



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

207
PSI

**EL PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE
CON PADECIMIENTO DE CANCER.**

M-0020344

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
Liliana Patrón Vázquez
María de la Luz Villegas Pacheco



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A MIS PADRES

A MIS HERMANAS

A NEFTALI

2590

A LA MEMORIA DE JACKIE

CON NUESTRO PROFUNDO AGRADECIMIENTO A:
Rebeca Braverman
por su valiosa colaboración y guía en la
elaboración de esta Tesis

A G R A D E C I M I E N T O S

AL LIC. EN PSIC. OCTAVIO DE LA FUENTE, por su valiosa colaboración en la presente investigación.

AL LIC. EN PSIC. CELSO SERRA, por su orientación referente al MMPI.

AL LIC. EN PSIC. RAUL TENORIO, por su asesoramiento en Metodología.

AL DR. JOSE ANTONIO SERRANO, por su inestimable intervención en Oncología.

AL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, por haber hecho posible este trabajo.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

PRIMERA PARTE: REVISION DOCUMENTAL

CAPITULO I-CONSIDERACIONES GENERALES

- 1.1 DEFINICION DE CANCER
- 1.2 HISTORIA DEL CANCER
- 1.3 CANCER DE MAMA
- 1.4 CANCER CERVICOUTERINO
- 1.5 EL PUNTO DE VISTA PSICOGENICO
- 1.6 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

CAPITULO II-PRUEBAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACION DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES CON CANCER

- 2.1 EL MMPI
- 2.2 LOS CRITERIOS PSICOPATOLOGICOS

SEGUNDA PARTE: METODOLOGIA

CAPITULO III

- 3.1 PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA
- 3.2 ESTABLECIMIENTO DE LA HIPOTESIS
- 3.3 SELECCION DEL INSTRUMENTO
- 3.4 SELECCION Y OBTENCION DE LA MUESTRA
- 3.5 TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS

CAPITULO IV

- 4.1 RESULTADOS
- 4.2 ANALISIS DE DATOS

CAPITULO V

- 5.1 DISCUSION
- 5.2 CONCLUSIONES
- 5.3 SUGERENCIAS

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

El propósito de este estudio, fue obtener un perfil de personalidad de pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino y observar si existen diferencias entre el perfil de los que padecen cáncer de mama y los que padecen cáncer cervicouterino.

Para dicho fin, este trabajo fue dividido en dos partes: una revisión documental y la investigación propiamente dicha. El obtener el perfil, nos permitió conocer las características de personalidad de los pacientes que padecen cáncer ubicado en las dos regiones antes mencionadas, ya que no se había efectuado antes en nuestra población.

La muestra está formada por 50 mujeres, 25 con cáncer de mama y 25 con cáncer cervicouterino y fue tomada de pacientes asistentes al Pabellón de Oncología del Hospital General. En ambos grupos las edades fluctúan entre los 25 y 55 años y provienen de un nivel socioeconómico bajo.

La investigación se realizó por medio de la aplicación del MMPI, donde se obtuvieron los perfiles con la muestra normalizada y sin normalizar. Se utilizaron los criterios psicopatológicos para lograr la mejor comprensión de su personalidad.

Los resultados fueron que las pacientes con cáncer en México, presentan como cuadro clínico: depresión y ansiedad. Su actividad psicológica se encuentra disminuida, hay sentimientos de culpa y dependencia social. Vuelcan en sí mismos la tensión que experimentan; hay apatía, ya que no se interesan por lo que sucede a su alrededor. Se incrementa la conciencia personal, existiendo preocupación y angustia en relación al medio ambiente. Las fantasías de los sujetos y la hostilidad que experimentan, originan que pierdan interés en establecer relaciones con los integrantes de su medio ambiente, por lo que tienden a estar solos y a refugiarse en sus fantasías, para evitar confrontar la realidad en la que se desenvuelven. Se autocritican y autocompadecen.

Por otra parte, no hubo diferencias significativas en los rasgos de psicopatología entre las diferentes regiones donde se localizó el cáncer en la muestra estudiada.

I N T R O D U C C I O N

De todas las enfermedades que provocan la muerte de la humanidad, el cáncer es probablemente la más temida de todas. Esta enfermedad trae consigo un estigma social, un estigma que describe al cáncer como antihigiénico, doloroso y deshumanizado. Esto se debe en parte a que el cáncer aparece más frecuentemente en esas partes del cuerpo de las que no se habla generalmente en forma franca o abierta, como son el colon, recto, mamá, próstata, útero, hígado, vejiga, etc. Un diagnóstico de cáncer es igualado en otros países con una debilidad crónica interminable, pérdida de fuerza muscular, con un alejamiento de la vida, pensamientos de dolor, mutilación, incompetencia, estar siempre a la defensiva, sufrimiento y muerte.

El cáncer es tal vez, una de las más frustrantes y desafiantes enfermedades hasta ahora referida para la rehabilitación. Médicamente, el cáncer está rodeado de muchas incógnitas, ya que los más recientes avances en el tratamiento y la investigación de la causa del cáncer todavía no están claramente entendidos; el curso de la enfermedad varía extremadamente de órgano a órgano y de individuo a individuo, el pronóstico siempre es reservado y actualmente aumenta la esperanza, pero de manera incierta, sobre el tiempo de sobrevivencia.

Esta enfermedad produce daños irreparables en el organismo, pero si en lo orgánico el paciente sufre daño, en lo psicológico la enfermedad lo puede conmover hasta el fondo de las bases emocionales de su personalidad, de ahí que sea probable encontrar al enfermo con una conducta llena de ansiedad, angustia y depresión.

Por investigaciones realizadas en otros países, sabemos que las lesiones que sufre el paciente con cáncer en su organismo son irreversibles, es posible que se sienta profundamente amenazado por sus síntomas al grado de que grandes áreas de su ajuste personal se encuentren seriamente perturbadas. Estas perturbaciones pueden reflejarse en sus relaciones con el medio que lo rodea y consigo mismo. Sus relaciones interpersonales pueden estar profundamente detrioradas, ya sea en el

seno familiar, en lo social o en la relación médico-paciente. Su actitud ante la vida puede ser de abandono total hasta llegar inclusive al suicidio.

El considerar la influencia del estado psicológico sobre la evolución del cáncer o viceversa, el impacto de su nombre y la agresión física que la enfermedad provoca sobre la psicología del individuo, tiene un significado muy importante que hay que destacar; representa un alto en el aluvión analítico y descriptivo de los fenómenos aislados, observados e investigados en el cáncer, y una tentativa de considerar la enfermedad como concepción biopsicosocial.

Es por ésto que el interés primordial en el desarrollo del presente trabajo, está encaminado a enfocar algunos aspectos psicológicos de uno de los campos de la medicina más importantes y menos explorados en México, o sea el enfermo con cáncer, pues sus trastornos han sido estudiados en función de lo somático, haciendo a un lado los factores emocionales y de adaptación social.

En la literatura revisada los diversos autores han encontrado diferentes alteraciones. Unas hacen énfasis en la reacción emocional al saber el diagnóstico de cáncer (Kubler-Ross, 1969, Peck, 1972). Otros enfocan su atención a las alteraciones psicológicas que pueden aparecer en los pacientes que padecen cáncer a lo largo del desarrollo de esta enfermedad (Garusi, 1978, Derogatis y Abeloff, 1977). Bernay (1976), Todd y Magarey (1978), y Plumb y Holland (1977), estudiaron la depresión en pacientes que padecen cáncer en diferentes regiones y los resultados son contradictorios; unos encontraron que una depresión severa aparece en los pacientes con cáncer, otros reportaron haberla encontrado sólo en un 20%. Algunos otros, encontraron rasgos de personalidad que serían predisponentes a tener cáncer, como Labrum, Lawson, Fitzgerald y Greer (1976). Se recurrieron a varios centros de investigación para la obtención de bibliografía en nuestro país, pero lamentablemente no se tienen registradas investigaciones realizadas en México.

El objetivo de la presente investigación es obtener un perfil de personalidad de los pacientes diagnosticados con cáncer. Asimismo, se

tratará de observar si existen diferencias psicopatológicas entre los pacientes que padecen cáncer de mama y los que padecen cáncer cervicouterino. El tener dicho perfil, nos permitirá conocer también cuáles son sus características de personalidad, lo que facilitaría el diagnóstico y tratamiento psicológico.

La presente tesis se dividirá en dos partes: la primera, la constituye una revisión documental de investigaciones relacionadas a la personalidad del paciente con cáncer, llevadas a cabo en otros países, y la descripción del instrumento y criterios utilizados para su evaluación; la segunda, está constituida por la investigación propiamente dicha.

El estudio fue llevado a cabo en el Hospital General de la SSA, por ser éste uno de los lugares donde existe mayor concentración de enfermos cancerosos. La población estuvo constituida por 25 pacientes femeninos con cáncer de mama y 25 pacientes con cáncer cervicouterino, tomados del servicio de consulta externa del Pabellón de Oncología.

Se eligió el Inventario Multifásico de la Personalidad, (MMPI), por ser una prueba de fácil aplicación, que se resuelve en poco tiempo (lo que era conveniente por el poco tiempo de acceso a los pacientes sin que interviniera su condición física), y porque permitiría el manejo estadístico. Además detecta características de anomalías psicológicas y rasgos de personalidad que puedan presentar los sujetos en relación a su enfermedad física.

La amplitud de este campo, las limitaciones de conocimientos y la escasa bibliografía sobre los problemas de salud mental en el paciente con cáncer en nuestro medio, nos estimularon a emprender esta tarea, sólo en pacientes que padecieron cáncer de mama y cáncer cervicouterino, por ser las zonas donde se presenta el cáncer con más frecuencia en la mujer en la población mexicana. La limitación más importante de este estudio la constituye el hecho de que a los pacientes con cáncer no es posible aplicarles una batería de pruebas psicológicas por encontrarse en diferentes grados de su enfermedad, donde sus capacidades físicas pueden ir en deterioro, lo que limitaría el tiempo para responder a dichas pruebas. Por otra parte, esta muestra no puede considerarse represen-

tativa de la población de pacientes con esos tipos de cáncer en el D.F., pues la investigación sólo se llevó a cabo con personas asistentes al Pabellón de Oncología del ya mencionado Hospital General de la SSA.

Con la conciencia de la propia limitación, este trabajo se justifica por intentar constituir la iniciación de una inquietud en terrenos psicológicos, dentro del marco del paciente con cáncer en México.

PRIMERA PARTE: REVISION DOCUMENTAL

CAPITULO I-CONSIDERACIONES GENERALES

1.1 DEFINICION DE CANCER

Definir lo que es cáncer, no es posible, sobre todo debido a un gran número de hechos que todavía se ignoran.

La célula es la unidad fundamental de todo organismo y tienen un período de duración variable, siendo las que tienen más largo ciclo vital, las de los sistemas nervioso y muscular; y las de vida más corta, las de los tejidos de revestimiento. Ocupan un sitio que, variable o fijo, está bien determinado, y llevan a cabo sus funciones en interrelación, unas con otras, dentro de los aparatos y sistemas respectivos.

El proceso de regeneración y de crecimiento de las células es armonioso en tiempo y espacio. Cuando el ritmo de crecimiento celular y de regeneración no es normal, sino que se encuentra acelerado; cuando se rompe el equilibrio, la relación de estas células con las de una parte o todo el organismo, ésto es, al multiplicarse las células en una proporción mayor, tanto en el lugar como en el momento, y sin satisfacer una necesidad orgánica, se constituye una neoplasia. Así, la neoplasia queda constituida por células que se han reproducido en mayor proporción de lo normal, y ésto puede ocurrir en uno o varios sitios.

Las neoplasias se caracterizan por crecimiento celular persistente y con tendencia a aumentar, que no se asemeja a los procesos inflamatorios conocidos, no tiene finalidad defensiva ni utilidad evidente y es en cierta forma autónomo en cuanto a las funciones del organismo huésped. Además, hay que agregar que el crecimiento es anárquico, invasor, en ocasiones destructor de los tejidos vecinos, puede propagarse a distancia y es capaz de determinar la muerte del enfermo que la sufre.

Las neoplasias se dividen en dos grandes grupos: las histológicamente benignas y las histológicamente malignas. Estas últimas constituyen el gran grupo de los llamados cánceres. Ambas tienen características propias que las diferencian unas de otras.

Las neoplasias benignas se caracterizan por:

- 1.- Analogía con el tejido que le dió origen.
- 2.- Por estar bien limitadas. No invaden vasos ni espacios celulares y generalmente están rodeados por una verdadera cápsula, o bien existe un plano de separación entre la neoplasia y el tejido normal.
- 3.- No presentan deformaciones celulares, ni reproducciones atípicas, sino sólo mayor reproducción celular.
- 4.- No se propagan a distancia.
- 5.- No afectan el estado general ni comprometen la vida del enfermo, excepto en contadas ocasiones por su situación dentro del organismo o por el gran tamaño alcanzado.

Las neoplasias malignas se caracterizan por:

- 1.- No ser limitadas, ya que invaden tejidos vecinos y se propagan a distancia.
- 2.- Presentan diferencias con las células del tejido que les dió origen, aún cuando tengan algún parecido con ellas, produciendo atipias y monstruosidades.
- 3.- El crecimiento y multiplicación celular es atípico al que ocurre en las células normales.

En resumen, las características de los cánceres son: proliferaciones celulares, que pueden ser exageradas, autónomas, inútiles y nocivas, se propagan a distancia y en general de etiología desconocida.

Es conveniente hacer énfasis en que, si bien son autónomas en cuanto a su crecimiento, no dejan de existir relaciones entre la neoplasia y el organismo, aunque estas relaciones sean limitadas. Esta relativa independencia no resta en nada el carácter fundamental del crecimiento celular en el cáncer; la anarquía.

El cáncer es una enfermedad universal. Ataca tanto al reino vegetal como al animal, por lo que toda célula es susceptible de sufrir transformación cancerosa.

Por lo antes expuesto, en la actualidad se acepta que EL CANCER ES UNA NEOFORMACIÓN CELULAR ANARQUICA, QUE PERSITE Y CRECE, DISTINTO A LOS PROCESOS INFLAMATORIOS CONOCIDOS, CON TENDENCIA A LA INVASION Y A LA DISMINUCION, QUE CARECE DE UN FIN Y CUYA CAUSA PRIMORDIAL SE IGNORA. POR SU CRECIMIENTO, POR LAS ALTERACIONES LOCALES Y GENERALES QUE DETERMINA, PUEDE ACABAR CON LA VIDA DEL ENFERMO. (31)

(31) ONCOLOGIA CLINICA

Editado por el Comité de Educación Profesional
de la UICC (Unión Internacional contra el cáncer)
pp-229-245, 1878

1.2 HISTORIA DEL CANCER

El cáncer es conocido desde la antigüedad, ya que es mencionado en el papiro de Ebers (1,500 años AC), así como en documentos antiguos de la literatura hindú y persa.

Hipócrates (460 años AC) recopiló un sinnúmero de descripciones referentes al cáncer de la piel, mama, útero y órganos internos.

Celsus (30 años AC), distinguió por primera vez diversas variedades de cáncer y clasificó el cáncer de mama.

Galeno (131 años AC), fundador de la patología y de la fisiología experimentales, no logró ningún avance notable en el concepto del cáncer, pero su teoría de la doctrina humoral, dominó el pensamiento médico por más de mil años.

En la época bizantina (475 a 1,500 DC), se hicieron grandes progresos en la descripción de diversos tumores así como en su tratamiento, a pesar de que los Siglos XIII al XV fueron la edad negra de la medicina, ya que la iglesia puso cortapisas a la cirugía y designaba los libros que podían estudiarse.

En el Renacimiento (1,500 a 1,700 DC), con el descubrimiento de la imprenta y el de la circulación de la sangre por Harvey, se facilitó la propagación de los conocimientos y mejoró el diagnóstico y el tratamiento del cáncer aunque se hizo poco por esclarecer su etiología.

Posteriormente aparecen un gran número de médicos que estudian la evolución de los tumores y se practican numerosas autopsias. Morgagni establece la importancia de la anatomía patológica del cáncer. En Inglaterra, en 1802 se funda la Sociedad Investigadora de la Naturaleza y Causa del Cáncer. En 1824 con el microscopio acromático se inicia una era histológica en el estudio de los tumores. Schwann crea la doctrina de la estructura celular como un principio universal y Muller publicó su clásico libro sobre los tumores malignos. Hannover, Bruch, Remak, Cruveilhier, Dupuytren y otros, aportan datos y teorías sobre el trata-

miento, comportamiento y etiología de los tumores, pero la correcta concepción de la histogénesis no fue posible hasta que Virchow fundó la patología celular sobre la doctrina del "omnis cellula e cellula".

La clasificación de los tumores sobre bases histogénicas se completó con los datos proporcionados por los estudios de este tiempo y se vinieron abajo múltiples teorías antiguas que no tenían una base sólida para sostenerse.

Más allá de esto, la patología celular parecía incapaz de lograr progreso alguno en la explicación etiológica del cáncer. La irritación, el traumatismo y la infección, parecían estar relacionados con el origen de la enfermedad, pero se reconoció la oscura naturaleza de las relaciones de cualquiera de estos factores.

Las últimas décadas del Siglo XIX se ocuparon del detallado estudio de la morfología de los tumores, en la separación de las variedades de la enfermedad, en la dilucidación de la histogénesis y en la descripción de la clínica de los tumores malignos.

El Siglo XX comienza como era experimental, con el estudio sistemático de los tumores y como un período de investigación etiológica específica, separando ampliamente numerosas afecciones neoplásicas, que antes se tenían por íntimamente relacionadas. Es el inicio de la era de la terapéutica y de la profilaxis.

El investigador moderno presta más atención a la fisiología de los tumores y adquiere así un mejor conocimiento de la etiología, sintomatología, diagnóstico y significación biológica general de numerosas neoplasias. El estudio de las hormonas, la relación mutua de los órganos, la bioquímica, la química de la proliferación de las células malignas, la acción de los virus filtrables, la producción de tumores por sustancias químicas específicas y la conducta de las células tumorales en los cultivos, representan los avances más importantes y des-

tacan aún más la naturaleza independiente de las distintas neoplasias.(23)

- (23) MANUAL DE CANCEROLOGIA BASICA
Editado por el Comité Técnico de la Campaña
Nacional contra el Cáncer, SSA
pp. 13-25 y 226-254
Edic. 1963

1.3 CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama en México desde el punto de vista epidemiológico, ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos en la población femenina. En el año de 1974, murieron por cáncer 20,912 personas, lo que corresponde a una tasa de 36 por cada 100,000 habitantes, y como había ocurrido en años anteriores, mueren más mujeres por cáncer que hombres, correspondiendo al sexo femenino el 57.8%, donde el 23.3% corresponde a tumores malignos de los órganos genitourinarios y el 7.3% a tumores malignos de la mama. En 1975 entre los 25 y los 65 años fallecieron por cáncer 9,896 habitantes, desgraciadamente no se aclara en este año cuántos corresponden a qué tipo de tumor y no se han editado estadísticas más recientes. (5)

En países como Dinamarca, Canadá, Estados Unidos y Suiza, existe una elevada frecuencia de cáncer de mama, mientras que cifras intermedias de frecuencia se han informado en países como Suecia, Noruega y Alemania, mientras que el índice más bajo se da en Japón. Esto pudiera sugerir que existen factores geográficos o raciales que pudieran estar ligados a la etiología del cáncer.

Se desconocen los factores etiológicos del cáncer de mama. En animales de laboratorio, el factor más importante es un virus, pero esto no ha podido ser demostrado en la mujer. Existen factores de alto riesgo para que una paciente presente este tipo de cáncer:

- En las nulíparas es mucho más frecuente que en los pacientes que han tenido hijos, y cuanto mayor haya sido el número de embarazos, menor será el riesgo de contraer esta enfermedad.

(5) Compendio de Estadísticas Vitales en México, SSA
1974 y 1975

- El embarazo en temprana edad, parece ser un factor de protección.
- Factores endocrinos, como el aumento de ciertas hormonas femeninas, tales como el estrona y estradiol (consideradas como carcinogénéticas), y disminución del estriol, también hormona femenina (considerado como protector), parecen estar relacionados con la presencia de este tumor. Las mujeres que han sido sometidas a ovariectomía por distintas causas, en edades inferiores a los 35 años, tienen muy poco riesgo de contraer esta enfermedad. Otros estudios han demostrado que en la raíz del cáncer de mama, existe una sobre estimulación de andrógenos (hormona masculina), y parece confirmar este punto de vista la alta incidencia de la enfermedad entre las mujeres postmenopáusicas.
- La radioterapia, usada en padecimientos benignos, aumenta el riesgo.
- La presencia de enfermedad quística de la mama, es otro factor de riesgo.
- Mujeres que han presentado cáncer de mama, tienen mayor probabilidad de contraer un segundo primario en la mama restante.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama (madre o hermana), es otro factor de alto riesgo.
- Los anovulatorios no han demostrado ser factor de riesgo.
- Las mujeres que se embarazan tardíamente o que no lactan a sus hijos, es factor importante, como alto riesgo.

Anatomía Patológica.

La mayoría de los cánceres invasores de la mama, nacen del epitelio de los conductos y tienen características particulares que los distinguen. Se pueden encontrar cánceres mucosos, papilares y medulares con estroma linfoide. Los llamados carcinomas no invasores y carcinomas globulares, son más frecuentes de lo que se piensa y pueden permanecer silenciosos durante muchos años. Existen otros tipos de tumor de mama, más raros, tales como el carcinoma epidermoide, el carcinoma de células claras, etc., que por su poca frecuencia carecen de importancia práctica. El carcinoma de Paget, expresa una evolución particular de un carcinoma infiltrante. Otro tipo de tumor, el carcinoma inflamatorio, se caracteriza por su rápida evolución. Los sarcomas de la mama forman aproximadamente el 3% de los tumores; se han descrito diversas variedades y el más frecuente es el Cistosarcoma Phylloides.

Evolución.

La enfermedad puede ser rápida y fulminante, o tener, como ocurre en la mayoría de los casos, una evolución crónica, que cursa lentamente de una manera progresiva.

El tumor primario, clínicamente se manifiesta como un aumento de volumen indoloro, localizado la mayor parte de las ocasiones en el cuadrante superoexterno de la mama, siguiendo en frecuencia la región areolar, el cuadrante superointerno y por último los inferiores.

Conforme va creciendo, el tumor primario va infiltrando los tejidos que lo rodean, produce retracción del pezón y depresión de la piel y se fija al músculo pectoral o a la parrilla costal. En casos más avanzados, invade la piel, se ulcera y sangra.

Durante la evolución pueden ocurrir las metástasis (*) a los ganglios

(*) Metástasis: Aparición de uno o más focos morbosos de células neoplásicas a distancia de la localización primaria.

linfáticos de primer relevo, ya sean axilares o de la cadena mamaria interna. Cuando existe invasión ganglionar se palpan tumoraciones en la axila. Posteriormente hay adenopatía metastásica en los ganglios supraclaviculares.

El cáncer de mama también se disemina por vía hematógena, y esto puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad no sólo en las tardías. Las metástasis hematógenas pueden afectar cualquier tejido, y son predominantemente viscerales y de éstas a pulmones, pleura, hígado, cerebro y óseas. Cuando ocurren las metástasis distantes, las pacientes pueden presentar una gran variedad de síntomas.

Diagnóstico.

En la mayoría de los casos, el 80% de los cánceres de mama, son percibidos en primer lugar por la misma paciente que llega al médico diciendo que ha notado un tumor mamario, retracción del pezón, sangrado a través del mismo o edema de la piel. Menos frecuentemente se descubre el tumor mamario en un examen médico rutinario o en una revisión en masa o mamográfica. Más raro todavía es la metástasis axilar como primer síntoma, y aún más raro la metástasis pulmonar u ósea.

En todos los casos se deberá practicar el examen clínico de la mama, que comprende la inspección con los brazos de la paciente, levantados y luego descendidos. Deben palparse sistemáticamente todos los cuadrantes de la mama, con la paciente sentada y posteriormente en decúbito y determinar las características del tumor: tamaño, límites, consistencia y movilidad. El examen se completará con la inspección y la palpación de la región axilar y supraclavicular. Toda esta maniobra se hará no sólo en el lado enfermo sino también en el contralateral.

Un tipo de tumor difícil de diagnosticar es el llamado carcinoma de tipo inflamatorio ya que sus síntomas y signos son iguales a los de las mastitis (enrojecimiento, hipertemia, edema y dolor). En casos de secreción por el pezón puede ser útil la citología. Hay que recordar que el sangrado por pezón nos indica la presencia de un papiloma intraductal, pero aproximadamente en la quinta parte de los casos, expresa

la presencia de un carcinoma. La mamografía (radiografía de la mama), puede darnos información muy valiosa y puede detectar tumores malignos ocultos en pacientes asintomáticas, sobre todo en mujeres por encima de los 40 años, puede constituir una investigación sistemática. La biopsia es en definitiva el examen diagnóstico más seguro. De ser posible se realizará transoperatoriamente, en el momento en que se practica el tratamiento quirúrgico definitivo. (1)

Clasificación.

Una vez establecida la sospecha de cáncer de mama, el clínico debe hacer la clasificación del tumor, basándose en su extensión y en sus características. También se hará con la presencia de metástasis ganglionares de primer relevo, con las supraclaviculares y con la presencia o no de metástasis distantes.

Determinados todos los datos anteriormente señalados, los tumores se clasifican por el TNM, clasificación recomendada por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), utilizada en México, en la cual T corresponde a tumor, N a ganglios y M a metástasis distantes. Simplificando la clasificación, ésta comprende 4 etapas clínicas:

- Etapas clínicas I: lesión localizada de la mama.
- Etapas clínicas II: lesión regional temprana.
- Etapas clínicas III: lesión regional avanzada.
- Etapas clínicas IV: lesión diseminada.

La importancia de la clasificación de los tumores en las diferentes etapas clínicas, es vital, ya que el tratamiento es diferente en cada una de ellas, la experiencia ha demostrado que es la mejor clasifi-

(1) ACKERMAN Y DEL REGATO
Cáncer-Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico
pp. 789-919 y 920-968, 1951

cación, el pronóstico es distinto y además sirve para comparar resultados entre los diferentes centros hospitalarios. (25)

Tratamiento.

A pesar de los avances de la radioterapia, el tratamiento más efectivo para el cáncer de mama es el quirúrgico. La operación a elegir es la mastectomía radical, que comprende la extirpación en bloque de la mama con un huso de piel con pezón y areola, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares. Existen otras variantes más conservadoras, con conservación de los músculos pectorales, o más agresivas con extirpación de los ganglios de la cadena mamaria interna.

Etapas clínicas I y II

Tratamiento quirúrgico: mastectomía radical. Si el tumor se encuentra en los cuadrantes internos se hará mastectomía superradical (extirpando la cadena ganglionar mamaria interna).

Si en el estudio histopatológico de la pieza operatoria se detectan ganglios linfáticos metastásicos, se dará radioterapia postoperatoria.

Etapa clínica III

Tratamiento radioterápico preoperatorio en mama, axila y región supraclavicular y paraesternal.

Si al terminar el tratamiento, existe residual tumoral, localizado en mama o axila, se practicará mastectomía radical.

Etapa clínica IV

Tratamiento hormonal; si la paciente es menstruante se practicará hormonoterapia supresiva (ooforectomía, adrenalectomía).

Radioterapia paliativa sobre el tumor primario y metástasis regionales.

Radioterapia sobre metástasis óseas.

Quimioterapia (tratamiento por productos químicos).

Cirugía paliativa

Como se puede observar en esta última etapa, el tratamiento es multidisciplinario y dependerá de la extensión y de la localización de las metástasis.

Pronóstico.

Los casos tratados con mastectomía radical que no tienen metástasis axilares (por el estudio histopatológico), alcanzan una supervivencia, el 80%, de 5 años. Cuando existen metástasis axilares, el porcentaje baja al 45%. Otro factor que afecta el pronóstico, es el tipo histológico del tumor, obteniéndose los mejores resultados en el carcinoma medular y en el coloide, el peor pronóstico se da en el carcinoma inflamatorio.

Es un factor agravante que el carcinoma se presente durante el embarazo o la lactancia. (24)

- (24) Manual de Procedimientos
Editado por la Campaña Nacional contra
el Cáncer, SSA
p-3-24, 1976

1.4 CANCER CERVICOUTERINO

El cáncer cervicouterino es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro medio y representa aproximadamente el 12% de los tumores malignos en la mujer. La edad media en que se presenta oscila entre los 45 y los 55 años de edad.

Se desconoce la causa del cáncer del cérvix uterino, pero existen evidencias de que su aparición está relacionada con factores extrínsecos. Las personas con mayor riesgo de presentar esta neoplasia, son aquellas que se encuentran dentro de las siguientes condiciones:

- 1.- Iniciación de las relaciones sexuales a temprana edad.
- 2.- Relaciones sexuales frecuentes y con diversos individuos (prostitutas o promiscuas).
- 3.- Presencia de cervicitis crónica.
- 4.- Gran multiparidad.
- 5.- Condiciones socioeconómicas bajas, con deficientes hábitos de higiene.

