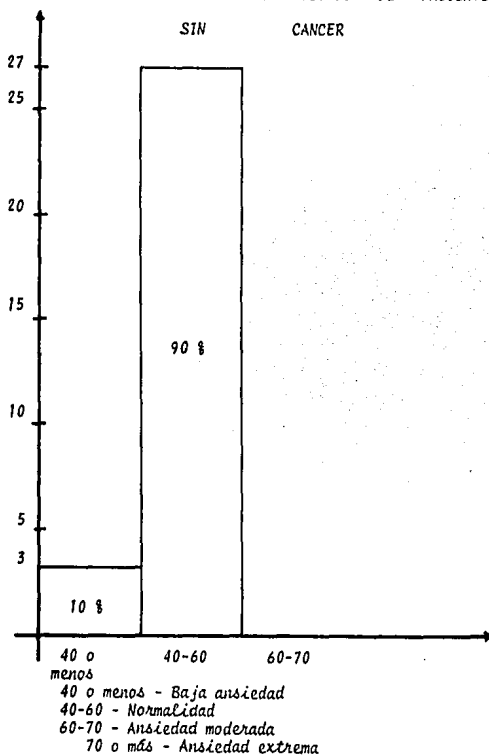
40 o menos
40 o menos-baja ansiedad
40-60 Normalidad
70 o mds-Ansiedad extrema.

GRAFICA DEL IDARE RASGO DE PACIENTES
SIN CANCER

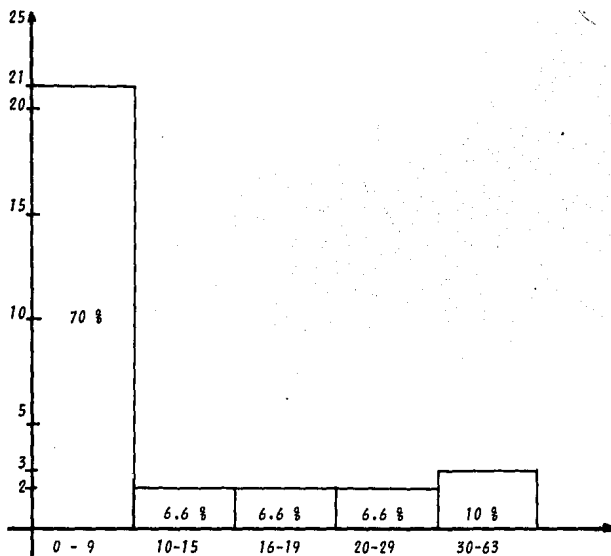


GRÁFICA DEL IDARE ESTADO DE PACIENTES
CON CÁNCER

GRAFICA DEL IDARE ESTADO DE PACIENTES
SIN CANCER

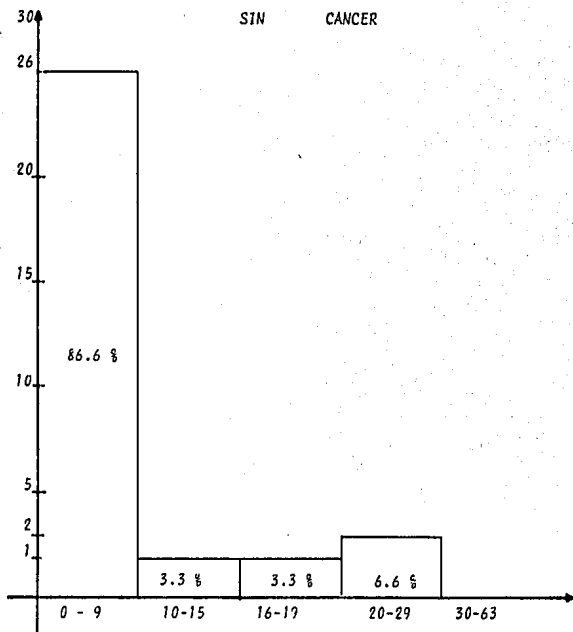


GRAFICA DEL BECK DE PACIENTES
CON CÁNCER



0 - 9 Gama de Normalidad
 10 - 15 Depresión media
 16 - 19 Depresión media moderada
 20 - 29 Depresión moderada grave
 30 - 63 Depresión grave

