

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



284
PSI

REACCIONES PSICOLOGICAS EN PACIENTES
MASTECTOMIZADAS POR CARCINOMA MAMARIO



TESIS PROFESIONAL

Que Para Obtener el Título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a

OFELIA GARCIA MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Con profundo amor

a Nazario

Con veneracion y cariño
a mis Padres

Con afecto a mis hermanos
y sobrinos /

REACCIONES PSICOLOGICAS
EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS
POR CARCINOMA MAMARIO

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
I.- OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	8
II.- REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA.....	13
III.- HIPOTESIS.....	60
a).- Hipótesis Nula.....	64
b).- Hipótesis Alternativa.....	66
IV.- PARAMETROS DE INVESTIGACION.....	68
a).- Depresión.....	69
b).- Ansiedad.....	85
c).- Hostilidad.....	98
d).- Dependencia.....	105

	Pág.
V.- METODOLOGIA.....	108
a).- Tipo de diseño	108
b).- Selección de la población.....	112
c).- Procedimiento.....	113
d).- Descripción de los instrumentos psicométricos.....	119
e).- Análisis estadístico.....	131
VI.- RESULTADOS OBTENIDOS.....	133
VII.- RESUMEN Y CONCLUSIONES	161
VIII.- BIBLIOGRAFIA	173
RECONOCIMIENTO	181

"La verdad de la otra persona
no está en lo que te revela
sino en lo que no puede revel
arte.

Por eso, si quieres compren-
derla, no escuches lo que di
ce, sino lo que calla"

Gibrán Jalil Gibrán

(Arena y Espuma)
Aforismos

INTRODUCCION

"Quien sabe de dolor,
todo lo sabe".

Dante

El cáncer ha sido desde lejanos y remotos tiempos el flagelo más temido de la humanidad; decir cáncer es sinónimo de muerte, aunque a cada momento y en todo el mundo la gente se esté muriendo de diversos padecimientos. Sin embargo, ante un diagnóstico de cáncer, emitido por una autoridad médica, provoca que el paciente, sus familiares, sus amistades y la sociedad en general, se estremezcan al escucharlo, de ahí que este padecimiento sea tan merecedor de estudio desde el punto de vista psicológico.

Las reacciones que produce el escuchar un diagnóstico de cáncer son muy diversas y van desde la -

conmoción, ira, depresión, pacto, aceptación, ansiedad y deca^{te}xis (1).

Todos los pacientes oncológicos reaccionan ante la mala noticia de una forma casi idéntica, que es típica no sólo ante la noticia de una enfermedad fatal, sino que parece ser la reacción humana ante cualquier tensión inesperada; la mayoría de los pacientes usan la negación que casi nunca es total, después predomina la ira y la rabia, la cual se manifiesta de diferentes formas: como una envidia hacia los que pueden vivir y actuar.

Fuera cual fuere la fase de su enfermedad o los mecanismos de defensa que utilicen, todos los pacientes oncológicos mantienen alguna forma de esperanza hasta el final; esperanza que puede revestir la forma de un nuevo descubrimiento, de un nuevo hallazgo en un laboratorio de investigación, de una nueva droga o de un nuevo suero; puede presentarse como un milagro de Dios o quizá porque

(1) Kubler-Ross Elizabeth: Sobre la Muerte y los Moribundos. Pag. 331.

se descubra que la radiografía y los resultados del laboratorio pertenezcan a otra persona; pero esta esperanza es la que debemos conservar siempre en los pacientes, - tanto si estamos de acuerdo con la forma de mantenerla como si no.

Hemos observado que los pacientes oncológicos se encuentran en una dimensión diferente a la de otros enfermos. Trabajar con enfermos cancerosos presenta muchas inquietudes e interrogantes para los psicólogos clínicos; su manejo es distinto del de otros pacientes porque el enfermo sabe que haga lo que haga para evitar el avance de su mal, éste irremediamente seguirá invadiendo su organismo; la vivencia de su padecimiento es diferente a la de otros enfermos. El diabético o el cardiaco por ejemplo, saben que observando las indicaciones de su médico, llevando la dieta y el reposo adecuados, pueden controlar la enfermedad, el paciente oncológico carece de esta oportunidad.

Desafortunadamente el cáncer puede presentarse en cualquier parte del organismo y todos los pacientes oncológicos requieren la orientación, apoyo y ayuda psicológica que el Psicólogo Clínico está capacitado para ofrecer.

Sin embargo, nos ha despertado gran inquietud las pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario, de ahí que nos avocamos a la tarea de realizar este trabajo con el deseo de ayudar en la medida de nuestras posibilidades y conocimientos, a la mujer que por cáncer mamario es sometida a este tipo de cirugía mutilatoria.

Nuestro interés en estudiar las pacientes mastectomizadas parte del análisis de lo que para la mujer significan las mamas y brevemente quisiéramos hacer una exposición de nuestras observaciones sobre el particular.

La significación de las mamas para la mujer, ha venido sufriendo una transformación a través de

los tiempos. Hasta hace algunos años los senos tenían como significación principal ser fuente de nutrición, su función primordial era el de amamantar a los hijos. A la niña desde los primeros años de su vida se le entrena para madre de familia y hemos observado algunas pequeñas - que en sus juegos infantiles les "dan el pecho" a sus muñecas.

En la etapa de la pubertad, la joven empieza a observar cambios importantes en su cuerpo, como es el desarrollo de sus mamas y siendo éstas parte importantísima del conjunto sexual femenino, como todo lo concerniente al sexo, eran tabú. Las prendas de vestir íntimas tenían como objetivo disimular todo lo posible la forma natural de los senos ya que se consideraba vergonzoso que la mujer luciera esta parte de su anatomía.

Al paso de los años y con las necesidades que se generaron para solventar la economía doméstica, - la mujer tuvo que salir a trabajar fuera del hogar.

Con esta nueva situación la mujer dejó de

ser únicamente la matrona y empezó a tomar parte activa en el desarrollo económico, social, cultural y político del país; el amamantamiento fué eliminándose poco a poco o bien se redujo el período de lactancia. Los múltiples productos sustitutos de la leche materna vinieron a ser auxiliares de la madre en la crianza de los hijos.

El aspecto personal de la mujer para presentarse en su empleo trajo como consecuencia la fabricación de prendas íntimas que le ofrecieran comodidad y lucimiento de su figura. Es entonces cuando la significación erótica y estética de las mamas ocupa el primer lugar.

Simone de Beauvoir dice: "No se nace mujer; llega una a serlo. La Civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino" (2)

La mujer moderna, en contraposición de las

(2) Simone de Beauvoir: El Segundo Sexo. Pag. 13

amazonas de la mitología griega, que se quitaban un seno para permitirse mayor agilidad en la práctica del arco y la lanza, ayudadas por la propaganda masiva en radio, televisión, revistas, periódicos y la moda en general, exaltan la belleza de los senos, hasta llegar al punto de que son éstos representativos y símbolo de la feminidad.

¿Cómo van a reaccionar las mujeres que por carcinoma mamario van a ser mutiladas, alterado su esquema corporal y agredida su feminidad?

Esta es la interrogante que nos motiva en nuestra investigación.

1.- OBJETIVO DEL ESTUDIO

"El encanto de la mujer radica en esa facultad desinteresada y generosa. La exuberancia de su interés vital es tan atractiva, que todo en ella - palabras, risa, movimientos - está lleno de gracia".

Rabindranath Tagore
(Meditaciones)

Nuestro interés particular en este trabajo se centra en estudiar las reacciones psicológicas que manifiestan las pacientes a partir del momento en que se les comunica que van a ser sometidas a un acto quirúrgico en su glándula mamaria.

Hemos observado a estas pacientes desde el instante en que con mirada temerosa una vez más suben a la mesa de auscultación del consultorio médico;

ante la mirada de varios médicos residentes, la enfermera de turno y el médico especialista, que forman el equipo médico y paramédico, que fija su atención en cada una de estas pacientes; después de haber estudiado el expediente y nuevamente haber sido examinadas, palpada la tumoración y discutidas sus características, el cirujano les comunica con voz pausada y tranquila, deseando transmitirles confianza, que su padecimiento requiere un tratamiento quirúrgico que consiste en quitarle el tumor, analizarlo, y si éste es negativo se cierra la pequeña incisión y al día siguiente podrán irse a su casa; pero que si el tumor resultara maligno, entonces será necesario ampliar la cirugía quitándole su mama.

Las pacientes escuchan calladas en la mayoría de los casos; pocas piden alguna información adicional, algunas empiezan a llorar.

Pero ¿qué está sintiendo cada una en esos momentos? ¿qué reacciones psicológicas se producen en su

interior? ¿qué encontradas emociones la empiezan a inquietar? ¿cómo vivencia cada paciente esta experiencia aterradora al ver amenazada su feminidad? ¿qué fantasías acuden a su mente? ¿morirá durante la anestesia? ¿cómo se verá después de la operación? ¿la dejará de amar su esposo? ¿qué les dirá a sus hijos? ¿quién los cuidará mientras ella está en el hospital? ¿perderá su trabajo? ¿seguirá avanzando la enfermedad?

Estas y muchas interrogantes más se hacen las pacientes; sin embargo tienen la esperanza de que sea solamente una pequeña incisión, como se los ha dicho el médico; pero empiezan a ser presa de la angustia y la depresión.

A partir de este momento nos acercamos a estas pacientes para ofrecerles nuestra ayuda, pero ¿cómo las vamos a ayudar? ¿qué es lo que podemos hacer por ellas? ¿cómo vamos a aplicar los conocimientos que la Facultad y los volúmenes de la Biblioteca nos han

ofrecido?

Sí, tenemos los conocimientos teóricos y técnicos, pero éstos no son suficientes para ayudar a un enfermo canceroso; es necesario participar con él del problema y tener una actitud positiva ante la enfermedad y la vida y también ante la muerte. No son seres a los que vayamos a mirar con lástima, sino con comprensión y afecto; ellos están librando una batalla, la más importante y tienen que ganarla y nosotros estamos ahí para ayudarlos a ganar esa lucha; no podemos llegar hasta ellos con la derrota marcada en nuestro semblante; tampoco vamos a ofrecerles la eternidad, todos somos vulnerables a la enfermedad y a la muerte; vamos a ofrecerles la posibilidad de seguir viviendo y de vivir en las mejores condiciones de acuerdo con sus circunstancias.

Tenemos que ser sinceros, honestos y genuinos en nuestro trato con ellos, y hacerles sentir nuestra comprensión y compañía. Durante dos años que estuvimos trabajando con pacientes oncológicos, creemos que logramos nuestro objetivo.

Estas pacientes, como seres humanos, con sus preocupaciones, miedo, esperanzas y desesperanzas, como un todo indivisible, no solamente portadoras de órganos enfermos, constituyen el más legítimo objeto de interés en nuestro estudio.

II.- REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA

"La ciencia apenas sirve para darnos una idea de la extensión de nuestra ignorancia"

Lamennais

Los adelantos de la ciencia no han surgido por sí solos y en forma aislada, sino que son la resultante de una serie de múltiples trabajos que los hombres de ciencia e investigadores han realizado a través de los tiempos. Muchos de estos trabajos aparentemente no han reunido la importancia o no han alcanzado los objetivos que se deseaban; otros han logrado la meta de sus realizadores, sin embargo tanto los primeros como los últimos han contribuido al avance de la ciencia, de tal forma que cada uno ha sido un eslabón más y antecedente del que le sigue.

Los trabajos que hemos revisado son de varios enfoques y objetivos diferentes, pero todos de alguna forma se relacionan entre sí y han contribuido a proporcionarnos un marco teórico de los aspectos psicológicos que afectan a los enfermos oncológicos, a sus familiares y a la sociedad en general.

Los aspectos que hemos revisado son los siguientes:

I.- Etiología del cáncer.

Aspectos psicológicos, psicofisiológicos, psicoendócrinos, psicósomáticos, genéticos.

II.- Demora del paciente en obtener atención médica.

III.- Comunicación al paciente de su padecimiento.

IV.- Cambios de patrones de comunicación.

V.- Reacciones psicológicas.

VI.- Mecanismos de defensa

VII.- La familia del paciente oncológico

VIII.- Aspectos sociales

IX.- Aspectos psicológicos en la recuperación del cáncer.

X.- Rehabilitación sexual a pacientes mastectomizadas.

1.- Etiología del Cáncer.

La investigación acerca de la etiología del cáncer parte desde Galeno de Pérgamo en el siglo I, quien había observado que en la mujer melancólica era más frecuente el cáncer mamario que en las mujeres sanguíneas (1).

Sir Richard Guy (1759), al escribir sobre cáncer en el pecho, afirmó que éste se veía en mujeres sujetas a "quejas histéricas y nerviosas", particularmente aquellas que sufrían melancolía (2).

Willard Parker (1885) médico americano, afirmó que la tristeza está especialmente asociada al cáncer (3).

Ephraim Cutter (1887) médico americano, escribió "La depresión mental es muy a menudo un elemen

to que se presenta en pacientes cancerosas (4). Amussat (5) en Francia (1854) y Paget en Inglaterra (1870) (6), estuvieron de acuerdo.

Evans (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 estudios más profundos de las personalidades de los pacientes con cáncer" y reporta que "en un estudio psicoanalítico de 100 pacientes cancerosas efectuado a principios de este siglo, reveló que estos pacientes habían perdido una importante relación emocional antes de desarrollarse el neoplasma y eran incapaces de asegurar una salida efectiva de su energía psíquica" (7).

LeShan (1966) también señaló un estilo de vida particular o modelo de vida emocional asociado con la malignidad. Demostró que la pérdida de relaciones importantes ocurría de seis meses a ocho años antes de los primeros síntomas notados de cáncer. Sin embargo, nunca

afirmó si la pérdida del miembro de la familia se había debido al cáncer (8).

Schemale (1958) coincide con los puntos de vista de LeShan, respecto a la vulnerabilidad biológica de la neoplasia debida a una disminucion de resistencia constitucional por sentimientos de falta de ayuda y desesperanza (9).

Bahnon (1964) enfatiza el uso de la regresión y la culpa en pacientes con tumores malignos. El reconocimiento y la exteriorización de la tensión parece ser un factor importante en el cáncer (10)

Charles Goldfarb (1967) en concordancia con los autores mencionados, hace un resumen de las características psicológicas que observaron en pacientes - oncológicas (11).

- 1.- Madre dominante.
- 2.- Ajuste sexual inmaduro
- 3.- Incapacidad de expresar hostilidad

4.- Incapacidad de aceptar la pérdida de objeto significativo.

5.- Sentimientos de desesperanza, desesperación y abandono.

Desafortunadamente se ignora que controles utilizaron.

Goldfarb Ch. (1967: "La actividad subnormal o inhibida del sistema nervioso central está asociada con el más rápido crecimiento del cáncer. Bioquímicamente los ácidos grasos libres han demostrado tener niveles altos anormales en pacientes cancerosos con tumores rápidamente crecientes" (12).

J. Katz y col. (1969), revisaron estudios realizados por Bullbrook y sus colaboradores en Inglaterra, quienes sobre la base de análisis esteroideo empírico encontraron que las mujeres con cáncer mamario se dividen en dos grupos: en uno la proporción de esteroides corticoideos a esteroides androgénicos es relativamente alta, y la prognosis de la enfermedad así como la respuesta

al tratamiento son malos; en el otro grupo, la proporción entre estos esteroides es menor y la prognosis y respuesta al tratamiento son mejores.

La base fundamental de este diferencial de prognosis permanece obscura, aunque Bullbrook especula diciendo que puede estar implícita en esta característica proporcional de mala prognosis de grupo, alguna eficiencia disminuída de la función inmunológica o bien vulnerabilidad aumentada a los estrógenos.