El padecimiento es muy raro en mujeres vírgenes y poco frecuente en las colectividades donde se practica la circuncisión temprana en el hombre.

No existen pruebas de que cervicitis, erosiones y prolapso del cuello uterino sean lesiones pre malignas, pero deben ser tratadas convenientemente y seguidas mediante exámenes citológicos repetidos. En caso de persistir deben practicarse biopsias.

Patología.

Las lesiones que se presentan en el cérvix son precedidas por cambios celulares, tales como las displasias (desarrollo celular alterado). Las displasias severas deben ser consideradas como lesiones potencialmente malignas, y cuando son detectadas en un frotis, es necesario que se practique biopsia y de acuerdo con el resultado de ésta, se aplique el tratamiento adecuado.

Histológicamente, el 95% de todas las neoplasias del cuello uterino con epidermoides, el 4% corresponden a adenocarcinomas y el restante 1% a diversos tipos: mixtos, indiferenciados y sarcomas.

La apariencia macroscópica del cáncer cervicouterino, varía de acuerdo con el grado de desarrollo de la lesión. Un cérvix con carcinoma in situ a menudo es de apariencia normal y el hallazgo citológico es generalmente el primer aviso y en ocasiones el único, de la presencia de esta enfermedad. Un cáncer cervical invasor incipiente, con frecuencia tiene aspecto de una cervicitis simple o de una erosión y es indispensable diferenciar estas alteraciones patológicas mediante biopsias. Cuando la enfermedad progresa, se pueden presentar tres formas de crecimiento: vegetante o exofítico, en el cual el tumor crece hacia el canal vaginal; infiltrante, el cual crece insidiosamente y tiende a invadir el cuello; y por último la ulcerante, la cual destruye el cuello y afecta precozmente los fondos de saco vaginales.

Vías de diseminación.

Cuando la enfermedad avanza, ésta se propaga por tres vías: por invasión directa hacia los fondos de saco y la pared vaginal, al cuerpo del útero y a los parametrios, y en fases más avanzadas a la vejiga y al recto; por vía linfática a los ganglios linfáticos ilíacos externos e hipogástricos, y en etapas más avanzadas a los ganglios paraaórticos y supraclaviculares; y por último, por vía hemática produce metástasis a distancia a pulmones, hígado y cerebro. Esta última vía es rara, y en la inmensa mayoría de los casos el carcinoma cervicouterino, queda confinado a la pelvis.

Diagnóstico.

Los síntomas clínicos que originan la progresión de la enfermedad en la región pelviana, no son patognomónicos de cáncer. En la fase precoz encontramos leucorrea que puede ser fétida y sanguinolenta, prurito vulvar, sangrados intermenstruales, sangrado post-coito o irregularidades en la menstruación. A medida que la enfermedad progresa, se infiltran y destruyen varias estructuras anatómicas de la región pélvica y dará una sintomatología más severa, la cual dependerá de la extensión de la lesión, pudiendo encontrar síntomas urinarios y rectales, dependiendo de la invasión a los tabiques recto o vesicovaginales o a ambos. Cuando invade los parametrios, puede haber compresión uretral uni o bilateral, causante de uremia; la invasión de los vasos sanguíneos o linfáticos puede producir edema de los miembros inferiores, y si hay compresión de las raíces nerviosas, se manifiesta el dolor. Pueden formarse fistulas recto y vesicovaginales y cuando el tumor se extiende a las paredes de la pelvis, constituye la llamada pelvis congelada. En las etapas avanzadas de la enfermedad se presentan síntomas generales: anorexia, astenia (falta de fuerza), adinamia (postración) y pérdida rápida de peso. Cuando el tumor se extiende fuera de la pelvis, hay ya con frecuencia metástasis a distancia.

Los procedimientos más importantes para llegar al diagnóstico son:

- Los frotis de Papanicolaou rutinarios que detectan los cánceres en la fase 0 cuando el cuello uterino es normal y no hay ningún síntoma visible de lesión.
- El examen ginecológico completo, incluyendo la palpación rectal, evitando el uso de lubricantes, para no modificar las condiciones del cérvix y de la vagina.
- Se deberá tomar siempre biopsia directa, no usando electrocauterio.

- Se practicarán cistoscopia y rectosigmoidoscopia, para investigar la invasión a vejiga y recto.
- El estudio radiográfico de tórax es indispensable para descartar metástasis pulmonares.
- Se deberá efectuar urografía excretora en todos los casos de carcinoma invasor. (24)

Clasificación clínica.

De acuerdo con la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) en su Comité de Cáncer, a partir de 1971, el carcinoma de cérvix se clasifica en las siguientes etapas clínicas:

Etapa clínica 0:	Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.
Etapa clínica I:	Carcinoma estrictamente confinado al cérvix. I-A Invasión temprana del estroma (microinvasor). I-B Carcinoma francamente invasor.
Etapa clínica II:	El carcinoma se extiende más allá del cérvix e invade el tercio interno de uno o ambos parametrios, pero sin llegar al tercio inferior. II-A Invade la vagina en sus dos tercios superiores. II-B Invade el tercio interno de los parametrios, pero no llega a la pared pélvica.
Etapa clínica III:	El carcinoma se extiende a la pared pélvica. Al tacto rectal no existe espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. El tumor involucra hasta el tercio inferior de la vagina. III-A El carcinoma invade el tercio inferior de la vagina, pero no se extiende a la pared pélvica.

III-B El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica.

Etapa clínica IV:

El carcinoma se extiende más allá de la pelvis verdadera, o ha invadido la vejiga, o el recto, o ambos, o bien han ocurrido metástasis a distancia.

Es extremadamente importante conservar la clasificación inicial de la etapa clínica cuando se hizo el diagnóstico del carcinoma cervicouterino, independientemente de lo que ocurra en el futuro con el paciente, la cual no debe modificarse ni siquiera en función de los hallazgos operatorios ni del examen histológico de la pieza. Esto sirve para hacer la evaluación de los resultados de los métodos de tratamiento administrados a cada paciente, lo que determinará que las tasas de supervivencia sean fáciles de calcular y confiables, y así poder hacer estudios comparativos.

Tratamiento.

El tratamiento del cáncer del cérvix dependerá de la etapa clínica. El procedimiento de elección en cada caso debe ser decidido después de una cuidadosa valoración, hecha por un equipo multidisciplinario y en un centro especializado. Es ideal también que el paciente, después de ser tratado, sea seguido por el mismo equipo.

De acuerdo con la etapa clínica en que se encuentre la enfermedad, se realizan los siguientes tratamientos que la experiencia ha establecido como los más adecuados:

Etapa 0

La cirugía es el tratamiento de elección, cuyo tipo y grado dependerá de la edad y la paridad de la paciente. La conización puede curar el 100% de los casos. Este procedimiento se practica en mujeres jóvenes que aún desean tener hijos y que están dispuestas a seguir una vigilancia estrecha. En las mujeres menopáusicas se efectúa la histerectomía

total con salpingooferectomía bilateral. En las mujeres jóvenes, en etapa reproductiva que no desean tener más hijos o su control clínico subsecuente sea difícil, se practicará histerectomía simple conservando los ovarios. Si el carcinoma in situ es diagnosticado durante el embarazo puede esperarse a que el parto sobrevenga normalmente y el tratamiento pospuesto hasta que el útero haya involucionado.

Etapa I-A

En estos casos, en que el carcinoma se encuentra circunscrito al cérvix, se efectúa histerectomía ampliada (extrafascial) incluyendo el tercio superior de la vagina.

Etapa I-B

Cuando el carcinoma es francamente invasor pero está confinado al cérvix, en aproximadamente el 20% de los casos, existen ganglios linfáticos pélvicos, incluyendo o no los ovarios, dependiendo de la edad de la mujer.

Etapa II

Radioterapia. Si el tumor es central, es decir sin invasión de parametrios, la alternativa es la histerectomía radical.

Etapa III

Inicialmente se usa la radioterapia. Si después de ésta persiste la actividad tumoral, local o regional, se efectuará laparotomía exploradora y se practicará, de ser posible, histerectomía con excenteración anterior, posterior o total, con derivación urinaria y/o colostomía permanente, según proceda. Lo anterior es también aplicable a las etapas clínicas I y II en las que fracasa el tratamiento con radiaciones.

Etapa IV

Si es por invasión a vejiga o recto el tratamiento será radioterapia externa seguida de excenteración pélvica anterior, posterior o total. Cuando el carcinoma se ha salido de la pelvis, cualquier tratamiento que se efectúa es paliativo. La quimioterapia en los casos avanzados no ha dado resultado.

Pronóstico.

Para establecer el pronóstico es menester determinar lo más exactamente posible la etapa clínica. Por regla general, a mayor extensión de un cáncer de cérvix, el pronóstico es menos favorable; de tal manera sabemos, que en la etapa clínica 0 la curación a 5 años es prácticamente del 100%; para la etapa clínica I, la curación se logra en un 85%; en la etapa clínica II la curación es del 50%; en la etapa clínica III es del 30%, y en la etapa clínica IV menos del 10% de curaciones.

El embarazo empeora el pronóstico.

Toda paciente que ha sido tratada de un carcinoma de cérvix debe ser vigilada estrecha y periódicamente, al principio mensualmente, después bimestral, trimestral, y por último semestralmente por tiempo indefinido. (25)

(25) CONDUCT MOORE
Cancerología Clínica
p-72-85 y 145-156, 1973

1.5 EL PUNTO DE VISTA PSICOGENICO

La psicogénesis no significa por supuesto, la producción de alteraciones en los órganos por medios no somáticos, sino por procesos que se inician en el más alto nivel de integración cerebral, y que se transmite a los órganos a través de las vías nerviosas centrales y periféricas, y de mecanismos humorales en parte conocidos, pero en todo caso, susceptibles de serlo. Aunque la idea de la génesis psíquica de trastornos corporales ha estado siempre presente en la medicina, la psicogénesis como concepto científicamente válido, data de los estudios llevados a cabo por Charcot en 1885. (8)

Se considera de suma importancia el estudio de los padecimientos psicogénicos debido a que en la actualidad conocemos la gran influencia que ejercen los factores emocionales sobre cierta variedad de alteraciones en la fisiología del organismo. Este concepto enfatiza la gran trascendencia del factor humano dentro de las enfermedades; por lo que para entender al hombre sano o enfermo es necesario partir de la comprensión del ser humano como totalidad o sea, como ser bio-psicosocial y recordando que estos factores están en íntima interacción y se modifican mutuamente.

Durante muchos siglos la medicina se orientó hacia la investigación minuciosa del daño corporal sin conceder mayor importancia a los aspectos psicológicos. Actualmente se ha superado esta etapa, a través de un profundo conocimiento de la patología funcional, que implica, tanto un estudio detallado del órgano, como el estudio de los factores emocionales y ambientales que influyen en la vida de la persona.

Una enfermedad no puede considerarse psicogénica hasta que se ha demostrado objetivamente que aquellos eventos físicos que son parte de la enfermedad, tienden a ocurrir después o en conjunción con eventos psicológicos de una naturaleza particular. Para demostrarlo se pueden estudiar los eventos emocionales asociados con el principio de la enfer-

(8) Ramón de la Fuente
Psicología Médica
Ed. FCE , 1968

medad o con su recurrencia, midiendo aquellos complejos fisiológicos fundamentales de las enfermedades a las cuales acompaña o sigue un cambio emocional específico, o describiendo cambios físicos o emocionales de un sujeto en particular.

La enfermedad psicogénica produce a veces la impresión de ser una defensa de protección contra (y un equivalente de) la psicosis. Una complicación en cuanto a la relación entre síntomas orgánicos del individuo pueden ser secundariamente alteradas por estados de origen somático. La adaptación al dolor y a las alteraciones de las funciones corporales no siempre es fácil, las diversas formas en que esta adaptación es intentada y el hecho de que se logre o no, depende naturalmente de la estructura total de la personalidad, de su historia y de sus luchas defensivas latentes. (17)

Una teoría sobre la psicogénesis del cáncer es la de Selye, quien considera tres fases en el síndrome de stress:

1. Reacción de alarma, respuestas del organismo a los agentes causantes del stress, tales como organismos infecciosos, hormonas, trauma, dolor, etc.
2. Resistencia, la pituitaria anterior y la corteza de las glándulas suprarrenales reaccionan produciendo agentes tanto anti-inflamatorios como pro-inflamatorios.
3. Agotamiento o derrumbamiento del mecanismo adaptador bajo los efectos del stress prolongado.

Cuando la respuesta de stress es incapaz de hacer frente a una situación potencialmente generalizadora de enfermedad, el organismo desarrolla lo que Selye denomina una enfermedad de adaptación. Ninguna enfermedad es exclusivamente causada por inadaptación, pero los trastornos del mecanismo adaptador desempeñan un papel decisivo en el desarrollo de

(17) Jenny Delta Iturralde Avilés
Trastornos psicósomáticos
Tesis, 1971

muchas enfermedades.

Sostiene que la inadaptación bien podría ser una especialidad, puesto que, es posible distinguir entre padecimientos psicogénicos y otros que no lo son; es decir, que aunque en algunos padecimientos el componente psicogénico parece ser más importante que en otros, y es legítimo formar con dichos padecimientos un grupo especial para su estudio, no debe perderse de vista que en sentido estricto, todas las enfermedades son psicosomáticas y que el criterio psicológico es aplicable a todas las cosas. (8)

El hecho de que hay numerosas causas del cáncer no se discute, agentes químicos, virus, polución en el aire, tabaco, etc. Esto de ninguna manera nulifica el factor psicogénico, pues éste, bien puede ser necesario para disminuir la resistencia, y de este modo hace al paciente vulnerable para cualquiera que sea el agente físico que esté causando cáncer.

Las glándulas endocrinas indudablemente, sirven como medio para la enfermedad en el órgano involucrado. La conexión contingua, tanto humoral o vascular entre el hipotálamo y la pituitaria, localizados juntos, asociados en un área muy circunscrita, puede tender a apoyar la impresión de que las glándulas endocrinas expresan y transmiten en el cuerpo, lo que las emociones producen en la psique.

Un stress psíquico prolongado produce muchos otros cambios fisiológicos y bioquímicos, que juegan una parte en el desarrollo del cáncer.

En este enfoque, se considera al órgano involucrado una representación exacta del área psicológica en la cual se encuentra el conflicto. El órgano involucrado representa el conflicto que es trasladado de la psique a su forma física.

En los pacientes estudiados, un patrón de personalidad parece emerger indiferente al sitio del cáncer. Esto puede ocurrir en una persona cuya personalidad secreta no revela nada de sus verdaderos sentimientos, y se hace evidente hasta que en las diferentes terapias, aprenden a confiar en el doctor.

Cualquier conflicto que se exprese físicamente, es inconsciente. Esta personalidad se reprime, retirando de la conciencia la aversión hacia sí mismo, con una fachada que le permite funcionar adecuadamente en el mundo. Todo va bien, hasta que algo ocurre que desorganiza el desarrollo de la autoimagen, entonces el material reprimido sale a la conciencia y abruma al paciente.

Ha sido característico en algunos pacientes la existencia obsesiva de pensamientos malignos que no le revelan a nadie, hasta que el doctor se haya ganado su confianza. Estos pensamientos, que se lo han venido "comiendo a él" por años, parecen darle un sentimiento de seguridad para acabar con la aversión hacia sí mismo, con la convicción de que no se está desintegrando. Acusa al destino o a alguien de su infelicidad y de sus fracasos interiores.

Desde este punto de vista, se considera al cáncer como una psicosis expresada físicamente, una separación de la verdad del paciente, de lo que representa al mundo y por lo que vive. Cuando el balance precario entre estas dos entidades es roto, a través de la separación o pérdida de la persona con quien él se identifica, la energía vital normalmente usada para el bienestar y la salud se desorganiza, produciendo en el nivel físico la enfermedad que sobrecarga al cuerpo, encausándolo finalmente a la muerte.

En su infancia, el paciente se separa de su propio self por el rechazo parental del cual el niño es objeto. Esto convence al paciente de que su self es peor que nada para aquellos que él ama y para nutrir sus necesidades de sobrevivencia; el paciente sobrevive renunciando a su verdadero self y desarrollando una nueva imagen de éste, usualmente a través de su relación emocional con otra persona o por la posición que él se establece en la sociedad. Sepulta el verdadero y detestable, bajo

la fachada de un self aceptable, y así ser capaz de enfrentarse a la vida. Su adhesión a la persona ideal o a la imagen de sí mismo es tan necesaria para su sobrevivencia, como lo es una balsa para un hombre a la mitad del océano. Cuando la persona a través de la cual él se expresa a sí mismo es alejada violentamente a través de la muerte o separación, o cuando pierde su posición en la sociedad por la cual él necesita mantener su imagen fuerte y poderosa, él empieza a morir.

El progreso del cáncer hacia un final fatal es acelerado cuando el paciente es incapaz de aceptarse a sí mismo por no tener algo de valor por qué vivir.

El impacto de descubrir que tiene cáncer, lo cual es sinónimo de muerte en la mayoría de la gente, es para el paciente, frecuentemente la terapia de shock necesaria para iniciar la voluntad para vivir. El paciente se ha enfrentado cara a cara con la inflexible realidad de la completa aniquilación. Esto puede estimular el desesperado esfuerzo para sobrevivir y en algunos casos ser la explicación de las regresiones espontáneas. (29)

(29) Tenney V.A.
A Clinical Study of the Psychosomatic Aspects of Cancer
Asian Med. J. 11 (12) 16:21, 1968

1.6 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

Para poder determinar la forma en que el cáncer afecta la personalidad de un individuo, necesitamos considerar algunos aspectos que ya han sido investigados. De esta manera haremos referencia principalmente a informes dados en otros países. Ninguno de estos artículos da información detallada acerca de la metodología que sigue, por lo que los encontramos deficientes, aunque hacemos uso de ellos por ser la única fuente de información que contamos. En México, son contadas las investigaciones que se han hecho, y estas pocas, a su vez, carecen de resultados válidos y confiables, siendo esta la razón por la cual no las mencionamos.

Para nosotros todos estos artículos aportan datos necesarios para comprender al paciente con cáncer. Las investigaciones fueron divididas en dos grupos: 1.6.1 Investigaciones sobre las reacciones emocionales de la vivencia del cáncer, y 1.6.2 Aportaciones de investigadores a las etapas más sobresalientes del cáncer desde el punto de vista psicológico. Los autores se irán presentando en orden cronológico y de acuerdo a las características y rasgos comunes encontrados en los estudios.

1.6.1 Investigaciones sobre las reacciones emocionales de la vivencia del cáncer.

Que a su vez fueron subdivididas en:

- a) Un patrón específico de personalidad y la pérdida importante de un ser querido.
- b) El órgano afectado en relación a factores psicológicos.
- c) Estudios realizados con el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI.
- d) Depresión y ansiedad.
- e) Ansiedad, negación, culpa y hostilidad.

Así, procederemos a presentar:

- a) Un patrón específico de personalidad y la pérdida importante de un ser querido.

El cáncer (también conocido como CA), es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo: lesiones características de este mal, han sido observadas en huesos del Pithecanthropus Erectus e, incluso, en restos de animales antediluvianos. El nombre de cáncer se debe a Galeno (s. II), quien ya insitió en que el diagnóstico precoz y la extirpación quirúrgica eran necesarios para conseguir su curación.

La noción de que los desórdenes psicológicos y las experiencias stressantes de la vida pueden influir en el desarrollo y curso del cáncer, no es de manera alguna nueva. En el Siglo SVIII y XIX, un número de eminentes clínicos incluyendo a Guy, en 1759, y Paget, en 1870, argumentaron que la depresión y los antecedentes stressantes de la vida juegan una parte en la etiología del cáncer. Snow, en 1893, estudio cuidadosamente los cambios de vida precedentes a la aparición del cáncer, mostrando que la pérdida de un miembro de la familia o un pariente cercano, inmediatamente ha precedido al inicio del cáncer en el 62% de 250 pacientes estudiados consecutivamente. (13)

El primer estudio en el cual una muestra apropiada fue escogida, fue el de Wheeler y Caldwell (1955). La información obtenida a través de la entrevista sugirió que mujeres con CA cervical procedían de una familia con más disturbios en comparación con las mujeres en donde el padre estaba más frecuentemente ausente, la madre más frecuentemente ausente o muerta; y las mujeres con CA en comparación con las del grupo control sintieron que ellas habían recibido amor inadecuado durante niñas. (18)

(13) H. STEVEN GREER
Risk Factors in Breast
Cancer
Stoll BA, Ed. Chicago
William Heinemann Medical
Books LTD
New Factors of Breast Cancer,
Vol. 2, pp. 71-79, 1976

(18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological factors in the
Etiology and Treatment of Cancer
of Cervix
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June 1976

Paloucek y Graham (1959), estudiaron 56 mujeres con CA cervico-uterino, donde 49 de ellas describieron dos diferentes grupos en base a la historia de la vida y eventos de la vida, precediendo la aparición del CA. Estos dos grupos fueron comparables en términos de etapa y tratamiento usado. El primer grupo experimentó una niñez privada por una historia de pobreza, un padre que fue violento, alcohólico o desempleado; dificultad en la escuela, donde el 87% no se graduó; intercurso premaritales con algún otro antes del primer esposo, ocurrieron en el 70% de los casos de este primer grupo; el 36% admitió prostitución o promiscuidad. La mayoría de las mujeres en este grupo se casaron para alejarse del hogar a causa de la presión parental, el 38% de los casamientos terminaron en separación o divorcio, el 56% de los segundos matrimonios tampoco tuvieron éxito. El segundo grupo tenía una niñez y adolescencia normales, a pesar de ésto, el 17% de las mujeres que se volvieron a casar no tuvieron éxito en su matrimonio. Todas las 23 mujeres en el primer grupo consideraron el futuro sin esperanza o inaceptable, en comparación con el 15% de 26 mujeres en el segundo grupo. Treinta y siete mujeres (74%) reportaron pérdida en forma de muerte o que un fuerte ataque emocional habían ocurrido en los 30 meses precedentes a la admisión, el 30% durante el año anterior a la aparición clínica del cáncer. Los autores describieron un patrón de historia de la vida en el primer grupo de las pacientes comparables a los patrones de historia de la vida conductivos al CA descritos por Le Shan y Worthington (ver más adelante). Paloucek y Graham también demostraron que la persistencia o la recurrencia de la enfermedad o la aparición de la muerte, ocurrieron en un período de seis meses en el 57% del primer grupo, comparado con el 15% del segundo grupo; la ausencia de un grupo de comparación detractó el valor del que de otra manera sería un excelente estudio. Paloucek y Graham también definieron tres variables psicológicas que podrían ser importantes como facilitadores o cofactores en la etiología o tiempo de aparición del CA: principalmente los patrones de la historia de la vida, eventos acumulativos de la vida

(pérdida, separación), y afectos (desesperanza). (18)

Por otra parte, Le Shan y Worthington (1959), confirmaron que la pérdida de un miembro familiar o de un pariente cercano han precedido a la primera manifestación de CA; y también desarrollaron el concepto de este fenómeno como el evento final de un patrón de historia de la vida que ellos sintieron hacían al paciente particularmente vulnerable al desarrollo del cáncer. Este patrón de historia de la vida fue encontrado en el 72% de 152 pacientes con CA y solamente 10% en comparación con un grupo de sujetos sanos. Este patrón de historia de la vida tiene tres fases. Durante la niñez, a causa de la pérdida del padre (s) o hermano (s), rechazo por uno o ambos padres, o el desarrollo de la excesiva dependencia de la madre, ya que el niño aprende que la depositación emocional en otra persona puede llevar al abandono y sufrimiento, de aquí que las siguientes relaciones serán superficiales, ésto dá como resultado una existencia sola y aislada. Precedente al desarrollo de la capacidad para el pensamiento lógico, un niño frecuentemente asume que él es responsable por cualquier trauma familiar y se culpa a sí mismo. Esto lleva un sentimiento de culpa, autorecriminación y sensación de derrota. La segunda fase comienza cuando la persona sobrepasa las barreras de relaciones interpersonales o encuentra un propósito para vivir en los niños, empleo, o un rol específico en la vida. La tercera fase de los patrones de historia de la vida comienza con la pérdida del empleo, papel o relación. En este marco, un número de personas desarrollaron cáncer. En un estudio doble ciego, de 15 pacientes con CA y 13 pacientes de control, 24 de 28 diagnósticos correctos, fueron basado en la presencia o ausencia del patrón de historia de la vida. (18)

- (18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological factors in the Etiology
and Treatment of Cancer of the Cervix
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June 1976

Green y Miller, en 1958, en una serie de estudios con pacientes con leucemia y linfoma, encontraron que la pérdida o separación de un ser querido precedieron a la aparición del cáncer en la mayoría de los pacientes estudiados. (18)

Kissen (1963), en un estudio con pacientes con CA de mama y un grupo control, utilizando entrevistas clínicas estructuradas y pruebas de reconocida validez y confiabilidad, encontró repetidamente que las pacientes con CA de mama, tenían un patrón de personalidad caracterizado por la "salida reprimida de la descarga emocional". Kissen en 1968 volvió a realizar la misma investigación y encontró los mismos resultados. (13)

Tenney (1968), hizo un estudio psiquiátrico con 135 pacientes con diagnóstico de CA y notó un patrón específico de personalidad. Los pacientes parecen tener una aversión secreta hacia a sí mismos, la cual estaba enmascarada, (aún hacia sí mismos) por una imagen mantenida por una relación emocional con otra persona o por una posición respetable en la sociedad. Cuando esta imagen fue destruida, ya sea por el alejamiento de la persona a través de la cual él se expresaba a sí mismo, o por la pérdida de su posición, esta aversión hacia sí mismo se manifestaba y el paciente no le daba ningún valor a la vida. Esto puede, posiblemente a través de mecanismos hormonales, acelerar el progreso del CA hacia un final fatal. (29)

(18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological factors in the
Etiology and Treatment of Cancer
of the Cervix
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June 1976

(13) H. STEVEN GREER
Risk factors in Breast Cancer
Stoll, BA, Ed. Chicago
William Heinemann Medical
Books LTD
New facts of Breast Cancer
Vol. 2, pp. 71-79, 1976

(29) TENNEY VA
A clinical study of the psychosomatic
aspects of cancer
Asian Med. J.; 11 (12): 16-21, 1968

Schoenbert, Bernard y Carr, en 1970, consideran que las mujeres con mastectomía son confrontadas con la pérdida psicológica. Por todos conceptos, la respuesta a la pérdida de una mama es similar a la respuesta de muerte de una parte del cuerpo o comparable con la pérdida de una persona significativa. (11)

Baltrush (1976), estudió 8,000 pacientes con diferentes lesiones cancerosas, por medio de investigaciones individuales retrospectivas, en grupo y prospectivas; encontrando que en la mayoría de los pacientes la manifestación clínica de malignidad, ocurre durante un período de la vida de stress severo e intenso, involucrando frecuentemente pérdida, separación y otras desgracias. Se encontró relación en la demora del diagnóstico y tratamiento, con una personalidad rígida y secreta de los pacientes con cáncer. (2)

b) El órgano afectado en relación a factores psicológicos.