GRAFICA DEL BECK DE PACIENTES
SIN CANCER



0 - 9 Gama de Normalidad
 10 - 15 Depresión media
 16 - 19 Depresión media moderada
 20 - 29 Depresión moderada grave
 30 - 63 Depresión grave

4.2. Discusión de los resultados.

El principal objetivo de esta investigación fue el comprobar mediante la aplicación de pruebas psicológicas que miden ansiedad y depresión, si realmente estas respuestas son características de las pacientes histerectomizadas con cáncer cérvico uterino.

En los resultados obtenidos se vio que en lo referente a la ansiedad se aceptó la hipótesis alterna, la cual nos dice que las pacientes histerectomizadas con cáncer cérvico uterino, presentan mayor ansiedad que las pacientes sin cáncer, esto lo representamos:

$$t = 4.91 > p 0.05.$$

Estos resultados que se obtuvieron en el test de IDARE que mi de ansiedad rasgo-estado son la consecuencia del bajo nivel sociocultu ral de las pacientes, ya que como se ha mencionado la mujer mexicana siempre ha ocupado un segundo lugar en todos los aspectos, lo que representa que nunca se le ha dado el lugar que corresponde en la sociedad, sólo se le toma en cuenta como la mujer procreadora y al no tener más esta función, como en el caso de estas pacientes, empiezan a mostrar angustia, como una manera de calmar su frustración de ya no sentirse más mujer "activa", procreadora y como consecuencia de todo esto dejan de mantener sus relaciones sexuales, porque piensan que al no te ner útero, ya jamás podrán tener un orgasmo.

Estas y otras características hacen que estas mujeres no se sientan útiles, en una palabra, que ya no se sienta mujer lo que lleva a a manifestar esta angustia que no es sino el miedo a la muerte.

Comparando los resultados de esta investigación, con los resultados de estudios realizados en otros países, vemos que la ansiedad es una respuesta que se manifiesta conjuntamente con el cáncer, especialmente con el cáncer cérvico uterino.

La situación traumática de cualquier pérdida de objeto significativa, produce ansiedad, la cual es una reacción emergente ante cualquier situación de peligro. Así resulta que el dolor es, la verdadera reacción a la pérdida objetal y a la ansiedad es, la reacción al peligro que esa pérdida trae como consecuencia. (Freud, 1925).

Sobre los resultados que se obtuvieron en el test de Beck, tenemos que se aceptó la hipótesis nula, la cual nos dice que la depresión es igual en los padecimientos con cáncer y en los pacientes sin cáncer, por consiguiente se rechazó la hipótesis alterna que dice que la depresión es mayor en las pacientes con cáncer que en las de sin cáncer uterino, esto se representa como $z = 1.20 \leq p 0.05$.

Como se ha mencionado la mayoría de los estudios que se han hecho al respecto, nos muestran que la ansiedad y la depresión se manifiestan al mismo tiempo, siendo esto diferente en los resultados de esta investigación, ya que aquí la depresión fue la misma en los dos grupos.

En estudios elaborados en los Estados Unidos, un alto porcentaje de pacientes con cáncer cérvico uterino, mostraron depresión después de la histerectomía, esta respuesta se debió a que estas mujeres habían -- mostrado una predisposición a la depresión y el cáncer sólo fue el factor desencadenante para que se manifestara por completo la depresión. - Para obtener estos datos fue necesario aplicar el test de Beck, antes y después de la histerectomía, de esta manera se pudo saber si la depresión es consecuencia del cáncer o no.

Andersen (1984) mencionó que la histerectomía producía depresión y ansiedad. Estas dos características están relacionadas íntimamente con el aspecto sexual.