No se sabe por qué existen diferencias en la proporción. Factores genéticos, constitucionales y posiblemente perinatales, se han señalado para responder por ellas, y la inanición o una elevación en la temperatura del cuerpo pueden temporalmente alterar la proporción. Los neoplasmas mamarios por sí mismos no han provocado la elevación o aumento de corticoesteroides por causa de ninguna secreción de hormona adrenocorticotrópicas (ACTH).

No obstante de que los eventos psicológi-

cos pueden influir en los niveles de corticoesteroides, parece legítimo preguntar si no podrían afectar de manera significativa esta proporción, ya sea en forma aguda o de una manera más permanente (13).

Katz J. (1969) estudió a un grupo de 30 mujeres, de 33 a 79 años de edad, de clase media y baja, que estaban hospitalizadas en el Hospital y Centro Médico Montefiore, con diagnóstico de tumores mamarios, realizando valoraciones de su estado psicológico y después investigando las posibles correlaciones con las tasas de producción de hidrocortisona y la excreción de metabolismo de hidrocortisona y de andrógenos así como la proporción entre las hormonas referidas.

Al finalizar el estudio encontró que sí existen variantes de las tasas de producción de hidrocortisona en las mujeres con cáncer mamario. La consecuente posible influencia de este hallazgo respecto a la proporción prognóstica corticoesteroide andrógenos de

Bullbrook, parece dar lugar a cuestiones importantes acerca de los posibles efectos que tengan las variables psicológicas en el desarrollo de un cáncer mamario (14).

Iversen (1970) (cit.p.Crisp) definió la malignidad como una célula o un grupo de células que no reaccionan normalmente a los mecanismos psicológicos de crecimiento. (15)

Smithers (1970) (cit p. Crisp) mostró que el 75% de los cánceres aparecen en lugares donde la degeneración celular es mayor, lugares que están en contacto con el medio ambiente o si no sujetos a gran estimulación fisiológica, en esta última posición las mamas son vistas como órganos precancerosos (16)

A.H. Crisp (1970): "Los médicos y los psiquiatras ya se han dado cuenta de la relación que existe entre personalidad y físico con sus aspectos viscerales y las enfermedades tales como úlcera péptica, hipertensión etc. etc. El próximo paso a seguir debe ser examinar los patrones en relación con el subsecuente desarrollo de la neoplasia. Munro (1966) encontró que hay una cantidad significativa de madres de pacientes deprimidos que han muerto de cáncer. Resnikoff (1955) reportó un estudio de 50 mujeres que se les diagnosticó tumores de mama, a las cuales se les aplicaron pruebas psicométricas y entrevistas psicológicas, habiendo reportado los resultados: matrimonios mal avenidos, problemas de identificación femenina, muertes de hermanos en su niñez. Kissen (1969) exploró los factores humanos experimentales, con sus aspectos históricos y emotivos, y los aspectos interpersonales pueden contribuir a esta enfermedad, tal vez a través de la asociación con los mecanismos biológicos, psicofisiológicos y ambientales" (17)

G. Claridge (1971) "No existe ninguna teoría adecuada que lo comprenda todo acerca de la enfermedad psicosomática y que, cualquier intento para lograr dicha teoría sería prematuro, basándonos ya sea en evidencias fisiológicas, psicológicas o sociológicas. No obstante se pueden discernir algunos puntos clave importantes en este campo. Uno es ciertamente el área del condicionamiento autonómico. Al así llamado "sistema nervioso involuntario" se le ha asignado tradicionalmente, con respecto al comportamiento, un papel inferior y algo separado, tanto con relación a su participación en la alta actividad nerviosa, como específicamente con respecto a su modificabilidad."

"La creciente evidencia de que el medio interno es tan importante para la regulación del comportamiento como el medio externo, tiene claramente implicaciones trascendentales para el estudio de los factores psicológicos en las enfermedades físicas."

"Cualquier intento en el futuro para proporcionar una relación comprensible del desorden psicosomá-

ticos debe poder explicar las diferencias individuales en la selección de síntomas. La búsqueda de una solución a ese problema, ciertamente deberá confiar firmemente en los estudios genéticos de las predisposiciones a enfermedades específicas. Sin embargo, en un sentido más amplio, la selección de síntomas es el mismo problema de variación individual en el conjunto fisiológico que se encuentra en otras investigaciones de comportamiento y -- cuando menos dos líneas de interrogantes prometen contribuir de manera importante a la medicina psicosomática:

- 1.- La relacionada con el patrón fisiológico del organismo.
- 2.- Estudio de la personalidad.

Se reconoce que el progreso en este aspecto, hasta ahora, ha estado limitado y confinado principalmente al uso de instrumentos de investigación por ejemplo cuestionarios de personalidad. Tal vez más importantes, sin embargo, son los avances conceptuales que han ocurrido en la teoría de la personalidad. Estos deberán, eventual-

mente, empezar a influenciar el pensamiento de la medicina psicosomática, cuando vayan desapareciendo las teorías psicoanalíticas y los modelos tipológicos nerviosos de la personalidad comiencen a tomar su lugar" (18).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Kavetsky R.E. Turkevich y Balitsky: On the Psychophysiological Mechanism of the Organism's Resistance to Tumor Growth. New York Acad. of Sc. 1966, pp 933-945
- 2.- Guy R.: An Essay on Scirrhus Tumors and Cancers. London: J. & A. Churchill, 1759.
- 3.- Parker W.: A Study of 397 Cases of Cancer of the Female Breast. New York, G.P. Putnam & Sons, 1885.
- 4)- Cutter E.: Diet on Cancer. Albany Med. J. 8:218-251- July-Augst. 1887
- 5.- Amussat J.Z. Quelques Reflexions sur la Curabilité du Cancer. Paris, E. Thunot 1854.
- 6.- Paget J. Surgical Pathology. London Longmans Green 1870.
- 7.- Evans E. A Psychological Study of Cancer. New York: Dodd Mead & Co. 1926.
- 8.- LeShan L. Psychophysiological Aspects of Cancer. New - York Acad. of Sci. 1966 pp. 780-793
- 9.- Schmale A.H. Relation of Separation and Depression to Disease, Psychosom. Med. 20:259-277, 1958.

- 10.- Bahnson C.B. & Bahnson M.B.: Cancer as an Alternative to Psychosis. Philadelphia J.B. Lippincott Co. 1964 pp. 184-202
- 11.- Goldfarb Ch.- Psychophysiologic Aspects of Malignancy. American Journal Psychiatric 123:12, June 1967
- 12.- Ibíd. Pag. 1547
- 13.- Katz J. Psychoendocrine Considerations in Cancer on the Breast. Annals New York. Ac. of Sci. 1969
- 14.- Ibíd Pag. 515.
- 15.- Crisp. A.H. Some Psychosomatic Aspects of Neoplasia, Br. J. Med. Psychol. 43,313 (1970) Printed in Great Britain.
- 16.- Ibíd. Pag. 313
- 17.- Ibíd. Pag. 315.
- 18.- Gordon Claridge.- Psychosomatic Relations in Physical Disease. - Personality Abnormal Behavior.- Edit. Saunders.

II.- Demora del Paciente en obtener Atención Médica.

Cameron & Hinton (1968) "Hemos investigado el tiempo que hay entre el descubrimiento de un tumor mamario y la entrada al hospital para su tratamiento. La demora casi siempre ocurrió antes de la consulta médica.

"Los cirujanos conocemos una gran variedad de razones y racionalizaciones y temores que una enferma con cáncer avanzado en el seno expresa al explicar por qué tardó tanto en buscar ayuda médica.

"Como en otras investigaciones de enfermos con cáncer, para la mayoría de las mujeres que tienen un tumor en el seno, la mayor demora es antes de la primera consulta con el doctor, pero también puede haber una demora notable después de la primera consulta.

"Hay evidencia que al saber una persona que tiene cáncer, esto altera su búsqueda de tratamiento. (1)

"La interrelación entre el conocimiento y la negación, ansiedad e indiferencia al cáncer es compleja y todos estos estudios no revelan forma alguna de poder predecir si la gente con síntomas de cáncer va a reportarse prontamente con el doctor. De todos modos parece que aquellas que claramente reconocen que tienen cáncer y muestran una preocupación apropiada, pueden buscar tratamientos oportunos. Las que tienen un miedo indebido al cáncer, las puede llevar a que consciente o inconscientemente ignoren los síntomas del tumor o lo nieguen, se demoren más." (2).

Aitken-Swan y Patterson (1955) encontraron que la demora entre 127 pacientes con cáncer del se no era mayor entre las 92 que "lo sabían". (3)

Goldsen (1957) encontró que el conocimiento de que la enfermedad podía ser cáncer no afectaba la prontitud para ver al doctor, pero el conocimiento junto con la considerable gran ansiedad sobre el cáncer o el

sentimiento de que su enfermedad era incurable se asocia con ambas (4)

Gold Mitchel (1964) Estudió un grupo de 150 pacientes con enfermedades en las mamas; muchas de estas mujeres tardaron en buscar la evaluación de su tratamiento. Dieron varias razones de su retardo, incluyendo ignorancia acerca del cáncer, falta de recursos económicos para acudir al médico, miedo al cáncer, ausencia de dolor, y la esperanza de que el tumor desapareciera "milagrosamente". Varios factores emocionales contribuyeron al retardo: miedo y ansiedad, falsa modestia, narcisismo, indecisión, negativismo, compulsión y culpabilidad." (5)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Cameron A. & John Hinton. Delay in Seeking Treatment for Mammary Tumors. Cáncer June 1968. Vol. 21
- 2.- Ibíd Pag. 1122
- 3.- Aitken-Swan y Patterson: The Cancer Patient- Delay in Seeking Advice. Brit. Med. J. 1:623-627, 1955
- 4.- Goldsen M.K. et al. : Some Factors related to patient Delay in Seeking diagnosis for cancer Symptoms. 1957
- 5.- Gold M.A. Causes of Patients' Delay in Diseases of the Breast. Cancer 17:564-577, 1964.

III.- Comunicación al paciente de su padecimiento.

Hoerr S. (1965) "Qué debe decir el médico al paciente con cáncer? No existe ninguna regla absoluta que cubra todas las situaciones humanamente y con sensibilidad, para guiar al médico respecto a lo que debe decir al paciente que tiene cáncer, pero algunos principios pueden servir de guía al médico:

- 1).- Individualizar el manejo de cada caso.
- 2).- Generalmente los pacientes tienen el derecho de obtener una apreciación franca pero comprensiva de su enfermedad, si así lo desean ellos.
- 3).- En la práctica se deben contestar las preguntas con veracidad pero con prudencia, para evitar caer en la trampa acerca de la pregunta específica acerca de la duración de la vida.
- 4).- El ocultar la verdad a un paciente que la desea y la necesita, no tiene defensa moral y puede tener reper

cusiones legales.

Estos principios pueden aplicarse a pacientes de edad como a jóvenes, el aumento de tranquilidad que alcanzan muchos ancianos les disminuye los efectos que produce el escuchar noticias desagradables." (1)

Schavelzon (1956) "Considero que lo más importante es dejar hablar al enfermo, darle la oportunidad de expresar su propia interpretación de la enfermedad y permitirle descargar su angustia, corrigiéndole solamente los errores más graves y perjudiciales de su pensamiento." (2)

Marmos (cit. p. Luchina 1965) "Considero que decirle la verdad al paciente puede provocar una alta incidencia de suicidios" (3)

Littin y Wilmer, de la Mayo Clinic hicieron una revisión de los factores etiológicos del suicidio en una gran población durante un plazo de 70 años y

encontraron que solamente un caso sobre muchos centenares, tenía relación directa con el diagnóstico de cáncer. (4)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1).- Hoerr Stanley.- What Should the Physician tell the Patient with Cancer? Geriatrics, Nov. 1965.
- 2).- Schavelzon J.- Psicología y C^áncer- Edit. Hormé. Pag. 37.
- 3).- Luchina I.- La Relación Médico-Paciente en Cancerología. Psicología y Cáncer. Edit. Hormé. Pag. 99
- 4).- Ibíd Pag. 111

IV.- Cambios de Patrones de Comunicación

Abrams R. (1966) "He observado que los pacientes oncológicos manifiestan significativos cambios de patrones de comunicación, de acuerdo con la etapa de su enfermedad. Durante la etapa inicial la mayoría de los pacientes está dispuesto a hablar libremente y con honestidad acerca de su diagnóstico; hay un ambiente de optimismo una vez que el shock inicial ha pasado y la esperanza se pone de relieve".

"Durante la etapa avanzada hay un marcado cambio respecto a qué y a quién el paciente dirige sus preguntas acerca de la situación de su padecimiento; la esperanza dá paso al temor, la verdad a las palabras veladas y medidas, y existe más dependencia respecto a su médico; los pacientes se vuelven más pasivos."

"En la etapa final, el silencio vino a ser el lenguaje común, especialmente en las áreas de más grande ansiedad; existe mayor necesidad de compañía y más temor al abandono que a la muerte".

X "Algunos médicos consideran que es más conveniente decirle la verdad a los familiares del enfermo antes que a él mismo, para evitarle un estallido emocional; otros médicos son sensibles a las necesidades de sus pacientes y saben informarles de que tienen una enfermedad grave, sin quitarles todas las esperanzas" (1)

✓ La Dra. Kubler-Ross (1976) "Esta situación nunca debería plantearse como un verdadero conflicto y creo que la pregunta no debería ser "Debemos decírselo?" sino: "Cómo compartir ésto con mi paciente?"

"Si un médico es capaz de hablar francamente con sus pacientes del diagnóstico de tumor maligno sin que sea necesariamente sinónimo de muerte inminente, prestará al paciente un gran servicio. Al mismo tiempo dejará

la puerta abierta a la esperanza de nuevos medicamentos, tratamientos, técnicas e investigaciones. Lo principal es que haga comprender al paciente que no está todo perdido, y que todos - paciente, familia y médico - aunarán sus esfuerzos, sea cual fuere el resultado final"

"Pero lo más importante es nuestra propia actitud y nuestra capacidad para afrontar la enfermedad mortal y la muerte. Si éste es un gran problema en nuestra vida y vemos la muerte como un tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a afrontarla con tranquilidad, y digo "muerte" a propósito, aunque solamente se trate de responder a la pregunta de si el tumor es maligno o no." (2)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1).- Ruth D. Abrams.- The Patient with Cancer - His Changing Pattern of Communication.- The New England Journal of Medicine, Feb. 10, 1966.
- 2).- Elizabeth Kubler-Ross.- Sobre la Muerte y los Moribundos. Edit. Grijalba 1972.

V.- Reacciones Psicológicas.

Lee y McGuire (1975) efectuaron un estudio para medir ansiedad y depresión, en un grupo de 400 pacientes que fueron enviadas a una Clínica Mamaria del Departamento de Cirugía de Radcliffe, Oxford. Les aplicaron las Escalas de Ansiedad de Spielberger y de Depresión de Zung.

Antes de asistir a la Clínica estas pacientes estaban mucho más angustiadas que las pacientes que asistían a Clínicas Generales. El 45% del grupo de la Clínica de Mama arrojó puntajes más elevados en comparación con el 18% del grupo de control. A las pacientes que se les hizo una biopsia y las que tuvieron un diagnóstico de cáncer mantuvieron elevados sus puntajes. El mismo grupo mostró elevadas escalas de depresión antes y después de asistir a la Clínica de Mama.

En la Clínica la comunicación entre médico y paciente fué supervisada por observadores independientes. Había una sorprendente discrepancia entre el nivel de angustia detectada por las escalas y lo indicado verbalmente por las pacientes al médico. Subsecuentes entrevistas en el hogar de las pacientes mostró que una importante proporción de ellas permanecieron angustiadas - hasta el momento de la operación.