Adler, en 1907, propuso una teoría de que cada individuo hereda un órgano que es inferior a los otros, donde los factores psicológicos traen consigo el significado simbólico del órgano del individuo, y que puede llegar a ser investido por cáncer ese órgano. (32)

El estudio de Tarlau y Smalheiser (1951), usando entrevistas detalladas y pruebas Rorschach en 11 mujeres con CA de mama y 11 mujeres con CA cervical, fue la primera investigación con pacientes con CA por psicólogos clínicos. La importancia de este estudio recae en el primer uso de este nuevo acercamiento, en lugar de los resultados obtenidos, que no fueron presentados en el artículo publicado. (18)

- | | | | |
|------|--|------|---|
| (11) | NANCY FUGATE RN, BSN, MN
Psychologic Aspects of
Breast Cancer
Review of the Literature
JOGN Nursing, Vol. 4, No. 5
15:22, Sept./Oct. 1975 | (2) | BALTRUSH H.J.
Psychosocial Stress and Cancer
Third International Symposium
of Detection and Prevention of Cancer
1976. 42-43, 1976 |
| (32) | WATSON P.G.
Psychological Aspects of
the Cancer Experience
can Nurse, 74(7); 45-48,
1978 | (18) | ANTHONY H. LABRUM
Psychological factors in the
Etiology and Treatment of Cancer
of the Cervix
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June 1976 |

Drellich, Bieber y Sutherland (1956), sostienen que las creencias de la causa de la enfermedad, junto con las ansiedades por la pérdida del útero, mantienen el concepto de que esta operación es vista inconscientemente como castigo por el removimiento de un órgano asociado con la actividad sexual cargada de culpa; por lo tanto, las creencias fueron divididas en dos grupos por Bard y Dyk en 1956 (9): 1) autoculpa y 2) creencias proyectadas. Estas creencias racionalizan las ansiedades. Estas ansiedades están originadas por el sentimiento de estar desvalida, inútil, dependiente, inatractiva o vieja prematuramente, como resultado de la operación. Drellich, Bieber y Sutherland consideran que el útero es visto como necesario para la realización de los roles construídos ordinariamente como femeninos en la vida personal individual como miembro de la sociedad. El útero es valorado como un órgano de parto, un instrumento de limpieza, un órgano sexual, una fuente de fuerza y juventud y atractivo femenino, y un regulador de la salud general y bienestar del cuerpo. Las ansiedades que rodean la pérdida inminente de este valioso órgano, son responsables del retraso en el tratamiento y de los miedos preoperativos y, en algunas ocasiones, pueden contribuir a una invalidez prolongada postoperativa la cual no está en proporción al deterioro del tejido. Estas reacciones emocionales se derivan de las creencias del paciente acerca de los efectos de la pérdida del útero sobre sus cuerpos, su vida y su total ajuste. (9)

En un estudio inglés posterior, Copen y Metcalfe (1963), reportaron una asociación estadística entre CA y extraversión. Sus descubrimientos estaban basados en comparaciones entre mujeres con CA de mama y pacientes sin CA, que estaban padeciendo de varias "condiciones ginecológicas y quirúrgicas". Desafortunadamente, el diagnóstico de las últimas pacientes y la etapa del CA de mama en el grupo control no fueron especificados, ni ninguno de los autores estableció si las pruebas fueron hechas antes o después de la cirugía. Estas omisiones hicieron difícil interpretar los descubrimientos. Es probable que el

- (9) DRELLICH, BIEBER Y SUTHERLAND
Adaptation to Hysterectomy
Ninth Annual Cancer Symposium of the
James Ewing Society
April 5, 88:94, 1956

estado emocional de las pacientes con CA de mama y las de control fueran diferentes al tiempo de las pruebas y esta variable pueda influir en las calificaciones. (13)

En un estudio hecho por Snell y Graham (1971), no se pudieron hacer conclusiones que implicaran el stress social en la etiología del cáncer. (11)

Sobre CA cervicouterino, Rotkin (1973), considera esta enfermedad virtualmente inexistente en monjas y vírgenes. La prevalencia aumenta a partir de la soltera, a la mujer sexualmente activa; de ésta a la casada pero sin hijos; de esta última a la casada con uno o más hijos, a las separadas, divorciadas o viudas. Ha demostrado claramente, que la edad del primer intercurso y el número de los compañeros sexuales son, por mucho, la variable epidemiológica más importante para determinar cuales mujeres son las que tienen el más grande riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. (18)

Watson, en 1973, realizó un estudio para determinar las actitudes de la mujer hacia el cáncer de mama en EU, encontrando que los principales temores eran: 1) temor hacia el cáncer, y 2) temor a que su condición de mujer estuviese disminuida por la operación. Esta última respuesta prevaleció más entre las mujeres jóvenes de nivel socioeconómico medio. El 51% de las mujeres (de una muestra de 1007 mujeres a las que se aplicó la entrevista), sintieron que esta pérdida conduciría a la mujer a perder su sentido de femineidad. El 56% sintió que podría conducir sus vidas como lo hacían antes de la operación. El 18% sintió que sería más duro ajustarse a la pérdida de una mama que a la pérdida de otra parte del cuerpo (brazo o pierna); y el 4% dijo que antes mori-

13) H. STEVEN GREER
Risk Factors in
Breast Cancer
Stoll BA, Ed. Chicago
William Heinemann
Medical Books LTD
New Factors of Breast
Cancer, Vol. 2
pp. 71-79, 1976

(11) NANCY FUGATE RN,BSN,MN
Psychologic Aspects of
Breast Cancer
Review of the Literature
JOGN Nursing, Vol.4, No.5
15:22, Sept./Oct., 1975

18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological Factors
in the Etiology and
Treatment of Cancer of
the Cervix
Clinical Obstetrics and
Gynecology
Vol. 19, No.2, June, 1976

rían que tener una mastectomía. La mayoría de las mujeres sintieron que un matrimonio feliz no estaría en peligro, pero el 51% de la muestra creyeron que las oportunidades de una mujer soltera de lograr un matrimonio feliz, se decrementarían después de la mastectomía. (32)

Milton, en 1973, sintetiza los pensamientos del paciente con CA como sigue: 1) La primera fase corresponde al momento en el cual el paciente empieza a pensar que su enfermedad puede ser CA. 2) La segunda fase está dominada por la convicción de que aunque la enfermedad es maligna, la afección es considerada curable, por el paciente, familia y doctor. 3) En la tercera fase, por el contrario, la convicción de que el tratamiento tiene solamente posibilidades paliativas limitadas, empieza a tomar raíces. En la cuarta y última fase, los signos premonitorios de la muerte aparecen. (12)

Tenney, en 1975, en un estudio de 135 casos con CA, observa relaciones entre disturbios emocionales y el CA, sin negar las posibles numerosas causas que se conocen, como agentes químicos, virus, polución en el aire, tabaco, etc. Da importancia a las glándulas endocrinas, sosteniendo que sirven como medio a la enfermedad en el órgano involucrado que es una representación exacta del área psicológica en la cual se encuentra el conflicto. El órgano involucrado representa el conflicto que es trasladado de la psique a su forma física. Habla de un patrón de personalidad secreto de los pacientes con CA, que emerge cuando se desorganiza el desarrollo de la autoimagen. Este patrón de personalidad se caracteriza por aversión a sí mismo, causada por la culpa; indignidad, un sentimiento de no ser amado y de no amar. Su aversión se ha mantenido encubierta para poder funcionar en el medio ambiente. Al desorganizarse este patrón, es cuando las ideas nocivas se hacen conscientes y abruma al paciente. (29)

(32) WATSON PG
Psychological Aspects
of the Cancer
Experience
Can Nurse, 74(7);
45:48, 1978

(12) GARUSI G.F.
Psychological Pro-
blems of the Cancer
Patient
Z. Krebsforsch
91(2):117-125, 1978

(29) TENNEY VA
A clinical study of
the Psychosomatic Aspects
of Cancer
Asian Med. J.
11(12):16-21, 1968

c). Estudios realizados con el Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI

Koenig (1967), estudió 36 pacientes con cáncer, referidos a Psiquiatría por presentar psicopatología; aplicaron el MMPI y encontraron que el 25% del grupo manifestó un grado significativo de depresión, y el 33% fue asignado sin encontrar justificación a su referencia a Psiquiatría. La comparación de las calificaciones del MMPI, con calificaciones de pacientes que sufrían de una depresión psiquiátrica involutiva, reveló que los pacientes con CA estaban considerablemente menos disturbados emocionalmente. (21)

Schonfeld, en 1972, estudió 42 pacientes con cáncer en radioterapia, observando que los pacientes que habían regresado al trabajo tienen menos pérdida moral y altas calificaciones en la escala del bienestar del MMPI y también menos ansiedad encubierta. (11)

Todd y Magarey, en 1978, estudiaron 43 mujeres con CA de mama, utilizando una entrevista estandarizada con definiciones operacionales de conceptos psicoanalíticos correlacionada con la escala de la ansiedad manifiesta de Milliet, el Inventario de ansiedad de Spielberger y la escala de depresión del MMPI. La importancia de este estudio radica en haber definido y medido operacionalmente las defensas del ego y afectos asociados con la crisis inducida por los síntomas del CA de mama, lo que hará posible que estos resultados sean utilizados o comparados empíricamente. (30)

- | | | |
|--|--|---|
| (21) LEVINE, SILBERFARB,
Mental disorders in
cancer patients: A
study of 100 Psychiatric
Referrals
Cancer 42:1385-1301,1978 | (11) NANCY FUGATE RN,BSN,MN
Psychologic Aspects of
Breast Cancer: Review of
Literature.
JOGN Nursing, Vol. 4, No.5
15-22,Sept./Oct.1975 | (30) TODD AND MAGAREY
Ego defences and
and Affects in women
with Breast Symptoms
A preliminary
measurement
Paradigm.
Br.J.Med.Psychol.
51(2),177-189,1978 |
|--|--|---|

d) Depresión y ansiedad.

Al revisar las investigaciones sobre depresión, encontramos en primer lugar a Sutherland y Orbach (1953), quienes consideran que cuando el paciente con cáncer no es capaz de desarrollar o convocar otras defensas compensatorias, la depresión persiste. Cuando la cirugía y sus consecuencias no interfieren con los patrones básicos de defensa, no hay depresión. El impacto de la experiencia quirúrgica y del órgano perdido de cualquier paciente son altamente individuales y solamente pueden ser examinados en la interpretación de los términos de los hechos en cada adaptación total de la vida de cada paciente. Los temores de inaceptabilidad y aislamiento, pueden ser fuentes mayores de depresión que los miedos a las recurrencias y a la muerte por cáncer. (28)

Booth (1965), sostiene que prevalecen las tendencias anales en pacientes con CA. También observó que existía un cambio favorable en la situación psicológica y psicosocial que justamente precedían una mejora en los enfermos cancerosos. Los procesos involucrados en la regresión espontánea parecen estar constituidos por un alivio significativo de la depresión. (33)

Achté y Vauhkonen (1970), trataron 100 pacientes con CA; el 58% tenía depresión, correlacionada fuertemente con ansiedad. La depresión ocurrió significativamente más a menudo en pacientes que murieron rápidamente, que en pacientes que vivieron durante un período de dos años después de la entrevista inicial. (21)

- (28) ARTHUR SUTHERLAND AND ORBACH
Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery, II: Depressive reactions associated with surgery of cancer.
Cancer 6(5):958-962, Sept. 1953.
- (33) WEINSTOCK C.
Notes on "spontaneous" regression of cancer.
J. AM. SOC. Psychosom. Dent. Med. 24(4):106-10, 1977.
- (21) LEVINE, SILBERFARB, LIPOWSKI.
Mental disorders in cancer patients: A study of 100 Psychiatric referrals.
Cancer 42: 1385-1391, 1978.

Schmael e Iker (1971), estudiaron 25 mujeres admitidas para biopsia, a causa de una clase III de Papanicolaou o por carcinoma in situ. La hipótesis fue que las mujeres experimentando los afectos de desesperanza o teniendo una predisposición para experimentar desesperanza, estarían más inclinadas a tener CA, que esas que no experimentaron dicho afecto. Define la desesperanza como una clase de "vencimiento", un sentimiento de desesperación, de que no existe futuro para esa persona y sintiéndose culpable de esa situación, sin que pueda hacer algo para cambiarla; el placer es derivado de la habilidad del sujeto de dar a otros y de la devoción que demandan ellos. La presencia de desesperanza o predisposición a la desesperanza fue determinada por una evaluación total de la entrevista. Los autores también encontraron 9 características que parecían diferenciar de las pacientes con cáncer, a aquellas que no lo tenían. Las pacientes con cáncer: 1) Declararon que ellas siempre habían tenido buena salud (aún cuando la historia médica indicaba cierto número de enfermedades), 2) Tenían una historia pasada de tumores benignos (pecho u ovarios); 3) Fueron forzadas a abandonar el hogar o prematuramente terminaron su educación para ayudar a mantener a la familia o para sobrevivir económicamente; 4) Se habían casado con un hombre más viejo o un hombre que estaba viviendo en un nivel socioeconómico más bajo; 5) habían trabajado cuando no estaban embarazadas; 6) Eran perfeccionistas; 7) Tenían gran interés o ambición por el futuro de sus hijos; 8) Estaban interesadas en la pobre salud de su esposo o en la negación a trabajar de éste; 9) Daban gran importancia a sus creencias religiosas personales. Obtuvo que la mayor proporción de mujeres con desesperanza tenían CA in situ. Hicieron predicciones en 68 mujeres en base al diagnóstico desesperanza y la selección al azar de una de las nueve características. De las 68 mujeres, 28 tendrían CA y 40 no. De las 28 predecidas a tener CA, 19 tenían carcinoma (16 in situ, 3 invasor), 68% correcto. De las 40 parecidas a no tener CA, 9 tenían CA in situ, logrando el 77% correcto. (18)

- (18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological Factors in the Etiology and Treatment of
Cancer of the Cervix
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June, 1976

Peck (1972), estudió 50 pacientes con CA que por error fueron tratados con radioterapia. El 74% de ellos mostró afectos depresivos, pero solamente el 3% fue juzgado severo y el 32% moderado. (11)

Moffic y Paykel (1975), en Yale, encontraron que se puede esperar un 25% de pacientes internados con CA, con síndrome depresivo. (21)

Labrum (1976), menciona la existencia de estudios psicológicos en mujeres con CA cervicouterino, que demostraron un sentimiento de desconfianza, definido como un sentimiento de desesperanza o falta de propósito en la vida. Las experiencias de la infancia y adolescencia en dichas mujeres han correspondido con índices de estilos de vida conductivos de CA; con características tales como la dominancia de relaciones sexuales tempranas, llevándose a cabo más frecuentemente como un pretexto para ser amadas o necesitadas. La mujer con una niñez y adolescencia más normal, tiene riesgo de contraer CA cervicouterino, solamente si ella pierde a su compañero, hijo o propósito para vivir; de cualquier manera ella puede tener un mejor pronóstico que el del grupo de "falta de confianza".

En 1976, Bernay estudió 3 hombre y 13 mujeres, encontrando que había mayor depresión en los pacientes no casados y gran desmoralización y depresión en los pacientes no quirúrgicos. La severidad de la enfermedad no estaba relacionada con la ansiedad y depresión presentadas, pero produjo mayores dificultades emocionales en la rehabilitación. Emergieron sentimiento de culpabilidad y pensamientos mágicos como defensa a

- (11) NANCY FUGATE RN, BSN, MN
Psychologic Aspects of Breast Cancer
Review of the Literature
JOGN Nursing, Vol. 4, No. 5, 15:22, Sept./Oct., 1975.
- (21) LEVINE, SILBERFARB, LIPOWSKI
Mental disorders in cancer patients: A study of 100 Psychiatric referrals.
Cancer 42: 1385-1391, 1978
- (18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological factors in the etiology and treatment of cancer of the Cervix
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June 1976

sentimientos de completa dependencia en otros. (3)

Lawson y Fitzgerald (1976), manifestaron que los factores psicológicos los cuales aparecen para contribuir a retardar el buscado tratamiento, son la tendencia a negar la información dolorosa, humildad, pobres relaciones del paciente con su médico, historia familiar previa de CA, temor de mutilación o muerte, edad, clase social y pesimismo acerca de la eficacia del tratamiento. Mencionan que hay estudios sobre la relación entre la personalidad y la aparición del CA, que han reportado resultados contradictorios (no dice autores ni métodos de investigación). En un grupo se encontró que la depresión, desesperanza y la no descarga de las penas fueron características de las personas que desarrollaron CA; en contraste, en otro grupo se encontró que personas que desarrollaban cáncer, consistentemente tenían menos depresión, ansiedad y agresividad que el grupo control no canceroso. La investigación de la relación de la personalidad y curso de recuperación, han mostrado que las personas que encaran convenientemente el hecho de tener CA y viven tan plenamente como les es posible, como si ellos no tuvieran CA, tienen mayor sobrevivencia. (20)

Holland (1978), utilizó el Inventario de Depresión de Beck, para investigar a 97 pacientes en quimioterapia por CA en etapas avanzadas, 66 parientes cercanos de los pacientes con CA y 99 personas físicamente sanas hospitalizadas a causa de un reciente atentado de suicidio. Sólo el 4% de los sujetos con CA estaban severamente deprimidos, contra el 13% de los casos de suicidio; el 19% de los pacientes con CA Vs el 41% de los casos de suicidio demostraron depresión moderada. Los pacientes con CA demostraron menos tristeza, pesimismo, culpa, autoacusación, sentido de falla e ideas de suicidio que los casos psiquiátricos. Señala que en las escalas usuales para medir depresión, se incluyen síntomas

- (3) BERNAY TM
Elements of a Psychological Profile of the cancer patient in Radiatio
Therapy: Implications for the use of Mental Health Services
Diss. Abstr. Int. (B); 37(2):968-B, 1976
- (20) LAWSON NC; FITZGERALD D
Psychologic Research in Cancer: an overview.
Cancer Bull; 30(2); 49-51, 1978

corporales tales como anorexia y fatigabilidad, los cuales son comunes en ambos, depresión y CA, por lo que es preferible confiar en síntomas psicológicos puros de depresión. Hace mención sobre los aspectos psicológicos más importantes a considerar en el paciente con CA, que son el stress y la depresión, por la frecuencia con que éstos aparecen. (15)

Weinstock (1977), menciona que en una conferencia organizada por la Sociedad Americana de Cáncer, en 1974, los psiquiatras concluyeron que los factores emocionales y de personalidad son importantes en la patogénesis y curso del CA, y que la regresión espontánea es un fenómeno significativo. La depresión reduce las defensas inmunológicas marcadamente a través del efecto del hipotálamo, el cuerpo de la pituitaria, así también como las secreciones adrenocorticales; y cualquier cambio en la depresión consecuentemente aumenta el ataque de las células cancerosas al sistema inmune celular. De la misma manera, cualquier cambio favorable en la situación psicosocial del paciente, precedía a la regresión espontánea, aún en casos con CA avanzado. (33)

Holland y Plumb (1978), estudiaron 80 pacientes con CA avanzado y 80 pacientes con intento de suicidio con la prueba de CAPPS (instrumento no descrito). Sus resultados fueron: 1) Ambos ajustes psicológicos del presente y pasado fueron mejor en los pacientes cancerosos que en los del grupo control. 2) Un tercio de los pacientes con CA no mostraron deterioro de la función psicológica. 3) Se encontró depresión moderada y reactiva en pacientes con CA, sólo el 20% con depresión severa. 4) El 12% de los pacientes cancerosos tenían ideas suicidas, pero no eran severas ni extremas. 5) Los pacientes con depresión severa tenían una historia anterior de depresión y perseverancia la cual no fue encontrada

- (15) HOLLAND JC
Psychologic Aspects of Cancer: The parameters of anxiety and depression (Meeting Abstract) (pp 71-73)
Third International Symposium on Oncology held by the Taj Pahlavi Cancer Institute, Pahlavi Medical School, Tehran University
Tehran, Iran, pp 115, 1978
- (33) WEINSTOCK C
Notes on "spontaneous" regression of cancer
J. AM. SOC. PSYCHOSOM. DENT. MED. 24(4): 106-10, 1977

en los moderadamente deprimidos. Los descubrimientos soportan la perspectiva de que la mayoría de los pacientes cancerosos que han luchado bien en el pasado, estaban manteniendo su equilibrio psicológico al hacer frente a la enfermedad que amenazaba su vida. Una historia anterior de desajuste y depresión es una señal psicológica para la pronta identificación del paciente canceroso que puede tener una mayor dificultad de ajuste hacia su progresiva enfermedad, el cual se puede volver severamente deprimido o suicida. (16)

e) Ansiedad, negación, culpa y hostilidad.

Sutherland y Orbach, en 1953, consideran que los individuos con problemas emocionales que involucran autodestrucción, son particularmente vulnerables para controlar la ansiedad antes de la operación, concierne con la muerte o mutilación por la cirugía, la cual está de este modo dotada con una añadida amenaza simbólica. Esta ansiedad despertada, se manifiesta por anorexia, insomnio, taquicardia u otros síntomas somáticos, confusión, indecisión, temor llegando algunas veces a pánico. Si el paciente no puede escapar del temor y por desconfianza es incapaz de poder apoyarse en los demás (personal médico), la ansiedad puede llegar a aumentar a tal grado de llegar a un quiebre total. Cuando los pacientes no tienen conocimiento específico de la operación y sus recidivas postoperatorias, una ansiedad aguda ocurre más comunmente que la depresión. (28)

Greer, en 1956, estudió 69 pacientes con CA de mama y 91 pacientes con una enfermedad benigna de la mama (grupo control). Les fue aplicada una entrevista clínica estructurada, enfocada en 4 factores: su historia de desórdenes psiquiátricos, el grado de ajuste social, su reacción al stress y la magnitud con la cual ellas suprimían o expresaban agresividad

- (16) HOLLAND J; PLUMB M
Current and past Psychologic Adjustment of Advanced Cancer Patients
(Meeting Abstract). Proc. Am. Assoc. Cancer Res.; 19:418, 1978
- (28) SUTHERLAND ARTHUR AND ORBACH
Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery II;
Depressive Reactions Associated with Surgery of Cancer
Cancer 6(5): 958-962, Sept., 1953.

y otros sentimientos. A cada paciente se le aplicó el Mill Hill Test de inteligencia verbal, el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) forma A, y el cuestionario de Caine y Fould de hostilidad y dirección de la hostilidad. Se obtuvo que la extrema supresión de la ira y otros sentimientos ocurre en una proporción altamente significativa (47.8%), en pacientes cancerosos que en los de control. Quienes expresaban exageradamente la ira, aunque en número mucho menor (20.3%), también fueron encontrados significativamente más a menudo entre los pacientes cancerosos que en los de control. También se encontró que los individuos evaluados como extremos supresores de la ira tenían calificaciones bajas de hostilidad -acting-out-, mientras que los extremos expresores tenían altas calificaciones. Las calificaciones de alta extraversión estaban asociadas con la extrema expresión de la ira y otros sentimientos. El resultado más importante de esta investigación es una asociación estadísticamente significativa ente el diagnóstico de CA de mama y la liberación anormal de emociones. Esta anormalidad en la mayoría de los casos, fue la extrema expresión de las emociones, aunque menos común, también ocurrió en una proporción más alta en pacientes con CA que en los de control. Los demás resultados no reportaron diferencias significativas. (13)

Titchener (1956), enfatiza la importancia de que se temiera el castigo proveniente del tratamiento quirúrgico por impulsos hostiles inaceptables hacia personas significativas del medio ambiente del paciente. (9)

Currier (1961), propone 7 patrones de reacción que son comunes después de la cirugía por cáncer, las reacciones son:

- (13) H. STEVEN GREER
Risk Factors in Cancer Patients
Stoll BA, Ed. Chicago, W. Heinemann Medical Books LTD
New Factors of Breast Cancer, Vol. 2, 1976
- (9) DRELLICH, BIEBER AND SUTHERLAND
Adaptation to Hysterectomy
Ninth Annual Cancer Symposium of the
James Ewing Society, April 5, 88:94, 1956

Dependencia, ansiedad, ira, hostilidad, culpa, hipocondriasis, conducta obsesivo-compulsiva y sentimientos paranoides. (32)

Cobb, en 1962, estudió 40 pacientes que conocían su diagnóstico de cáncer, que presentaban una continua ansiedad que va desde una "amenaza apreciable", hasta un vago miedo de poder hablar de esta específica amenaza, y terminando en la que parece ser una inteligente, ansiedad controlada. El 12.5% de la muestra estudiada, no tenían ansiedad, lo que posiblemente se deba a que desconocían el significado de su enfermedad, por ignorancia, ya que procedían de familias sin educación. Un 25% reportó vagos temores, posiblemente debido al shock del diagnóstico. Un 52.5% reportaron una específica amenaza personal: la muerte. Solamente el 10% del grupo estudiado aceptó el diagnóstico de cáncer con inteligencia y ansiedad controlada. (4)

Francis, en 1969, considera que en general el diagnóstico de cáncer es recibido más a menudo con shock y la subsecuente negación, usualmente seguida por ansiedad, regresión y represión. (11)

Kubler-Ross, en 1969, describe una secuencia específica de reacciones a las enfermedades fatales, y que son, por orden de aparición, el shock inicial, negación, enojo, depresión, aceptación y consuelo preparatorio, y éstas coexisten con la esperanza. (18)

- (32) WATSON PG
Psychosocial Aspects of the Cancer Experience
Can Nurse; 74(7); 45-48, 1978
- (4) COBB AB
Medical and Psychological Problems in the Rehabilitation of the Cancer Patient
Counseling and Rehabilitating the Cancer Patient.
75 (QZ200H):24-68, 1975
- (11) NANCY FUGATE RN, BSN, MN
Psychologic Aspects of Breast Cancer
Review of the Literature.
JOGN Nursing, Vol. 4, No. 5, 15:22, Sept./Oct., 1975
- (18) ANTHONY H. LABRUM
Psychological Factors in the Etiology and Treatment of the Cancer of the Cervix.
Clinical Obstetrics and Gynecology
Vol. 19, No. 2, June, 1976

Peck, en 1972, estudió las reacciones emocionales al cáncer e indica que existe cierta cantidad de negación en pacientes que sí conocen su diagnóstico. Estos pacientes aparecen negando sus posibles muertes, no sus cánceres; considera a la ira como a la emoción prevaleciente. (11)

La teorías de la personalidad revisadas por Watson (1975), sugieren que las personas quienes abusan de la negación y de la represión, parecen estar propensas a contraer cáncer. Se ha pensado que la represión para algunas personas es un factor que aumenta la susceptibilidad al cáncer. La autora propone que hay fases en la experiencia sobre el cáncer, en las que el paciente es llamado a hacerle ajustes a lo que él piensa sobre sí mismo, su diagnóstico, su tratamiento, y su futuro. Las fases son: 1) Fase de diagnóstico, 2) Fase de tratamiento, y, 3) Fase terminal. La culpabilidad y la proyección son también dos de los más grandes obstáculos psicológicos para aceptar el diagnóstico de cáncer; también hay pérdida de la autoestima por disturbios en la imagen corporal. La ansiedad y el temor son comunes en el paciente y la familia, hay temores de abandono que no son expresados, acompañados por temor al dolor y sufrimiento, pérdida del control de las funciones del cuerpo y dependencia de otros. También ha observado que los pacientes con cáncer que son más vulnerables a pensamientos de suicidio, usan estrategias de evitación o repudio. Estos pacientes se retiran con un doloroso aislamiento, caracterizado por un temor de destrucción por alguna fuente externa. Estos datos fueron reportados a partir del estudio de pacientes con cáncer. (32)

Lyon (1977), discute las etapas de negación, ansiedad y depresión. La negación de la enfermedad es el factor más importante en el retraso

(11) NANCY FUGATE RN, BSN, MN
Psychologic Apects of Breast Cancer
Review of Literature
JOGN Nursing, Vol. 4, No. 5, 15-22, Sept./Oct., 1975

(32) WATSON PG
Psychosocial Aspects of the Cancer Experience
Can Nurse; 74(7): 45:48, 1978

del tratamiento. El médico puede esperar una expresión de ansiedad manifiesta en el paciente antes que una adaptación realística hacia la enfermedad, y, algún grado de depresión en cada rasgo sobresaliente importante de su enfermedad. La cirugía puede estar seguida por una "psicosis postoperativa" o un síndrome psico-orgánico menos agudo. También un quiebre de defensas psicológicas puede estar evidenciado durante la psicoterapia. (22)

Derogatis y Abeloff, en 1977, estudiaron 35 pacientes que tenían CA de mama con metástasis, divididos en dos grupos. el primero comprendía a pacientes que habían vivido un año o más y el segundo a las pacientes que habían fallecido en el transcurso del año. Utilizaron instrumentos psicológicos estandarizados (no especificados). En el primer grupo se encontró elevada la hostilidad, ansiedad y psicotización, con estados de ánimo negativos. El segundo grupo tenía un estado de ánimo más positivo. Estos descubrimientos indicaron que los tipos de defensas psicológicas de las pacientes que externalizaron las emociones negativas y ventilaron frustraciones, están asociadas con un tiempo de sobrevivencia más largo. (7)

Levine, Silberfarb, Lipowski (1978), hicieron una revisión de 100 casos de pacientes con cáncer referidos a consulta psiquiátrica y encontraron: 1) La depresión fue la más diagnosticada. 2) Se encontró alta incidencia de penas emocionales, principalmente ansiedad y depresión en mujeres con CA de mama. 3) El suicidio es raro entre los pacientes con cáncer. 4) La depresión ocurrió significativamente más a menudo en pacientes que murieron tempranamente. 5) Los pacientes con CA reportaron menos tristeza, pesimismo, culpa, autoacusación, sentimientos de falla e ideas suicidas que los casos psiquiátricos. 6) Las depresiones

(22) LYON JS

Management of Psychological Problems in Breast Cancer (pp 225-232)
Breast Cancer Management, Early and Late. Stoll BA, Ed. Chicago,
W. Heinemann Medical Books, Inc. 1977

(7) DEROGATIS LR; ABELOFF

Psychological Coping Mechanisms and Length of Survival in Advanced
Breast Cancer (Meeting Abstract)
Proc. AM Assoc. Cancer Res.; 19:340, 1978

psicóticas son menos comunes entre los pacientes con cáncer. 7) El estudio demostró que los síndromes orgánicos cerebrales son el segundo desorden psiquiátrico más común en pacientes con cáncer (no menciona al primero). (21)

Floyd, en 1978, considera que los problemas básicos del paciente con cáncer, son la depresión, culpa y negación. (10)

Garusi, en 1978), considera que en el paciente con cáncer existe el temor, ansiedad, aturdimiento, sospecha y temor a lo desconocido, regresión en busca del grado infantil de seguridad, racionalización, culpa, liberación de la realidad (la enfermedad es minimizada o separada de contexto); agresividad, en cuando ho hay cura rápida y transferencia en el doctor. (12)

(21) LEVINE, SILBERFARB, LIPOWSKI

Mental disorders in Cancer Patients: A study of 100 Psychiatric referrals.