Abramams (1983) en su estudio con pacientes con cáncer cérvico uterino, obtuvo que de 80 pacientes sólo el 20 % mostró depresión, investigando a fondo se tuvo que la depresión era la respuesta por la falta de conocimientos de las pacientes sobre su anatomía.

Los resultados que se obtuvieron en el test de Beck, nos hacen ver que las pacientes negaron su situación de enfermedad por completo. La negación en estos pacientes es la anulación de una de las causas de la represión. Esto se presenta cuando los pensamientos reprimidos llegan a la conciencia y aparecen en forma de negación, así la parte intelectual se separa del aspecto afectivo, por medio de la negación.

Negar es lo mismo que decir: "Esto me gustaría reprimir".

De esta forma por medio de la negación se libera el pensamiento de la represión. (Freud. 1925).

En los pacientes con cáncer en general la negación es una de sus principales defensas, ya que su experiencia es tan dolorosa que prefieren reprimirla mediante el uso de la negación.

Así cuando el individuo pasa por situaciones dolorosas o demasiado desagradables, obligan al organismo a deshacerse de sus deseos y usan la negación.

Como conclusión se tiene que los pacientes con cáncer cérvico uterino mostraron ansiedad, en cambio negaron la depresión.

El utilizar la ansiedad y la depresión suele ser común en pacientes con cáncer. En lo referente a la ansiedad vimos que estos pacientes la mostraron abiertamente, por lo regular tienden a somatizar su ansiedad, aunque resulta difícil negarla.

En lo referente a la depresión vemos que las pacientes optaron por negar la depresión por completo, este mecanismo defensivo suele ser muy característico en esta clase de pacientes.

En este estudio tenemos que las pacientes usaron la negación para así poderse adaptar a su realidad. En mi opinión la negación que presentan las pacientes con cáncer, es un mecanismo "saludable", ya que en estos casos es mejor adaptarse a la realidad mediante la negación, que continuar con su estado depresivo, lo que significaría dejarse morir, - además de que al estar la persona en un estado de crisis depresiva, las defensas disminuyen y de esta forma su mal puede avanzar con rapidez.

Así que en este sentido es mejor usar la negación y "vivir" que seguir viviendo constantemente con la muerte (depresión) y dejarse "morir".

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y SUMARIO.

5.1 Conclusiones.

En las últimas décadas se ha desarrollado una rama de la medicina y la psicología llamada psico-oncología, esta rama tiene por objetivo estudiar tanto la oncología, como las reacciones psicológicas en pacientes con cualquier tipo de cáncer, la psico-oncología ha sido de gran utilidad, ya que así se controlan estos dos aspectos que se presentan en los pacientes, además de que si el psicólogo trabaja más de cerca con ellos, se puede dar cuenta con mayor facilidad de cuáles son los principales mecanismos defensivos que suelen presentar estos pacientes. Uno de los problemas que presentan las pacientes con cáncer ginecológico es la falta de información sobre lo que es el cáncer, la mayoría de ellas piensan que al decirles que tienen cáncer significa que ya se van a morir, siendo esta una idea errónea, ya que actualmente se cuenta con muchos métodos que impiden que esta enfermedad se siga desarrollando.

El cáncer cérvico uterino en nuestro país, es uno de los cánceres más comunes y también es uno de los cánceres benignos, siempre y cuando su detección se haya hecho oportunamente mediante los exámenes periódicos a los cuales se debe de someter toda mujer sexualmente activa.

En lo que respecta a la parte psicológica de esta enfermedad se ha visto que estas pacientes pasan por diversas crisis emocionales, como en el caso de las pacientes histerectomizadas con cáncer cérvico-uterino es que ya no podrán tener más hijos, dando esto como resultado que la mujer se siente frustrada como tal, sobre todo aquí en México - en donde el hombre necesita tener siempre embarazada a su mujer, ya -- que esto muestra que él es muy macho, además de que de esa manera su - mujer no lo puede engañar con otro. Otra consecuencia de la histerectomía es que la mujer deja de tener relaciones sexuales por miedo a -- que la enfermedad avance, esta falta de relación le provoca a la pa--ciente una serie de problemas de tipo emocional, entre los cuales podemos mencionar a la ansiedad y la depresión.