Cuando se hizo una nueva valoración tres meses después de la operación, el 34% de las pacientes - con cáncer mostraban todavía grados moderados o marcados de angustia o depresión, comparadas con el 7% del grupo control.

Aunque las pacientes hasta ahora estudiadas han mostrado una disminución de los puntajes en estos parámetros, después de un año, ha habido incidencia creciente de discordancia marital en problemas sexuales y una disminución en las actividades sociales. (1)

J. Schavelzon (1965) "Existen varios tipos de reacciones post-operatoria de las cuales las más comunes son: una relación de dependencia generalmente hacia el cirujano, muy intensa en los primeros días y la ansiedad de la depresión" (2).

R.E. Rennecker (cit.p. Schavelzon 1965)

"Por el papel que juegan las mamas, la mujer con un tumor en el pecho tiene el sentimiento traumatizante de que las bases de su feminidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tener en cuenta el peligro de su vida. La relación con la enfermedad y las posibilidades de peligro sólo surgen después de la operación; el cirujano debe tener presente que el foco emocional es diferente en el pre que en el post-operatorio" (3).

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Lee & McGuire.- Emotional Distress in Patients Attending a breast Clinic. Br. Jour. Surg. 62(2): 162, 1975.
- 2.- J. Schavelzon.- Psicología y Cáncer.- Edit. Hormé Pág. 42.
- 3.- Ibíd. Pag. 38

VI.- Mecanismos de Defensa.

L. Bleger (1965) "El mecanismo de defensa que generalmente utilizan los pacientes oncológicos es la negación, la cual nunca se debe reforzar en el paciente porque puede ser una seria interferencia con el tratamiento. La negación es uno de los mecanismos más - primitivos ligados a las primeras etapas del desarrollo. La negación en el niño es una defensa habitual para negar las frustraciones. El enfermo con cáncer vuelve a - esta situación de dependencia y esta negación se incre-menta más cuando más desesperanza hay frente a su evolu-cion. Hay otros pacientes que en cambio solicitan de alguna forma estar en posesión de la información adecuada, porque pueden perder la oportunidad de poner sus asun-tos familiares, afectivos y económicos al día." (1)

O. Fenichel (1966) "El método más primi-

tivo para librarse del dolor es el de "alucinar su desaparición", método que bien pronto se derrumba frente a la realidad" (2)

Abrams y Finesinger (cit.p. L. Bleger - 1965), en una encuesta entre 60 enfermos encontraron que 30 se echaban la culpa a sí mismos, vividos como castigo y otros 30 consideraron que su enfermedad era debida a agentes externos. "El cáncer es vivido o sentido de inmediato como una persecución del destino o la mala -- suerte o como un castigo. Además por esto mismo, el paciente se siente en un primer momento abandonado y sin protección por parte de ese mismo destino. El diagnóstico de cáncer deja al hombre sin futuro y este hecho modifica toda la estructura de la personalidad y todos - los valores humanos." (3).

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- L. Bleger.- El Paciente y el Cáncer. - Psicología y Cáncer, Edit. Hormé. 1965.
- 2.- O. Fenichel.- Teoría Psicoanalítica de las Neurosis Edit. Paidós 1966. Pag. 57
- 3.- L. Bleger.- El Paciente y el Cáncer.- Pág. 87

VII.- La Familia del Paciente Oncológico.

E. Day (1966): "En el grupo familiar de los pacientes con cáncer se movilizan ansiedades con sus defensas correspondientes. Necesariamente se dá -- una reestructuración de roles en sus diversos grupos - integrantes. La información de la verdad puede, en un grupo familiar, movilizar desde los niveles más regresivos de comportamiento, hasta los más integrados."

"Un grupo desunido y disperso puede, por la enfermedad de uno de sus integrantes, canalizar una necesidad de reparación y meta, y hacer cualquier clase de esfuerzos para sacar adelante al paciente, a veces sin tomar en cuenta los auténticos deseos de seguir vi_{vi}endo del mismo paciente".

"Otras veces el paciente debe ser ale

jado, porque su presencia despierta culpa, sobre todo si en el grupo familiar existe mucha ambivalencia afectiva hacia el paciente, entonces la culpa del grupo -- puede llevar a sentir que el paciente se transforma en un foco de contaminación y mala suerte. El familiar - más comprometido puede desear un desenlace rápido por no poder tolerar todas las vicisitudes en relación - con las ansiedades de muerte y el tremendo sufrimiento del paciente."

"Es necesario ponerse en contacto con el integrante del grupo familiar que conserve una parte de su personalidad intacta, porque será necesario tomar decisiones rápidas que comprometen la dinámica grupal en su funcionamiento cotidiano, llevándolo rápidamente a modificar sus habituales pautas de comportamiento". (1)

E. Kubler-Ross (1975): "No podemos ayudar al paciente canceroso, si no tenemos en cuenta a su familia. Esta tiene un importante papel durante la

enfermedad y sus reacciones contribuirán mucho a la respuesta que dé el paciente a su enfermedad."

"Los miembros de la familia pasan por diferentes fases de adaptación similares a las de los pacientes. La familia depende mucho de la actitud, la -- consciencia y la capacidad de comunicarse del paciente. Si son capaces de compartir sus preocupaciones comunes, pueden ocuparse de los asuntos importantes pronto, y sin la presión del tiempo y las emociones. Si tratan de mantener el secreto los unos para con los otros, levantarán entre ellos una barrera artificial que hará difícil el dolor preparatorio para el paciente o la familia" (2).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- E. Day.- The Patient with Cancer and the Family. The New England Journal of Medicine. April 1966.
- 2.- E. Kubler-Ross.- Sobre la Muerte y los Moribundos. Ediciones Grijalbo, S.A. 1975.

VIII.- Aspectos Sociales.

H. Bernice (1975) "Una persona no es un objeto aislado sino parte de una familia. Conocer las relaciones entre el paciente y su familia es necesario para poder dar una efectiva ayuda social".

"Algunas personas al saber que tienen cáncer por lo regular crean una crisis tanto para la familia como para el mismo paciente, para lo cual deben buscar un ajuste que los libere de la tensión producida."

"La identificación y el entendimiento de los aspectos psicosociales del cáncer por personas que están en contacto con sus enfermos y sus familias durante el tratamiento, reduce la tensión y permite que el paciente logre el máximo beneficio del tratamiento. Una familia que está muy ligada puede dar al enfermo valor para ayudarlo en ese período crítico de

su vida. Al contrario, una familia que es resentida y forma un grupo hostil, puede ser una carga más para el enfermo."

"Propongo el siguiente programa de ayuda social con enfermos oncológicos:

1.- Aceptar al paciente primero y ante todo como un ser humano único.

2.- Ver al paciente como parte de una familia y no como a una entidad física separada a la cual se le dá el mejor servicio médico posible.

3.- Asesorar el aspecto emocional de la familia, para que entienda psicológicamente y ayude a su enfermo.

4.- Llevar a cabo servicios a los pacientes y familiares, como parte del tratamiento. ✓

5.- Interpretar las funciones sociales y conocimiento de los recursos de la comunidad.

6.- Utilizar una gran variedad de los recursos de la comunidad.

7.- Participar en los estudios de investigación que resultarán en beneficio de los enfermos y sus familiares y en el reforzamiento de los recursos de la comunidad. (1).

(1).- H. Bernice.- Social Aspects of Cancer Recovery.
A. Journal of the Amer. Cancer Soc. July 1975.
Vol. 36 #1.

IX.- Aspectos Psicológicos en la Recuperación del Cáncer.

O'Neill (1975) "El concepto de que los pa-
cientes se recuperen del cáncer es nuevo. La sociedad -
aún considera que un diagnóstico de cáncer se iguala con
la muerte. Es responsabilidad de todos los que trabaja-
mos con pacientes que se recuperan del cáncer, proyec--
tar el conocimiento de la posibilidad de curar al públi-
co en general. Después la planeación para un futuro pro-
ductivo para el paciente recobrado, puede proceder de--
jando lugar para los ajusted emocionales, económicos y
sociales necesarios".

"Un paciente puede utilizar los niveles
de sobrevivencia al cáncer como un soporte psicológico.
Puede ponerse una meta, a menudo inconsciente, de lle--
gar a sobrevivir 3, 5 o 10 años. Cuando esa fecha lle-
ga hablará a menudo con sorpresa, del marcado alivio -

que ha sentido, del confortable sentimiento de su recuperación. Habiendo llegado a la meta que se fijó el paciente, puede transferir la experiencia de haber tenido un cáncer y el miedo de la reaparición al pasado. Es capaz ahora de lograr los beneficios y alegrías de una vida diferentes".

"Obviamente el camino para la recuperación es más duro y el miedo a la reaparición es más real que cuando la cirugía desfiguró una parte de su cuerpo. Nos podemos anticipar a la ansiedad y depresión de un paciente que perdió una parte de su cuerpo y de otro que trata de adaptarse a una nueva imagen, como es el caso de las pacientes mastectomizadas" (1).

D. Fried (1975) "La rehabilitación es una restauración, esto implica que no siempre se logra el 100% de la restauración, pero se está tratando de hacer lo mejor. Esto no solamente incluye lo físico sino también lo económico. ¿Puede un enfermo regresar a su trabajo y ganarse la vida? y en el aspecto social ¿Puede el

paciente vivir en la misma situación familiar y en la misma comunidad?

"Y en lo concerniente a pérdidas físicas la situación es obvia. El enfermo que más problemas tiene es el amputado y el caso de las mujeres mastectomizadas representa un problema, ya que parece que no es tan importante reponer la parte operada de las mastectomizadas como la de los amputados, sin embargo para estas mujeres el tener una prótesis correcta es de suma importancia, tanto si se trata de una mujer que esté en la séptima década de la vida como si se trata de una joven".

"También es indispensable la rehabilitación psicológica para lograr los mejores resultados de rehabilitación con los pacientes oncológicos. Es necesario un trabajo de equipo en donde se conjunten esfuerzos tanto de médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, debiendo ser siempre honestos con los pacientes, existiendo una verdadera comunicación con ellos, señalándoles el aspecto positivo de estas situaciones".

(2)

Muchos son los testimonios de mujeres mastectomizadas que se han rehabilitado y sería interminable mencionarlos, solamente como un ejemplo de ellos quisiéramos citar el caso de A.W. publicado por The Journal of American Cancer Society en julio de 1975, Vol. 36 #1:

A.W. 40 años, enfermera: "Encontré una protuberancia en el seno e inmediatamente corrí al doctor, él dijo que era un quiste y que me lo quitarían al día siguiente. Seis semanas después todavía estaba en el Hospital, me habían hecho una mastectomía radical y la herida necesitaba un injerto de piel. No estaba realmente preocupada antes de la operación sino cuatro días después de haber sido operada, cuando las pruebas del laboratorio llegaron y el cirujano dijo que yo estaba limpia de la enfermedad, "limpia" es la palabra que usó. Esto significó para mí que cuando se tiene cáncer está uno sucia. Pensé que morir era lo mejor, después me dí cuenta que iba a vivir sin una parte de mí; yo tenía lo que se llamaba una figura perfecta y estaba destruída. No tuve a mi lado ningún cirujano que pudiera ayudarme, excepto técnicamente. Los cirujanos son buenos, pero no secan las lágrimas; ellos secan muy bien

la sangre pero no las lágrimas. Estaba sola aunque tenía marido. Ahora ya no lo tengo. Un día cuando estábamos caminando por el pasillo del hospital él me dijo como filosóficamente: " Bueno querida, creo que ya no voy a ser celoso nunca más" Le dije: qué quieres decir? - Bueno, digo que ya no tengo por qué preocuparme más, porque ya nadie te querrá. Esto no fué tan malo, lo malo fué que yo le creí. En ese momento empezó un largo camino para mí, para tratar quitarme esa idea. Uno de los conferencistas del Hospital esa mañana habló de la vida de baja calidad; yo viví una vida de baja calidad. Había sido destruída de alguna forma y no sabía cómo volver a ser como era antes. Poco a poco las cosas comenzaron a mejorar. Ahora puedo hacer cualquier cosa. Un día me fuí a bucear y mi prótesis explotó. Escribí al Hospital para que me mandaran una nueva y se interesaron mucho en saber cómo había sucedido esto y se quedaron sorprendidos pues no sabían de ninguna prótesis que hubiera bajado 125 pies! "

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1).- O'Neill M.P.- Psychological Aspects of Cancer Recovery.- Amer. Journal of the Amer. Cancer Soc. July 1975, Vol. 36 #1.
- 2).- Fried D.- Rehabilitation of the Cancer Patient. Am. Jour. of the Am. Cancer Soc. 1975.

X.- Rehabilitación sexual de Pacientes Mastectomizadas.

Kent S. (1975) "La ansiedad y la depresión pueden hacer a una mujer preguntarse su valor como compañera sexual".

"Para la mayoría de las mujeres la mastectomía les causa una gran ansiedad. Una razón de esto es desde luego, el énfasis que nuestra cultura pone en los senos como símbolo de feminidad. Después de una mastectomía la mujer puede pensar que ya no es atractiva sexualmente. Tales sentimientos pueden producir una crisis de identidad sexual".

"La primera preocupación de la paciente mastectomizada, es su nueva imagen y cómo piensa ella que la ven los demás. Su médico debe proporcionarle la prótesis adecuada tan pronto sea posible después de la operación. Con la prótesis la persona puede continuar haciendo su vida cotidiana y disfrutar de la vida sin -

ningún cambio en su apariencia personal".

"La actividad sexual es el área más difícil de ajustar. Si la enferma está casada, el médico debe orientar a la pareja que la mastectomía de ninguna manera disminuye la habilidad de la mujer como persona y compañera sexual y que las relaciones sexuales no están prohibidas médicamente debiendo ser reanudadas tan pronto la paciente es dada de alta del hospital".

"Al principio pueden presentarse algunas dificultades por causa de la cicatriz y la ansiedad o duda por cualquiera de las dos partes, es normal. El marido puede tener repugnancia de tocar la parte afectada de su esposa por el miedo a lastimarla o porque su deformidad lo repele. La esposa sentirá esta ansiedad y se pondrá tensa. Estará demasiado consciente de ella misma para poder participar en la actividad sexual de manera relajada y disfrutándola".

"Para evitar estos problemas muchas mujeres usan la prótesis durante el acto sexual. Desde lue-

go esta es sólo una estrategia para que la pareja disfrute la actividad sexual hasta que ambos acepten la realidad de esta nueva situación".

"La soltera mastectomizada, generalmente encara problemas más difíciles que la casada, en lo que se refiere a la normalidad de las relaciones sexuales. Puede sentir temor de decirle a un nuevo hombre en su vida, que ha sido mastectomizada, por miedo a ser rechazada. Algunas mujeres se inhiben completamente de volver a tener nuevas relaciones sexuales".

"La ayuda más dramática que un médico puede ofrecer a la enferma es la reconstrucción del seno. Esto es posible solamente en mujeres que no han tenido un gran daño y se hace solamente hasta después de dos o tres años de haber sido operadas para asegurarse que el cáncer no regresará." (1)

(1) Kent S.- Coping with Sexual Identity Crises after Mastectomy.- Geriatrics- October 1975.

Para finalizar quisiéramos citar las palabras de la Dra. Kubler-Ross:

"Hasta ahora hemos hablado de las diferentes fases que atraviesan las personas cuando tienen que hacer frente a la noticia trágica - mecanismos de defensa, en términos psicológicos, mecanismos que sirven para afrontar situaciones sumamente difíciles. Estos medios durarán diferentes períodos de tiempo y se reemplazarán unos a otros o coexistirán a veces. La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza".

III.- HIPÓTESIS

"La solución de una duda es descubrimiento de la verdad".