Cancer 42: 1385-1391, 1978

(10) FLOYD GJ

Identification of and Intervention into psychological problems of cancer patients. (Meeting Abstract)

Program and Abstracts of the Third Annual Convention of the Oncology Nursing Society held in Washington, DC

4-7 April, 1978, Oncology Nursing Society A:33, 1978

(12) GARUSI GF

Psychological problems of the cancer patient

Z. Krebsforsch; 91(2): 117-125, 1978

1.6.2 Aportaciones de investigadores a las etapas más sobresalientes del cáncer desde el punto de vista psicológico

A) Reacción Psicológica al Diagnóstico de Cáncer

Según Garusi (1978), el efecto psicológico del diagnóstico de cáncer, varía a través de un rango infinitamente amplio en relación a los patrones clínicos en los cuales se manifiesta a sí mismo, el sustrato cultural del paciente, sus experiencias anteriores con pacientes que padecieron un tumor maligno, y finalmente, en relación con el medio ambiente y la manera de cuidar y seguir al paciente, siendo este último punto el de mayor interés en este estudio.

Cuando el diagnóstico ha sido dado de cáncer, el paciente se precipita en un estado sin defensa biológico, que es prácticamente intolerable. No hay una simple explicación fisiológica del cáncer, y no puede haber a ciencia cierta una probabilidad completa de recuperación. Algunos pacientes se enfrentan cara a cara con la amenaza que es consistente, debida a su propio conocimiento del significado del cáncer. A menudo la ansiedad experimentada es realística, en algunos casos está basada en la mala información sobre la enfermedad. En las ocasiones en que no se aprecia ningún tipo de amenaza, es debido a la ignorancia del curso y pronóstico de la enfermedad.

Clinicamente, la reacción a la enfermedad, está caracterizada por sensación de temor (por la enfermedad por sí misma y el tratamiento), ansiedad profunda en el aspecto duda (miedo de que se pueda estar ocultando algo), aturdimiento, sospecha y temor a lo desconocido. Esto es simplificado al admitir al paciente al hospital, de este modo, desarraigándolo de su propio medio ambiente e introducirlo a un mundo nuevo en el cual él debe tratar de adaptarse a sí mismo; en las mujeres la ansiedad está incrementada por pesar acerca de su familia que han abandonado, especialmente cuando tienen niños pequeños.

Los mecanismos psicológicos de defensa están representados por la regresión psicológica de modo que el paciente se somete mansamente a

cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, en busca de un grado infantil de seguridad. Otra reacción característica del paciente canceroso es la racionalización, con la cual el intenta dar una causa a su enfermedad para reducir lo irracional o absurdo por una explicación racional. El buscará referencias y motivos en relación a factores hereditarios, exceso de fatiga, su edad, el destino (por ejemplo, "esta escrito en las estrellas") o, algunas veces, también sensaciones de culpa moral. Sin embargo, la reacción defensiva más ampliamente extendida es la Liberación de la Realidad, esta puede ser más o menos completa (la enfermedad es minimizada), o la liberación es notada en una separación de la enfermedad (reacción de aislamiento), cuando el paciente aísla su enfermedad de la ansiedad que despierta en él, y habla de ella y sus síntomas en su cuerpo como si fueran cosas ajenas, extraño es decirlo, esta actitud no tiene relación con el nivel cultural del paciente.

Cuando los factores psicológicos son considerados, existe una pequeña duda con respecto a la esperanza que permanece en el momento crucial, que es la respuesta que el paciente dé, cuando se le diagnostique enfermedad de cáncer. Todo diagnóstico de cáncer debe ser explicado al paciente en una forma que le permita mantener esperanzas. (12)

B) Impacto Psicológico del Tratamiento por Cáncer

Durante la fase de tratamiento, según Watson, uno de los elementos más importantes a considerar es el significado que la enfermedad y tratamiento tienen para el paciente y su familia.

Cada forma del tratamiento del cáncer acarrea con ella aspectos temerosos. Para la persona con cáncer esto puede significar mutilación, desfiguración, disfunción sexual, invalidez, cambios que constituyen un asalto a la imagen previamente intacta del cuerpo. Una alteración en el estilo de vida y, una cualidad de categoría general de vida que también

(12) GARUSI GF
Psychological Problems of the Cancer Patient
Z. Krebsforsch; 91(2): 117-125, 1978

serán áreas de ajuste que tendrá que encarar. El impacto de todos estos cambios puede ser devastador en el momento en que él está más vulnerable.

Aunque la cirugía a menudo es asociada con "cura", los pacientes pueden ser importunados por temores de recurrencia, y sentimientos de no aceptación y asilamiento, todos ellos causados por la depresión.

La mayoría de los pacientes temen a la terapia radiactiva; han oído de las náuseas, vómito, debilidad y malestar, que son parte de la enfermedad causada por la radiación. El paciente debe enfrentarse con muchos efectos laterales displacenteros, y después otros efectos tales como disfunción orgánica, esterilidad, y quemadas por las radiaciones. Este aspecto del tratamiento radiactivo puede causar enormes disturbios en la imagen corporal del paciente, resultando en una pérdida de la autoestima.

La quimioterapia en cáncer involucra una variedad de tipos diferentes y combinaciones de drogas. Un número de efectos laterales stressantes y disturbios en la imagen corporal aparecen con frecuencia. Pérdida del cabello y efectos masculinizantes y feminizantes, incluyendo disfunción sexual, son asociados con muchas drogas para el cáncer. A menudo por una depresión severa el paciente puede ser colocado en aislamiento, el cual puede más allá, aumentar sus sentimientos de no aceptación, soledad y depresión.

Para el paciente y la familia, la fase del tratamiento durante la experiencia del cáncer es costosa en ambos, física y psicológicamente; cuando el resultado es satisfactorio, la adaptación es facilitada por el sentimiento de que "todo valió la pena" al final. Este sentimiento generalmente existe aún cuando la amenaza de reincidencia o un nuevo tipo de cáncer esté siempre presente. (32)

(32) WATSON PG
Psychosocial Aspects of the Cancer Experience
Can Nurse 74(7); 45: 48, 1978

C) El Paciente con Cáncer en Etapa Terminal

Según Garusi (1978), el que padece cáncer pone todo en la lucha para evitar ser abrumado por la enfermedad y la devastación que se descarga en su existencia. Al avanzar la enfermedad, el paciente gradualmente pasa a través de la más o menos dolorosa experiencia de observar que sus relaciones con la gente han cambiado radicalmente. Se empieza a dar cuenta de la soledad de la que está rodeado por el sufrimiento y la ansiedad, condiciones en las que es imposible compartir con otros, así también como el removerlo de su medio ambiente habitual, y la pérdida de sus actividades diarias y responsabilidades. A lo largo del sufrimiento físico hay una pérdida progresiva de la esperanza, el cruel sentimiento de sentirse sólo mientras la vida se escapa. El miedo a la muerte trae consigo un intenso temor de abandono y el rompimiento de todas las ataduras. Después que el paciente tenga la gravedad de su condición física clara para sí mismo de la manera más conveniente, nunca habrá que apartarse del deber de mantenerlo con esperanza. Sin esto, el sentimiento de soledad se desarrolla dramática y progresivamente, mientras el cáncer gana el poder a las desesperadas defensas puestas por el organismo del paciente. Esta sensación crece progresivamente más aguda, especialmente durante las noches largas de insomnio donde todo alrededor es silencio y el paciente está despierto y solo, luchando con sus siempre invencibles dolores y su propia ansiedad profunda.

El estar preparado para morir, implica el poder de reflejar la existencia de uno como algo completo, perfecto, armónico. Pero negarse a morir es característico de nuestra sociedad, la inminencia de la muerte usualmente es ocultada al paciente, aún cuando su condición es muy grave, por temor a causarle a él, mayor ansiedad. (12)

Al revisar Langer (1964), lo que refiere Freud sobre la muerte, encontró que según él, no existe representación de la muerte en el inconsciente. Ya que carecemos de una experiencia previa, negamos

(12) GARUSI GF
Psychological Problems of the Cancer Patient
Z. Krebsforsch; 91 (2): 117-125, 1978

emocionalmente que tenemos que morir un día. Vemos morir a otros, racionalmente sabemos que vamos a morir, pero al no poder imaginarnos la propia muerte, nos conducimos como si no pudiera ocurrir nunca como realidad inmediata. Sin embargo, existe el temor a la muerte en todos nosotros pero se confunde, según Freud, con el temor inconsciente a la castración y con otros temores aún más arcaicos. Por lo que, ya que la propia muerte nos es desconocida como experiencia vivencial, nos sirve de pantalla para proyectar nuestras angustias infantiles conscientes e inconscientes.

Para Freud existen dos principios antagónicos: el instinto de vida, Eros, que une y al cual pertenecen los instintos sexuales y de autoconservación, y Tánatos, el instinto de muerte. Toda nuestra vida sería la resultante de un constante oscilar, de una lucha, o de una interacción entre ambos. El instinto de muerte tiene mucha fuerza en el momento de nuestro nacimiento y durante las primeras semanas de vida. Después prevalece Eros, que poco a poco pierde fuerza durante nuestro envejecer, cediendo siempre más a Tánatos, hasta que éste vence finalmente.

M. Klein, amplió los estudios de Freud sobre el dualismo instintivo. Sostiene que si existe un instinto de muerte, éste debe tener también su representación en nuestro inconsciente. Para ella ya el recién nacido se ve expuesto al temor de la muerte experimentando el peligro de la desintegración. El instinto de muerte es un componente fundamental de nuestras ansiedades básicas: la ansiedad paranoide y la ansiedad depresiva. Esquemáticamente, podría decirse que somos egoístas, cuando estamos bajo el dominio de la ansiedad paranoide. La ansiedad depresiva se manifiesta en la preocupación por nuestros objetos, en nuestro cuidado de ellos. Es pues altruista y pertenece a un estadio más evolucionado que la ansiedad paranoide pero, de nuevo, durante toda nuestra vida oscilamos entre ambos tipos de ansiedad. La ansiedad paranoide se manifiesta a través de determinados mecanismos psicológicos de defensa, como la idealización y la negación, mientras que la ansiedad depresiva permite un mayor reconocimiento y aceptación de la realidad. Ambos tipos de ansiedad influyen mucho en nuestra posición frente a la muerte.

La muerte es intolerable mientras nos sirve de pantalla para proyectar en ella nuestros temores infantiles y mientras significa el fin de nuestra existencia individual. Podemos reconciliarnos con ella y aceptarla si trascendemos en uno u otro plano, si ya no es total. Por éso, la persona profundamente creyente acepta la muerte -pero de ninguna manera basta la religiosidad convencional para no temerla- ya que la considera como el tránsito a otra vida. Igualmente la persona no creyente, pero psicológicamente madura y capaz de aceptar el ciclo vital, podrá reconciliarse con su propia muerte siempre que pueda prolongar su existencia a través de sus obras o sus hijos. Como también la acepta quien muere por una causa que lo sobrevivirá y quien sepa poner su esperanza en el destino de la humanidad. Esto es, como cada uno tiene y desarrolla su propio estilo de vida, también tiene que desarrollar "su propia muerte".

Si ubicamos al paciente dentro de su familia, necesitamos comprender el problema de todos sus familiares frente a él. ¿Qué es lo que sienten los familiares cuando se enteran que tendrá que morir su ser querido en breve plazo? Destacan dos actitudes contradictorias, pero existentes, simultáneamente, y que observamos por ejemplo, en los hijos de quien se va a morir. La segunda de ellas se vincula con el interrogante, de si decir la verdad al paciente sobre su estado o no. La primera deriva de nuestra reacción ambivalente frente a la muerte, ya que no la podemos imaginar aunque hasta podremos padecer de muchos temores hipocondríacos. Simultáneamente con el dolor y la pena por la pérdida inminente, con la piedad por el enfermo y el sufrimiento, está en una parte nuestro miedo inconsciente e infantil. A muchas personas, ya maduras en años, les resulta insoportable imaginarse la muerte de sus padres, no únicamente por el cariño que sienten por ellos, sino también por la fantasía de que ellos mismos recién entonces se volverán mortales. Pero junto con esta fantasía ansiosa, aunque más reprimida aún, suele existir una fantasía de triunfo, pues quienes se morirían serán los padres y no ellos. El enfermo reacciona inconscientemente a este sentimiento con su envidia del que sobrevivirá, envidia que perturba tanto como el triunfo del vínculo entre el enfermo y sus familiares. Frente a toda esta constelación psicológica, que aunque no sea conscientizada muchas veces, no es por éso menos penosa, surge el deso de negar

todo, de no decir la verdad. Interviene pues en este deseo, al lado de la piedad, el triunfo por el cambio de papeles -ahora yo soy grande y tú eres el niño que tiene que obedecer- que lleva entonces a tratar al paciente como si fuera un niño al que hay que mentir, frente a quien los adultos tienen secretos, ya que él no podría entender ni soportar la verdad, a quien, "para su bien", hay que manejar y dirigir.

El médico, identificándose con los hijos del enfermo, actúa de la misma manera. Se establece entre él y el enfermo una incomunicación a veces trágica, ya que no quiere hablar mucho, porque tiene que mentir. Cuando está con él, todo trato es convencional, o se refugia en una hiperactividad médica, tratando de hacer "algo", cuya eficacia es dudosa.

¿Y si dice la verdad? Hay pacientes que no la resisten, que prefieren el engaño, y como debemos respetar la manera de vivir de cada uno, siempre que no perjudique a la sociedad, también debemos respetar su manera de morir. Por otra parte, también existe la probabilidad de que si se le dice la verdad al paciente, al saberlo todos que la sabe, ya no cabe negar ni hablar con él de trivialidades, ya que nadie tendrá el valor de visitarlo y estar con él. Pareciera entonces que nos enfrentamos con un dilema insoluble: si mentimos tratamos al paciente como niño y lo aislamos, porque nuestro contacto con él es sólo aparente, y si le decimos la verdad, queda igualmente solo. Este es un problema cuya solución dependerá principalmente de la personalidad del paciente y su estado emocional, por lo que se obrará según el caso. (19)

E) Rehabilitación en Pacientes con Cáncer

El retorno al significado personal y a la autosuficiencia vocacional del incapacitado es la meta de la rehabilitación en cualquier enfermedad,

(19) MARIE LANGER

Psicología y Cáncer

Ediciones Hormé, SAE, Pags. 118-140, 1964

Kuehn (1969), enumera 5 factores esenciales para la calidad de la sobrevivencia. Estos 5 factores incluyen: salud, funciones, confort, respuesta emocional y el sentido económico.

La calidad de la salud del sobreviviente, enfocada no sólo a la recuperación de las recaídas o por el tratamiento por la enfermedad, sino también las condiciones generales físicas del paciente por 5 ó 10 años más tarde.

El punto de las funciones incluye la habilidad del paciente, en el período siguiente, para llevar a cabo tareas y trabajos de asignación.

El confort involucra la libertad del dolor o la angustia por su limitada actividad. La calidad de la sobrevivencia no puede ser alta si el paciente soporta dolores debilitantes o si él está constantemente entorpecido en sus movimientos.

Un factor a menudo pasado por alto en la calidad de la sobrevivencia es la respuesta emocional. Si el aislamiento por la enfermedad o el tratamiento han dejado al individuo desfigurado, su reacción emocional puede interferir, con la aceptación de su yo mismo alterado. En esta área hay muchos puntos tales como el exitoso ajuste dentro de la familia y la comunidad en que vive, que se oponen a convertir al enfermo en un recluso. Se debe hacer notar la presencia o ausencia de excesivas ansiedades o temores colocados alrededor de su futuro.

Finalmente, el elemento económico en la calidad de la sobrevivencia es presionante, por el costo del tratamiento necesitado.

Así, el rol de la rehabilitación para asegurar la calidad de la vida en el cáncer es en efecto desafiante. Permitirá al paciente enfocar y sobreponer sus limitaciones físicas y ansiedades psicológicas en el

proceso para prepararse al regreso a modo de vida satisfactorio. (4)

F) Comunicación

Watson (1978), señala que uno de los más grandes derechos del paciente, es el derecho de comunicación; y ésto significa, más que el intercambio de información, tener la oportunidad de expresar sentimientos sobre lo que está pasando y saber que una persona interesada lo está escuchando.

Abrams ha subrayado patrones de comunicación que ha observado en pacientes con CA. Estos son:

- 1) Etapa inicial.- En esta etapa el paciente anticipa una cura o un receso del mal. El paciente quiere la verdad, pero la autora hace notar que al paciente no debería serle dicho más de lo que quiere saber.
- 2) Este período se refiere a intervalos entre la iniciación y la etapa avanzada.- Aparece un cambio en la necesidad del paciente al comunicarse, ya que se empieza a retirar de cualquier discusión en su diagnóstico.
- 3) Etapa avanzada.- En este momento cada uno está ansioso y desalentado, la comunicación se encuentra en un atolladero.

Las maniobras de defensa por parte del paciente y del doctor son evidentes. El paciente rara vez consulta al doctor para información. El miedo al abandono es manejado por las disposiciones del hospital.

- 4) Etapa final o terminal.- El silencio se convierte en el lenguaje común especialmente en el área de las ansiedades del paciente. Los problemas emocionales que involucran abandono y muerte son de gran magnitud. (32)

- (4) COBB A B (32) WATSON P G
Medical and Psychological Problems in the Rehabilitation of the Cancer Patient/Counseling and Rehabilitating the Cancer Psychosocial Aspects of the Cancer Experience
Can Nurse; 74(7): 45:48, 1978

G) Aspectos Psicológicos de la relación Médico-paciente.

Refiere Cueli (1970), que el médico moderno se preocupa en forma exclusiva por conocer y manejar los procesos externos del paciente. Hace una medicina sintomática que trata las manifestaciones exteriores de la enfermedad; pero olvida el proceso interno del individuo. Ignora al hombre como tal, a su angustia, a sus deseos íntimos, a sus expectativas más profundas.

No se pueden curar enfermedades aisladas, porque implica enfocar la acción del médico sólo en un episodio de la vida del paciente. La verdadera terapia es la que promueve el desarrollo integral de toda la vida del paciente, lo que implica aceptar el punto de vista biopsico-social.

La relación médico-paciente debe ser una relación que termine con la muerte. Sólo con una relación así se puede elaborar una historia clínica completa.

Este proceso resulta más complicado y largo que nuestra habitual relación burocratizada. Sin embargo, a la larga, resulta más expedita. El conocimiento profundo de un paciente permite tratarlo en forma integral y radical. Esto redundará eventualmente no sólo en una mayor efectividad de las acciones médicas, sino también en un importante ahorro de tiempo y dinero por concepto de recaídas, de cambios de médico, de consultas con médicos particulares por parte de derechohabientes insatisfechos con la atención institucional, etc. Además, la relación profunda con un hombre es la única forma de hacer medicina humana.

El rechazo de muchos médicos a entablar este tipo de relación -que no implica sólo una posición idealista, sino también eminentemente práctica- obedece a muchos factores.

La función de las instituciones oficiales se ha visto limitada, en virtud de razones históricas, a la reintegración de la fuerza laboral

a la productividad. En este marco, lo que interesa no es acompañar ni desarrollar, sino reparar. En la medida en que las acciones comunitarias y preventivas no reciben la importancia debida dentro de este sistema, los consultorios se ven atestados de pacientes a quienes se debe atender en un mínimo de tiempo para garantizar la eficiencia de la institución. A largo plazo, este tipo de sistemas resultan efectivos sólo para realizar reparaciones paliativas, nunca un verdadero desarrollo del paciente.

En el ejercicio liberal de la medicina la situación no es muy diferente en esencia. Se ha creado el mito de que los médicos particulares sí establecen relaciones adecuadas con sus pacientes. Sin embargo, no debe confundirse un trato amable, casi siempre con la finalidad de retener al paciente en calidad de cliente, con la verdadera función de compañía y la relación amorosa, en el sentido señalado por Marañón. Esto último se logra muy raras veces, en virtud de que por encima de las necesidades del paciente, se preservan intactos el machote (historia clínica) como forma de pseudo-relación, y las necesidades del médico como motivo profundo del ejercicio clínico. No puede haber una auténtica relación afectiva si está condicionada a otro tipo de motivaciones más allá de la relación misma.

Otro factor más es la educación médica. Si en la escuela no se enseña a acompañar, difícilmente se logrará este aprendizaje en la vida profesional, cuando ya las actitudes básicas se han establecido. Nunca aprendemos a acompañar en la muerte, cuando la relación médico-paciente debería ser una relación hasta la muerte. Nunca aprendemos a manejar la separación en la relación. La angustia ante la muerte y la separación, y su consiguiente relación mediante la no-relación, son otros factores más que explican la crisis de la medicina contemporánea.

La relación médico-paciente para ser efectiva, debe llegar a la responsabilización social con el proceso de la enfermedad.

En la medida en que sigamos estableciendo relaciones máquina-paciente a machote-paciente, este ideal no se logrará y nuestra crisis se hará más honda. (6)

- (6) J CUELI
Aspectos Psicológicos de la Relación Médico-paciente.
La Relación Médico-paciente
Simposio Syntex, Pags. 15-36, 1970

CONCLUSIONES DE LOS ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Al examinar las investigaciones realizadas por los diferentes autores, observamos que la depresión es el rasgo que más se manifiesta en la mayoría de los pacientes con cáncer; siendo la ansiedad el segundo rasgo común que presentan estos pacientes. Algunos autores describen un patrón específico de personalidad de estos pacientes. Otros, como Drelllich, Bieber y Sutherland nos informan de la importancia del órgano afectado en relación a conflictos psicológicos, ya que consideran a la histerectomía como una operación que es vista inconscientemente como castigo por el removimiento de un órgano, asociados con la actividad sexual cargada de culpa.

Varios estudios hacen hincapié en el desarrollo del cáncer como consecuencia de la pérdida de un ser querido. Cobb y otros autores encontraron hostilidad y sentimientos de culpa en sus investigaciones. Ocho autores reportaron la negación como el mecanismo de defensa al que recurren con más frecuencia la mayoría de los pacientes con esta enfermedad. Con estos datos se puede deducir que existe una conexión entre el cáncer y trastornos de la personalidad. Por otra parte, la mayoría de los investigadores llevaron a cabo sus estudios con personas que padecían cáncer en diferentes regiones, con lo cual se puede deducir que los rasgos encontrados definen al paciente que padece cáncer de una manera general.

Nos enfrentamos a falta de metodología y poca información en el medio mexicano, lo cual motivó el diseño de una metodología que pudiera ser aplicada a nuestro medio.

CAPITULO II-PRUEBAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACION DE LOS
RASGOS DE PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES CON CANCER

Conforme a las investigaciones realizadas en otros países según el capítulo anterior, nos podemos dar cuenta de que pocas han sido las pruebas utilizadas para investigar los rasgos de personalidad en los pacientes con cáncer.

De los estudios que mencionan la prueba que utilizaron tenemos: a Tarlau y Smalheiser que aplicaron Rorschach. Schonfeld que aplicó el MMPI a 42 personas en radioterapia. Greer utilizó el Mill Hill Test de inteligencia verbal, el inventario de la personalidad de Eysenck (EPI) forma A y el cuestionario de Caine y Fould de hostilidad y dirección de la hostilidad, además de entrevista psiquiátrica estructurada. Todd y Magarey utilizaron una entrevista estandarizada con definiciones operacionales de conceptos psicoanalíticos correlacionada con la escala de ansiedad manifiesta de Milliet, el inventario de ansiedad de Spielberger, y la escala de depresión del MMPI. Koenig aplicó el MMPI y Holland utilizó el inventario de depresión de Beck. En la mayoría de los otros estudios se utilizó la entrevista sin especificar si era estructurada o no y, como ya se mencionó anteriormente, los resultados obtenidos en algunos casos no son claros y, en otros, son incompletos.

Nosotros seleccionamos el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad), por ser una prueba que permite el manejo estadístico, es de fácil aplicación, y porque se resuelve en poco tiempo; ésto es importante, ya que considerando el avance de la enfermedad con las consecuencias físicas que ésta produce, era necesario llevarse el menor tiempo posible en la aplicación de la prueba.

Por otra parte, fue necesario tomar en cuenta las investigaciones realizadas en México en relación a esta prueba. Encontramos que existen diferencias en la evaluación de la personalidad de los sujetos en USA y en México, y que se habían logrado establecer criterios psicopatológicos para interpretar los resultados obtenidos en una muestra de estudiantes mexicanos. Siendo ésta la razón que nos llevó a la utilización de dichos criterios.

De esta manera, se procederá a la presentación del MMPI, desde el punto de vista teórico, y del artículo que sustenta la utilización de los criterios psicopatológicos del MMPI en México, lo que llevará a la mejor comprensión de este estudio.

2.1 EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

El Inventario Multifásico de la Personalidad creado por S.R. Hathaway y J.C. McKinley es un instrumento psicométrico diseñado para proveer, en una sola prueba, puntajes sobre las fases más importantes de la personalidad.

Las escalas clínicas del MMPI fueron derivadas, por lo menos en parte, de la terminología Kraepeliana, según las modificaciones y aplicaciones que tienen en la práctica psiquiátrica de los Estados Unidos de Norteamérica. Estas escalas no suponen la medición de rasgos clínicos puros, ni representan entidades etiológicas ni de pronóstico. El perfil del MMPI obtenido de cada persona debe ser evaluado subjetivamente por el experto en términos de la importancia de los síntomas, de la dinámica del sujeto, del pronóstico y del ambiente cultural específico en el que se mueve.

El MMPI originalmente fue diseñado con el fin de analizar aquellos rasgos que comunmente son los característicos de la psicopatología. La lista original consistió en 1200 frases que después se redujeron a 504. Actualmente el cuaderno del MMPI consta de 566 proposiciones, a las cuales el sujeto debe responder con "cierto", "falso" y "no puedo decir", según su criterio.

El inventario fue diseñado para ser aplicado a personas a partir de los 16 años, si bien ha dado resultados satisfactorios con sujetos de menor edad.

Por conveniencia en el manejo, y para evitar la duplicación, las frases fueron clasificadas en veintiseis clases, aunque no se presumió necesariamente que una frase era clasificada de modo apropiado, simplemente porque había sido colocada en una categoría dada. El arreglo fue de la siguiente manera:

- 1.- Salud en general (9 frases).
- 2.- Neurología general (19 frases).
- 3.- Nervios craneales (11 frases).

- 4.- Acción y coordinación (6 frases).
- 5.- Sensibilidad (5 frases).
- 6.- Vasomotor, alimenticio, lenguaje, secretorio (10 frases).
- 7.- Sistema cardiorrespiratorio (5 frases).
- 8.- Sistema genitourinario (5 frases).
- 9.- Sistema gastrointestinal (11 frases).
- 10.- Familia y matrimonio (26 frases).
- 11.- Hábitos (19 frases).
- 12.- Ocupaciones (18 frases).
- 13.- Educativas (12 frases).
- 14.- Actitudes sexuales (16 frases).
- 15.- Actitudes religiosas (19 frases).
- 16.- Actitudes políticas: Ley y orden (46 frases).
- 17.- Actitudes sociales (72 frases).
- 18.- Afecto, depresivo (32 frases).
- 19.- Afecto, maníaco (24 frases).
- 20.- Estados obsesivos y compulsivos (15 frases).
- 21.- Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones, ideas falsas (31 frases).
- 22.- Fobias (29 frases).
- 23.- Tendencias sádicas y masoquistas (7 frases).
- 24.- Moralidad (33 frases).
- 25.- Temas principalmente relacionados con masculinidad y femineidad (55 frases).
- 26.- Temas para indicar si el sujeto está tratando de colocarse en un nivel poco aceptable (15 frases).

En total son 550 frases, pero algunas se repiten para lograr las 566, para la obtención de validez .

Los autores comprendieron la importancia que tendría el completar la entrevista psiquiátrica con un inventario de proposiciones que pudiera estar sujeto a un análisis estadístico. Mientras que otros inventarios precedentes se componen de reactivos calificados de acuerdo con la noción que el autor tenía acerca de lo que el reactivo indicaba, este nuevo enfoque asumía que el diseñador de la prueba conocía el significado implicado del reactivo y que el sujeto daría respuestas honestas con respecto a sí mismo. La idea más importante de Hathaway y McKinley fue

que las escalas del inventario, debían desarrollarse empíricamente a través de la selección de reactivos, que diferenciaban estadísticamente grupos normales y anormales. (14)

Desde la aparición del MMPI, en 1940, el inventario estuvo provisto de calificaciones para nueve escalas clínicas. Cada una de estas escalas se estandarizó teniendo grupos control de aproximadamente 700 sujetos, cuyas edades fluctuaron entre los 16 años y los 55 años. Las escalas originales desarrolladas por los autores fueron:

- 1.- Hs - Hipocondriasis
- 2.- D - Depresión
- 3.- Hi - Histeria
- 4.- Dp - Desviación psicopática
- 5.- Mf - Masculinidad - Femenidad
- 6.- Pa - Paranoia
- 7.- Pt - Psicastenia
- 8.- Es - Esquizofrenia
- 9.- Ma - Hipomanía

Otra innovación del MMPI es la utilización de cuatro "escalas de validez". Estas escalas no analizan la validez en sentido técnico, sino que representan controles sobre la falta de cuidado o la mala interpretación del sujeto al tomar la prueba. También registran los intentos deliberados del examinado por causar una impresión negativa o positiva. La escala de "no puedo decir" (?), la de las mentiras (L), y la de la validez (F), se usan ordinariamente para lograr una evaluación general de los resultados de la prueba.