Acerca de los resultados que se obtuvieron sobre los datos demográficos se encontró que la mayoría de las pacientes eran mujeres casadas, de clase media baja y que se dedicaban al hogar, estos datos coinciden con las investigaciones antes mencionadas en el capítulo 2.

Sobre los resultados estadísticos de las pruebas en lo que respecta a la ansiedad, se vio que estas pacientes con cáncer presentaban mayor ansiedad que las pacientes sin cáncer, aunque para que estos resultados sean más confiables se aconsejaría la aplicación de estas pruebas antes del diagnóstico, con la finalidad de saber si estas reaccio-

nes son características de personalidad o son consecuencia de su enfermedad.

De los resultados del test de IDARE tuvimos que las pacientes con cáncer cérvico uterino, presentaron mayor ansiedad que se debió principalmente a que ya no se sentían útiles como mujeres, debido a que no podían tener más hijos, además de que tenían la idea de que al no tener útero, ya no podrían tener orgasmo.

En el Beck se tuvo que las pacientes mostraron igual depresión en el grupo de cáncer y en el sin cáncer, esto nos muestra que estas pacientes negaron su depresión como una defensa para no enfrentar su "verdad" que resulta tan dolorosa para ellas.

En general los factores psicológicos que presentan las pacientes histerectomizadas con cáncer cérvico uterino como se vio en el capítulo dos, van desde un estado de shock hasta una psicosis, esto va a depender de la madurez emocional de cada individuo, unido esto al apoyo que obtenga de su medio ambiente.

Como se ha revisado la depresión y la ansiedad son consecuencia de una serie de reacciones que presentaba el paciente antes de esta enfermedad, esto es que las características psicológicas que se presentan junto con el cáncer, se deben a rasgos de personalidad previamente establecidos.

Como conclusión final, podemos decir que hubo varias variables en contra que no se controlaron, como por ejemplo no se explicó los test antes y después de la histerectomía, no se conocía cómo tomaron sus familiares su enfermedad, etc.

Estas y otras variables fueron las que no dejaron que se presentara claramente la ansiedad y la depresión en estas pacientes, por esta razón se recomienda que en investigaciones posteriores, se realicen estudios longitudinales en donde se toman en cuenta variables -- que puedan en un momento dado afectar los resultados, así al tener un mayor control de las variables intervinientes, los datos serán más confiables.

El último punto es que si estos estudios se realizan interinstitucionalmente, los investigadores tendrán un mejor conocimiento de la problemática de estos pacientes, además de que podrá conocer mejor a cada paciente antes de la operación y después, esto con la finalidad de tener un seguimiento de la evolución física y psicológica del paciente.

5.2 Sumario.

Se realizó una investigación con 30 mujeres histerectomizadas con cáncer cérvico uterino y 30 mujeres histerectomizadas sin cáncer.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La finalidad del estudio fue el conocer las reacciones psicológicas de las pacientes histerectomizadas con cáncer cérvico uterino, específicamente medir la ansiedad y la depresión. El procedimiento consistió -- primeramente en la aplicación del cuestionario de datos demográficos y -- los tests que miden ansiedad (IDARE) y depresión (Beck).

Los resultados obtenidos fueron que las pacientes con cáncer cérvico uterino, tuvieron una mayor puntuación en el test de ansiedad que las pacientes sin cáncer.

En el test de Beck se obtuvo que los dos grupos mostraron el mismo nivel depresivo, siendo esta respuesta consecuencia de la negación que -- mostraron las pacientes.