Aristóteles

Una hipótesis es una afirmación comprobable de una relación potencial entre dos o más variables. (McGuigan 1977). (1)

La hipótesis es un instrumento importante e indispensable de la investigación científica, es el instrumento de trabajo de la teoría. La hipótesis puede ser demostrada y puede demostrarse que es probablemente cierta o probablemente falsa. Los hechos aislados no son probados; sólo se prueban las relaciones.

Los problemas y las hipótesis son importantes porque dirigen la investigación, hacen avanzar

Los conocimientos científicos y ayudan al investigador a confirmar o negar una teoría; las hipótesis son los puentes entre la teoría y la investigación científica. (Kerlinger 1975) (2).

La hipótesis nula es una proposición estadística que afirma esencialmente que no hay relación entre las variables (Kerlinger 1975) (3).

Generalmente se emplea la hipótesis nula en la experimentación psicológica para plantear que no existe diferencia entre dos grupos (McGuigan 1977) (4)

La hipótesis de nulidad es una hipótesis estadística que se plantea con el propósito de intentar refutarla (McGuigan 1977) (5).

Nunca se puede probar la hipótesis nula, únicamente se puede o no rechazar, y la decisión de rechazar no se basa solamente en que la probabilidad de un

conjunto de eventos observados sea mayor o menor que .05. Si la probabilidad de un evento es menor o igual a .05, se rechaza la hipótesis nula, pero si la probabilidad de un evento es mayor que .05 no se rechaza dicha hipótesis.

Y decimos que "no rechazamos" la hipótesis nula en vez de "la aceptamos", porque toda una gama de hipótesis alternas pueden ser ciertas. (Young & Velman 1972) (6).

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Mc Guigan F.J. - Psicología Experimental. Enfoque Metodológico. Edit. Trillas, México 1977. Pág.
- 2.- Kerlinger F. N. - Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. - Edit. Interamericana 1975 Pág.
- 3.- Ibíd. Pág.
- 4.- Mc.Guigan F.J. - Psicología Experimental. Enfoque Metodológico. Pág.
- 5.- Ibíd. Pág.

6.- Young & Veldman.- Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta.
Editorial Trillas, México 1972, Pág.

HIPOTESIS NULA

H₀ En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario, no existe diferencia significativa en un nivel de significación de .05 de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia, que en pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario.

$$AX_2 = BX_2$$

H₀ En pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario no existe diferencia significativa en un nivel de significación de .05 de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia, en la etapa preoperatoria y la post-operatoria.

$$BX_1 = BX_2$$

- H. En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario, no existe diferencia significativa en un nivel de significación de .05 de ansiedad, hostilidad y dependencia, al finalizar las sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo que en la etapa post-operatoria.

$$AX_2 = AX_3$$

- H. En pacientes mastectomizadas que únicamente asistieron a las sesiones y pacientes mastectomizadas del grupo de investigación, no existe diferencia significativa en un nivel de significación de .05 de ansiedad, hostilidad y dependencia, al finalizar las sesiones.

$$CX_3 = AX_3$$

HIPOTESIS ALTERNATIVA

H₁ En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario existe mayor grado de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia, que en pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario.

$$AX_2 > BX_2$$

H₂ En pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario existe mayor grado de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia en la etapa pre-operatoria que en la post-operatoria.

$$BX_1 > BX_2$$

H₃ En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario existe mayor grado de ansiedad, hostilidad y dependencia en la etapa post-operatoria que al finalizar las sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo.

$$AX_2 > AX_3$$

H₄ En pacientes mastectomizadas que unicamente asistieron a las sesiones, existe mayor grado de ansiedad, hostilidad y dependencia, al finalizar las sesiones, que en pacientes mastectomizadas del grupo de investigación.

$$CX_3 > AX_3$$

IV.- PARAMETROS DE INVESTIGACION

En la atención clínica a pacientes oncológicos hemos observado que las reacciones psicológicas que más frecuentemente se presentan son: la depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia. Por tal motivo hemos centrado nuestro trabajo en el estudio de estas reacciones psicológicas.

D E P R E S I O N

"Quiero hallar una razón para vivir, para soportar el horrible espectáculo cotidiano de la enfermedad, de la fealdad, de la injusticia y de la muerte".

Nikos Kazantzaki

(Ascesis)

La depresión es tan antigua como el hombre. Le ha acompañado a través de toda su historia y la literatura mundial le ha concedido la atención amplia y detallada que requiere un estado emocional que parece formar parte de la naturaleza humana.

El término "melancolía" para designar la depresión ha sido empleado desde Hipócrates, quien de acuerdo con su sistema humoral, veía en la melancolía una afección triste de los humores en relación con la bilis y la trábelis a la que se le asignaba por sitio el hipocondrio.

Bajo el nombre de melancolía durante siglos se han catalogado alteraciones muy dispares y la evolución de este concepto constituye uno de los capítulos más grandes de la doctrina psicológica.

Akiskal & McKinney (1975) nos ofrecen lo que la depresión representa para las cinco escuelas dominantes del pensamiento. (*)

Tradición psicoanalítica: "Representa la introyección de la hostilidad resultante de la pérdida de un objeto amado ambivalentemente o una reacción a la separación de un objeto significativo.

Conductistas: "Es un conjunto de respuestas del comportamiento mal adaptadas, producidas por estímulos aversivos incontrolables o por la pérdida del reforzamiento, que son adicionalmente mantenidas por recompensas de el "rol-enfermizo".

Sociólogos: "Resultado de una estructura social que priva a los individuos de ciertos roles, por ejemplo: amas de casa de mediana edad y clase media que no tienen control sobre su destino".

Existencialistas: "La depresión sobreviene cuando el individuo descubre que su mundo ha perdido su significado y propósito".

Psiquiatría Biológica: "La depresión es una conducta producto del sistema nervioso central vulnerable genéticamente, agotado de aminas biogénicas y caracterizado por hiperestímulos."

* Akiskal & McKinney. - Overview of Recent Research in Depression. - Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 32, March, 1975.

Enry Ey (1956) describe la melancolía depresiva como: " Cuadro clínico de abatimiento, desorganización y rechazo de la existencia. Las expresiones emocionales de la tristeza y las vivencias dolorosas de la conciencia desdichada, constituyen bajo la multiplicidad de los síntomas, la trama fundamental de este estado melancólico."

"El síndrome fundamental de la depresión consta de cuatro aspectos, pero cada uno de sus rasgos no puede ser más que artificialmente aislado del conjunto que constituye el fondo melancólico: abulia, inhibición psíquica, dolor moral y pesimismo".

"El acceso depresivo se desarrolla con frecuencia en ocasión de un evento psicológico. Trátase de un shock emocional. La crisis con frecuencia se desencadena por una emoción deprimente como por ejemplo la noticia de padecer una enfermedad maligna; aunque también puede presentarse la depresión ante un choque emocional alegre."

"Cualquiera que sea el condicionamiento de la crisis de depresión por situaciones penosas, difíciles o conflictivas, son hechos tan importantes que se ha querido hacer una categoría clínica especial denominada: DEPRESION-REACTIVA. Lo primero que es frecuente observar es que la crisis nace en el seno de una situación vital catastrófica o simplemente deprimente. Lo segundo es que estas crisis no tienen un carácter verdaderamente depresivo sino tan sólo el que alguna anomalía se presente en el equilibrio de las reacciones del individuo a su medio." (1)

James Spensley (1975) "En la depresión reactiva las enfermedades orgánicas son comúnmente la causa primaria de esta depresión. Las enfermedades físicas y los estados de convalecencia pueden precipitar un ataque de depresión aguda. Puede decirse que no existe un síndrome orgánico agudo que no se asocie en un momento dado con una depresión."

"En la depresión reactiva se mantiene

un buen contacto con la realidad; aunque el paciente se siente triste y no puede enfrentarse en forma natural a los pequeños problemas diarios, tiene dificultad en la concentración, presenta fatiga y otros síntomas neu rasténicos."

"Un círculo interminable de pensamientos desagradables lo atormentan, pero una vez que cesan sus molestias melancólicas, regresa a la normalidad. El h u m o r d e p r i m i d o del paciente reactivo responde más fácilmente al medio ambiente que aquél del deprimido e n d ó g e n o . Cualquier grado de retardo es más raro en los estados reactivos". (2)

Gutheil (1959) define la depresión r e a c t i v a como "un sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de intensidad y duración variables. Como el mismo nombre lo indica, no se trata de una enfermedad sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción. Es una respuesta subjetiva en grado sumo; lo que deprime a uno, puede no afectar para nada a otro."

"El problema de la depresión reactiva se relaciona en cierta manera, de forma muy estrecha con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana. Estas experiencias son casi universales." (3)

Denis Hill (1970) "La depresión es una reacción afectiva normal; una emoción natural y normal. Es algo que todos podemos padecer; en realidad, si no sentimos depresión cuando las circunstancias son extremadamente adversas, es que algo anormal nos ocurre."

(4)

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los síntomas centrales de la depresión son: la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación y de concentración. El grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de los mismos son variables hasta el infinito. (Ver cuadro "A")

ESTADO DE ANIMO

La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. Los pacientes se quejan de sentirse abatidos, insatisfechos, son incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente dan alegría, sentimiento difuso de inutilidad, vaciedad y futilidad. El llanto se da con cierta frecuencia entre los depresivos de grado leve y moderado. Los enfermos depresivos en grado agudo son incapaces de llorar, sienten la necesidad de llorar pero dicen "me encuentro seco por dentro".

PENSAMIENTO.-

Los enfermos se tornan gradualmente ineficientes. La pérdida de interés, la disminución de energías, la incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, la dificultad en concentrarse, la erosión de la motivación y de la ambición, todo se combina para menoscabar un funcionamiento eficiente.

El depresivo se enjuicia a sí mismo dentro de una gama de pensamientos que comprende desde la insuficiencia y la ineficacia hasta la extrema culpabilidad. Dando un crédito escaso o nulo a la realidad y ofreciendo una respuesta escasa a la confianza que se le muestra, niega éxitos y habilidades pasadas; se contempla como incompetente o se juzga como imperdonable pecador. Experiencias olvidadas durante años se tornan ahora en centro de su vida. En muchos casos, pacientes depresivos en grado agudo, se lamentan de cosas que nada tienen que ver con ellos, se consideran responsables de problemas de otros.

CONDUCTA Y ASPECTO.

El aspecto de las personas delata a éstas como depresivas. Su rostro triste, insatisfecho, la actitud decaída y la postura inclinada, son claros indicios de este estado; el deje típico de infelicidad aparecerá apenas el paciente empiece a hablar. Si acaso sonríe, su sonrisa esbozada es fría y superficial, merecedora del -

calificativo de "melancólica". Algunos depresivos esconden su tristeza detrás de un rostro afable e incluso sonriente, si bien esta posibilidad no es corriente.

A medida que la depresión se hace más -- profunda, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y el cuidado de la persona.

El retardo psicomotor es un síntoma que se asocia a menudo con la depresión. Implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. Se reduce el discurso, apenas si intenta inicial una conversación.

Como contraste, un paciente puede manifestar un estado de agitación (en vez del estado retardado) y mostrar una inquietud extrema, tanto física como psicológica; se muestra incapaz de permanecer quieto durante el más corto período de tiempo. Su expresión verbal manifiesta idéntica dificultad, verbaliza continuamente por lo general temas superficiales y de poco interés.



SINTOMAS SOMATICOS

Se ha comprobado que los síntomas somáticos tienden a agruparse, asociándose varios de ellos en un mismo paciente. Entre estos síntomas pueden enumerarse los siguientes: pérdida del apetito y del peso, en algunos pacientes el desarrollo de la depresión va acompañado por un aumento del apetito; estreñimiento, perturbaciones del sueño, otros duermen en demasía; dolores y malestar general, sequedad de boca, cefaleas, náuseas, sensación de opresión en el pecho, alteraciones menstruales, disminución de la libido.

RASGOS DE ANSIEDAD

Aunque sea la tristeza la perturbación central del estado de ánimo, muchos pacientes depresivos ofrecen también rasgos de ansiedad y otros estados neuróticos. Pueden quejarse de tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos y multitud de preocupaciones. Pueden sufrir de temblores y accesos de sudoración comúnmente asociados a los estados de ansiedad.

Siendo la ansiedad un estado que se asocia tan íntimamente con la depresión, sus características las mencionaremos más adelante.

CONDUCTA SUICIDA.

Aunque son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de pensamientos o de intentos suicidas, es evidente que la depresión desempeña una función central en este problema. Las ideas de culpabilidad y de desesperación pueden conducirlo a creer que merece la muerte (autocastigo) o a ver un futuro tan negro que sea mejor morir antes que vivir en el estado actual (una enfermedad incurable como el cáncer).

Los depresivos raramente llevan a cabo el suicidio si se hallan en grado agudo de la enfermedad. A este estado, puede existir un retardo profundo que inhibe la acción positiva que requiere un suicidio al menos intentado. El período peligroso comienza después del

tratamiento o la liberación parcial les permite una suficiente solividadura de la depresión y un aligeramiento del retardo, cuando el paciente tiene la motivación y la energía requeridas para el intento. Se ha observado que el número de suicidios resulta particularmente elevado entre los pacientes que obtuvieron el paso del hospital para el fin de semana o durante las primeras semanas de baja.

VARIABILIDAD DE LOS SINTOMAS

En algunos pacientes, los síntomas fluctúan considerablemente según el tiempo y las circunstancias. Su estado de ánimo se relaciona íntimamente con el ambiente. Gillespie (1929) (citado por Mendels Joseph 1972) llamó a este fenómeno reactividad o capacidad de reaccionar; el grado de depresión se halla en proporción directa de las frustraciones y recompensas del ambiente inmediato.

El otro extremo lo constituye la depresión autónoma, en la que el estado de ánimo es fijo; dondequiera se halle, pase lo que pase, es permanente.

En este trabajo estamos evaluando la depresión reactiva como resultante de un padecimiento oncológico y en especial a la mutilación de la glándula mamaria por carcinoma.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESION

ESTADO DE ANIMO

Tristeza, insatisfacción y abatimiento,
llanto

PENSAMIENTO

Pesimismo
Ideas de culpabilidad
Autoacusación
Pérdida de interés y motivación
Disminución de la eficacia y de la
concentración

CONDUCTA Y ASPECTO

Negligencia en el aspecto personal
Retardo psicomotor
Agitación

SINTOMAS SOMATICOS

Pérdida del apetito
Pérdida de peso
Estreñimiento
Sueño poco profundo
Dolores y males
Alteraciones de la menstruación
Pérdida de la libido

RASGOS DE ANSIEDAD

CONDUCTA SUICIDA

Pensamientos, amenazas, intentos.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Enry Ey.- Etudes Psychiatriques. 1956).
- 2.- James Spensley.- Depresión-Ansiedad.- Revista de Psicología de la UNAM #2. Mayo-Jun. 1975
- 3.- Gutheil.- Cit.p. Joseph Mendels.- La Depresión. Biblioteca de Psicología. Editorial Herder. Pag. 45
- 4.- Denis Hill.- La Depresión en la Historia. Sistema Educativo Profesional MEDCOM, 1970.
- 5.- Joseph Mendels.- La Depresión. Biblioteca de Psicología. Edit. Herder. Pag. 11-17-18

A N S I E D A D

"Vi que todas las cosas que temía y las que me temían a mí no tenían nada bueno o malo en sí mismas, excepto en la medida en que afectaban a la mente".