Si alguna de estas escalas excede a un determinado valor máximo se considera la prueba invalidada.

La escala de corrección (K) fue diseñada para funcionar como "variable de supresión". Se emplea para computar un factor de corrección, el cual es añadido a las calificaciones de algunas de las escalas

(14) S.R. Hathaway, J.C. McKinley
Inventario Multifásico de la personalidad
Ed. El Manual Moderno, 1979, Pags. 2 y 3

clínicas para obtener calificaciones totales ajustadas. Debe de hacerse notar que las escalas de validez no han sido completamente estandarizadas y su uso se deja al juicio del experto clínico.

Posteriormente a la publicación del MMPI en su forma original, han sido desarrolladas aproximadamente 200 escalas nuevas y mediante éstas se pueden investigar áreas tales como la dependencia, la sociabilidad, la fuerza del yo, el prejuicio y muchas otras.

En un sentido amplio, el psicólogo clínico puede interpretar los perfiles del MMPI en relación a tres patrones generales. Estos son: el llamado "grupo neurótico", el "grupo con problemas de conducta", y el grupo psicótico. Tomando en cuenta lo anterior, las escalas Hs (Hipochondriasis), D (Depresión), Hi (Histeria), tienden a ser las dominantes en pacientes neuróticos (tríada neurótica). La escala Pt (Psicastenia), es considerada comunmente en relación a la neurosis, por lo que se incluye como un cuarto índice neurótico.

Los perfiles de personas con problemas de conducta presentan una predominancia en las escalas Dp (Desviación Psicopática), Mf (Masculinidad-femineidad) y Ma (Manía), teniendo también cierta relación la escala Ps (Paranoia).

En los perfiles psicóticos, las escalas Es (Esquizofrenia) y Pa (Paranoia), son las de mayor importancia, encontrándose también relacionadas las escalas D (Depresión) y Ma (Manía).

Estos patrones generalizados están sujetos a muchas excepciones, pero son de gran valor en el manejo de datos de grupo.

La práctica en el manejo del MMPI ha demostrado que a medida que se encuentren más escalas elevadas y entre más altos sean los puntajes de éstas, habrá mayor probabilidad de que la persona en cuestión se encuentre seriamente perturbada.

Se dará a continuación una breve descripción de cada escala del Inventario Multifásico de la Personalidad:

ESCALAS DE VALIDEZ

Escala (?) "no puedo decir"

El número de frases no contestadas constituye el puntaje de esta escala, se le enfatiza al sujeto que conteste todas las preguntas. Un alto número de omisiones significa o bien una gran defensividad de parte de los sujetos, o que el sujeto no sabe cómo contestar y esto indica que no se puede llegar a ninguna conclusión sobre esta persona en particular.

Escala L

Esta escala está integrada por 15 frases, fue diseñada a partir de la investigación de Hartshorne y May (1928). Hathaway y McKinley tomaron los reactivos deliberadamente y los introdujeron como un grupo en la prueba.

El contenido involucra sentimientos agresivos, pensamientos malos, tentaciones, falta de control o conformidad. Personas demasiado escrupulosas ofrecen una puntuación L mayor que la generalidad de las personas.

El puntaje de esta escala, llamado también puntaje mentira, es también de validación y permite una medición del grado en que el sujeto puede intentar falsificar sus puntajes, seleccionando siempre las respuestas que le sitúen en la posición social más favorable.

Escala F

Esta escala está integrada por 64 frases, el puntaje F no es una escala de personalidad, pero se utiliza como una forma de evaluar la validez total de todo el protocolo en general. Este puntaje indica el grado de comprensión del sujeto a los reactivos de la prueba y a las instrucciones de la misma.

Si la puntuación en esta escala es muy alta, esto indica que la prueba no es válida o que el sujeto no colabora en forma adecuada para

resolver el problema. También se hace notar que los sujetos con personalidad esquizoide, debido a sus problemas de personalidad, contesten en forma extraña y por lo tanto rinden una alta puntuación en esta escala o también puede ocurrir que sean personas que desean engañar.

Escala K

Se utiliza combinada con cinco escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es, y Ma como un factor de corrección para aumentar el poder discriminativo de las escalas clínicas medidas por el inventario.

El puntaje K debe considerarse como una medida de la actitud del sujeto ante la situación de prueba. Se usa para detectar las actitudes conscientes e inconscientes de personas defensivas o autocríticas.

ESCALAS CLINICAS

1 (Hs), 2 (D), 3 (Hi), 4 (Dp), 5 (Mf), 6 (Pa), 7 (Pt), 8 (Es), 9 (Ma), y, 0 (Si).

Escala 1 (Hs)

La escala 1 contiene 33 reactivos e intenta medir las características de personalidad relacionadas con patrones neuróticos de hipocondriasis. Algunas personas diagnosticadas con desórdenes físicos muestran una preocupación anormal por sus funciones del cuerpo, y puntúan alto en esta escala.

Esta preocupación por su salud domina su vida y frecuentemente restringe seriamente el rango de sus actividades y de sus relaciones interpersonales. El cuadro clásico de hipocondriasis frecuentemente incluye egocentrismo, inmadurez y carencia de insight sobre las bases emocionales de sus preocupaciones por los procesos somáticos.

Esta escala juega un papel principal en la estructuración del perfil de la llamada "Tríada neurótica", integrada por la elevación de las escalas 1, 2, y 3. También es importante el papel de esta escala en la

"V" conversiva de la histeria, cuando esta escala se encuentra a la misma elevación de la escala 3, y la escala 2 está por debajo de ellas.

Escala 2 (D)

Esta escala está constituida por 60 reactivos. El grupo clínico en el cual se basó, mostró un patrón depresivo. La mayoría de los reactivos incluidos en esta escala fueron seleccionados directamente por comparación del grupo psiquiátrico y del normal; expresan apatía, renuncia de impulsos básicos, de negación de felicidad, de mérito propio y de sentimientos de minusvalía e inferioridad.

Algunos reactivos indican síntomas clínicos como disturbios en el dormir y quejas gastrointestinales, éstos no son generalmente considerados como parte del síndrome depresivo, pero son rasgos que pueden ser frecuentemente observados en pacientes psiquiátricos depresivos.

La excesiva sensibilidad y la carencia de sociabilización mostrada en estos reactivos pueden ser vistas en sus conductas.

La escala 2 forma parte de la Tríada Neurótica, pero también frecuentemente se le encuentra en la elevación de cuadros psicóticos.

Escala 3 (Hi)

Esta escala, constituida por 60 reactivos, fue desarrollada para ayudar a identificar a pacientes que utilizan defensas neuróticas en la histeria de conversión. Estos pacientes desarrollan síntomas físicos como una forma de resolver sus conflictos o evitar responsabilidades.

La histeria de conversión debe aparecer sólo bajo tensión, mientras que en circunstancias ordinarias no es tan evidente. La necesidad de una medida de personalidad que reflejara tal predisposición antes de que suceda, fue parte de la motivación para desarrollar esta escala.

Las mujeres con esta escala alta son generalmente irritables, con

molestias de las que se quejan frecuentemente, dependientes, amistosas y leales.

Los hombres normales con puntuación elevada se consideran idealistas, perseverantes, comunicativos, afectuosos, sentimentales, individualistas, accesibles y colaboradores en actividades sociales.

Escala 4 (Dp)

Esta escala, formada por 50 reactivos, fue desarrollada para medir las características de personalidad de sujetos con conducta anormal y asocial, o sea, sujetos de personalidad psicopática.

El rasgo principal del patrón de personalidad psicopática incluye cuadros patológicos en la estructura de su personalidad con mínima angustia y poco o ningún sentimiento de malestar.

El diagnóstico de desórdenes de la personalidad incluye en la actualidad a la personalidad sociopática, reacciones antisociales, perversión sexual y alcoholismo. Se incluye también a personas mentalmente enfermas que se encuentran en desacuerdo e inconformidad con el medio ambiente social, con el medio cultural; a veces las reacciones sociopáticas son sintomáticas de neurosis o psicosis o como resultado de lesiones cerebrales.

Estas personas muestran marcada inmadurez emocional, falta de sentido de responsabilidad, falta de juicio y, siempre razonan su conducta de tal manera que a sus propios ojos es razonable y justificada.

El grupo criterio usado para esta escala fue tomado de una gran cantidad de casos psiquiátricos que eran estudiados por sus acciones delictivas.

Escala 5 (Mf)

Esta escala, integrada por 60 reactivos, fue diseñada para identificar rasgos de personalidad relacionados con desórdenes de inversión

homosexual. Este síndrome es otro subgrupo homogéneo en la categoría general de personalidad psicopática, algunas veces llamada sexualidad patológica.

Personas con este patrón de personalidad frecuentemente muestran una puntuación elevada en esta escala, esto implica una orientación en dirección a actitudes del sexo opuesto. Lo que no significa que necesariamente el sujeto que ofrece una puntuación alta en esta escala tenga inclinaciones homosexuales.

Una alta puntuación en los hombres puede referirse a pasividad, dependencia; en cambio en las mujeres la alta puntuación revela características dominantes y marcada protesta masculina.

La baja puntuación en esta escala en la mujer puede referirse a pasividad masoquista, y en los hombres pueden referirse a independencia y masculinidad, implicada en conducta activa, atrevida y tosca.

Escala 6 (Pa)

Esta escala, formada por 48 reactivos, fue diseñada para evaluar el patrón clínico de paranoia. El concepto de paranoia incluye un grupo de ideas de desconfianza, referencia, grandeza. Aunque estas personas muestran estos rasgos de personalidad, dan la impresión de estar bien orientadas en tiempo y espacio, e integradas las ideas de referencia con la estructura de su manera de pensar.

Pero pueden mostrar mala percepción o mala interpretación de su situación en la vida, en tal forma que la percepción parecería estar en desacuerdo con sus habilidades e inteligencia.

Estas características paranoides aparecen en esquizofrénicos, o en reacciones depresivas y pueden ser temporales, reversibles o progresivas.

Los sujetos con escala 6 elevada son perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos en sus posturas, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales, y dados a preocuparse por lo que otros

puedan pensar o decir de ellos.

Escala 7 (Pt)

Esta escala integrada por 48 reactivos, fue diseñada con el propósito de encontrar características de la personalidad clasificadas como psicastenia, o síndrome obsesivo-compulsivo. Los rasgos de personalidad incluyen además de ruminaciones obsesivas y de conducta compulsiva, algunas formas de temores anormales, preocupaciones, dificultad en concentrarse, sentimientos de culpa, excesivas dudas para tomar decisiones y angustia.

Un aspecto importante del cuadro obsesivo-compulsivo, es que las personas pueden tener la tendencia a ser exactas y rígidas en ciertos aspectos de su conducta, y, por el contrario, puede ser contrastadamente opuesta en otras, es decir, existe inconsistencia en la manera de comportarse. Por otra parte, los pacientes obsesivo-compulsivos son a menudo esquizoides y sus obsesiones y compulsiones son tan irracionales como algunas de las ideas raras de la persona completamente esquizofrénica.

El sujeto normal con puntuación elevada en esta escala, es sentimental, dependiente, deseoso de agradar, con sentimientos de inferioridad, indeciso, tranquilo y de buen temperamento, aunque individualista e insatisfecho. La mujer con puntuación alta es sensitiva, emotiva, dada a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

Escala 8 (Es)

La escala 8 está formada por 78 reactivos y mide la similitud de las respuestas de la personas con las de aquellos pacientes que se caracterizan por pensamientos o conducta inusitados y extraños. Existe una separación entre la vida subjetiva y la realidad en la persona esquizofrénica a tal grado que el observador no puede seguir racionalmente los cambios de modo o de conducta, pero los rasgos importantes son su incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Además el esquizofrénico no tiene interés en el medio ambiente y generalmente da la impresión de encerrarse

en sí mismo, y se mantiene o puede mantenerse fuera de todo contacto con este mundo.

Generalmente, estas personas están caracterizadas por patrones sintomáticos complicados. Se puede pensar que todos los adultos con una puntuación elevada en esta escala, tienen mentalidad esquizoide. Estas personas, aunque generalmente son conocidas por sus amistades como raras, peculiares, aisladas y extrañas, son capaces de mantenerse por sí solas, trabajar y vivir vidas relativamente normales. El sujeto normal con puntuación alta, es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño, con poco talento social.

Escala 9 (Ma)

Esta escala, constituida por 46 reactivos, tiene como objetivo diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maníaco-depresivas tipo maníaco.

El cuadro maníaco ha sido dividido en tres grados: hipomanía, manía aguda y manía delirante. En la hipomanía, el grado de manía es relativamente leve, el paciente puede ser ambulatorio, enérgico, deseoso de realizar muchas labores, monopoliza conversaciones, se siente dueño del mundo; pero no solamente es eufórico y animado, sino que puede comportarse impulsivamente; puede, por ejemplo, presentar un cuadro de sexualidad promiscua durante un episodio hipomaníaco y posteriormente, después de la remisión del episodio, considerar su conducta anterior con sentimientos de culpa o remordimiento. El hipomaníaco se puede diferenciar de las personas con sentido del humor genuino en el hecho de sentirse enormemente irritadas ante la frustración más trivial.

En el cuadro de manía aguda el paciente se exalta, muestra lenguaje y pensamiento acelerado, excitación motora, delirios de grandeza que se expresan con ideas irreales de poder, riqueza, fuerza o inteligencia brillante.

El sujeto normal que ofrece una puntuación alta en esta escala es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que le rodean.



Escala 0. (Si)

Esta escala está formada por 70 frases y fue derivada y validada como una parte de una serie de estudios para medir las características que se pensó eran importantes en la adaptación a la Universidad, las cuales no se pueden medir directamente por ninguna de las escalas originales. Después fue agrupada a las calificaciones y al perfil.

Desde que la escala 0 fue derivada y validada en un grupo de estudiantes universitarios, no es sorprendente encontrar estos reactivos incluidos en esta escala, relativos a varios aspectos de ajuste social a la Universidad.

La elevación de la escala 0, se observa en personas que muestran características de introversión, especialmente timidez, inseguridad social y aislamiento.

Esta escala forma parte del protocolo que normalmente se utiliza y nos sirve para evaluar la manera como un sujeto en particular responde ante las situaciones sociales y cómo reacciona ante la gente.

La representación del perfil se hace numéricamente, ya que las escalas clínicas van precedidas de un dígito - que cae dentro de la serie de números naturales y que va del uno al cero-, lo cual nos lleva a una amplia gama de combinaciones de estos números, y, ésto en el plano de la realidad nos indica que no encontraremos una exacta duplicación de perfiles. (26)

CONFIABILIDAD

Los datos que han sido aportados sobre la confiabilidad del MMPI parecen bastante satisfactorios. Hathaway y McKinley, utilizando sujetos normales no seleccionados, informaron los coeficientes de seis de las variables clínicas. El tiempo entre la prueba y la segunda prueba

(26) Núñez Rafael
Aplicación del Inventario Multi-
fásico de la Personalidad a la
Psicopatología MMPI
El Manual Moderno, México, 1979

varió de tres días hasta más de un año. Cottle informó de los coeficientes de prueba y segunda prueba, utilizando sujetos no seleccionados, quienes fueron examinados con una semana de diferencia. Holzberg y Alessi encontraron coeficientes para la prueba con pacientes psiquiátricos no seleccionados, a quienes se les aplicaron las dos pruebas con una diferencia de tres días de tiempo. Los coeficientes que ellos encuentran pueden proporcionar una estimación conservadora de la confiabilidad del MMPI.

VALIDEZ

Un alto puntaje en una escala ha favorecido la predicción positiva del diagnóstico final correspondiente por la estimación en más del 60% de nuevas admisiones psiquiátricas. Este porcentaje es derivado de la diferenciación entre grupos normales y de enfermos. Aún en los casos en que un alto puntaje no fue seguido por el diagnóstico correspondiente, la presencia del rasgo en un grado anómalo en el cuadro sintomático se notará casi siempre. (14)

ADMINISTRACION DEL TEST

Se proporciona al sujeto el cuadernillo de frases del MMPI con una hoja de respuestas en la cual anotará con lápiz si la respuesta es cierta o falsa, además de consignar en ésta sus datos personales. Se procederá a leer las instrucciones que aparecen en la carátula del cuadernillo. El examinador debe cerciorarse de que los sujetos las han comprendido bien, y si no es así, será necesario explicar detalladamente la prueba a aquellas personas que muestran dificultad en comprender la consigna.

El test se responde en un tiempo promedio de 90 minutos. El examinador debe tratar de obtener que los sujetos contesten la mayor parte de las frases y que dejen de contestar un mínimo.

(14) S.R. Hathaway, J.C. McKinley
Inventario Multifásico de la Personalidad
Ed. El Manual Moderno, 1979. Pags. 2 y 3

CALIFICACION DEL TEST

Una vez que se tiene la hoja de respuestas contestada adecuadamente, se calificará el protocolo obtenido. Se comenzará por marcar las respuestas no contestadas y aquellas en que las mismas frases han sido contestadas con cierto y falso a la vez, lo cual elimina esas frases, con su respectiva anotación.

Se procede a la calificación de las escalas de validez, así como de las clínicas a través de las plantillas elaboradas para este fin. El puntaje obtenido son calificaciones en bruto y el puntaje K y sus fracciones, servirán para la corrección de las escalas 1.4, 7, 8 y 9. El siguiente paso será la graficación de los datos obtenidos, con lo que se obtendrá el perfil.

En la práctica clínica, se reconoce que el perfil en sí no debe utilizarse de acuerdo con la elevación aislada de la escala que se destaca sobre todas las otras escalas, sino más bien de acuerdo con la integración total de todas las escalas que integran la prueba, incluyendo las escalas de validez y número de frases no contestadas por el sujeto. En este sentido existe una variada forma de combinaciones y, aunque a veces la combinación de esas escalas se reconoce semejante a otra combinación, en realidad no existen duplicaciones exactas de dichas combinaciones. Es por ésto que ha sido necesario establecer un sistema representativo del perfil por medio de una cifra o expresión numérica que facilite la reducción de la gran cantidad de perfiles diferentes, a un tamaño práctico y manejable para fines de referencia e investigación.

Esta expresión numérica se ha llamado clave del perfil. (26)

- (26) Nuñez, Rafael
Aplicación del Inventario Multifásico de
la Personalidad a la Psicopatología MMPI.
El Manual Moderno, México, 1979

2.2 LOS CRITERIOS PSICOPATOLÓGICOS

A continuación transcribimos el artículo que sustenta la utilización de los criterios psicopatológicos del MMPI.

EL MMPI EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LAS ALTERACIONES MENTALES EN POBLACIONES UNIVERSITARIAS

La necesidad de contar con técnicas psicológicas adecuadas que faciliten la detección temprana de la presencia de psicopatología en estudiantes universitarios, con el fin de ofrecer una ayuda clínica oportuna nos ha llevado, en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, a desarrollar un método que, a través del empleo del MMPI, nos permite clasificar en 5 diferentes grados de psicopatología a un grupo de estudiantes de la Facultad de Medicina.

Este intento de clasificación en grados de psicopatología está fundamentado en un proceso previo de normalización en base a las medias y desviaciones estándar del propio grupo, ya que se encontraron marcadas diferencias en la distribución del grupo al utilizar las normas de la población americana.

El presente trabajo expone las reglas que se hicieron para distribuir a nuestra población de 1531 alumnos universitarios en 5 grados de psicopatología (en donde el grado 1 era el indicador de una psicopatología más grave y el 4 de ausencia de alteraciones importantes; el grado 5 utilizó para los perfiles que resultaron invalidados).

Trataremos también la fundamentación teórica de estas reglas a través de algunas referencias de los manuales de interpretación de la prueba más utilizados, especialmente en México.

Aunque no se ha llevado a cabo un estudio estadístico sobre la validez de estas reglas, se han encontrado importantes coincidencias en la clínica al comparar los resultados de las entrevistas psiquiátricas que se hicieron a una muestra de alumnos de cada uno de los grados de psico-

patología y su clasificación en dichos grados.

1. El MMPI es un excelente instrumento para detectar oportunamente a los individuos que dentro de un grupo padecen formas graves de psicopatología en comparación a los demás componentes del mismo grupo, permitiendo enfocar los esfuerzos de una institución a ofrecer ayuda clínica en forma más eficaz, y
2. Es necesario realizar un proceso de normalización estadística previo a la valoración clínica de un grupo, al utilizarse el MMPI.

El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, tiene planeado entre sus objetivos de investigación la elaboración de métodos y técnicas que permitan la detección de estudiantes en los que la presencia de un proceso psicopatológico amenace con interferir en su rendimiento escolar.

Por otra parte, la desproporción entre el elevado número de alumnos que componen la comunidad universitaria y los limitados recursos que a nivel de ayuda especializada, tanto psiquiátrica como psicológica es posible ofrecer, plantea la necesidad imperiosa de contar con técnicas adecuadas que permitan enfocar el mayor esfuerzo hacia los alumnos que más lo requieran. Consideramos, además que es más importante la utilidad de las técnicas psicológicas a nivel preventivo, en el sentido de desarrollar un sistema masivo que permita detectar la presencia de estas alteraciones en sus inicios; haciendo así más oportuna y eficaz la ayuda que puede proporcionarse. En un intento por cubrir estos objetivos, hemos elegido el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, el cual hemos aplicado a varias generaciones del primer año de la Facultad de Medicina.

La elección del MMPI se hizo en base a que posee una serie de cualidades que lo distinguen entre las pruebas de su tipo. En primer lugar, es una técnica que puede administrarse en forma colectiva y que puede calificarse mediante li

utilización de una computadora y que requiere de una intervención mínima de parte del personal especializado que la aplica.

El manejo que hemos hecho de la prueba es, por una parte, totalmente apegado a los lineamientos que plantea su manual, incluyendo los criterios de interpretación. Esto quiere decir que, durante esta fase, los fundamentos de calificación y evaluación de la personalidad están tomados de las cifras de los grupos normativos norteamericanos.

Sin embargo, para cubrir nuestro objetivo de detectar en una determinada población a los sujetos sospechosos de sufrir una alteración psicopatológica, fue necesario desarrollar otro proceso, que es motivo de la presente comunicación. Cabe decir aquí que los resultados clínicos observados, en base a la utilización de dicho proceso, son excelentes, pero que aún no contamos con un estudio estadístico que nos permita cuantificar su eficacia.

1. PROCEDIMIENTO

1.1 Bases teóricas: El MMPI es un instrumento con una fuerte base estadística que permite, a través de 13 escalas (3 de control y 10 clínicas), la posibilidad de observar la ubicación de un sujeto dentro de una curva normal. Para cada una de estas escalas se elaboró una diferente dispersión de acuerdo a las medias estadísticas y las desviaciones estándar obtenidas de una población elegida al azar. Dicha dispersión está expresada en calificaciones T. Es importante anotar que, a excepción de las escalas de control L y F cuya distribución en la curva normal es arbitraria, el resto de las escalas está totalmente apegado al proceso estadístico de la normalización.

Esta cualidad de la prueba ofrece la posibilidad de hacer nuevos procesos de normalización, adecuados a una población específica.

1.2 Material y población. Las escalas del MMPI, con las que hasta la fecha hemos venido trabajando, son las siguientes: L, F, K, Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma y Si. Las poblaciones a las que lo hemos aplicado en forma masiva y esporádica han sido las generaciones del pri-

mer año de Medicina. Sin embargo, el presente proceso de detección se desarrolló hasta 1970 y fue de esa generación de la que obtuvimos los datos de control. En total se manejaron 1531 perfiles de los cuales 1183 correspondían al sexo masculino y 348 al femenino. Sus edades fluctuaban entre los 17 y 34 años, siendo la edad promedio de 19, con una desviación estándar de 2 años.

Las aplicaciones se hicieron en forma colectiva, en grupos aproximados de 70 alumnos. En cada aplicación estaba presente un psicólogo para dar las instrucciones del instrumento y resolver dudas. El promedio de tiempo de la aplicación fue de hora y media, en ocasiones fragmentado en dos sesiones.

1.3 Metodología

1.3.1 El primer paso a realizar consistió en la normalización estadística de acuerdo a las medias y desviaciones estándar obtenidas para nuestra población, continuando después con la conversión a calificaciones T. La distribución para las escalas L y F se hizo también en forma arbitraria, tomando como base la media estadística obtenida para el grupo. Se manejaron por separado el grupo femenino del masculino, sin tener en cuenta sus edades.

1.3.2 Método para la obtención de normas para la clasificación de perfiles en grados de psicopatología.

Se eligió un número de 8 psicólogas con un buen conocimiento y manejo del MMPI y se les hizo clasificar, de acuerdo a su experiencia en el manejo de la prueba, un total de 50 perfiles, elegidos al azar, elaborados aún con las cifras de los grupos normativos norteamericanos, con las que estaban más familiarizados.

No se les pidió que hicieran ningún intento de interpretación de los perfiles, las únicas instrucciones que recibieron es que hicieran 5 grupos:

1. Perfiles que indicaron una alteración grave de la personalidad (sin importar de qué tipo).

2. Perfiles que indican alteraciones importantes, pero no tan graves.
3. Perfiles que indicaran inicios de alteraciones, en base a la acentuación de algunas características de la personalidad.
4. Perfiles que pudieran ser "normales".
5. Perfiles invalidados.

El nivel de discrepancia en las clasificaciones obtenidas, aún sin cuantificarlo, fue mínimo.

En base a esto, se pensó que debería haber ciertos criterios específicos que hicieran posible tal clasificación y que el siguiente paso sería su expresión sistematizada y su fundamentación teórica. Sabíamos que una vez conseguido esto, sería posible alimentar a una computadora con los datos de la normalización y las normas del criterio de la clasificación de los perfiles para conseguir, en forma casi inmediata, los nombres de los alumnos clasificados en cada uno de los diferentes grados de psicopatología, pudiendo dirigir los servicios clínicos del Departamento a los alumnos que más lo requirieran.

1.3.3 Normas para la clasificación de los perfiles y su fundamentación.

1.3.3.1 Normas de validez. Las pruebas deben llenar por lo menos uno de los siguientes requisitos:

- a) Que la escala F sea igual o menor del puntaje 10 en bruto.

"Una puntuación elevada en esta escala (F) afecta las otras escalas de la prueba, por lo que se ha considerado el primer paso en la interpretación (Núñez, R., 1968).

Se marcó a partir de 20 puntos, el límite para invalidar la prueba, ya que con frecuencia en estudiantes jóvenes a partir de 20 puntos en adelante, es común encontrar francos trastornos emocionales o dificultades en la comprensión de las frases, lo cual, en ambos as-

pectos, implica una distorsión de la prueba.

- b) Que el índice de Gough, F-K fuera igual o mayor a mas 9.

"Si la diferencia entre las dos puntuaciones es de mas 9 o más, se trata de un protocolo en el que el sujeto ha tratado de presentar un cuadro de desorden psiquiátrico; si es menos de mas 9, el protocolo se considera aceptable" (Núñez, R., 1968).

- c) Que por lo menos una de las escalas clínicas estuviera entre T45 y T55.

"...puntuaciones altas en la escala F no indiquen probablemente error en la puntuación, ni tampoco que el sujeto haya deliberadamente falsificado de manera adversa el protocolo, cuando se encuentra que en el perfil varias de las escalas clínicas tengan una puntuación cercana a T50" (Núñez, R., 1968).

1.3.3.2 Norma I (para diferenciar el grado número 1 del número 2).

- a) Que cualquier escala sea superior a T80 con excepción de la escala 5.

"Las bases fundamentales que delinear el uso de la prueba siguen el criterio que señala que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, es decir, en la forma de contestar una serie de preguntas acerca de ellos mismos, son también similares en otras formas y, por lo tanto, ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden cuando estas contestaciones son comparadas con las de un grupo identificado" (Núñez, R., 1968).

"Con ciertos límites, la experiencia ha indicado que mientras se encuentren elevados y más altos estos registros, lo más probable es que la personas se encuentra severamente perturbada". (Hathaway y McKinley, 1967). "La escala 5, Mf, fue la de menos validez dentro de las escalas básicas del MMPI. Fue diseñada como ayuda en

la identificación de homosexuales pero la heterogeneidad del grupo homosexual, tanto en su ontogenia como en sus patrones de respuestas, privan de una adecuada diferenciación del grupo normal. Consecuentemente, basar una hipótesis de homosexualidad en una elevación de la escala 5, es muy arriesgado (Drake y Oetting, 1959).