Con estos resultados se deduce que las reacciones depresivas y de -- ansiedad no se dan en la misma intensidad en pacientes con cáncer gineco -- lógico, específicamente en las pacientes con cáncer cérvico uterino. □

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abrahams, R: "Guilt reaction in patients with cancer". Cancer. 1953. Vol. 6. p.p. 474-476.
- 2.- Abrahams, R: "The challenges of adolescence. "In: Vennerstein.L.Borrows.C.D.Ed. Handbook of Psychosom. Obstetrics and Gynecology. N.Y. 1983.
- 3.- Allais, C: "Mordidit  et mortalité en France et dans le monde". Paris Du Seuil. 1981. p.p. 1.3.
- 4.- Andersen: "Sexual dysfunction and signs of gynaecologic cancer". Cancer. 1986. Vol 57 p.p. 1880-1886.
- 5.- Andersen: "Psychological aspects of gynaecological cancer". In. A. Broome and L. Wallace Eds. N.Y. 1984. p.p. 117-141.
- 6.- Arfken,G: "Mathematical Methods". Academic Press. In. Ed. U.S.A. 1966. p.p. 351-355.
- 7.- Barbe,K: "Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica: Cáncer del aparato genital de la mujer". T. ed. México. Ed. Interamericana. 1978 p.p. 1-52.
- 8.- Bay s, R: "Psicología Oncológica". 1a. ed. Barcelona Ed. Martínez Roca. 1985. p.p. 13-17.
- 9.- Bisno, B: "The relationship between depression and reforcing events in cancer patients". Journal of Psychosocial Oncology. Vol. 5 (2) Summer 1987. p.63.
- 10.- Bleger, J: "Psicología y Cáncer". 1a. ed. Argentina. ed. Horme. 1960. p.p. 19-21.

- 11.- Boas, H.L.: Mathematical Methods in Physical Sciences. A. Wiley International Edition 1966. U.S.A. p.p. 402-405.
- 12.- Brunk, H.: Introducción a la estadística. Ed. Trillas. 1a. ed. 1979. México. p.p. 300-305.
- 13.- Cain, J.: "Fallacies of lifestyle cancer theories". Nature. Vol. 28 (9) 1981. p.p. 127-130.
- 14.- Drellich: "Adaptation to hysterectomy". Cancer. 1956. Vol. 9. p. 1120.
- 15.- Dumber, F.: Emotions and bodily changes. 4a. ed. Columbia. Univ. Press. 1951. p. 1192.
- 16.- Engelsman: "Anxiety, fears and depression related to -- hysterectomy". Annual meeting of the Canadian Psychiatric Association. Ottawa Canada. 1983. feb. Vol. 30 (1). p.p. 44-45.
- 17.- Epstein, S.: Cancer Science and Society. San Francisco. Freeman. 1978.
- 18.- Evans, E.: A psychological study cancer. N.Y. Dodd. Mead and Co. Inc. 1926.
- 19.- Ewing, S.: Neoplastic Diseases 3rd ed. Saunders. Co. Phil. p. 87.
- 20.- Freud, S.: Obras Completas. Tomo III. Trad. Luis López Ballesteros. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva. 4a. ed. 1981. p.p. 2884-2886.
- 21.- Goodkin: "Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplastic to invasive squamous cell carcinoma of the cervix". Journal of Psychosom. Research. 1986. Vol. 30 p. 6770.
- 23.- Haynal, A.: Manual de Medicina Psicosomática. 1a. ed. Barcelona. ed. Torija Masson. 1986. p.p. 3-4.