Spinoza

Rollo May (1968): "La cualidad distintiva de la ansiedad humana surge del hecho de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e identifica ésto con su existencia como un yo. La amenaza a estos valores es lo que causa ansiedad y defino a la ansiedad como: la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo. Puede ser una amenaza física, por ejemplo la muerte; o psicológica, por ejemplo la pérdida de la libertad". (1)

P. Diel (1966) "La ansiedad es un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como señal de peligro que surge de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción, con las consiguientes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción".

"Aunque la angustia y el miedo tienen mucho en común, ya que ambos representan señales de peligro, hay ciertas diferencias fundamentales. El miedo es la respuesta afectiva a un peligro externo real y actual y desaparece cuando se elimina la situación amenazadora, ya sea porque el individuo lo conquiste o escape de ella."

"El peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona, ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo".

"La angustia, por el contrario, es la señal de una amenaza inminente a la personalidad en el contexto de su ambiente social. Sullivan (citado por DieI Paul 1966) ha dado una definición útil, operante, de la angustia en este contexto, la describe como: "un estado de tensión que existe cuando uno percibe una opinión desfavorable proveniente de una persona importante". El que sufre la angustia, a lo más, sólo se da cuenta del conflicto en forma vaga, pero sí percibe el estado de aprehensión intensa."

"La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente. Difiere del miedo en que no se puede referir a objetos o incidentes específicos. El paciente ignora la fuente de su angustia."

"A través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, la angustia tiene una especial facilidad para trastornar las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos. En las

formas agudas, a través de la estimulación del sistema nervioso autónomo, puede producir una tensión visceral generalizada y por lo tanto la hiperventilación, espasmo de las porciones cardiaca y pilórica del estómago, irritabilidad intestinal, hiperclorhidria, diarrea o constipación, palpitaciones, taquicardia, extrasístoles, bochornos, (trastornos vasomotores) y dificultad respiratoria. Puede acompañarse de náusea, desmayo, debilidad y temblores musculares. Las manos y la cara se cubren de sudor, el paciente toma una posición tensa, muestra vigilancia excesiva, mueve "nerviosamente" las manos y los pies, su voz se vuelve irregular o forzada y sus pupilas se dilatan ampliamente. Cuando la angustia es intensa, se derrama hacia el sistema muscular, produciendo gran inquietud motora, se habla de agitación para describir la reacción que presenta el paciente."

"A veces se confunde la tensión con el --afecto de angustia. En la tensión, el paciente tiene una sensación continua de tirantez tanto emocional como muscular. Experimenta inquietud, insatisfacción, mie

do intenso y una expectación inquietante. Presenta una facies de expresión tirante, tensa; sus dedos tiemblan y manifiesta una rapidéz violenta en sus movimientos. Al paciente le es difícil concentrarse y se queja de tirantez o de otras sensaciones desagradables en la cabeza. "

" La tensión aparece cuando una persona se debate entre deseos y anhelos contradictorios, en una lucha por su seguridad y por otras situaciones diversas. Puede originarse en fuentes conscientes o inconscientes, es un componente de la angustia y expresa una continua - percepción interior de dicho afecto, junto con una serie de respuestas neuromusculares. "

"Se puede decir que el pánico es un estado de angustia intensa, que produce una desorganización de las funciones del ego. Una de las mejores descripciones es la de Diethelm (citado por Diel Paul 1966), "El pánico no es sólo un grado intenso de miedo, sino un miedo basado en una tensión prolongada, con un clímax súbito que se caracteriza por miedo, inseguridad extrema, suspi

cacia y tendencia hacia la proyección y la desorganización".

"Las malinterpretaciones van seguidas de proyecciones que pueden tomar la forma de alucinaciones con contenido acusador o de ideas delirantes de persecución. Las situaciones que originan pánico son aquellas en las que alguna inseguridad prolongada de la personalidad ha creado tensión y se ha vuelto amenazante de una manera especial".

"A causa de la sensación subyacente de inseguridad, el paciente puede reaccionar con autoafirmación, agresividad, precipitación, o en otros casos presentar dilatación pupilar y las otras manifestaciones simpaticotónicas habituales de la angustia intensa, a pesar de lo cual permanece estático porque no se atreve a moverse". (2)

J. Spensley (1975) presenta la ansiedad y la depresión como: "dos posibles consecuencias de una triada de factores procedentes de la esfera instintiva

y emocional." (Ver cuadro "B")

"Frecuentemente el problema estará en saber si la depresión está subordinada a la ansiedad o es al contrario. Pero debe saberse que una y otra tienen relaciones estrechas con las emociones y que pueden ser -- consideradas como epifenómenos extremadamente subjetivos que acompañan a las reacciones de adaptación más o menos fuertes cuando las diferentes situaciones implican exposición a los estímulos".

"No son solamente agentes "stressantes" en el sentido que Selye las explicaba, sino también son -- reacciones profundamente integradas, afectivas, intelectuales, volitivas y somáticas".

"La ansiedad ocupa un lugar predominante como emoción, puesto que puede expresarse por una modificación específica del comportamiento de un individuo".

" En la práctica médica es muy difícil diferenciar la ansiedad y la depresión; los síntomas psíquicos y somáticos de la ansiedad y la depresión se combinan y parece lógico que un tratamiento para depresión frecuentemente quitará el componente ansioso que está coloreando como síntoma principal al problema depresivo." (3)

Whitehorn (1962) señala que la ansiedad es una experiencia humana universal, de máxima importancia biológica, tanto en sentido positivo como negativo.

"Visto en su aspecto positivo, la ansiedad moviliza una serie de mecanismos biológicos tendientes a la actividad violenta y pone las propias facultades en "estado de alerta". La ansiedad a veces puede significar inclusive, algo conveniente hasta cuando sus efectos parecen ser más perjudiciales. Dentro de ciertos límites y si se trata de elementos tolerables para el individuo, tales situaciones pueden servir como estímulos útiles para el desenvolvimiento de la personalidad."

" En su faz negativa, cuando la ansiedad es excesiva o demasiado prolongada, puede interferir y desorganizar en grado extremo al sujeto. La actividad fisiológica determinada por la ansiedad, si se prolonga demasiado o es inusitada, puede agotar los propios recursos y trastornar gravemente la regulación automática del organismo, particularmente los sistemas gastrointestinal, circulatorio y respiratorio."

" El antídoto natural de la ansiedad es la acción, la acción definida y específica, destinada a dominar o a eliminar la fuente de dicha ansiedad. Este alivio de la ansiedad mediante la acción, habitualmente no requiere haber dominado las causas que la desencadenan. La acción vigorosa y agresiva puede, por sí, disipar la ansiedad a veces casi instantáneamente."

" Dado que la acción en sí, inclusive la que parezca relativamente fútil, posee cierto valor en la reducción de la ansiedad; muchas personas caen en la costumbre de entregarse a ciertas actividades insistentes cuando están ansiosas, actividades que varían en --

complejidad desde el simple tic o la risa embarazosa o el jugar con la cadena del reloj, hasta los rituales - más complicados."

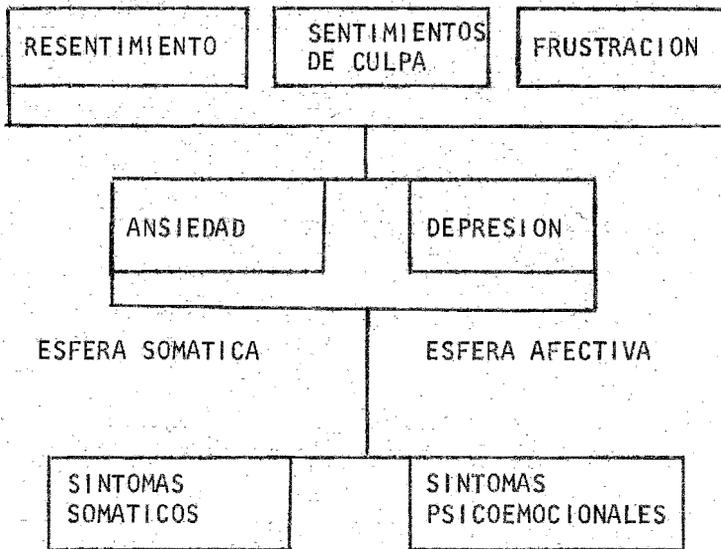
"Los individuos difieren enormemente en su capacidad para tolerar la ansiedad. Algunos retroceden prácticamente ante cualquier situación de ansiedad, otros aceptan las experiencias de ansiedad como un elemento necesario de la vida real y las manejan como mejor pueden."

(4)

La Dra. Lily Bieger, en su experiencia - con pacientes oncológicos ha observado que desde que el paciente intenta vencer su primer dificultad en ir a una entrevista médica, donde enfrentará un probable diagnóstico que se confirmará o no, mientras se indican análisis y radiografías necesarias, y aunque el médico no explícite verbalmente sus dudas, en el enfermo empezarán a actuar mecanismos defensivos que son universales a todo ser humano.

La personalidad recurre a distintos tipos de conducta como defensas frente a la ansiedad y actúan en condiciones normales como en las patológicas. Las diferencias estriban en la cantidad y en el grado de adecuación a la realidad. (5)

RELACION ENTRE LA DEPRESION Y LA ANSIEDAD



Cuadro "B"

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rollo May.- El Dilema Existencial del Hombre Moderno. Editorial Paidós. 1968, Pág. 103
- 2.- Paul DieI.- El Miedo y la Angustia.- Fondo de Cultura Económica. 1966.
- 3.- James Spensley (1975).- Psicología Educativa. Revista de la UNAM, #2, Mayo-Jun. 1975.
- 4.- John C. Whitehorn.- Contribuciones a la Psicología Clínica. Editorial Eudeba, 1962. Pag. 224-225.
- 5.- Lily Bleger.- El Paciente y el Cáncer.- Psicología y Cáncer.- Edit. Hormé 1965. Pág. 75.

H O S T I L I D A D

"De repente adivinamos que en torno a nosotros, dentro de nosotros, en las profundidades del corazón, actúan potencias ciegas e insaciables, sin corazón ni cerebro".

Nikos Kazantzaki
(Ascesis)

"La hostilidad es una actitud caracterizada por desagrado y por una actividad perjudicial para el individuo o para el grupo hacia el -- cual se dirige esta actitud" (1)

A. H. Buss (1969) "La agresión, la cólera y la hostilidad se encuentran interrelacionadas entre sí y sin embargo difieren en cuanto a su manifestación y etiología".

"La agresión es una respuesta instrumental que proporciona castigo; la cólera es una reacción emocional con expresiones faciales y actitudes anatómicas; la hostilidad es una actitud negativa, definida en términos de respuestas verbales implícitas."

"Todas las respuestas agresivas poseen dos características:

- 1.- La descarga de estímulos nocivos
- 2.- Un contexto interpersonal.

"La cólera es una respuesta con componentes autonómicos, faciales y del esqueleto. Puede designarse como un estado impulsivo y para algunos psicólogos participa de esta doble naturaleza: como comportamiento de aspecto autonómicos relevantes y como un concepto relacionado con la agresión. En este sentido la cólera es como la ansiedad, que es una reacción con fuertes componentes autonómicos y que se conceptúa como un estado impulsivo".

"Las principales características de la cólera son: la dispersión, las propiedades energizantes y la tensión".

"Dispersión: La activación autonómica durante la cólera produce cambios generales en la presión arterial, pulso, respiración, movilización del azúcar en la sangre, etc. "

"Las actitudes de reacción no están activadas por el sistema nervioso autonómico, pero cuando ocurren (previo a la completa socialización o cuando la socialización es incompleta) también son generales."

"El berrinche del enojo de un niño se traduce en acciones tales como patear, gritar, golpear las manos, rasgos faciales distorsionados y llanto. De este modo una reacción de cólera involucra el cuerpo entero".

" Aspectos energizantes: la cólera intensifica típicamente la agresión; un golpecito juguetón puede convertirse en un golpe perjudicial; una pelea sin importancia puede trocarse en una disputa tremenda. El aspecto fisiológico parece insuflar vigor a la reacción de ataque".

" Tensión y disminución de tensión: el despertar autonómico que se origina en la cólera constituye un estado de tensión fisiológica."

"La respuesta instrumental de la agresión y la reacción emocional de la cólera ocupan de por sí breves intervalos de tiempo. Se efectúa el ataque y se termina; la cólera llega a un punto máximo y se apacigua".

"La hostilidad es una reacción de la actitud que comporta una reacción verbal implícita de sentimientos negativos (mala disposición) y evaluaciones negativas de las personas y acontecimientos".

"La respuesta hostil no es instrumental ni autonómica. Más bien abarca la interpretación y evaluación de estímulos y las evaluaciones negativas no tienen impacto alguno sobre otras personas si no son expresadas verbalmente. "

"Cuando dichas evaluaciones negativas son verbales, las respuestas hostiles toman la forma de expresiones negativas del tipo que se usan en comentarios o afirmaciones derogativas tales como: "te odio" "te desprecio". Esto no significa que la hostilidad y la agresión son idénticas, sino más bien que la agresión puede tener componentes hostiles".

" De la misma forma en que la cólera puede formar parte de una respuesta agresiva porque agrega - ciertas posturas a una reacción de ataque, la hostilidad puede formar parte de una reacción agresiva porque existe un fuerte resentimiento y una evaluación negativa del que va a ser la víctima del ataque."

" Por lo general la hostilidad no es expresada abiertamente en forma verbal, como parte de - una reacción agresiva. Típicamente está implícita al pensar continuamente en ataques recibidos en el pasado, rechazos y privaciones. Si la respuesta hostil es verbal como parte de una respuesta agresiva (se ofende y se - desprecia a la víctima), es fácil identificar la presen cia de la hostilidad y medir su intensidad. Pero si las expresiones negativas se hacen implícitamente, se puede inferir la hostilidad de otro comportamiento agresivo. Se puede inferir la hostilidad cuando el ataque está - coadyuvado más por una lesión que por el logro de un - factor coadyuvante extrínseco, es decir, siempre que la agresión tenga connotaciones de venganza."

" La hostilidad puede ser considerada como una respuesta de cólera condicionada que no tiene ninguno de los aspectos autonómicos de la cólera."

" Puesto que la hostilidad se desarrolla sobre la base de clasificaciones verbales que identifican y clasifican los estímulos y puesto que las respuestas verbales existen solamente en los seres humanos, la hostilidad sólo tiene lugar en los seres humanos. Los animales y los bebés no odian. Se enfurecen y atacan, pero debido a que no poseen los mecanismos necesarios para las respuestas simbólicas, no son capaces de resentimiento, rencor o venganza." (2)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Diccionario de Psicología.- Fondo de Cultura Económica, México 1948.- Pag. 167
- 2.- Arnold H. Buss.- Psicología de la Agresión. Editorial Trueque, Buenos Aires, 1969. / Pág. 15-18

DEPENDENCIA

"Mira los hombres y ten piedad de ellos.
Mírate entre los hombres y ten piedad
de ti. En la luz crepuscular de la vida
nos rozamos unos a los otros, nos hace-
mos preguntas, aguzamos el oído, pedimos
socorro."

Nikos Kazantzaki
(Ascesis)

"La dependencia es la relación social de un individuo para con otro o para con la sociedad, de tal índole que el individuo dependiente recibe ayuda o está bajo el control de otro u otros " (1)

Según el enfoque biosocial de Theodoro Millon, los individuos de personalidad dependiente son aquellos que experimentan principalmente refuerzos de orígenes fuera de ellos mismos; figuran en este grupo

los que esperan que otros proporcionen dichos refuerzos (pasivo-dependiente), y los que manipulan y seducen a otros para que proporcionen refuerzos (activo-dependientes).

"Los pasivo-dependientes se caracterizan por una búsqueda de relaciones en que el individuo pueda apoyarse en otros para la satisfacción de sus necesidades de afecto, seguridad y guía. Exhiben una falta - tanto de iniciativa como de autonomía. En sus relaciones interpersonales adoptan una actitud pasiva, aceptando - toda la bondad y el apoyo que puedan encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de los demás, con objeto de retener su afecto."