- b) Que por lo menos 4 escalas clínicas sean superiores a T70, exceptuando la escala 5. Aparte de las consideraciones que sirven de fundamentación al punto a, la base teórica de este aspecto es la siguiente:

"El perfil limítrofe implica que varias de las escalas clínicas tienen valores entre T60 y T70"... "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieron indicar anomalías" (Núñez, R., 1968). Esta indicación va unida a las hechas para el punto a, por lo que se excluyó en este caso el grupo de las escalas comprendidas alrededor del puntaje T60, que fundamentan la norma II.

1.3.3.3 Norma II. (para diferenciar el grado número 2 del número 3).

- a) Que las escalas 2, 4, 6 y 8 (por lo menos una de ellas) sea mayor de T70 y que la siga en combinación, cualquier otra superior a T65, exceptuando la escala 5.

Para fundamentar esta regla es necesario volver a citar el hecho anotado para el punto b de la norma I. "Dado que el tipo de perfil limítrofe se debe a que los sujetos responden de tal manera que parece capaz de controlar, este tipo de perfil señala áreas en que el sujeto encuentra dificultades" (Núñez, R., 1968). En esta regla están incluidas escalas correspondientes a la llamada tétada psicótica. Las 4 escalas son las componentes principales del perfil llamado en "sierra dentada"... "Que es una variante importante de la tétada psicótica con las escalas 8 y 6 como puntos predominantes del perfil. En este perfil, la tríada neurótica es menos baja que la escala 4 y la escala 2 en la punta de la tríada; en esta forma, con las escalas 2, 4, 6 y 8 en prominencia, el perfil de la impre-

sión de los dientes de una sierra". (Núñez, R., 1968).

La escala 5 se excluye por la observación marcada con la letra a de la norma I.

- b) Que las escalas 1, 2 ó 3 (por lo menos una de ellas) sea superior a T70 y que cualquiera de las mismas la siga en combinación con elevaciones superiores a T65.

Para esta regla vuelve a ser válido el punto acerca de los perfiles limítrofes:

"El perfil llamado tríada neurótica es otro tipo de perfil en el que se observa una interrelación entre las escalas clínicas 1, 2 y 3 en diferentes combinaciones. El primer grupo 1-2-3 es muy frecuente en la práctica clínica; el otro grupo, 3-2-1, es menos frecuente pero la configuración 2-1-3 y 2-3-1 es la más observada.

Otras combinaciones a las que se han referido varios autores son la 1-3-2, en la que la escala 2 tiene media desviación estándar o más, inferior a los valores de las escalas 1 y 3. Dada la forma "V", que las tres escalas forman, se le llama el perfil "V" conversivo o "V" psicósomático." (Núñez, R., 1968)

- c) Que se encuentre alguna de las siguientes combinaciones con una escala en T70 y la otra arriba de T65: 7-4, 7-6, 7-8, 7-2, 9-4, 9-2 y 9-0.

En estas combinaciones aparecen como principal componente las escalas 7 y 9, que son otras dos de las componentes de la tétrada psicótica. "En cierto grado las escalas 9 y 4, por ejemplo, tienden a tener cierta clase negativa con 1 y 2". (Hathaway y McKinley, 1967).

Se debe hacer notar, además, que este tipo de combinaciones, entre otras, son de las más frecuentes en los manuales de interpretación de la prueba.

- d) Que alguna de las escalas clínicas sea superior a T70 y cualquiera otra sea inferior a T30, exceptuando la escala 5.

1.3.3.4 Norma III. (para diferenciar el grado número 3 del número 4).

- a) Que las escalas 2,4,6,7 u 8 sean (por lo menos una) menor o igual a T70 y la escala que la siga, cualquiera que sea, se observe igual o menor que T60.

Sirve de fundamento a esta regla la misma cita referente a los perfiles limítrofes, además del hecho de que los manuales del MMPI no registran tipos de combinaciones, en las que una escala esté en punta y el resto del perfil inferior a T70. Esto se debe a que, debido a su elevación, los perfiles indican un grado de problemas superable por la misma persona.

- b) Que las escalas 3, 7, 8 ó 1 (al menos 2 de ellas) sean menores o iguales a T40 y la escala 6 sea menor o igual a T40.

Realmente es muy poca la literatura acerca de los perfiles sumergidos; sin embargo, en el manual de Dahlstrom y Welsh las interpretaciones a estas escalas sumergidas son las más significativas e indicadoras de problemas (Dahlstrom y Welsh, 1960).

- c) Que la escala 5 reúna cualquiera de las siguientes condiciones: en hombres igual o menor a T40 y en mujeres igual o menor a T80. "El puntaje Mf es importante en la selección vocacional. En general, es conveniente el adaptar a un sujeto vocacionalmente con el trabajo apropiado para su nivel Mf" (Hathaway y McKinley, 1967).

"El adolescente que ofrece puntuación baja en esta escala es agresivo, vociferante, desafiante, poco interesado por los estudios, desaplicado, generalmente recibe calificaciones de mala conducta de parte de los maestros..." "La muchacha adolescente con puntuación alta en esta escala no es buena estudiante"... (Núñez, R., 1968).

1.4 Comentarios finales.

El grupo de perfiles estudiados y procesados mediante el sistema de clasificación de psicopatología, anteriormente descrito, permitió hacer las siguientes observaciones:

- a) Al utilizarse las cifras de los grupos normativos de Minnesota, la distribución de perfiles en los 4 diferentes Grados de Psicopatología resultaba sumamente desproporcionada al reparto esperado para una población de sujetos que en su mayoría podían ser considerados normales. Es decir, la expectativa teórica era encontrar un mayor número de alumnos localizados en el grado 4 y un mínimo número localizados en los grados 1 y 2.

Al hacerse la normalización estadística al grupo de perfiles, estos quedaban clasificados en función de sus propias medias y desviaciones estándar, cumpliéndose el reparto esperado en los 4 grados de psicopatología.

Por otro lado, el proceso de normalización estadística previo al de clasificación de perfiles, reducía mucho el número de perfiles invalidados.

En función de esta discrepancia tan manifiesta, es sumamente recomendable realizar la normalización estadística del grupo, escala por escala antes de proceder a la clasificación y detección de sujetos con posibles alteraciones psicológicas. De otra forma, la aplicación de las mismas Normas empleadas en la clasificación de los Grados de psicopatología puede estar sujeta a un margen de error elevado.

- b) Aunque, como ya se ha mencionado, no se ha realizado ningún estudio para probar cuantitativamente la validez de las reglas de clasificación de que es objeto esta comunicación, puede considerarse que su empleo es de suma importancia desde el punto de vista clínico ya que, al decidirse emplear los esfuerzos del programa de Salud Mental del Departamento de Psicología Médica hacia los estudiantes.

clasificados en los grados 1 y 2, se encontró, casi en el 100% de los casos, que se trataba realmente de sujetos con una muy importante problemática en alguna de las áreas de la personalidad, y en comparación, los alumnos clasificados en los grados 3 y 4 presentaban características de un mejor pronóstico o elementos de personalidad menos alterados. Hay que hacer hincapié en que, posiblemente, el mayor porcentaje de error (no calculado hasta la fecha) puede estar localizado en el grupo de alumnos clasificados en el grado 4, ya que en muchos casos en que los estudiantes poseen un nivel intelectual elevado consiguen hacer un manejo excelente de la prueba, ofreciendo una imagen de sí mismo, alejada de lo que realmente viven.

Sin embargo, al realizarse un muestreo para citar a entrevista psiquiátrica a alumnos clasificados en los diferentes grados de psicopatología, los informes clínicos tenían un alto nivel de coincidencia con la ubicación del sujeto dentro del grupo procesado.

- c) Sería conveniente realizar estudios meticulosos acerca de la validez de las Reglas que dieron lugar a las Normas clasificadoras de psicopatología, tanto a nivel clínico, como estadístico, para poder ofrecer un informe más completo al respecto.

Actualmente, este procedimiento se lleva a cabo mediante la utilización de una computadora que realiza tanto la normalización como la clasificación de perfiles, utilizando las cifras del mismo grupo y las proporcionadas para los grupos normativos de Minnesota y es parte de una cadena de programas en donde la meta final es llegar a obtener informes automatizados con un mínimo de error.

- d) Podríamos considerar que ha habido importantes fallas metodológicas, sobre todo en relación a la comprobación de la validez de las Normas

propuestas, y por otra parte, consideramos que será importante investigar el fundamento clínico de las diferencias entre las medias y las desviaciones estándar de ambos grupos, ya que plantea un problema serio en lo que se refiere a la interpretación clínica de un perfil. (27)

- (27) RIVERA, MONZON, LUCIO, AMPUDIA
Investigación sobre la interpretación automatizada del MMPI
para estudiantes universitarios
Revista Psiquiatría APM, Vol. 8, No. 2, mayo-agosto, México, 1978

SEGUNDA PARTE: METODOLOGIA

CAPITULO III

3.1 PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Las personas que padecen cáncer sufren cambios físicos importantes que repercuten en su personalidad, teniendo efecto sobre ellos y sus familiares. Estas enfermedades dan lugar a trastornos emocionales que tendrán repercusiones en su contacto social y familiar. Con el objeto de obtener datos en este sentido se hizo una evaluación psicológica de 50 pacientes mexicanos, donde 25 padecían cáncer de mama y 25 pacientes padecían cáncer cervicouterino; por medio del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), lo que nos llevará al mejor conocimiento de los rasgos de personalidad de estos pacientes.

3.2 ESTABLECIMIENTO DE LA HIPOTESIS

H_1 alterna.- Existe una relación entre los pacientes con cáncer y alteraciones de la personalidad, detectadas por medio del MMPI.

H_0 nula.- No existe una relación entre los pacientes con cáncer y alteraciones de la personalidad, detectadas por medio del MMPI.

H_2 alterna.- Existen diferencias de rasgos de personalidad entre los pacientes que padecen cáncer de mama y cáncer cervicouterino, detectadas por medio del MMPI.

H_0 nula.- No existen diferencias de rasgos de personalidad entre los pacientes que padecen cáncer de mama y los pacientes que padecen cáncer cervicouterino, detectadas por medio del MMPI.

3.3 SELECCION DEL INSTRUMENTO

Se seleccionó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), por poseer una validez y confiabilidad demostradas por la gran cantidad

de investigaciones realizadas (14), porque se resuelve en poco tiempo, lo que es importante, ya que en estos pacientes el avance de su enfermedad disminuye sus capacidades físicas, y primordialmente, porque permite detectar el grado de psicopatología o desequilibrio emocional que presentan los sujetos en relación a su enfermedad física.

3.4 SELECCION Y OBTENCION DE LA MUESTRA

El presente estudio se llevó a cabo en el Pabellón de Oncología del Hospital General de la SSA. Dicho pabellón se encuentra constituido por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

La muestra estuvo constituida por los pacientes que acudían a la Consulta Externa, padeciendo 25 de cáncer mamario y 25 de cáncer cervicouterino.

Las variables controladas fueron:

- a) Edad.- Donde sólo trabajamos con mujeres que tuviesen entre 25 y 55 años.
- b) Sexo.- Dado que las regiones donde se localiza el cáncer de mama y cervicouterino aparecen con poca o ninguna frecuencia en el sexo masculino, la muestra estuvo constituida sólo por mujeres.
- c) Escolaridad.- Que por lo menos supieran leer y escribir.
- d) Padecimiento.- Que presentaran cáncer mamario 25 de ellas y que las otras 25 presentaran cáncer cervicouterino.
- e) Fase de la enfermedad.- Que no hubieran transcurrido más de un año desde el diagnóstico, operación o reincidencia. El tratamiento farmacológico de estas pa-

(14) SR HATHAWAY y JC MCKINLEY
Inventario Multifásico de la Personalidad
MMPI Español, Pags. 2 y 3
Ed. El Manual Moderno, 1980

cientes sólo estaba en relación a su aspecto físico y no se llevaba a cabo algún otro tratamiento de este tipo, que pudiera cubrir aspectos emocionales.

Se eligieron a las pacientes de acuerdo a las variables antes mencionadas, conforme se presentaban a su consulta. El estudio se llevó a cabo desde septiembre de 1979 a agosto de 1980. En 1979 llegaron al Pabellón de Oncología 989 pacientes con cáncer cervicouterino y 579 con cáncer de mama. De enero a mayo de 1980 se atendieron 363 pacientes con cáncer cervicouterino y 231 pacientes con cáncer de mama. El número de pacientes a quienes se les aplicó la prueba fueron en total 115. De éstas, 40 pruebas no fueron completadas por no regresar las pacientes para su terminación. Por otra parte, 25 pruebas quedaron invalidadas al no cubrir las reglas de validez requeridas para poder utilizar los criterios psicopatológicos. (Ver Capítulo II, 2.2, Los Criterios Patológicos). De esta manera, la muestra quedó reducida a 50 pacientes, la que, tomando en consideración el número de pacientes que asiste por año al Pabellón de Oncología,

Las pacientes eran exploradas para el presente estudio después de asistir a su consulta médica. La exploración psicológica se llevó a cabo en un consultorio médico de manera individual y privada; en tres sesiones, donde en la primera se hizo una entrevista que duró aproximadamente 2 horas, con el propósito de establecer rapport. En la segunda y tercera sesiones se aplicaba la prueba; ésto es, la resolución completa de la prueba se llevó en promedio 180 minutos, ya que cada sesión aproximadamente duraba 90 minutos.

A continuación se calificaron las hojas de respuesta para obtener las puntuaciones en bruto e iniciar el tratamiento estadístico. (Ver Anexo 1 y 2).

3.5 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

- 1) El primer paso fue efectuar la normalización de la muestra, trabajando los puntajes en bruto de cada escala para cada sujeto, obteniendo primero la media cuya fórmula es:

$$\bar{x} = \frac{x}{N}$$

donde x representa el puntaje en bruto, \bar{x} la sumatoria y N el número de calificaciones.

A continuación se obtuvo la desviación estándar por medio de la siguiente fórmula:

$$S = \sqrt{\frac{x^2}{N}}$$

donde S es la desviación estándar, igual a la raíz cuadrada de la sumatoria de cada calificación al cuadrado, dividida entre el número de casos.

2) Se obtuvo la calificación Z mediante la siguiente fórmula:

$$z = \frac{\bar{x} - x_1}{S}$$

donde \bar{x} corresponde a la media de cada escala, x_1 es el puntaje en bruto de cada escala de cada sujeto y S es la desviación estándar.

Una vez obtenida la calificación Z, se procedió a aplicar la fórmula de Hathaway que se cita a continuación:

$$T = 50 + \frac{10 (\bar{x} - x_1)}{S}$$

que equivale igualmente a:

$$T = 50 + 10 Z$$

obteniendo así los nuevos puntajes "T" para cada escala de cada sujeto.
(Ver calificaciones Z y T en el Anexo 3)

- 3) Se procedió a la elaboración de los perfiles con las nuevas escalas cuyos valores correspondían al puntaje "T".
- 4) Se trazaron los perfiles de nuestra población con los puntajes normalizados y las puntuaciones en bruto.
- 5) Se clasificaron los perfiles según sus características de acuerdo a los criterios psicopatológicos, donde, por medio de la media aritmética, se obtuvo un perfil por cada criterio.

NOTA: Este procedimiento de normalización se justifica por ser un intento para valorar a nuestros sujetos con una población, que tuviera características de personalidad similares a ellos. Ya que la muestra es muy pequeña y se neutralizaron los rasgos psicopatológicos, se procedió a elaborar los perfiles sin normalizar, clasificándolos en los criterios psicopatológicos para obtener un perfil por cada criterio, a través del procedimiento de la media aritmética, y presentar ambos perfiles, normalizados y sin normalizar, de los criterios psicopatológicos.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

A continuación se procederá a la presentación de los perfiles obtenidos. Primeramente (como se menciona en el punto 5 de nuestro manejo estadístico de datos, en el Capítulo III), se trazaron los perfiles de la población con los puntajes normalizados. Por otra parte, también se trazaron los perfiles en los puntajes sin normalizar. Por razones de espacio, esos 100 perfiles no se presentan. Después se procedió a clasificar por criterios, primero los perfiles normalizados, donde no se obtuvo ningún perfil que cayera en el Criterio I, distribuyéndose la muestra en los otros tres criterios.

Así en el Criterio II, cayeron 5 sujetos formando el 10%, el Criterio III estaba constituido por 14 sujetos dando lugar a un 28% y el Criterio IV formado por 31 sujetos, constituyendo el 62% (ver Págs. 103, 104 y 105). Se continuó con los perfiles sin normalizar, donde éstos se distribuyeron en los cuatro criterios. El Criterio I, conformado por un 30% (15 sujetos); 30% en el Criterio II (15 sujetos); 32% en el Criterio III (16 sujetos) y 8% en el Criterio IV (4 sujetos). (Ver Págs. 106, 107, 108 y 109)

Por último, aplicamos la media aritmética a las puntuaciones en bruto de cada escala, para obtener un perfil general de nuestra población. (Ver Pág. 110)

TABLA QUE MUESTRA LOS PORCENTAJES Y NUMERO DE SUJETOS DE NUESTRA POBLACION,
QUE CAYERON EN LOS DIFERENTES CRITERIOS

	CRITERIO I		CRITERIO II		CRITERIO III		CRITERIO IV	
	No. de S.	%	No. de S.	%	No. de S.	%	No. de S.	%
Perfil Normalizado	---	--	5	10	14	28	31	62
Perfil sin Normalizar	15	30	15	30	16	32	4	8

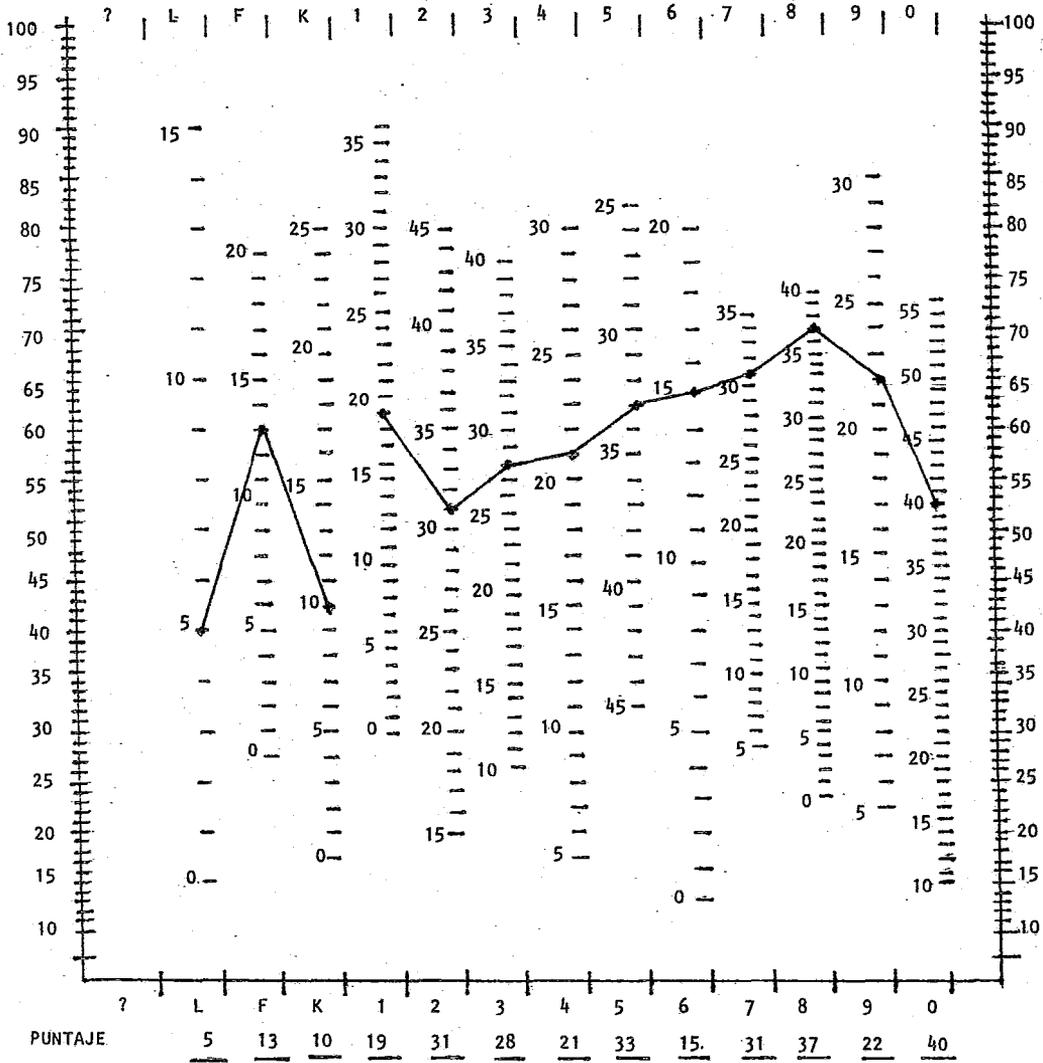
S = SUJETOS

PERFIL NORMALIZADO

CRITERIO II

No. de sujetos:5

10% de la muestra.

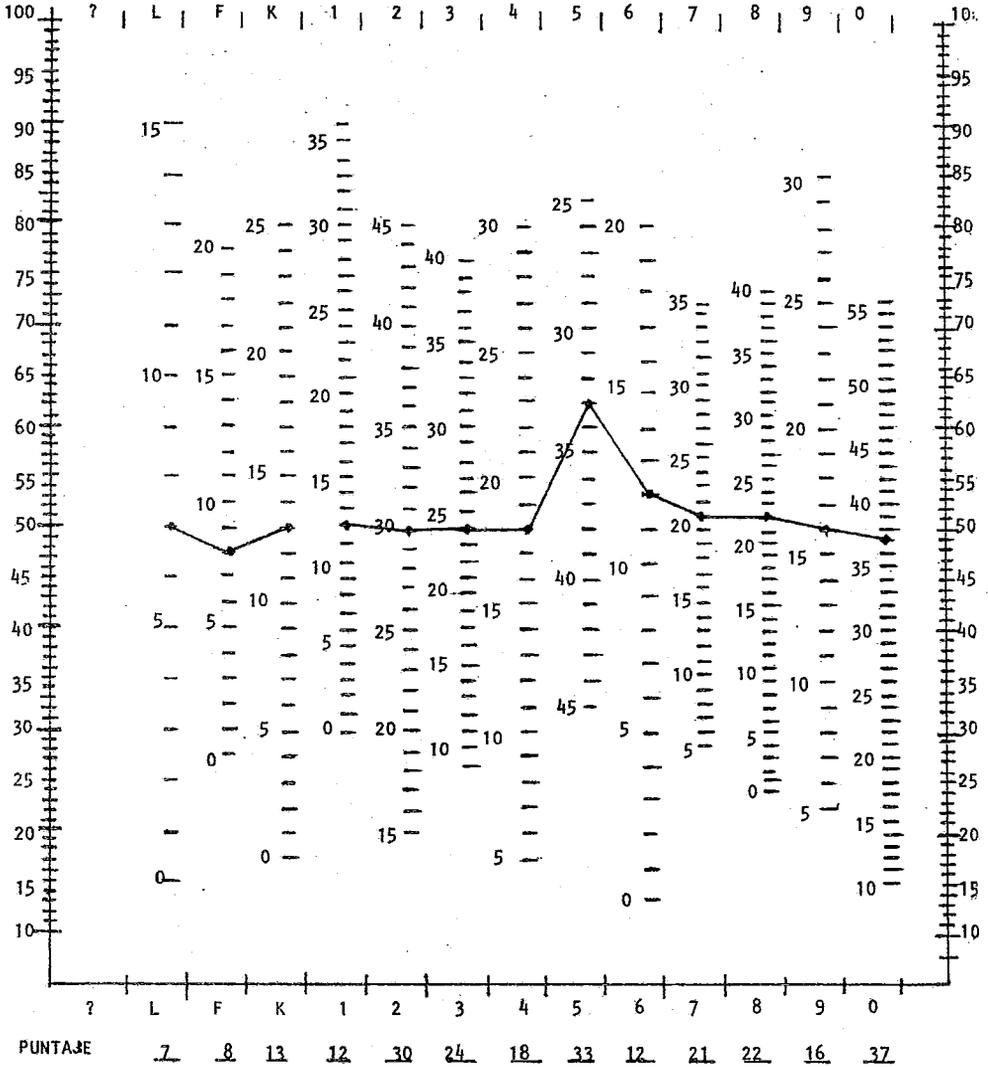


PERFIL NORMALIZADO

CRITERIO III

No. de sujetos: 14

28% de la muestra.

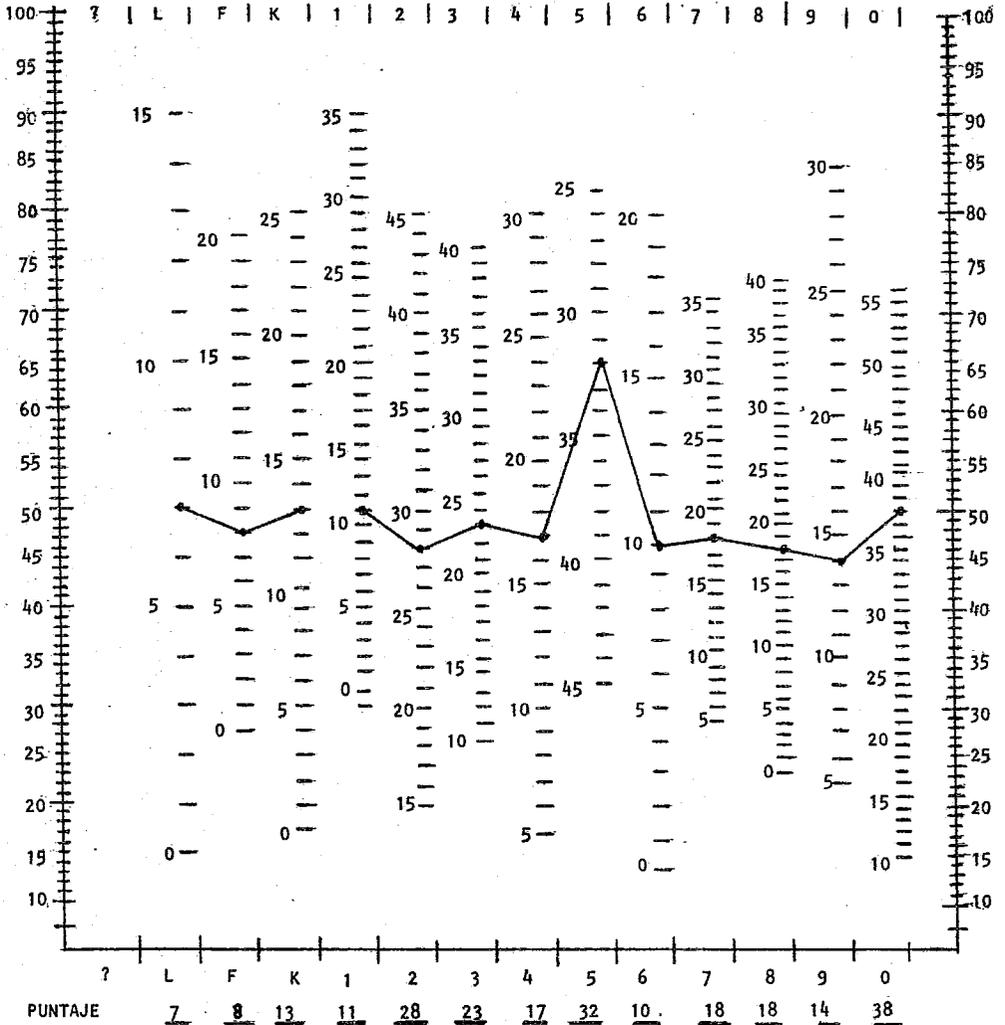


PERFIL NORMALIZADO

CRITERIO IV

No. de sujetos: 31

62% de la muestra.



MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenina

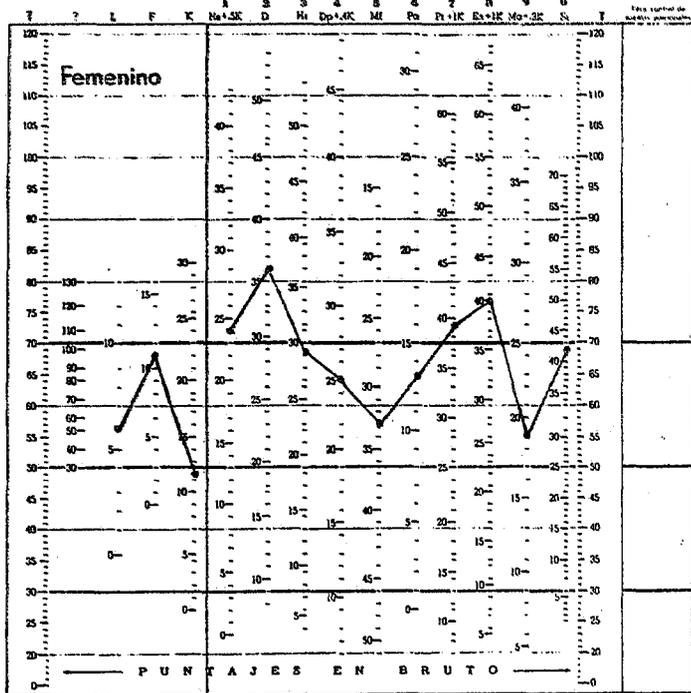
Nombre CRITERIO I
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba MARZO DE 1980

Años escolares o estudios cumplidos ALFABETA

Estado Civil Edad 25-55AÑOS Referido por ONCOLOGIA



Puntaje en bruto 6 11 12 24 36 29 25 33 13 39 40 19 42

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____



Fracciones K	K			
	1	2	3	4
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NOTAS

15 SUJETOS - 8 DE CANCER CERVICOUTERINO Y 7 DE CANCER DE MAMA

30% DE LA MUESTRA

CLAVE DEL PERFIL:
2'871'03649 - '(33)'6:11:12

-106-

Firma _____ Fecha _____



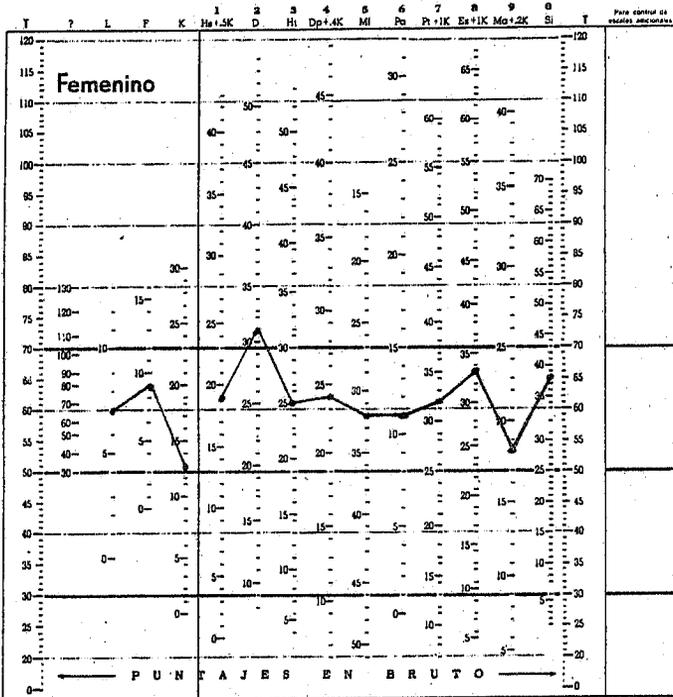
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre CRITERIO II (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba MARZO DE 1980
 Años escolares o estudios cumplidos ALFABETA

F
 Femenino



Puntaje en bruto	7	9	13	19	31	25	24	32	11	32	33	18	38		
Agregar factor K															
Puntaje corregido															

Estado Civil _____ Edad 25-55 años Referido por ONCOLOGIA

Fracciones K

K	5	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

15 SUJETOS- 7 DE CANCER CERVICOUTERINO Y 8 DE CANCER DE MAMA

30% DE LA MUESTRA

2'80143769 - '(32)°7:9:13

-107-



Firma _____ Fecha _____



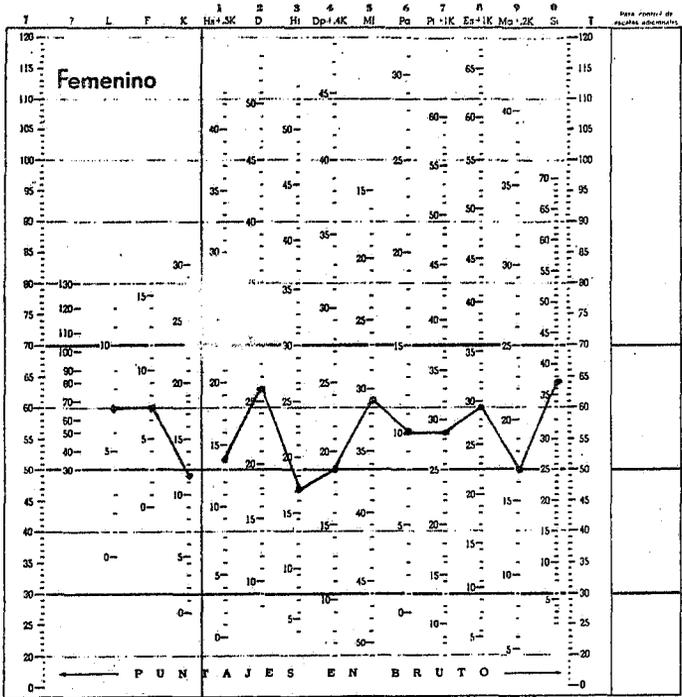
MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre CRITERIO III
(letra de molde)
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de la Prueba MARZO DE 1980

Años escolares o estudios cumplidos ALFABETA
Estado Civil _____ Edad 25-55AÑOS Referido por ONCOLOGIA



Puntaje en bruto 7 7 12 14 26 17 19 31 10 29 29 17 37
 Agregar factor K _____
 Puntaje corregido _____

K	Fracciones K			
	K	A	J	2
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	1	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NOTAS
 16 SUJETOS- 8 DE CANCER CERVICOUTERINO Y 8 DE CANCER DE MAMA
 32% DE LA MUESTRA
 028761493 - '(31)'7:7:12

-801-



Firma _____ Fecha _____



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

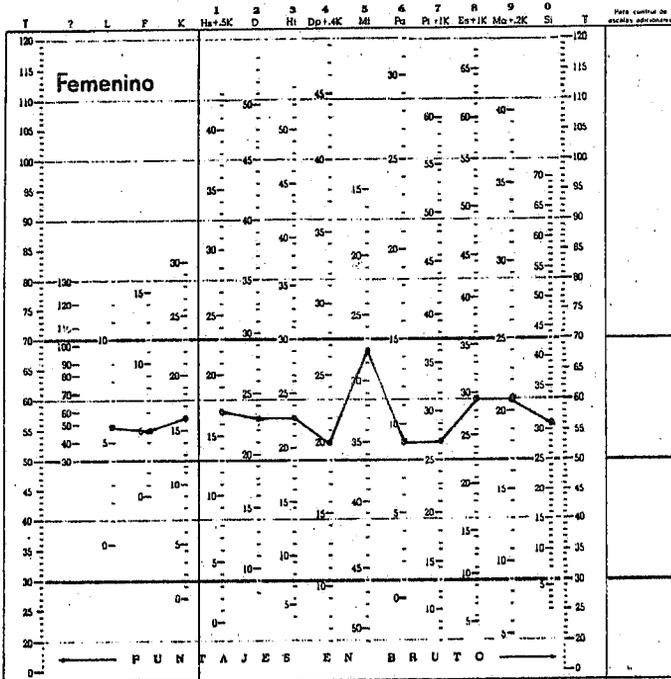
Nombre CRITERIO IV
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba MARZO DE 1980

Años escolares o estudios cumplidos ALFABETA

Estado Civil _____ Edad 25-55AÑOS Referido por ONCOLOGIA



Puntaje en bruto	6	5	16	17	23	23	20	32	9	27	29	21	31	---	---
Agregar factor K	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Puntaje corregido	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fracciones K

K	5	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

4 SUJETOS- 2 DE CANCER CERVICOUTERINO Y 2 DE
CANCER DE MAMA
8% DE LA MUESTRA

89 1230467 - '(32)°6:5:16

-601-



Firma _____ Fecha _____



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



Nombre PERFIL GENERAL

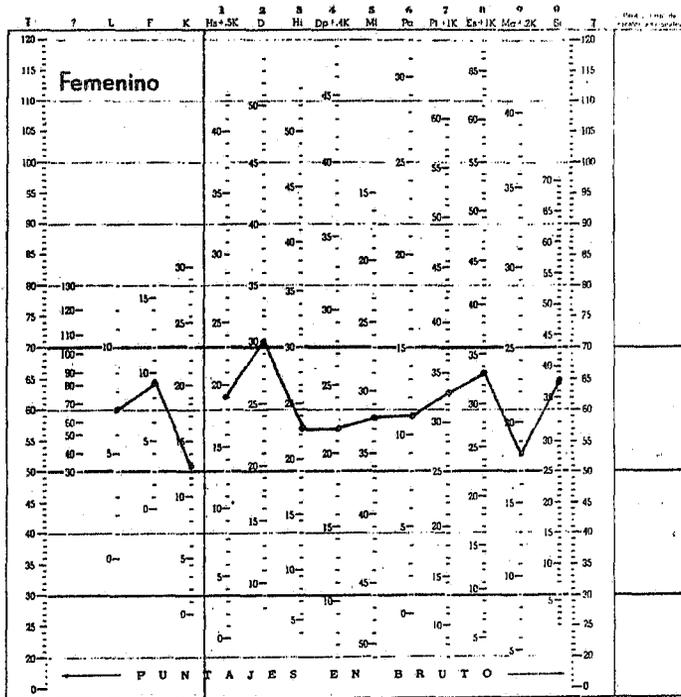
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba MARZO DE 1980

Años escolares o estudios cumplidos ALFABETA

Estado Civil _____ Edad 25-55AÑOS Referido por _____



Fracciones K				
K	3	4	1	2
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

NOTAS

50 SUJETOS - 25 DE CANCER CERVICOUTERINO Y 25 DE CANCER DE MAMA

CLAVE DEL PERFIL:
2'80716439 - '(32)'7:9:13

-110-

Puntaje en bruto 7 9 13 19 30 23 22 32 11 33 33 18 38

Agregar factor K _____

Puntaje corregido _____



Firma _____ Fecha _____

TABLA QUE MUESTRA LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS 50 SUJETOS

<u>Estado civil</u>	casada 66%	soltera 34%			
<u>Escolaridad</u>	alfabeta 64%	primaria 24%	secundaria 8%	comercio 2%	licenciatura 2%
<u>Lugar de origen</u>	DF 26%	Interior de la República 74%			

4.2 ANALISIS DE DATOS

Como se puede observar, hay una diferencia muy marcada entre los perfiles de la muestra normalizada y los perfiles de la muestra sin normalizar. Dentro de la muestra normalizada, se observa que no cayó ningún sujeto dentro del Criterio I. Dentro del Criterio II, cayeron 5 sujetos que corresponden al 10%. El Criterio III está formado por 14 sujetos, formando el 62%, lo que como ya se explicó, se debe a que por ser una muestra pequeña, el proceso de normalización neutralizó los rasgos psicopatológicos.

En la muestra sin normalizar, aparece un 30% (15 sujetos) en el Criterio I; 30% en el Criterio II (15 sujetos); 32% en el Criterio III (16 sujetos) y 8% en el Criterio IV (4 sujetos). Como se puede notar, la muestra se distribuyó casi homogéneamente en los criterios psicopatológicos, donde sólo 4 sujetos fueron los de rasgos menos psicopatológicos, ya que el Criterio IV se considera el de "normalidad".

La confiabilidad de la interpretación se llevó a cabo de la siguiente manera: Dos Psicólogas, cada una por separado, después se confirmaron los datos con una tercera persona, notándose que después de pequeñas diferencias había congruencia en los datos.

CRITERIO I

CLAVE DEL PERFIL: 2"871'03649 - '(33)°6:11:12

Los sujetos tienden a responder espontáneamente y cooperar en la prueba y reactivos.

Presentan como cuadro clínico depresión severa y ansiedad.

Son personas las cuales canalizan gran parte de su energía hacia su enfermedad para que se conduzcan de ellos. Su autoconcepto se encuentra devaluado, existiendo sentimientos de culpabilidad por la pérdida de sus funciones. Hay tendencia al retraimiento, utilizando la fantasía para compensar su problemática. Se observan características obsesivo-compulsivas que en cierta manera restringen su actividad. Hay disminución de la actividad psicológica por la enfermedad que están sufriendo. Son demandantes, aisladas, dependientes en sus relaciones interpersonales y afectivas. Existe falta de ambición intelectual ya que se encuentran bloqueadas por su enfermedad. No hay interés por crearse nuevas metas a largo plazo, ya que hay apatía por mejores logros. La psicoterapia es favorable ya que hay insight.

Al revisar las frases críticas se encontró que eran significativas:

La No. 20, representando problemas en el área sexual.

La No. 44, por presentar tendencia a la somatización.

Las Nos. 33, 48, 182, 251, 334, 337, 345 y 354 por representar falta de control del ego, conducta desusual, experiencias raras, inhibición defectuosa, alucinaciones y alienación emocional.

CRITERIO II

CLAVE DEL PERFIL: 2'80143769 - ' (32)°7:9:13

Son personas que quieren dar respuestas socialmente aceptables; convencionales, conformistas, con poca originalidad en el manejo de sus problemas.

Se encuentran sumamente deprimidos, por lo que el aspecto depresivo de culpabilidad origina una disminución del proceso ideativo, con lo que disminuye la actividad psicológica, volviéndose dependientes y con falta de interés en lo que sucede a su alrededor, tornándose pesimistas hacia el futuro.

Canalizan su energía alrededor de su enfermedad. Hay adecuado control sobre sus impulsos, existiendo cierto grado de conciencia sobre sus acciones. Tratan de obtener atención, por medio de lástima, a través de su enfermedad, pero sí son capaces de establecer una relación con las personas que les rodean. Se inhiben en grupo.

Son mujeres competitivas en relación al hombre, seguras de su propio sexo, ya que no se sienten devaluadas. Su enfermedad no les angustia. No tienden a desorganizarse, ya que tienen recursos que les permite manejar el origen de sus problemas.

Existe un adecuado concepto de sí mismo.

Es difícil que alcancen las metas que se proponen ya que su energía está canalizada hacia su enfermedad.

El pronóstico no es muy favorable, ya que no hay angustia por su problema.

En el análisis de las Frases Críticas se encontraron significativas:

Las No. 20 y 179, denotando problemas sexuales.

La No. 44, representando tendencia a la somatización.

La No. 354, indicando falta de control del ego.

CRITERIO III

CLAVE DEL PERFIL: 028761493 - ' (31)°7:7:12

Son personas que dan respuestas socialmente aprobadas, aunque tienen una forma poco usual de responder a los estímulos, son poco convencionales.

Su actividad psicológica es adecuada.

Se mantienen alejados del grupo social, ya que hay apatía e indiferencia; presentan pseudo independencia, pues se alejan de la gente buscando que ellos los busquen y así establecen cierto control sobre las demás personas.

Utilizan la represión, hay tendencia al acting-out, con adecuada conciencia de los problemas que les aquejan. También usan la racionalización.

Son personas las cuales en sus relaciones tienden a mantenerse distantes y frías, con faltan de energía para lograr lo que se proponen.

Tienen disminuido el concepto de sí mismo, por lo que tienden a devaluarse. Su pronóstico no es favorable.

Al revisar las Frases Críticas se encontraron significativas:

Las Nos. 48, 182, 334 y 354, denotando falta de control del ego y alucinaciones.

CRITERIO IV

CLAVE DEL PERFIL: 89 123 0 467 - ' (32)°6:5:16

Son sujetos que se muestran cooperativos al contestar la prueba.

Funcionan en base a cierto grado de cooperación y responsabilidad.

Sus relaciones interpersonales son adecuadas.

Son personas que cuentan con la energía necesaria para enfrentar y resolver situaciones conflictivas. No tienen necesidad de exagerar su problemática emocional o su enfermedad para poder establecer relaciones personales satisfactorias.

Se proponen metas realistas y tienen la energía necesaria para llevarlas a cabo. Tienen un adecuado concepto de sí mismo, donde manejan de manera adecuada lo que viene del exterior e interior. No hay susceptibilidad ni suspicacia.

Existe un adecuado control de los impulsos; no se encuentran resentidas con el medio ambiente.

Se desenvuelven adecuadamente en grupo.

No son hostiles ni opositoristas, ya que manejan de forma apropiada su agresividad.

Su conciencia personal es adecuada, ya que son capaces de darse cuenta de la repercusión de sus actos.

No se encontró significativa ninguna frase crítica.

PERFIL GENERAL

CLAVE DEL PERFIL: 2'80716439 - ' (32)°7:9:13

Se mostraron cooperativos para responder a la prueba.

Su actividad psicológica se encuentra disminuída; hay sentimientos de culpa y dependencia social. Vuelcan en sí mismos la tensión que experimenta, hay apatía, ya que no se interesan por lo que sucede alrededor.

Se incrementa la conciencia personal, existiendo preocupación, ansiedad, angustia en relación al medio ambiente; hay insight.

Se adecúa a las normas sociales y leyes que rigen el comportamiento del grupo social a que pertenece.

Las fantasías del sujeto y la hostilidad que experimenta originan que el sujeto pierda interés en establecer relaciones con los integrantes de su medio ambiente, por lo que tiende a estar solo y a refugiarse en sus fantasías, para evitar confrontar la realidad en la que se desenvuelve.

Como cuadro clínico presentan depresión, ansiedad, agitación, asociales, períodos de confusión, actitudes de desconfianza, sensibilidad. Evitan las relaciones interpersonales, irritabilidad, dependencia emocional, temor de perder el autocontrol. Se autocriticán y autocompadecen.

En el análisis de las frases críticas se encontraron significativas:

La No. 20, denotando problemas sexuales.

La No. 44, indicando tendencia a somatizar.

Las Nos. 48, 182, 334, 337 y 354, representando falta de control del ego, alucinaciones y experiencias raras.

CAPITULO V

5.1 DISCUSION

Los resultados de las hipótesis planteadas y que se desarrollaron en la presente investigación, son los siguientes:

La primera hipótesis alterna se acepta ya que sí existe una relación entre los pacientes con cáncer de mama y cáncer cervicouterino y alteraciones de la personalidad. Esto se puede observar a partir de los resultados obtenidos que fueron: como cuadro clínico predominante presentan depresión y ansiedad. Su actividad psicológica se encuentra disminuída, hay sentimientos de culpa y dependencia social. Vuelcan en sí mismos la tensión que experimentan; hay apatía ya que no se interesan por lo que sucede a su alrededor. Se incrementa la conciencia personal, existiendo preocupación, angustia en relación al medio ambiente. Las fantasías de los sujetos y la hostilidad que experimentan, originan que pierdan el interés en establecer relaciones con los integrantes de su medio ambiente, por lo que tienden a estar solos y a refugiarse en sus fantasías, para evitar confrontar la realidad en la que se desenvuelven. Se autocritican y autocompadecen.

Estos resultados están relacionados con las investigaciones realizadas por: Holland; Achté y Vauhkonen; Moffic y Paykel; Floyd; Levine, Silberfarb y Lipowski; Kubler-Ross; Peck; quienes encontraron, aunque con otras técnicas, niveles clínicamente significativos de depresión.

Por otra parte, Cobb, Holland, Achté y Vauhkonen, Derogatis y Abeloff, Garusi, Sutherland y Orbach, encontraron ansiedad manifiesta en personas con este padecimiento, lo que concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Estos dos rasgos de personalidad (depresión y ansiedad), aparecen con cierta frecuencia en nuestros antecedentes. Esto puede ser debido a que el cáncer es sinónimo generalmente de muerte, representando la máxima agresión contra la persona. Aún así, ésto sólo es válido desde el punto de vista social, ya que si la enfermedad es detectada a tiempo,

el tiempo de sobrevivencia se alarga, e incluso, puede no ser ésta la causa de muerte. Esto puede modificar la reacción y adaptación a esta enfermedad. Desde el punto de vista, según estudios retrospectivos hechos por Weinstock; Holland y Plumb; Schmael e Iker; Lawson y Fitzgerald; la depresión y la ansiedad pueden estar conformando su personalidad desde antes que se enfermen, y su padecimiento físico puede ser sólo un factor agravante que dé lugar a niveles clínicos significativos de psicopatología. Esto puede tomarse en consideración para futuras investigaciones.

Otros de los rasgos que se encontraron en la presente investigación, fue el mal humor que también fue reportado por Kubler-Ross. La tendencia a fantasear también fue encontrada en las investigaciones de Garusi y Bernay. Tenney observó una aversión secreta hacia sí mismos en las personas con cáncer, y que puede estar relacionada con la auto-crítica presentada en los sujetos. La dependencia, ansiedad, hostilidad y culpa también fueron reportados por Currier. Greer reportó la represión de la hostilidad y Watson el asilamiento en personas que padecen cáncer.

La segunda hipótesis nula se acepta, ya que no existen diferencias significativas entre el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino, conforme a los criterios psicopatológicos. Como se menciona en el capítulo correspondiente, el Criterio I está integrado por 15 sujetos, donde ocho son de cáncer cervicouterino y siete de cáncer de mama; el Criterio II está formado por 15 sujetos, donde siete son de cáncer cervicouterino y ocho son de cáncer de mama; el Criterio III está formado por 16 sujetos, donde ocho son de cáncer cervicouterino y ocho son de cáncer de mama, y por último, el Criterio IV está integrado por 4 sujetos donde dos son de cáncer cervicouterino y dos son de cáncer de mama. Ya que no existen diferencias significativas podemos pensar que las alteraciones de la personalidad relacionadas con la aparición del cáncer, son ocasionadas por la enfermedad en sí, sin tomar en consideración el lugar en que aparece, por lo menos en estos dos tipos de cáncer.

Por otra parte, cabe mencionar una duda en cuanto a la utilización de los criterios psicopatológicos. Conforme al artículo que sustenta su validez, los criterios fueron tomados de estudiantes mexicanos, donde la muestra se repartió en los cuatro criterios. Sabiendo que no existe similitud física, ocupacional o a nivel de escolaridad entre ellos y nuestros pacientes. ¿Por qué nuestra muestra con los perfiles sin normalizar también se repartió en los cuatro criterios? ¿Por qué muestran rasgos semejantes de psicopatología? Consideramos que en este sentido cabe hacer más investigaciones en cuanto a los criterios.

5.2 CONCLUSIONES

De este estudio se deriva que sí existe una relación entre pacientes con cáncer -sin importar donde se localice, mama o cervix- y psicopatología. Los resultados alcanzados fueron que los pacientes con cáncer en México, presentan como cuadro clínico depresión y ansiedad. Su actividad psicológica se encuentra disminuida, hay sentimientos de culpa y dependencia social. Vuelcan en sí mismos la tensión que experimentan; hay apatía ya que no se interesan por lo que sucede a su alrededor. Se incrementa la conciencia personal, existiendo preocupación y angustia en relación al medio ambiente. Las fantasías de los sujetos y la hostilidad que experimentan, originan que pierdan interés en establecer relaciones con los integrantes de su medio ambiente, por lo que tienden a estar solos y a refugiarse en sus fantasías, para evitar confrontar la realidad en la que se desenvuelven. Se autocriticán y autocompadecen.

Esto nos lleva a concluir que estos pacientes requieren de un tratamiento psicoterapéutico para que se adapten a su enfermedad y puedan enfrentarse a las consecuencias de ésta. La reacción de nuestros pacientes a su padecimiento físico está dada por muchos factores que ya han sido mencionadas, tales como: fase de su enfermedad, nivel socio-económico bajo, cultura, etc. En este estudio sólo abarcamos un aspecto que es el psicológico, estudiamos un punto de éste, que es su personalidad y creemos necesario la presencia del psicólogo desde la consulta inicial hasta el control o desenlace de la enfermedad.

Asimismo, comprendemos la necesidad de mayores estudios en este campo, tomando en consideración todo lo que rodea a estos pacientes, desde estudiar a sus esposos, hijos, padres, médicos, enfermeras, medio ambiente del hospital -incluyendo si el estar en determinada sala o habitación con personas más graves les afecta-, o la indiferencia del personal que les rodea. Esto deberá hacerse, para lograr generalizar los datos que redundarán en beneficio de los pacientes con cáncer.

Por otra parte, el trabajo de normalización puede sumarse a otras investigaciones de este tipo con mexicanos, para lograr una normalización más generalizada.

5.3 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

A continuación se presentará un informe detallado de la presente experiencia en el Hospital General. El motivo de esta presentación será comunicar en qué consistió la estancia, a partir de los pacientes, y los médicos, lo que podrá servir para lograr la mejor comprensión de la experiencia, de los resultados obtenidos y de las sugerencias que se presentarán después.

La presente investigación, como ya se mencionó, se llevó a cabo de agosto de 1979 a septiembre de 1980. Durante este período en el Pabellón de Oncología, fue posible conocer el funcionamiento de éste en la mayoría de sus aspectos.

Para poder entrevistar y aplicar la prueba era necesario: primero seleccionar a los pacientes en cuanto a su edad, escolaridad, padecimiento y fase de enfermedad. También se tenía que tomar en cuenta el tratamiento, pues si se encontraban en quimioterapia o radioterapia habría que programar las sesiones, tomando en cuenta la desaparición de las consecuencias de estos tratamientos, ya que la mayoría de las que se encontraban tratándose, llegaban a enfermar al grado de guardar reposo. Por otra parte, la inmensa mayoría, creía que la razón por la cual se le había seleccionado para el estudio, era por estar "loca", y muchas primero tendrían que pedirle permiso a su esposo o acompañarse por alguien de mayor edad.

Había pacientes que venían de medios rurales y desconocían el significado de su enfermedad, razón por la cual no se explicaban por qué no había cura y pensaban que no se les daba el tratamiento adecuado, siendo ésta una de las causas de deserción; y, como comentaban algunos doctores del Pabellón, si no asisten para cuidar de su salud, es difícil que asistan para cooperar a un estudio psicológico. De esta manera, se obtuvieron cerca de 40 estudios incompletos. En otros casos, los menos, se tuvo que esperar a que regresaran a consulta, para preguntar si podíamos contar otra vez con su cooperación.

También se encontraron pacientes que tienen al cáncer como sinónimo de muerte. Desgraciadamente en algunos casos, tenían razón, pero en la mayoría de las pacientes que cooperaron para el estudio, esta enfermedad estaba controlada. No por ésto, dejaba de tener consecuencias una histerectomía o una mastectomía (con sus respectivas variantes ya mencionadas en los capítulos correspondientes), en lo más íntimo de su ser, a veces por creencias infundadas como en los casos de la histerectomía: "estoy hueca", "ya no sirvo como mujer", "mi marido ya no quiere usarme", o, por culpa de él estoy enferma"; o en los casos de la mastectomía con el terrible daño a la imagen corporal y a su condición de mujer. Muchas de ellas decían quedaron inútiles del brazo del lado que les habían operado sin causa física justificada.

Nos enfrentamos otras veces a la reacción al diagnóstico de cáncer. Los doctores evitan esta palabra (cáncer), pero usan en su lugar "tumor maligno" o alguna frase semejante. La reacción casi siempre fue la misma: la paciente que no sabe cómo enfrentarse a este diagnóstico, y el doctor, que por tampoco saber cómo enfrentarse, simula estar muy ocupado, programa la operación y manda a la paciente con la trabajadora social, para que ésta le diga cuánto le va a costar y lo que necesita traer para cuando se interne. Fueron pocos los casos donde por insistencia de la paciente el doctor habla en términos generales de sobrevivencia. También hay que tomar en consideración que cada doctor puede ver en su consulta diaria un promedio de 30 pacientes en el mínimo tiempo posible. Esta situación lleva a considerar a Cueli en su crítica a la medicina institucionalizada, con su gran frialdad; y a Garusi, donde refiere la conveniencia de dar el diagnóstico de una manera que permita mantener una esperanza realística, lo que en este caso no se lleva a cabo por la poca atención que se le presta al paciente, pues el tiempo no lo permite.

Hay algunos pasantes que dicen a las pacientes en etapa terminal el tiempo que les queda de vida, logrando una depresión severa. Como dice Langer, se debe decir al paciente lo que su personalidad y su estado emocional permita; también volveríamos a Cueli, ya que a estas pacientes las consideraban un estorbo, y además ocupaban un lugar que podría servir a alguien que sí pudiera rehabilitarse, con lo que otra vez

caemos en los errores de la medicina institucionalizada.

En cuanto a las limitaciones en este estudio se encontraron las siguientes:

- 1) El que la muestra no fuera representativa de la población que asiste al Pabellón de Oncología.
- 2) El que la muestra perteneciera a un sólo nivel socioeconómico.
- 3) El no haber manejado variables tales como:
 - a) Diferenciación entre pacientes operados y no operados.
 - b) Diferenciación de pacientes tratados radiológicamente o por medio de quimioterapia, de los que sólo conocían su diagnóstico.
 - c) El no haber controlado variables sobre aspectos familiares.

En base a los datos aportados y las limitaciones en la presente investigación, se considera que existen aspectos que deben ser abarcados en futuras investigaciones, como son:

- 1) Investigar con una población más amplia, tomando en consideración diferentes niveles socioeconómicos, aspectos familiares, culturas, edades y tipos y tratamientos de cáncer, para lograr una normalización de las características de personalidad de estos pacientes.
- 2) Investigar poblaciones con características diferentes (edad, nivel socioeconómico, escolaridad, condición física) para lograr la aplicación generalizada de los criterios psicopatológicos.
- 3) El uso de otros instrumentos psicométricos.
- 4) Sensibilización del personal que trata al paciente con cáncer.
- 5) Examen del estado emocional del paciente con cáncer; los pacientes que reporten psicopatología severa deberán ser referidos a consulta psicoterapéutica.
- 6) Sesiones individual o en grupo de pacientes con cáncer.
- 7) Con el fin de mejorar el cuidado de los pacientes con cáncer, deberá ser estimulada la interrelación entre la Psicología y la Oncología.