- 23.- Hinton, J: "Psychiatric consultation in fatal illness".
Soc. Med. 1972. Vol. 65. p.p. 1035-1038.
- 24.- Huggan, R: "Neuroticism and anxiety among women with -
cancer". American Journal of Obstetrics --
and Gynaecology.
- 25.- Ichikawa: "Le cancer gastrique au Japon". Santé du --
monde. sep-oct. 1981. p.p. 27-29.
- 26.- Johnson: Estadística elemental. 1a. ed. México.
Ed. Trillas. 1976. p.p. 284-301.
- 27.- Kehrer, F: Vraschen und Behandlung der Unfruchtbarkeit --
nach modernen Gesichtspunkten. Dresden. 1922.
- 28.- Krouse, H: "A psychological model of adjustment in gyne-
cologic cancer patients". Oncol.Nurs.Forum.
1985. Vol. 12. p.p. 45-49.
- 29.- LeShan, L: "Loss of cathexes as a common psychodynamic
characteristic of cancer patients".
Psychosom. Med. 1954. Vol. 18. p.p. 183-193.
- 30.- Levenson: Causas y prevención del Cáncer. 1a. ed.
Argentina. Javier Vergara Editor. 1984.
p.p. 16-17.
- 31.- Max Kinnon: Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interame-
ricana. México. 1975. 1a. ed. p.p. 174-178.
- 32.- Mc Guggan: Psicología Experimental. 1a. ed. Barcelona.
Ed. Trillas. 1971. p.p. 33-35.
- 33.- Melody, G: "Depressive reaction following hysterectomy".
J. Psychosocial. 1960. p. 203.
- 34.- Meneses, E: Psicología General. 1a. ed. México, Ed. --
Porrua. 1967. p.p. 366-370.
- 35.- Mishel, M: "Predictors of psychosocial adjustment in --
patients newly diagnosed with gynaecologi-
cal cancer. Cancer, Nurs. 1985. Vol. 7. --
p.p. 291-299.

- 35.- Moggie, H: "Depression in medical inpatients". Brit. J. of Psychia. Vol. 126. p.p. 346-353.
- 37.- Moore, G: "Depression following hysterectomy". Psychosom. J. 1976. Vol. 7. p. 203.
- 38.- Muir, C: "Comme un kékidoscope". Santé du monde. sep-oct. 1981. p.p. 8-11.
- 39.- Olveny, C: "Le cancer de peau en Afrique". Santé du monde. sep-oct. 1981. p.p. 27-29.
- 40.- Peller, S: "Cancer in man". International Universities. Press. Inc. 1952. p.p. 95-125.
- 41.- Peto, R: "Les causes connues". Santé du monde. sep-oct. 1981. p.p. 13-14.
- 42.- Picot, A: "Le veau aux hormones est-il toxique? Le - recherche sur le cancer". Parls Du Seuil. 1982.
- 43.- Pineda, G: "El mexicano psicología de su destructividad". 1a. ed. México. Ed. Pax-México. 1961 p.p. 119-122.
- 44.- Ramirez, S. "El mexicano psicología de sus motivaciones". 6a. Ed. México. Ed. Grijalbo. 1977. p.p. - 48-51.
- 45.- Rizzo, G: "Contributo allo studio della psicologia -- del canceroso, terminato". Bollettino de --- Oncologia. 1953. Vol. 27. p. 3.
- 46.- Robinson: "Depression and anxiety in cancer patients evidence for different causes". Journal of Psychosom. R. Vol. 29 (2) p.p. 133-138. -- 1985.
- 47.- Salter: "Gynaecological symptoms and psychological - distress in potential hysterectomy patients". Journal of Psychosom. R. 1985. Vol. 29. p.p. 155-159.

- 48.- Secatres: "Le déspistage des cancer", La recherche - sur le cancer. Paris Du Seuil. 1982.
- 49.- Segatore: Diccionario médico. Teide. Ed. Teide. Barcelona. 5a. Ed. 1975. p.p. 100-101.
- 50.- Stavrakaki: "The relationship between anxiety and depression". A review of the literature. British. J. of Psychiatry. 1986. Vol. 149 p.p. 7-16.
- 51.- Stefaneh: "Psychological distress among oncology out-patients. Psychosom. J. oct. 1987. Vol. - 28. (10). p. 530.
- 52.- Steiner: "Psychiatric sequelae to gynaecological operations". Psychosom. Med. Vol. 2. 1987. p.p. 133-140.
- 53.- Stephenson: "Life, stress and cancer of cervix". Psycho somatic. Med. 1951. Vol. 13. p. 117.
- 54.- Stjernsward: "Cancer la lutte continue". Santé du Monde. sep-oct. 1981. p.p. 2-7.
- 55.- Sutherland: "Depressive reactions associated with surgery for cancer". Cancer. 1953. Vol. 6. p. 958.
- 56.- Suttom, M: Cancer Explained. Hart Publishing Company. Inc. N.Y. 1967. p.p. 24-27.
- 57.- Tarlau, M: "Personality patters in patients with ---- malignant tumor of the breast and cervix". Psychosomat. Med. 1951. Vol. 13. p. 117.
- 58.- Teitelroit: "Hysterectomy and relieving fantasy". Psychosom. J. 1980. jul-dic. Vol. 1. p.p. 11-13.