"Los activo-dependientes, buscan insaciable e indistintamente la estimulación y el afecto."

"La conducta gregaria y caprichosa de estos sujetos dá la impresión de considerable independen-

cia con respecto a los demás, pero bajo este disfraz, se encuentra el miedo de autonomía y una necesidad intensa de signos de aprobación y afecto sociales. El afecto ha de volver a completarse constantemente y ha de obtenerse de toda fuente de experiencia interpersonal" (2).

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Diccionario de Psicología. Fondo de Cultura Económica. México 1948 .- Pág. 45.
- 2.- Theodoro Millon.- Teorías de la Personalidad. Un Método de Aprendizaje Biosocial.- Editorial Interamericana, México 1974, Pág. 429-438.-

V.- METODOLOGIA

"Disciplina: he aquí la más alta virtud, gracias a ella la fuerza se equilibra con el deseo y el esfuerzo del hombre puede dar sus frutos".

Nikos Kasantzaki
(Ascesis)

a).= Tipo de Diseño

La presente investigación estuvo basada en la observación sistemática o método de estudio de campo.

Usando este método, el investigador se introduce dentro del "campo" para obtener sus datos. Toma un evento tal como ocurre naturalmente y lo estudia sin tratar de producirlo o controlarlo.

Esta forma de investigación puede llamarse: cuasi-experimento, ya que no hay absoluto control de la o las variables independientes, ni de las variables extrañas, o sea que no hay un pleno control experimental, condición indispensable para que la investigación tuviera el carácter de experimento. (McGuigan 1977).

Kerlinger (1975) se refiere a este tipo de investigación como "investigación ex post facto", y la define como: "investigación empírica sistemática, - en la que el investigador no tiene control directo de las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias acerca de las relaciones en tre variables, partiendo de variación concomitante de - variables independiente y dependiente.

Variable.-

Una variable es, de manera general, cualquier cosa que cambie en valor. Es una cualidad que pue de mostrar diferencias en valor, generalmente en magnitud y fuerza, por lo tanto puede asumir diferentes valores numéricos. Thorndike afirma que todo lo que existe es una variable. (McGuigan 1977).

El psicólogo busca encontrar relaciones empíricas entre aspectos del ambiente y aspectos de con

ducta. Al aspecto del ambiente que se estudia se llama: variable independiente; al cambio resultante en la conducta se le denomina: variable dependiente.

La variable dependiente es generalmente - algún aspecto muy definido de la conducta, es la respuesta, la cual el psicólogo mide en su investigación.

El valor obtenido de la variable dependiente es el criterio de si la variable independiente es -- efectiva o no. En este sentido se le denomina variable dependiente, se espera que el valor que asuma dependa - del valor asignado a la variable independiente. De este modo, un experimentador variará la variable independiente y notará si la variable dependiente cambia. Si la variable dependiente cambia de valor a medida que la variable independiente es manipulada, entonces puede afirmarse que hay una relación entre ambas.

Existen diversas variables que pueden afectar a la variable dependiente, éstas son llamadas: va--

riables extrañas, las cuales debe controlar el experimentador a fin de que su experimento no se contamine.

En la presente investigación aparecen dos variables: la dependiente y la independiente.

La variable independiente en este estudio es el acto quirúrgico.

La variable dependiente es la reacción psicológica de las pacientes ante dicho acto quirúrgico; específicamente mediremos depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia.

b).- Selección de la Población

El presente trabajo fué realizado en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional. Durante diez meses asistimos diariamente a la Clínica Conjunta del Servicio de Mama, en donde seleccionamos dos grupos al azar: el de investigación o sea pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario, con tratamiento a seguir de una mastectomía, y el grupo control: pacientes con diagnóstico de fibroadenoma mamario, a las cuales mediante una escisión local se les extraería la neoplasia de carácter benigno.

El primer grupo estuvo formado inicialmente por 35 pacientes y el segundo grupo por 29 pacientes; habiendo quedado finalmente seleccionados al azar ambos grupos con 25 pacientes cada uno.

Formamos un tercer grupo de pacientes mastectomizadas que únicamente asistieron a las sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo, de las cuales seleccionamos al azar 25 pacientes.

c).- Procedimiento

La investigación se dividió en dos etapas:
pre y post-operatoria.

Etapa pre-operatoria.

Se realizó entrevista psicológica de Tyler,
explorando áreas relativas a:

- 1).- Identidad.
- 2).- Constelación familiar
- 3).- Desarrollo neo-natal
- 4).- Escolaridad y entrenamiento.
- 5).- Record de trabajo
- 6).- Estado de salud
- 7).- Datos maritales y familiares.
- 8).- Desarrollo psico-sexual.
- 9).- Situación actual de la paciente.
- 10).- Elecciones y puntos críticos en su vida.

11).- Descripción de sí misma.

Se aplicaron los siguientes tests:

1).- Prueba de inteligencia de Weshler
(WAIS parte verbal).

2).- Automedición de la Depresión de
Zung.

3).- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado
de C.D. Spielberger.

4).- Escala de Automedición de Adjetivos
de Shipley-Hartford, para valorar:
ansiedad, hostilidad y dependencia.

Etapas Post-operatorias.

Durante el tiempo que permanecieron internadas en el Hospital, mantuvimos contacto personal con las pacientes, para observar clínicamente su actitud psi

cológica ante la mastectomía, habiéndoles ofrecido psicoterapia de orientación y apoyo, e invitándolas a participar en el Grupo de pacientes mastectomizadas, el cual se reúne durante tres sesiones consecutivas, proporcionándoles información de interés para ellas, la cual va desde el aspecto médico de su operación, en términos -- accesibles para su comprensión e impartida por uno de los Cirujanos del Servicio; peligro de tratamientos no ortodoxos y de información inadecuada de su padecimiento; planificación familiar; rehabilitación dentro de su núcleo familiar, social y de trabajo; método de auto-auscultación y orientación para la elaboración de su prótesis.

Les sugerimos que acudan acompañadas de algún familiar, especialmente el esposo, hijos o cualquier otra persona que conviva con ellas, a fin de que nos comuniquen cómo ha ido reaccionando conductualmente su paciente.

Se les motiva, tanto a familiares como a las pacientes, para establecer el diálogo, participando

al Grupo la experiencia que están viviendo y hacemos un intento de que sea dinámico.

Sin embargo, el principal objetivo de estas sesiones es de rehabilitación, enfatizándoles que la mastectomía no las invalida a seguir funcionando como anteriormente lo hacían; ciertamente que la recuperación es lenta y penosa, pero están capacitadas a reintegrarse a todas las actividades de su vida cotidiana.

La primera reunión del Grupo se efectúa un mes después de haber sido operadas y en esta ocasión les aplicamos en re-test las siguientes pruebas:

- 1).- Automedición de la Depresión de Zung.
- 2).- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de C.D. Spielberger.
- 3).- Escala de Automedición de Adjetivos de Shipley-Hartford, para valorar: ansiedad, hostilidad y dependencia.

En la tercera y última reunión del Grupo, les aplicamos nuevamente la Escala de Automedición de Adjetivos de Shipley-Hartford, para valorar si ha habido algún cambio significativo en las reacciones de ansiedad, hostilidad y dependencia.

Al Grupo Control se le dió el siguiente tratamiento:

Etapa pre-operatoria.

- 1).- Entrevista psicológica de Tyler.
- 2).- Prueba de inteligencia de Wesler (WAIS parte verbal).
- 3).- Automedición de la Depresión de Zung.
- 4).- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger.
- 5).- Escala de Automedición de Adjetivos de Shipley-Hartford, para valorar: ansiedad, hostilidad y dependencia.

Etapa post-operatoria.

Un mes después de la cirugía, les aplicamos en re-test las siguientes pruebas:

- 1).- Automedición de la Depresión de Zung.
- 2).- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger.
- 3).- Escala de Automedición de Adjetivos de Shipley-Hartford.

d).- Descripción de los Instrumentos Psicométricos

AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESION DE ZUNG.

La Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD) destina a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que manifiesten síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas "depresiones ocultas", economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevista de sondeo. Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente. Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de esta manera, pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo.

La Escala para medir la depresión comprende una lista de veinte declaraciones. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los veinte temas esbozan de manera comprensiva los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la depresión, como son:

- I.- Afectivos persistentes.
- II.- Equivalentes fisiológicos.
- III.- Equivalentes psicológicos.

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sea - emocionales o físicas. La escala AMD no está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad de la depresión como síntoma. Sirve más bien, para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones altas no son en sí mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica.

MODELO DE LA ESCALA DE
AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

(EAMD)

	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del tiempo.	Continuamente.
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de constipación.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				

INVENTARIO ANSIEDAD RASGO-ESTADO DE C.D. SPIELBERGER

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), constituido por dos escalas separadas de auto-evaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

- 1).- Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo)
- 2).- Ansiedad-Estado (A-Estado)

La escala A-Rasgo consiste de veinte -- afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente.

La escala A-Estado también consiste de veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La escala A-Rasgo es un instrumento de investigación en la selección de sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica

Ansiedad-Rasgo: Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevación en la intensidad de la A-Estado.

Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene la característica del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson - como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activen.

Las disposiciones conductuales adquiridas de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver el mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".

con niveles de intensidad distintos a A-Estado.

La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapeutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos.

Puede también utilizarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Ansiedad-Estado: Condiciones o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.



IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESCALA DE AUTOMEDICION DE ADJETIVOS DE SHIPLEY-HARTFORD
PARA VALORAR: ANSIEDAD, HOSTILIDAD Y DEPENDENCIA.

La escala de automedición de Adjetivos (AMADJ) está constituida tres escalas de autoevaluación que consisten cada una de veinte adjetivos, que se utiliza para medir hostilidad, ansiedad y dependencia, en sujetos adultos normales.

Las tres escalas se encuentran entremezcladas en una lista de adjetivos que consta de sesenta reactivos, en los que se les pide a los sujetos indicar cómo se sienten en esos momentos. Los sesenta reactivos tienen cuatro opciones para contestar:

- 1.- Muy pocas veces
- 2.- Algunas veces
- 3.- La mayor parte del tiempo
- 4.- Continuamente.

Estas escalas pueden ser utilizadas como instrumento de investigación en sujetos que están experimentando fuertes tensiones psicológicas y puede ser útil en el trabajo clínico de ayuda y orientación

psicológica.

La administración de la prueba no tiene límite de tiempo; el sujeto puede tomar todo el que considere necesario para contestarla, dentro de los límites normales; generalmente se requieren 15 minutos como máximo para contestar los sesenta reactivos. El sujeto debe dar solamente una respuesta por cada reactivo y no debe dejar de contestar ninguno. Las personas con menor nivel educativo pueden requerir un mayor tiempo. La dispersión de posibles puntuaciones para la prueba varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 para cada escala. Cada escala consta de veinte reactivos: 10 de calificación directa y 10 de calificación invertida.

Escala de Ansiedad

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1.- Temeroso | 11.- Atemorizado |
| 2.- Calmado | 12.- Ameno |
| 3.- Impaciente | 13.- Tembloroso |
| 4.- Confortable | 14.- Relajado |
| 5.- Aprensivo | 15.- Tenso |
| 6.- Controlado | 16.- Sereno |
| 7.- Espantado | 17.- Desequilibrado |
| 8.- Calculador | 18.- Firme |
| 9.- Nervioso | 19.- Preocupado |
| 10.- Pacífico | 20.- Precavido |

Escala de Hostilidad

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1.- Enojado | 11.- Descontento |
| 2.- Tranquilo | 12.- Simpático |
| 3.- Mal humor | 13.- Se hace odioso |
| 4.- Sencillo | 14.- Tierno |
| 5.- Amargado | 15.- Irritable |
| 6.- Bondadoso | 16.- Confiado |
| 7.- Regañón | 17.- Huraño |
| 8.- Afectuoso | 18.- Desinteresado |
| 9.- Peleonero | 19.- Arisco |
| 10.- Paciente | 20.- Expresivo. |

Escala de Dependencia

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1.- Ambicioso | 11.- Fuerte |
| 2.- Desvalido | 12.- Pasivo |
| 3.- Valiente | 13.- Independiente. |
| 4.- Indeciso | 14.- Aislado |
| 5.- Confiado | 15.- Poderoso |
| 6.- Humilde | 16.- Tímido |
| 7.- Dominante | 17.- Emprendedor |
| 8.- Dócil | 18.- Asustadizo |
| 9.- Impulsivo | 19.- Seguro |
| 10.- Quieto | 20.- Débil |

MODELO DE LA ESCALA AMADJ

ADJETIVO	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte tiem.	Continuam.
1.- Enojado				
2.- Temeroso				
3.- Tranquilo				
4.- Calmado				
5.- Ambicioso				
6.- Desvalido				
7.- Mal humor				
8.- Impaciente.				
9.- Sencillo				
10.- Confortable				
11.- Valiente				
12.- Indeciso				
13.- Amargado				
14.- Agressivo				
15.- Bondadoso				
16.- Controlado				
17.- Confinado				
18.- Humilde				
19.- Regañón				
20.- Espantado				
21.- Afectuoso				
22.- Calculador				
23.- Dominante				
24.- Dócil				
25.- Peleonero				
26.- Nervioso				
27.- Paciente				
28.- Pacífico				
29.- Impulsivo				
30.- Quieto.				
31.- Descontento				
32.- Atenorizado				
33.- Simpático				
34.- Ameno				
35.- Fuerte.				
36.- Pasivo				
37.- Hacerse odioso				
38.- Tembloroso				

e).- Análisis Estadístico

Para probar la hipótesis es necesario primeramente, calcular las calificaciones medias de la variable dependiente de los dos grupos. Podría encontrarse que el grupo experimental tiene una calificación media mayor que el grupo control. Asumiendo que a mayor calificación mayor es la respuesta, ¿podemos concluir que la diferencia de las medias es significativa? ¿o es tan sólo el resultado de las fluctuaciones del azar o de un error experimental? Para responder esta pregunta, debemos aplicar una prueba estadística.

La prueba estadística que es frecuentemente empleada para responder a esta pregunta es la llamada "prueba t".

El primer paso para procesar el valor de la prueba t, es el cálculo de las calificaciones medias de la variable dependiente de los dos grupos.

La ecuación para computar una media es:

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

La ecuación para calcular la t es:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\frac{SC_1 + SC_2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)} \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

El análisis estadístico dirá las posibilidades de que la diferencia entre los dos grupos pudieran haber ocurrido por azar. Si es pequeña la probabilidad de que esta diferencia pudiera haber ocurrido por fluctuaciones del azar, entonces podemos concluir que la diferencia es significativa, que el grupo experimental es confiablemente superior al grupo control.

VI.- RESULTADOS OBTENIDOS

Para comprobar nuestras hipótesis alternativas utilizamos la prueba "t", que nos va a indicar si la diferencia de las medias del grupo investigado y el grupo control se deben a fluctuaciones del azar o es el resultado de una diferencia significativa en un nivel de significación de .05

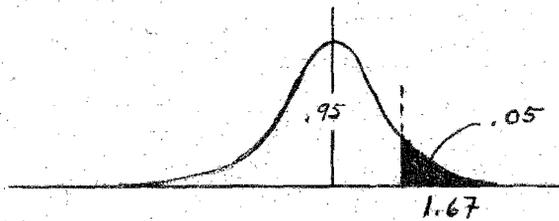
Nuestras hipótesis alternativas fueron las siguientes:

H_1 En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamari, existe mayor grado de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia, que en pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario.