ANEXOS

(ANEXO 1)

TABLA QUE MUESTRA LAS PUNTUACIONES EN BRUTO DE LOS SUJETOS CON CANCER DE MAMA

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	6	3	11	6	28	14	11	34	11	16	13	14	38
2	7	13	7	6	27	14	19	33	14	25	33	20	42
3	9	6	13	3	23	18	17	34	9	8	6	15	28
4	5	5	12	5	20	15	12	32	8	26	21	17	27
5	12	5	21	17	29	32	16	35	15	10	15	20	14
6	3	9	10	16	27	19	12	32	7	18	15	16	43
7	9	10	9	21	38	34	22	37	13	26	26	15	42
8	6	9	11	2	23	15	13	30	11	24	23	11	50
9	10	6	18	8	29	21	12	33	9	11	13	13	32
10	6	10	7	23	39	30	21	30	16	34	38	20	49
11	4	3	15	11	21	24	14	32	8	11	19	21	22
12	10	13	9	17	30	28	19	40	11	23	22	22	39
13	11	11	16	5	22	15	17	39	9	11	12	17	22
14	4	6	10	13	33	25	23	36	11	20	20	20	36
15	6	16	14	15	31	26	25	32	18	29	35	18	44
16	9	7	18	10	28	28	17	31	13	13	11	19	34
17	9	14	19	15	23	23	18	31	8	21	13	11	40
18	8	13	15	7	19	19	21	29	16	30	32	17	45
19	4	9	16	8	24	24	17	38	9	22	17	12	47
20	8	8	12	13	33	33	22	41	12	24	24	11	47
21	4	9	18	12	25	25	22	30	13	18	21	13	40
22	8	8	22	13	26	26	22	28	11	14	16	12	46
23	2	9	9	7	19	19	15	29	12	33	36	26	28
24	10	7	21	1	26	17	14	28	12	10	15	13	36
25	8	6	19	16	40	34	17	39	11	24	17	16	41
\bar{x}	6.7	8.7	12.8	12.2	30.1	23.6	17.6	32.4	11.1	19.5	20.7	15.7	37.9

S = SUJETOS

TABLA QUE MUESTRA LAS PUNTUACIONES EN BRUTO DE LOS SUJETOS CON CANCER CERVICOUTERINO

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
26	6	15	10	28	37	34	23	36	16	27	38	20	43
27	5	5	14	22	35	32	17	32	9	27	24	15	37
28	8	5	15	9	25	21	10	31	3	16	8	12	30
29	9	2	14	13	27	26	22	32	11	15	14	12	40
30	9	14	14	14	27	27	22	30	13	13	14	11	31
31	8	8	12	11	32	23	13	30	9	17	24	12	48
32	6	7	9	11	28	18	11	30	8	17	13	13	38
33	4	8	6	5	25	14	13	30	12	27	20	20	39
34	2	8	4	9	21	14	23	38	15	17	23	21	41
35	11	3	20	10	35	26	16	39	7	15	15	13	38
36	10	16	12	11	38	31	26	32	11	26	30	23	45
37	5	7	8	18	31	31	21	29	11	23	22	12	34
38	6	10	11	11	29	21	19	27	15	24	21	15	38
39	6	12	12	15	37	24	18	33	12	22	20	13	40
40	8	8	10	10	32	18	13	28	8	17	22	10	52
41	4	3	14	8	30	18	18	33	7	9	10	14	31
42	7	3	19	4	23	14	8	35	5	6	5	13	32
43	4	9	11	23	38	28	15	30	11	24	29	12	39
44	4	9	12	14	28	25	23	29	12	18	16	13	35
45	5	17	11	21	31	29	22	38	14	32	39	26	36
46	5	12	16	14	33	23	16	28	14	23	25	13	48
47	5	8	10	10	25	21	17	30	10	16	20	19	36
48	7	10	11	16	35	24	13	26	12	23	24	13	41
49	7	12	7	21	34	29	26	29	17	27	31	15	45
50	8	13	9	16	33	31	18	32	10	23	19	16	30
\bar{x}	6.3	8.9	11.6	13.7	30.7	24	17.2	31.4	10.8	20.1	21	15	38.6

S = SUJETOS

PUNTAJES "Z" Y "T" PARA EL PERFIL NORMALIZADO

L			F			K		
P	Z	T	P	Z	T	P	Z	T
0	-3.5	15	0	-2.2	27.5	0	-3.2	17.5
1	-3	20	1	-2	30	1	-3	20
2	-2.5	25	2	-1.75	32.5	2	-2.7	22.5
3	-2	30	3	-1.5	35	3	-2.5	25
4	-1.5	35	4	-1.2	37.5	4	-2.2	27.5
5	-1	40	5	-1	40	5	-2	30
6	-.5	45	6	-.75	42.5	6	-1.7	32.5
7	0	50	7	-.5	45	7	-1.5	35
8	.5	55	8	-.2	47.5	8	-1.2	37.5
9	1	60	9	0	50	9	-1	40
10	1.5	65	10	.2	52.5	10	-.7	42.5
11	2	70	11	.5	55	11	-.5	45
12	2.5	75	12	.7	57.5	12	-.2	47.5
13	3	80	13	1	60	13	0	50
14	3.5	85	14	1.2	62.5	14	.2	52.5
15	4	90	15	1.5	65	15	.5	55
			16	1.7	67.5	16	.7	57.5
			17	2	70	17	1	60
			18	2.2	72.5	18	1.2	62.5
			19	2.5	75	19	1.5	65
			20	2.7	77.5	20	1.7	67.5
						21	2	70
						22	2.2	72.5
						23	2.5	75
						24	2.7	77.5
						25	3	80

1			2			3		
P	Z	T	P	Z	T	P	Z	T
0	-2	30	15	-3	20	10	-2.3	26.6
1	-1.8	31.6	16	-2.8	22	11	-2.1	28.3
2	-1.6	33.3	17	-2.6	24	12	-2	30
3	-1.5	35	18	-2.4	26	13	-1.8	31.6
4	-1.3	36.6	19	-2.2	28	14	-1.6	33.3
5	-1.1	38.3	20	-2	30	15	-1.5	35
6	-1	40	21	-1.8	32	16	-1.3	36.6
7	-.8	41.6	22	-1.6	34	17	-1.1	38.3
8	-.6	43.3	23	-1.4	36	18	-1	40
9	-.5	45	24	-1.2	38	19	-.8	41.6
10	-.3	46.6	25	-1	40	20	-.6	43.3
11	-.1	48.3	26	-.8	42	21	-.5	45
12	0	50	27	-.6	44	22	-.3	46.6
13	.1	51.6	28	-.4	46	23	-.1	48.3
14	.3	53.3	29	-.2	48	24	0	50
15	.5	55	30	0	50	25	.1	51.6
16	.6	56.6	31	2	52	26	.3	53.3
17	.8	58.3	32	4	54	27	.5	55
18	1	60	33	6	56	28	.6	56.6
19	1.1	61.6	34	8	58	29	.8	58.3
20	1.3	63.3	35	1	60	30	1	60
21	1.5	65	36	1.2	62	31	1.1	61.6
22	1.6	66.6	37	1.4	64	32	1.3	63.3
23	1.8	68.3	38	1.6	66	33	1.5	65
24	2	70	39	1.8	68	34	1.6	66.6
25	2.1	71.6	40	2	70	35	1.8	68.3
26	2.3	73.3	41	2.2	72	36	2	70
27	2.5	75	42	2.4	74	37	2.1	71.6
28	2.6	76.6	43	2.6	76	38	2.3	73.3
29	2.8	78.3	44	2.8	78	39	2.5	75
30	3	80	45	3	80	40	2.6	76.6
31	3.1	81.6						
32	3.3	83.3						
33	3.5	85						
34	3.6	86.6						
35	3.8	88.3						
36	4	90						

4		
P	Z	T
5	-3.2	17.5
6	-3	20
7	-2.7	22.5
8	-2.5	25
9	-2.2	27.5
10	-2	30
11	-1.7	32.5
12	-1.5	35
13	-1.2	37.5
14	-1	40
15	-.7	42.5
16	-.5	45
17	-.2	47.5
18	0	50
19	.2	52.5
20	.5	55
21	.7	57.5
22	1	60
23	1.2	62.5
24	1.5	65
25	1.7	67.5
26	2	70
27	2.2	72.5
28	2.5	75
29	2.7	77.5
30	3	80

5		
P	Z	T
25	-1.7	32.5
26	-1.5	35
27	-1.2	37.5
28	-1	40
29	-.7	42.5
30	-.5	45
31	-.2	47.5
32	0	50
33	.2	52.5
34	.5	55
35	.7	57.5
36	1	60
37	1.2	62.5
38	1.5	65
39	1.7	67.5
40	2	70
41	2.2	72.5
42	2.5	75
43	2.7	77.5
44	3	80
45	3.2	82.5

6		
P	Z	T
0	-3.6	13.3
1	-3.3	16.6
2	-3	20
3	-2.6	23.3
4	-2.3	26.6
5	-2	30
6	-1.6	33.3
7	-1.3	36.6
8	-4	40
9	-.6	43.3
10	-.3	46.6
11	0	50
12	.3	53.3
13	.6	56.6
14	1	60
15	1.3	63.3
16	1.6	66.6
17	2	70
18	2.3	73.3
19	2.6	76.6
20	3	80

7			8					
P	Z	T	P	Z	T			
5	-2.1	28.5	0	-2.6	23.7	36	1.7	68.7
6	-2	30	1	-2.5	25	37	2	70
7	-1.8	31.4	2	-2.3	26.2	38	2.1	71.2
8	-1.7	32.8	3	-2.2	27.5	39	2.2	72.5
9	-1.5	34.2	4	-2.1	28.7	40	2.3	73.7
10	-1.4	35.7	5	-2	30			
11	-1.2	37.1	6	-1.8	31.2			
12	-1.1	38.5	7	-1.7	32.5			
13	-1	40	8	-1.6	33.7			
14	-.8	41.4	9	-1.5	35			
15	-.7	42.8	10	-1.3	36.2			
16	-.5	44.2	11	-1.2	37.5			
17	-.4	45.7	12	-1.1	38.7			
18	-.2	47.1	13	-1	40			
19	-.1	48.5	14	-.8	41.2			
20	0	50	15	-.7	42.5			
21	.1	51.4	16	-.6	43.7			
22	.2	52.8	17	-.5	45			
23	.4	54.2	18	-.3	46.2			
24	.5	55.7	19	-.2	47.5			
25	.7	57.1	20	-.1	48.7			
26	.8	58.5	21	0	50			
27	1	60	22	.1	51.2			
28	1.1	61.4	23	.2	52.5			
29	1.2	62.8	24	.3	53.7			
30	1.4	64.2	25	.5	55			
31	1.5	65.7	26	.6	56.2			
32	1.7	67.1	27	.7	57.5			
33	1.8	68.5	28	.8	58.7			
34	2	70	29	1	60			
35	2.1	71.4	30	1.1	60			
			31	1.2	62.5			
			32	1.3	63.7			
			33	1.5	65			
			34	1.6	66.2			
			35	1.7	67.5			

	9	
P	Z	T
5	-2.7	22.5
6	-2.5	25
7	-2.2	27.5
8	-2	30
9	-1.7	32.5
10	-1.5	35
11	-1.2	37.5
12	-1	40
13	-.7	42.5
14	-.5	45
15	-.2	47.5
16	0	50
17	.2	52.5
18	.5	55
19	.7	57.5
20	1	60
21	1.2	62.5
22	1.5	65
23	1.7	67.5
24	2	70
25	2.2	72.5
26	2.5	75
27	2.7	77.5
28	3	80
29	3.2	82.5
30	3.5	85

	0	
P	Z	T
10	-3.5	15
11	-3.3	16.2
12	-3.2	17.5
13	-3.1	18.7
14	-3	20
15	-2.8	21.2
16	-2.7	22.5
17	-2.6	23.7
18	-2.5	25
19	-2.3	26.2
20	-2.2	27.5
21	-2.1	28.7
22	-2	30
23	-1.8	31.2
24	-1.7	32.5
25	-1.6	33.7
26	-1.5	35
27	-1.3	36.2
28	-1.2	37.5
29	-1.1	38.7
30	-1	40
31	-.8	41.2
32	-.7	42.5
33	-.6	43.7
34	-.5	45
35	-.3	46.2
36	-.2	47.5
37	-.1	48.7
38	0	50
39	.1	51.2
40	.2	52.5

	0		(contin
P	Z	T	
41	.3	53.7	
42	.5	55	
43	.6	56.2	
44	.7	57.5	
45	.8	58.7	
46	1	60	
47	1.1	61.2	
48	1.2	62.5	
49	1.3	63.7	
50	1.5	65	
51	1.6	62.2	
52	1.7	67.5	
53	1.8	68.7	
54	2	70	
55	2.1	71.2	

TABLAS QUE MUESTRAN EL NUMERO DE SUJETOS, LOS PUNTAJES, LAS SUMATORIAS, Y LAS MEDIAS DE CADA CRITERIO DE LOS PERFILES NORMALIZADOS

CRITERIO II

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	9	9	7	19	19	15	29	12	33	36	26	28
2	6	16	14	15	31	26	25	32	18	29	35	18	44
3	6	10	7	23	39	30	21	30	16	34	38	20	49
4	5	17	11	21	31	29	22	38	14	32	39	26	36
5	6	15	10	28	37	34	23	36	16	27	38	20	43
Σ	25	67	51	94	157	138	106	165	76	155	186	110	200
\bar{x}	5	13.4	10.2	18.8	31.4	27.6	21.2	33	15.2	31	37.2	22	40

S = SUJETOS

CRITERIO III

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	6	7	9	11	28	18	11	30	8	17	13	13	38
2	4	3	14	8	30	18	18	33	7	9	10	14	31
3	7	3	19	4	23	14	8	35	5	6	5	13	32
4	5	5	12	5	20	15	12	32	8	26	21	17	27
5	9	10	9	21	38	34	22	37	13	26	26	15	42
6	7	12	7	21	34	29	26	29	17	27	31	15	45
7	7	13	7	6	27	14	19	33	14	25	33	20	42
8	8	13	15	7	19	19	21	29	16	30	32	17	45
9	10	16	12	11	38	31	26	32	11	26	30	23	45
10	4	9	11	23	38	28	15	30	11	24	29	12	39
11	8	6	19	16	40	34	17	39	11	24	17	16	41
12	4	6	10	13	33	25	23	36	11	20	20	20	36
13	6	10	11	11	29	21	19	27	15	24	21	15	38
14	12	5	21	17	29	32	16	35	15	10	15	20	14
Σ	97	118	176	174	426	332	253	457	162	294	303	230	515
\bar{x}	6.9	8.4	12.5	12.4	30.4	23.7	18.0	32.6	11.5	21	21.6	16.4	36.7

S = SUJETOS

CRITERIO IV

s	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	8	8	22	13	26	26	22	28	11	14	16	12	46
2	4	9	18	12	26	25	22	30	13	18	21	13	40
3	8	8	12	13	33	33	22	41	12	24	24	11	47
4	9	7	18	10	28	28	17	31	13	13	11	19	34
5	10	13	9	17	30	28	19	40	11	23	22	22	39
6	8	13	9	16	33	31	18	32	10	23	19	16	30
7	7	10	11	16	35	24	13	26	12	23	24	13	41
8	5	8	10	10	25	21	17	30	10	16	20	19	36
9	5	12	16	14	33	23	16	28	14	23	25	13	48
10	4	9	12	14	28	25	23	29	12	18	16	13	35
11	8	8	10	10	32	18	13	28	8	17	22	10	52
12	6	12	12	15	37	24	18	33	12	22	20	13	40
13	5	7	8	18	31	31	21	29	11	23	22	12	34
14	8	8	12	11	32	23	13	30	9	17	24	12	48
15	9	14	14	14	27	27	22	30	13	13	14	11	31
16	9	2	14	13	27	26	22	32	11	15	14	12	40
17	8	5	15	9	25	21	10	31	3	16	8	12	30
18	11	3	20	10	35	26	16	39	7	15	15	13	38
19	4	3	15	11	21	24	14	32	8	11	19	21	22
20	3	9	10	16	27	19	12	32	7	18	15	16	43
21	4	9	16	8	24	24	17	38	9	22	17	12	47
22	5	5	14	22	35	32	17	32	9	27	24	15	37
23	11	11	16	5	22	15	17	39	9	11	12	17	22
24	10	7	21	1	26	17	14	28	12	10	15	13	36
25	10	6	18	8	29	21	12	33	9	11	13	13	32
26	6	9	11	2	23	15	13	30	11	24	23	11	50
27	9	6	13	3	23	18	17	34	9	8	6	15	28
28	6	3	11	6	28	14	11	34	11	16	13	14	38
29	4	8	6	5	25	14	13	30	12	27	20	20	39
30	9	14	19	15	23	23	18	31	8	21	13	11	40
31	2	8	4	9	21	14	23	38	15	17	23	21	41
Σ	215	254	416	346	870	710	522	998	321	556	550	445	1184
\bar{x}	6.9	8.1	13.4	11.1	28.	22.9	16.8	32.1	10.3	17.9	17.7	14.3	38.1

s = SUJETOS

ANEXO 5

CUADRO QUE MUESTRA LAS MEDIAS, VARIANZAS, DESVIACIONES ESTANDAR Y SUMATORIAS DE LA MUESTRA

	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
\bar{x}	6.7	8.7	12.8	12.2	30.1	23.6	17.6	32.4	11.1	19.5	20.7	15.7	37.
S^2	5.8	13.9	18.0	35.0	29.1	37.2	19.5	13.7	9.5	43.6	69.2	16.0	59.
S	2.4	3.73	4.2	5.9	5.4	6.1	4.4	3.7	3.0	6.6	8.3	4.0	7.
Σ	337	439	643	614	1507	1180	881	1620	559	975	1039	785	189

TABLAS QUE MUESTRAN LAS PUNTUACIONES EN BRUTO POR CRITERIOS DE LOS PERFILES
SIN NORMALIZAR

CRITERIO I.

	S	L	F	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	8	6	19	26	40	34	25	39	11	43	36	20	41	
2	2	9	9	12	25	19	19	29	12	42	45	28	28	
3	6	10	7	27	39	30	24	30	16	41	45	21	49	
4	9	14	19	25	36	23	26	31	8	40	32	15	40	
5	6	16	14	22	31	26	31	32	18	43	49	21	44	
6	9	10	9	26	38	34	26	37	13	35	35	17	42	
7	7	12	7	25	34	29	29	29	17	34	38	16	45	
8	5	12	16	22	33	23	22	28	14	39	41	16	48	
9	5	17	11	27	31	29	26	38	14	43	40	28	36	
10	4	9	11	29	38	28	19	30	11	35	40	14	39	
11	6	12	12	21	37	24	23	33	12	34	32	15	40	
12	5	5	14	29	35	32	23	32	9	41	38	18	37	
13	10	16	12	17	38	31	31	32	11	38	42	25	45	
14	6	15	10	33	37	34	27	36	16	37	48	22	43	
15	8	8	12	19	43	33	27	41	12	36	36	13	47	
Σ	96	171	182	360	535	429	378	497	194	581	597	289	624	
\bar{x}	6.4	11.4	12.1	24	35.6	28.6	25.2	33.1	12.9	38.7	39.8	19.2	41.6	

S = SUJETOS

TABLAS QUE MUESTRAN LAS PUNTUACIONES EN BRUTO DE LOS PERFILES SIN NORMALIZAR

CRITERIO II.

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	8	8	12	17	32	23	18	30	9	29	36	14	48
2	9	2	14	20	27	26	28	32	11	29	28	15	40
3	5	7	8	22	31	31	24	29	11	31	30	14	34
4	4	9	12	20	28	25	28	29	12	30	28	15	35
5	7	10	11	22	35	24	17	26	12	34	35	15	41
6	11	3	20	20	35	26	24	39	7	35	35	17	38
7	8	13	9	21	33	31	22	32	10	32	28	18	30
8	4	6	10	18	33	25	27	36	11	30	30	22	36
9	10	13	9	22	30	28	23	40	11	22	31	24	39
10	12	5	21	28	29	32	24	35	15	31	36	24	14
11	7	13	7	10	27	14	22	33	14	32	40	21	42
12	8	13	5	10	32	19	22	29	16	35	37	18	45
13	4	9	16	16	31	24	23	38	9	38	33	15	47
14	4	9	18	21	28	25	29	30	13	36	29	17	40
15	8	8	22	24	29	26	31	28	11	36	38	16	46
Σ	109	128	194	291	460	379	362	486	172	480	494	265	575
\bar{x}	7.2	8.5	12.9	19.4	30.6	25.2	24.1	32.4	11.4	32	32.9	17.6	38.3

S = SUJETOS

TABLAS QUE MUESTRAN LAS PUNTUACIONES EN BRUTO DE LOS PERFILES SIN NORMALIZAR

CRITERIO III.

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	7	6	9	9	17	8	18	28	9	28	37	22	34
2	10	7	21	12	26	17	22	28	12	31	36	27	36
3	6	3	11	12	28	14	15	34	11	27	24	10	38
4	5	5	12	11	20	15	17	32	8	28	33	19	27
5	3	9	10	21	27	19	16	32	7	28	25	18	43
6	6	9	11	8	23	15	17	30	11	35	34	12	50
7	10	6	18	17	29	21	19	33	9	29	31	17	32
8	11	11	16	13	22	15	23	39	9	27	28	20	22
9	2	8	4	11	21	14	25	38	15	21	27	22	41
10	4	3	14	15	30	18	24	33	7	23	24	17	31
11	8	8	10	15	32	18	7	28	8	27	32	12	52
12	6	10	11	17	29	21	23	27	15	35	32	17	38
13	4	8	6	8	25	14	15	30	12	33	26	21	39
14	6	7	9	16	28	18	15	30	8	26	22	15	38
15	8	5	15	17	25	21	16	31	3	31	23	15	30
16	9	14	14	21	27	27	28	30	13	27	28	14	31
Σ	105	119	191	223	407	275	300	503	157	456	462	278	582
\bar{x}	6.5	7.4	11.9	13.9	25.5	17.1	18.7	31.4	9.8	28.5	28.8	17.3	36.6

S = SUJETOS

TABLAS QUE MUESTRAN LAS PUNTUACIONES EN BRUTO DE LOS PERFILES SIN NORMALIZAR
CRITERIO IV

S	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	5	8	10	15	21	25	21	30	10	26	30	21	36
2	7	3	19	14	23	14	16	35	5	25	24	17	32
3	4	3	15	19	21	24	20	32	8	26	34	24	22
4	9	7	18	19	28	28	24	31	13	31	29	23	34
Σ	25	21	62	67	93	91	81	128	36	108	117	85	124
\bar{x}	6.2	5.2	15.5	16.7	23.2	22.7	20.2	32	9	27	29.2	21.2	31

S = SUJETOS

BIBLIOGRAFIA

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

1. ACKERMAN Y DEL REGATO: *CANCER. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico.* Edic. 1951. Pags. 789-919 y 920-968.
2. BALTRUSH, H.J.: *Psychosocial Stress and Cancer.* Third International Symposium of Detection and Prevention of Cancer, 1976. Pags. 42-43.
3. BERNAY, T.M.: *Elements of a Psychological Profile of the Cancer Patient in Radiation. Therapy: Implications for the use of Mental Health Services.* Diss. Abstr. Int. (B); 37 (2): 968-B, 1976.
4. COBB, A.B.: *Medical and Psychological Problems in the Rehabilitation of the Cancer Patient. Counseling and Rehabilitating the Cancer Patient.* 75 (QZ200H): 24-68, 1975.
5. *Compendio de Estadísticas Vitales en México.* SSA, 1974 y 1975.
6. CUELI, J.: *Aspectos Psicológicos de la Relación Médico-Paciente. La Relación Médico-Paciente.* Simposio Syntex; Pags. 15-36, 1970.
7. DEROGATIS, L.R.; ABELOFF: *Psychological Coping Mechanisms and Length of Survival in Advanced Breast Cancer.* (Meeting Abstract), Proc. Am Assoc. Cancer RES; 19:340, 1978.
8. DE LA FUENTE, RAMON: *Psicología Médica.* Ed. Fondo de Cultura Económica, 1968.
9. DRELLICH, BIEBER, SUTHERLAND: *Adaptation to Hysterectomy.* Ninth Annual Cancer Symposium of the James Ewing Society, April 5, 88-94, 1956.
10. FLOYD, G.J.: *Identification of an Intervention into Psychological Problems of Cancer Patients.* (Meeting Abstract). Program and Abstracts of the Third Annual. Convention of Oncology Nursing Society held in Washington, D.C. 4-7 April, 1978, Oncology Nursing Society A:33, 1978.

11. FUGATE NANCY, R.N., B.S.N., M.N.: *Psychological Aspects of Breast Cancer; Review of Literature* JOGN Nursing, Vol. 4, Number 5, 15-22, Sept./Oct. 1975.
12. GARUSI, G.F.: *Psychological Problems of the Cancer Patient*; Z. Krebsforsch; 91 (2): 117-125, 1978.
13. GREER H. STEVEN: *Risk Factors in Cancer Patients*; Stoll BA, Ed. Chicago, W. Heinemann Medical, Books LTD, New Factors of Breast Cancer, Vol. 2, 1976.
14. HATHAWAY, S.R., MCKINELY, J.C.: *Inventario Multifásico de la Personalidad*; Ed. El Manual Moderno, Pags. 2-3, 1979.
15. HOLLAND, J.C.: *Psychological Aspects of Cancer: The Parameters of Anxiety and Depression. (Meeting Abstract) (pp 71-73)* Third International Symposium on Oncology, held by Taj-Pahlavi Medical School, Tehran University; Tehran, Iran, 115 pp, 1978.
16. HOLLAND, J.; PLUMB M.: *Current and Past Psychologic Adjustment of Advanced Cancer; Patients (Meeting Abstract)* Proc. Am. Assoc. Cancer Res.; 19:418, 1978
17. ITURRALDE AVILES J.D.: *Transtornos Psicossomáticos*; Tesis, Fac. de Psicología, 1971.
18. LABRUM ANTHONY H.: *Psychological Factors in the Etiology and Treatment of Cancer of the Cervix*; Clinical Obstetrics and Gynecology; Vol. 19, No. 2, June 1976.
19. LANGER MARIE: *Psicología y Cáncer*; Ediciones Hormé, SAE. Pags. 118-140, 1964.
20. LAWSON, N.C.; FITZGERALD, D.: *Psychological Research in Cancer: An Overview*; Cancer Bull; 30 (2); 49-51, 1978
21. LEVINE, SILBERFARB, LIPOWSKI: *Mental Disorders in Cancer Patients. A study of 100 Psychiatric Referrals.* Cancer 42: 1385-1391, 1978

22. LYON, J.S.: *Management of Psychological Problems in Breast Cancer*. (pp. 225-232). *Breast Cancer Management, Early and Late*. Stoll BA, Ed. Chicago, William Heinemann Medical Books, Inc, 1977.
23. *Manual de Cancerología Básica*. Editado por el Comité Técnico de la Campaña Nacional Contra el Cáncer, SSA Edición 1963. Pag. 13-25 y 226-254.
24. *Manual de Procedimientos*. Cáncer, SSA, Edición 1976 Pag. 3-24.
25. CONDUCT MOORE: *Cancerología Clínica*. Edic. 1973, Pag. 72-85 y 145-156.
26. NUNEZ RAFAEL: *Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a la Psicopatología*, MMPI. Ed. El Manual Moderno, México, 1979.
27. RIVERA, MONZON, LUCIO, AMPUDIA: *Investigación sobre la interpretación automatizada del MMPI para estudiantes universitarios*. Revista Psiquiatría APM, Vol. 8, No. 2, mayo-agosto, México, 1978.
28. SUTHERLAND A.; ORBACH: *Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery, II: Depressive Reactions Associated with Surgery of Cancer*; *Cancer* 6 (5): 958-962, Sept., 1953.
29. TENNEY, V.A.: *A Clinical Study of the Psychosomatic aspects of Cancer*, *Asian Med. J.*; 11 (12): 16:21, 1968.
30. TODD AND MAGAREY: *Ego Defences and Affects in Women with Breast Symptoms: A preliminary measurement paradigm*. *Br. J. Med. Psychol.* 51 (2), 177-189, 1978.
31. *Oncología Clínica*; Editado por el comité de educación profesional de la UICC (Union Internacional contra el Cáncer). Edic. 1978, Pags. 229-245.
32. WATSON, P.G.: *Psychological Aspects of the Cancer Experience*. *Can Nurse*; 74 (&): 45: 48, 1978.

33. WEINSTOCK C.: *Notes on "spontaneous" regression of cancer.*
J. Am. Soc. Psychosom. Dent. Med. 24 (4): 106-10, 1977.