- 59.- West, P: "An observed correlation between psychological factors and growth rate of cancer in man". Cancer. Res. Vol. 12. p. 306.
- 60.- Wolman, B: Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. 1a. ed. Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1968. p.p. 587-623.
- 61.- Yamane, T: Estadística. 3a. ed. México. Ed. Marla. 1980. p.p. 131-135.

APENDICE.

a) Cuestionario de datos demográficos.

b) Test de IDARE (ansiedad rasgo-estudio).

c) Test de depresión de Beck.

Por favor responda, lo más verazmente posible, a las aseveraciones que aparecen a continuación y señaladas o marcadas con una X en el espacio correspondiente. La información es totalmente confidencial.

1.- Nombre: _____

2.- Edad: años

3.- Sexo 1 F 2 M

4.- Domicilio: _____
Calle y Número Colonia Ciudad Estado C.F

5.- Tel.: _____

6.- Estado Civil:

1 Soltero 2 Casado 3 Divorciado 4 Unión libre

7.- Escolaridad:

1 Sin educación escolar 2 Primaria Incompleta 3 Primaria completa
4 Secundaria 5 Preparatoria o equivalente

6 Profesional

8.- Ocupación:

1 Empleado 2 Obrero 3 Técnico 4 Profesionalista
5 Subempleado 6 Campesino 7 Hogar 8 Estudiante
9 Ninguna 10 Otros.

Si está desempleado ¿Cual es la razón?

1 Por su padecimiento 2 Otros, especifique: _____

9.- Situación Económica:

Ingreso mensual total (aproximado) de su familia: pesos

Número de personas que dependen de este ingreso:

Provee el mayor ingreso familiar: 1 Usted 2 Su esposo (a)

3 Su(s) hijo(s) 4 Otros

1.- A qué edad tuvo su primera regla ?

2.- A qué edad fue su primera relación sexual ?

3.- Cómo fue su primera relación sexual ?

4.- Ha cambiado de pareja en sus relaciones sexuales ?

5.- Con qué frecuencia ?

6.- Por qué razón fue que decidió ir al médico ?

7.- Qué molestias tenía ?

8.- Qué pensó usted cuando le dieron el diagnóstico ?

9.- Cuál fue la opinión de su familia ?

10.- Tuvo relaciones sexuales poco antes de la operación ?

11.- ¿ Cómo fueron ?

12.- Tuvo relaciones después de la operación y cómo fueron ?

13.- Ha tenido algún problema en sus relaciones sexuales, después de la operación ?

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento ansioso	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Me siento agitado	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En este cuestionario hay grupos de preguntas, por favor lee cada grupo cuidadosamente y escoge la opción, de cada grupo, que mejor describe como se te sienten estas semanas, incluyendo hoy. Marque con una X la opción que haya escogido. Si las alternativas en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Responder a todas las afirmaciones 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 o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para qué pensar en el 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.
 Confiérame voy 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 seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré 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 mí mismo.
- 8) No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro más que de costumbre.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) Ahora no estoy tan irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente 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) Tuvo decisiones tan bien como siempre.
 Muchas decisiones, con más frecuencia que antes.
 Es más difícil tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) No siento que se vea más feo que antes.
 Me preocupa que se vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que
se vea feo.
 Creo que se 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 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil
volver a dormir.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo
volver a dormir.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente 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
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.