$AX_2 > BX_2$

Regla de Decisiones

Si el valor que se obtenga de "t" es mayor que 1.67 la prueba será significativa y por tanto rechazo H_0 .



Los resultado de la prueba nos indican que - hubo diferencia significativa en las reacciones de depresión y ansiedad (ver cuadro #1), por tanto se rechaza la hipótesis nula.

En cuanto a hostilidad y dependencia no hubo diferencia significativa ya que el valor obtenido de "t" fué menor de 1.67 y por tanto no se rechaza la H_0 .

$$H_0: AX_2 = BX_2$$

	GRUPO		\bar{X}	\bar{X}	Diferencia	t	Regla de Decisiones P .05	Acepto o Rechazo H ₀
	A	B	AX ₂	BX ₂				
EAMD	25	25	53.60	47.44	6.16	8.80	1.67	Rechazo
AXE	25	25	52.20	43.80	8.40	2.39	1.67	Rechazo
Ax	25	25	59.00	53.04	5.96	2.27	1.67	Rechazo
H	25	25	52.64	50.96	1.68	0.65	1.67	No Rechazo
Dp	25	25	59.92	58.40	1.52	0.51	1.67	No Rechazo

N = 50

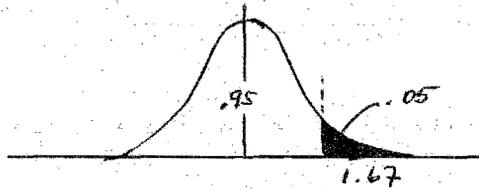
gl = 48

H₂ En pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario, existe mayor grado de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia, en la etapa pre-operatoria que en la post-operatoria.

$$BX_1 > BX_2$$

Regla de Decisiones.

Si el valor que se obtenga de "t" es mayor que - 1.67 la prueba será significativa y por tanto rechazo H^o



Los resultados de la prueba nos indican que hubo diferencia significativa en las reacciones de depresión, ansiedad y dependencia, por tanto se rechaza la hipótesis nula.

En cuanto a hostilidad, no hubo diferencia significativa ya que el valor obtenido de "t" fué menor de 1.67 y por tanto no se rechaza la H.

(Ver cuadro #2)

$$H_0: BX_1 = BX_2$$

	GRUPO		\bar{X}	\bar{X}	Diferencia	t	Regla de Decisiones P .05	Acepto o Rechazo H ^o
	B ₁	B ₂	BX ₁	BX ₂				
EAMD	25	25	50.44	47.44	3.00	2.86	1.67	Rechazo
SXE	25	25	55.52	43.80	11.72	3.84	1.67	Rechazo
Ax	25	25	57.76	53.04	4.72	3.19	1.67	Rechazo
H	25	25	53.40	50.96	2.44	0.92	1.67	No Rechazo
Dp	25	25	64.80	58.40	6.40	2.18	1.67	Rechazo

N = 50

gl = 48

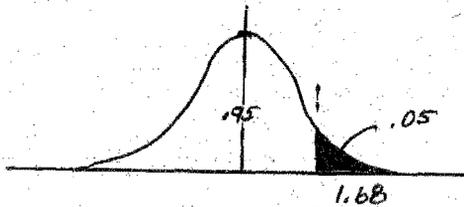
Cuadro #2

H_3 En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario existe mayor grado de ansiedad, hostilidad y dependencia en la etapa post-operatoria que al finalizar las sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo.

$$AX_2 > AX_3$$

Regla de Decisiones

Si el valor que se obtenga de "t" es mayor que -1.68 la prueba será significativa y por tanto rechazamos H_0 .



Los resultados de la prueba nos indican que hubo diferencia significativa en la reacción de ansiedad, por tanto se rechaza la hipótesis nula.

En cuanto a hostilidad y dependencia, no hubo diferencia significativa ya que el valor obtenido de "t" fué menor de 1.68 y por tanto no se rechaza la H₀.

$$H_0: \mu_{AX_2} = \mu_{AX_3}$$

	GRUPO		\bar{X}	\bar{X}	Diferencia	t	Regla de Decisiones P .05	Acepto o Rechazo H_0
	A ₂	A ₃	μ_{AX_2}	μ_{AX_3}				
Ax	25	18	59.00	52.06	6.94	2.83	1.68	Rechazo
H	25	18	52.64	51.06	1.58	0.46	1.68	No Rechazo
Dp	25	18	59.92	58.89	1.03	0.47	1.68	No Rechazo

N = 43

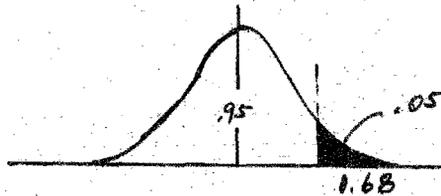
g1 = 41

H₄ En pacientes mastectomizadas que únicamente asistieron a las sesiones, existe mayor grado de ansiedad, hostilidad y dependencia, al finalizar las sesiones, que en pacientes mastectomizadas del grupo de investigación.

$$CX_3 > AX_3$$

Regla de Decisiones

Si el valor que se obtenga de "t" es mayor que 1.68 la prueba será significativa y por tanto rechazo H₀.



Los resultados de la prueba nos indican que hubo diferencia significativa en las reacciones de ansiedad y dependencia (Ver cuadro #4), por tanto rechazo la hipótesis nula.

$$H_0: \overline{CX}_3 = \overline{AX}_3$$

	GRUPO		\bar{X}	\bar{X}	Diferenc.	t	Regla de Decisiones P .05	Acepto o Rechazo H ^o
	C ₃	A ₃	\overline{CX}_3	\overline{AX}_3				
Ax	25	18	58.00	52.06	5.94	1.98	1.68	Rechazo
H	25	18	52.60	51.06	1.54	.45	1.68	No Rechazo
Dp	25	18	64.56	58.89	5.63	2.46	1.68	Rechazo

N = 43

gl = 41

Cuadro #4

En cuanto a la reacción de hostilidad, no hubo diferencia significativa ya que el valor obtenido de "t" fué menor de 1.68 y por tanto no se rechaza la hipótesis nula.

RESULTADOS DEL WAIS

H₀ En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario no existe diferencia significativa en un nivel de significación menor de .05 en inteligencia, que en pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario.

A = B

H₁ En pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario existe mayor grado de inteligencia que en pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario.

A B

Para comprobar nuestra hipótesis, utilizamos también la prueba "t", que nos va a indicar si la diferencia de las medias del grupo investigado y el grupo control se deben a fluctuaciones del azar o es el resultado de una diferencia significativa en un nivel de significación menor de .05

Regla de Decisiones:

Si el valor que se obtenga de "t" se encuentra fuera del intervalo 1.67 la prueba será significativa y por tanto rechazo H_0 .

Los resultados de la prueba nos indican que sí hubo diferencia significativa en el grado de inteligencia, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula. (Ver cuadro #5)

Por el puntaje promedio obtenido en ambos grupos, corresponden a: término medio.

$$H_0: A = B$$

	GRUPO		\bar{X}	\bar{X}	Diferenc.	t	Nivel de Signific. .05	Acepto o Rechazo H_0
	A	B	A	B				
W A I S	25	25	97.80	90.36	7.44	2.30	1.67	Rechazo

$$N = 50$$

$$g1 = 48$$

Cuadro #5

RESULTADOS EN PORCENTAJES

RESULTADOS EN PORCENTAJES

W A I S

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	SUPERIOR A T.M.	NORMAL BRILLANTE	NORMAL PROMEDIO	SUB-NORMAL	LIMITROFE	TOTAL
A	25	4 %	16 %	64 %	4 %	12 %	100 %
B	25		4 %	44 %	40 %	12 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

Ca. mamarico

ETAPA PRE-OPERATORIA

	NUMERO DE SUJETOS	NIVELES NORMALES	REACCION SITUACIONAL	MODERADA ELEVACION	ELEVADO	TOTAL
EAMD	25	56 %	20 %	16 %	8 %	100 %
SXE	25	44 %	44 %		12 %	100 %
Ax	25	24 %	72 %		4 %	100 %
H	25	48 %	52 %			100 %
Dp	25	8 %	88 %		4 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

MASTECTOMIAS

ETAPA POST-OPERATORIA

	NUMERO DE SUJETOS	NIVELES NORMALES	REACCION SITUACIONAL	MODERADA ELEVACION	ELEVADO	TOTAL
EAMD	25	48 %	24 %	28 %		100 %
SXE	25	56 %	44 %			100 %
Ax	25	40 %	56 %		4 %	100 %
H	25	48 %	48 %		4 %	100 %
Dp	25	16 %	84 %			100 %

RÉSULTADOS EN PORCENTAJES

ETAPA PRE-OPERATORIA

Fibroadenoma

	NUMERO DE SUJETOS	NIVELES NORMALES	REACCION SITUACIONAL	MODERADA ELEVACION	ELEVADO	TOTAL
EAMD	25	64 %	20 %	12 %	4 %	100 %
SXE	25	32 %	64 %		4 %	100 %
Ax	25	28 %	60 %		12 %	100 %
H	25	48 %	48 %		4 %	100 %
Dp	25		88 %		12 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

Escisión local

ETAPA POST-OPERATORIA

	NUMERO DE SUJETOS	NIVELES NORMALES	REACCION SITUACIONAL	MODERADA ELEVACION	ELEVADO	TOTAL
EAMD	25	72 %	20 %	4 %	4 %	100 %
SXE	25	44 %	48 %		8 %	100 %
Ax	25	56 %	44 %			100 %
H	25	56 %	44 %			100 %
Dp	25	8 %	84 %		8 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

ESTADO CIVIL

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	TOTAL
A	25	16 %	68 %	12 %	4 %	100 %
B	25		84 %	12 %	4 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

ESCOLARIDAD

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	ANALFABET.	PRIMARIA	SECUNDARIA	COMERCIO	PREPARATORIA Y SIMILARES	TOTAL
A	25		36 %	12 %	32 %	20 %	100 %
B	25	12 %	40 %	12 %	24 %	12 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

OCUPACION

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	HOGAR	PROFA. DE INGLES	OFICINA	ENFERMERA	OBRERA	TOTAL
A	25	80 %	4 %	8 %	4 %	4 %	100 %
B	25	76 %		12 %		12 %	100 %

RESULTADOS EN PORCENTAJES

STATUS

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	BAJO	MEDIO-BAJO	MEDIO-MEDIO	MEDIO-ALTO	TOTAL
A	25	16 %	20 %	48 %	16 %	100 %
B	25	52 %	8 %	40 %		100 %

OTROS DATOS PERSONALES

GRUPO	NUMERO DE SUJETOS	EDAD	EDAD PROMEDIO	PROMEDIO DE EMBARAZOS	PROMEDIO DE HIJOS	ABORTOS	ANTECEDENT. FAMILIARES CA
A	25	28 a 73	48 años	3.5	3.	10	8
B	25	25 a 67	42 "	3.9	3.8	2	0

CODIGO PARA INTERPRETAR LOS CUADROS

- A Pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario (Grupo de Investigación).
- B Pacientes con escisión local por fibroadenoma mamario (Grupo Control).
- C Pacientes mastectomizadas por carcinoma mamario (Grupo fuera de control. Asistieron únicamente a sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo).
- X₁ Etapa pre-operatoria
- X₂ Etapa post-operatoria
- X₃ Al finalizar las sesiones
- n₁ Número de sujetos del Grupo de Investigación
- n₂ Número de sujetos del Grupo Control
- n₃ Número de sujetos del Grupo de Investigación que asistió a las tres sesiones.

- n_4 Número de sujetos del Grupo de mastectomizadas fuera de control.
- N Número de sujetos de un grupo (n_1) + número de sujetos de otro grupo (n_2)
- EAMD Escala de Automedición de la Depresión de Zung.
- SXE Inventario de Ansiedad-Estado de Spielberger.
- Ax Ansiedad.
- H Hostilidad.
- Dp Dependencia
- \bar{X} Media Estadística.
- t Resultado de la prueba
- P Probabilidad
- gl Grados de libertad. Está en función del número de sujetos de la investigación menos 2
($N-2 = gl$)

VII. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Sintetizando los resultados obtenidos en nuestro estudio, expresados en el capítulo anterior, obtuvimos:

1).- Las pacientes mastectomizadas manifestaron mayor grado de depresión y ansiedad que las de escisión local.

No hubo diferencia significativa en ambos grupos en hostilidad y dependencia.

2).- Las pacientes con escisión local, reaccionaron con mayor grado de intensidad en cuanto a depresión, ansiedad y dependencia, durante la etapa pre-operatoria.

En ambas etapas manifestaron igual grado de hostilidad.

3).- Al finalizar las sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo, las pacientes mastectomizadas del grupo de investigación, manifestaron menor grado de ansiedad que en la etapa post-operatoria.

No hubo cambio significativo de hostilidad y dependencia.

4).- Al finalizar las sesiones de psicoterapia de orientación y apoyo, las pacientes mastectomizadas del grupo de investigación, manifestaron menor grado de ansiedad y dependencia que el grupo de pacientes mastectomizadas que únicamente asistieron a las sesiones.

No hubo diferencia significativa en hostilidad.

5).- Ambos grupos, el de investigación y el de control, durante la etapa pre-operatoria manifestaron igual grado de depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia.

6).- Los resultados de la prueba WAIS arrojaron los siguientes puntajes:

$$A \quad \bar{X} = 97.80$$

$$B \quad \bar{X} = 90.36$$

Ambos grupos corresponden a una inteligencia normal promedio; sin embargo, por el puntaje obtenido en cada grupo hay una diferencia significativa entre los dos, o sea que el grupo de pacientes mastectomizadas tiene mayor grado de inteligencia que el grupo de escisión local.

7).- Por la entrevista psicológica efectuada a ambos grupos, obtuvimos entre otros, los siguientes datos:

(Ver cuadro anexo "C")

8).- Los grados obtenidos en los parámetros de estudio véanse en Cuadro "D".

	"A"	"B"
<u>ESTADO CIVIL</u>		
a).- Casada	17	21
b).- Soltera	4	
c).- Viuda	3	3
d).- Divorciada	1	1
	<u>25</u>	<u>25</u>
	=====	=====
<u>EDAD</u>	28 a 73	25 a 67
<u>EDAD PROMEDIO</u>	48	42
<u>ESCOLARIDAD</u>		
a).- Analfabeta		3
b).- Primaria	9	10
c).- Secundaria	3	3
d).- Comercio	8	6
e).- Preparatoria	5	3
	<u>25</u>	<u>25</u>
	=====	=====
<u>OCUPACION</u>		
a).- Hogar	20	19
b).- Profa. Inglés.	1	
c).- Oficina	2	3
d).- Enfermera	1	
e).- Obrera.	1	3
	<u>25</u>	<u>25</u>
	=====	=====

(Cuadro "C")

	"A"	"B"
<u>STATUS</u>		
a).- Bajo	4	13
b).- Medio-bajo	5	2
c).- Medio-medio	12	10
d).- Medio-alto	4	
	<u>25</u>	<u>25</u>
PROMEDIO DE EMBARAZOS:	3.40	3.85
PROMEDIO DE HIJOS	3	3.8
ABORTOS	10	2
ANTECEDENTES FAMILIACES Ca.	8	-

(Cuadro "C")

GRADOS OBTENIDOS EN PARAMETROS DE INVESTIGACION

	AX ₁	AX ₂	BX ₁	BX ₂
<u>EAMD</u>				
Nivel normal	14	12	16	18
Reacc. Situación	5	6	5	5
Moderada elevac.	4	7	3	1
Elevado	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	25	25	25	25
	=====	=====	=====	=====
<u>SXE</u>				
Nivel normal	11	14	8	11
Reacc. Situación	11	11	16	12
Moderada elevac.				
Elevado	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
	25	25	25	25
	=====	=====	=====	=====
<u>Ax</u>				
Nivel normal	6	10	7	14
Reacc. Situac.	18	14	15	11
Moderada Elevac.				
Elevado	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>1</u>
	25	25	25	25
	=====	=====	=====	=====

	AX ₁	AX ₂	BX ₁	BX ₂
<u>H</u>				
Nivel normal	12	12	12	14
Reacc. Situac.	13	12	12	11
Moderada Elev.		1	1	
Elevado				
	-----	-----	-----	-----
	25	25	25	25
	=====	=====	=====	=====
 <u>Dp</u>				
Nivel normal	2	4		2
Reacc. Situac.	22	21	22	21
Moderada Elev.	1			
Elevado			3	2
	-----	-----	-----	-----
	25	25	25	25
	=====	=====	=====	=====

Hemos observado que es muy importante la asistencia psicológica a las pacientes del Servicio de Mama, desde la etapa pre-operatoria, ya que a partir de entonces se comienzan a generar la depresión, ansiedad, hostilidad y dependencia.

A nivel de observación clínica, pudimos darnos cuenta que las pacientes de ambos grupos, con diagnóstico de carcinoma mamario y fibroadenoma mamario, en el momento de serles comunicada la necesidad de una intervención quirúrgica y ante la amenaza de ser agredida su integridad física, en una área tan significativa para la mujer, conductualmente manifestaron la necesidad de orientación y ayuda psicológica, y fué entonces cuando nos acercamos a ellas para ofrecerles, a partir de ese instante nuestra ayuda, deseando hacerles sentir que no estaban solas en esa terrible experiencia y que deseabamos comprenderlas, ayudarlas y acompañarlas desde ese momento, durante la operación y después de ella.

Las reacciones psicológicas estudiadas en el presente trabajo, las hemos considerado como una respuesta del organismo ante la amenaza de un peligro o sea como una reacción situacional que es propia del adulto en circunstancias conflictivas y no como un componente de personalidad; reacciones que serán transitorias a medida que las pacientes vayan recuperándose físicamente y rehabilitándose emocionalmente de la cirugía mutilatoria; en este aspecto el núcleo familiar que rodea a la paciente es importante para que ella recupere su equilibrio psicológico.

Sería interesante valorar nuevamente a nuestro grupo de investigación un año o dos después de la mastectomía, para observar si ha habido cambios significativos en las reacciones psicológicas estudiadas, cambios de roles, estabilidad emocional y otros aspectos de la conducta.

Desafortunadamente no es fácil realizar un estudio longitudinal en este tipo de pacientes debido a que se pierden muchas pacientes por diversas razones.

Creemos que es muy importante informar que en una revisión realizada en el año de 1976, por el Dr. Alfonso Morales Zúñiga, del Hospital de Oncología del C.M.N., en 160 casos de pacientes mastectomizadas, encontró los siguientes índices de sobrevivencia: (1)

	<u>5 años</u>	<u>10 años</u>
Etapa I	85.00 %	78.00 %
Etapa II	77.90 %	71.42 %
Etapa III	62.85 %	57.50 %

(1) Super mastectomía.

El conocer las causas de este terrible padecimiento es preocupación constante del mundo científico; en todos los campos y desde los más contradictorios enfoques se siguen realizando investigaciones; a todos los que nos preocupa esta amenaza a la humanidad no dejamos de alentar la esperanza de que se culminen estos esfuerzos.

A nivel individual, por la entrevista psicológica y la interrelación que tuvimos con las pacientes, nos aportaron datos valiosos en el aspecto humano que no es posible cuantificar, pero que dan un gran aporte a nuestra experiencia personal, motivándonos a investigar factores de personalidad de la mujer cancerosa y verificar algunas hipótesis de estructura de personalidad como las que señala Goldfarb.

En un trabajo de Tesis resulta casi imposible volcar todas las impresiones personales que se obtienen a través de la investigación, pero el recuerdo de todas las pacientes que participaron en este trabajo es un caudal de experiencia inolvidable.

Aquí quedan entre todas estas páginas, el calor humano de Ma. Antonieta, Doña Altagracia, la señorita Mercedes, Alicia, Doña Rosa, y tantas otras que no es posible mencionar y a las que tenemos mucho que agradecer por todo lo que de ellas aprendimos.

Creemos que los objetivos de este trabajo se cumplieron en la medida de nuestras posibilidades.

En el momento oportuno ofrecimos nuestra ayuda, orientación psicológica y comprensión a los problemas de las pacientes del Servicio de Mama y estamos satisfechos de ello.

Estamos conscientes también que el presente estudio tiene sus limitaciones, el campo de investigación de los pacientes oncológicos es muy vasto, pero representa el esfuerzo de contribuir en alguna medida a la asistencia psicológica que requieren este tipo de enfermos en un centro hospitalario y en particular a la mujer que por carcinoma mamario ha sido mastectomizada.

Si de alguna manera sirve de motivación para futuras investigación, significará también un logro más de este trabajo.

VII.- BIBLIOGRAFIA

ABRAAMS RUTH D.- The Patient with Cancer, his Changing Pattern of Communication. - The New England Journal of Medicine, Feb. 10-1966, Vol. 274, #6

AITKEN-SWAN & PATTERSON: The Cancer Patient- Delay in Seeking Advice.- Brit. Med. J. 1:623-627, 1955

AKISKAL HAGOP S. & MCKINNEY JR. - Overview of Recent Research in Depression. Arch. Ger. Psychiatric, Vol. 32, March. 1975

AMUSSAT J.Z.- Quelques Reflexions sur la Curabilité du Cancer. Paris, E. Thunot 1854.

ANDERSON D.E.- Genetic Predisposition to Breast Cancer.- Recent Result. Cancer Res. (57):10-20, 1976

Bahnson M.B.- Ego Defenses in Cancer Patients. Ann N.Y. Acad. Sci. 164:546-69, 1966.

Bahnson C.B. & Bahnson M.B.- Cancer as an Alternative to Psychosis.- Philadelphia J.B. Lippincott Co. 1964 184-202.-

BERNICE H.- Social Aspects of Cancer Recovery.- A Journal of Am. Can. Soc. 1975.- Vol. 36 #1.

BLEGER LILY.- El Paciente y el Cáncer.- Psicología y Cáncer. Edit. Hormé, S.A. Buenos Aires, 1965.

BEAUVOIR SIMONE DE.- El Segundo Sexo.- Tomo II, Ediciones Siglo Veinte, 1962.- Pag. 13.

BRENNAN M.J.- The Cáncer Gestalt.- Geriatrics. 25:96-101, 1970.

BROOKS BAHNSON & BAHNSON.- Ego Defenses in Cancer Patients. Ann. N.Y. Acad. Sci. 164:546, 1969

BURDICK J.- Rehabilitation of the Breast Cancer Patient. - D. Cancer 36 (2):645-8, Aug, 1975

BUSS ARNOLD R.- Psicología de la Agresión.- Editorial Troque, Buenos Aires, 1969.

CAMERON A. & HINTO JOHN M.D.- Delay in Seeking Treatment for Mammary Tumors. - Cancer 21, 1121-1126, 1968.

CRISP A.H.- Some Psychosomatic Aspects of Neoplasia Br. Jour. Med. Psych. 1970, 43.313. Printed in Great Britain.

CUTTER E. - Diet on Cancer.- Albany Med. J. 8:218-251 July-August. 1887

CRISP A.H.- Some Psychosomatic Aspects of Malignancy Br. Jour. Med. Psy. 1970.

DAY EMERSON :- The Patient with Cancer and The Family The New England Jour. of Med. Vol. 274 #16 Ap. 1966

DIEL PAUL.- El Miedo y la Angustia.- Fondo de Cultura Económica. 1966.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA.- Fondo de Cultura Económica, México 1948.

EVANS E. - A. Psychophysiological Aspects of Cancer. New York Acad. of Sci. 1926.

EY ENRY.- Etudes Psychiatriques, 1956.

ENELOW A.J. et al.- Rehabilitation and Programming Rehabilitation.- Panel Discussion. pp 102-16, Breast Cancer. 1976.

FENICHEL OTTO.- Teoría Psicoanalítica de las Neurosis Editorial Paidós, 1966. Pag. 57

FISHER S. & CLEVELAND S. - Relationship of Body Image to Site of Cancer.- Psychosom. Med. 42:304- 1956.

FRANZ ALEXANDER.- Los Aspectos Psicológicos de la Medicina.- Contribuciones a la Psicología Médica. Editorial Eudeba . 1962.

FREUD A.- El Yo y los Mecanismos de Defensa. Edit. Paidós, Buenos Aires. 1965.

FRIED DAVID.- Rehabilitation of the Cancer Patient A. Journal Of the Amer. Can. Soc. July 1955 Vol. 36 #1.

GIBSON RONALD.- Impact of Malignant Disease on the General Practitioner.- Brit. Medical Jour. Oct. 1964, 2, 965-969.

GIOVACCHINI P. & MUSLIN H.- Ego Equilibrium and Cancer of the Breast.- Psychosom. Med. 27:524, 1965.

GOLD M.A.- Causes of Patients' Delay in Diseases of the Breast.- Cancer 17:564-577, 1964.

GOLDFARB CHARLES .- Psychophysiologic Aspects of Malignancy.- A. Journal Psychiat. 123:12, Jun. 1967

GOLDSSEN M.K. et al.- Some Factors Related to Patient Delay in Seeking Diagnosis for Cancer Symptoms. 1967

GORDON CLARIDGE.- Psychosomatic Relations in Physical Disease.- Personality Abnormal Behavior. Edit. Sounders.

GRANDSTAFF N.W.- The Impact of Breast Cancer on the Family.- 146-56.- In Vaeth J.M. Ed. Breast Cancer. 1976.

GUY R.- An Essay on Scirrhus Tumors and Cancer. London, J. & A. Churchill 1969.

HARPER BERNICE.- Social Aspects of Cancer Recovery A. Journal of the Am. Can. Soc. July 1975, Vol. 36 #1.

HILL DENIS.- La Depresión en la Historia. Sistema Educativo Nacional MEDCOM, 1970.

HOERR STANLEY O.- What Should the Physician Tell the Patient with Cancer? Geriatrics, Nov. 1965.

INMAN W.S.- Emotion, Cancer and Time: Coincidence or Determinism? Journal Med. Psych. 1967, 40,225.

KATZ JACK.- Psychoendocrine Considerations in Cancer of the Breast.- Annals New York, Ac. of Sci. 1968

KAVETSKY R.E. et al.- On the Psychophysiological Mecanism of the Organism's Resistance to Tumor Growth, New York Acad. of Sci. 1966, pp 933-945

KENT S.- Coping with Sexual Identity Crises after Mastectomy. Geriatrics 30(10):145-6- Oct. 1975.

KERLINGER FRED N.- Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología.- Editorial Interamericana 1975.

KUBLER-ROSS E.- Sobre la Muerte y los Moribundos. EdicionesGrijalba, S.A. 1972.

LEE E. C.G. & McGUIRE G.P.- Emotional Distress in Patients Attending a Breast Clinic. Nuffield Dep. of Surgery and Dep. of Psych.

LeSHAN L.- Psychophysiological Aspects of Cancer. New York Acad. of Sci. 1966 pp. 780-793.-

LUCHINA ISAAC L.- La Relación Médico-Paciente. Psicología y Cancer.- Edit. Hormé 1965.

MAY ROLLO.- El Dilema Existencial del Hombre Moderno.- Editorial Paidós 1968. Pag. 103.

MENDELS JOSEPH.- La Depresión. Biblioteca de Psicología.- Edit. Herder, Barcelona 1972.-

McGUIGAN F.J.- Psicología Experimental. Enfoque Metodológico. Edit. Trillas, Méx. 1977.

MILLON THEODORE.- Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana.- México 1974.

MURRAY R. SPIEGEL.- Estadística.- Libros McGraw-Hill 1975.

NOYES.- Psiquiatría Clínica Moderna.- La Prensa Médica.- 1974.

O'NEILL MARCELLA.- Psychological Aspects of Cancer Recovery.- Cancer A. Jour. of the Amer. Can. Soc. July 1975, Vol. 36 #1.

ODIER CHARLES.- La Angustia y el Pensamiento Mágico. Fondo de Cultura Económica. México 1974.

PARKER W.- A Study of 397 Cases of Cancer of the Female Breast. New York. G.P. Putnam & Sons.

RINCON B. CASSANDRA E. - La Imagen Corporal. Tesis de Maestría.- Union Gráfica. México 1969.

SCHMALE A.H. - Relation of Separation and Depression to Disease.- Psychosom. Med. 20:259-277, 1958.

SPIELBERGER, CORSUCH & LUSHENE.- Self-Evaluation Questionnaire.- Trad. Dr. R. Díaz Guerrero.- El Manual Moderno, S.A. 1975.

SCHAPELZON J.- Psicología y Cáncer.- Edit. Hormé S.A. Buenos Aires, 1965.

SCHNEIDER DIETER H.- Cancer Patient without Hope. Medical Journ. March. 1975.

SPENLEY JAMES.- Depresión-Ansiedad.- Revista Psicología de la UNAM #2.- Mayo-Jun. 1975.

SURAWICZ F.G.- Women, Cancer and Emotions. Jour. Amer. Med. Wom. Assoc. 32(1):18-20, 26-7 Jan. 1977

TREMPLE G.L. - Human Breast Cancer in Culture. Recent Results Cancer Res. (57):33-41, 1976

VARGAS TENTORI EMELIA.- Aspectos Psicológicos de la Personalidad de la Mujer con Cáncer.- Tesis Profesional de Maestría. 1963.

YOUNG ROBERT K. & VELDMAN DONALD J.- Introducción A la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Editorial Trillas, México 1972.

WHEELER J. & CALDWELL B. - Psychological Evaluation of Women with Cancer of Breast and of the Cervix. Psychosom. Med. 17, 256-268 (1955).

WHITERHORN JOHN C.- Contribuciones a la Psicología Clínica.- Editorial Eudeba, 1962.

WILKES ERIC.- Terminal Cancer at Home.- The Lancet April 1965.

ZISLIS JACK.- Rehabilitation of the Cancer Patient Geriatrics March 1970, 150-158.-

RECONOCIMIENTO

Mi sincero agradecimiento al Dr. Francisco Rojas Bustillos, Psiquiatra Consultor del Centro Médico del I.M.S.S. y Catedrático de la U.N.A.M. por su valiosa ayuda y dirección de la presente Tesis.

A la Dra. Gabriela Aizpuru Viesca, Psicóloga del Hospital de Oncología del C.M.N., deseo expresar mi gratitud por la ayuda desinteresada que me brindó para la elaboración del presente trabajo.

Un particular agradecimiento al Dr. Roberto Garza Garza, Jefe del Servicio de Mama y hoy Director del Hospital de Oncología del C.M.N.; a los Doctores: Carlos Sánchez Basurto, Alfonso Morales Zúñiga y Román Torres Trujillo, Cirujanos Especialistas del Servicio de Mama de este mismo Hospital, por su valiosa cooperación que me ofrecieron para elaborar esta Tesis.

Al Lic. Austreberto Mondragón Bolaños,
Catedrático de la Facultad de Psicología, le estoy
muy agradecida por su significativa orientación en
el trabajo estadístico de esta Tesis.

"La belleza no es una necesidad sino un éxtasis. No es la boca sedienta ni mano vacía en actitud de súplica.

Es más bien, corazón ensanchado y alma encantadora.

No es la imagen que os gustaría ver, ni la canción que os gustaría oír.

Es más bien, una imagen visible, aunque cerréis los ojos, y una canción que oís, aunque tapéis vuestros oídos."

Gibrán Jalil Gibrán

(El Profeta)