



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES IZTACALA**

**U. N. A. M.**



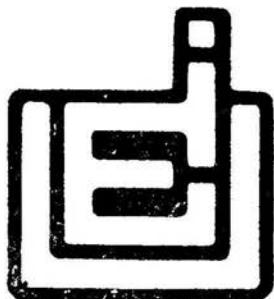
U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

**LA APORTACION DEL PSICOLOGO CONDUCTUAL EN LA  
REHABILITACION INTEGRAL DE LA PACIENTE**

**MASTECTOMIZADA**

CC1  
31921  
M4  
1984-3

**MARTINEZ VALDES GLORIA  
SANCHEZ REYES MA. DEL CARMEN**



Los Reyes Iztacala

1984



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.

Al paciente oncológico.

"Hoy es el primer día del resto de tu vida".

En particular a las integrantes del grupo de rehabilitación "Nueva Imagen", ejemplos vivos de constancia y superación humana.

"El hombre no comienza a vivir realmente hasta que ha comenzado a considerar seriamente su propia mortalidad".

A Martha Montiel C.

por su confianza, su apoyo, sus orientaciones y su amistad, demostradas durante la realización de nuestro trabajo.

Al Dr. Francisco Lorenzo M.

cuya humanización e interés profesional motivaron nuestro trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

- A los Profesores Norma de la Torre y Héctor Martínez, cuyas sugerencias y comentarios mejoraron en mucho nuestro trabajo.
  
- A los Dres. Guillermo Cassab y Carlos Armendaríz, Directivos del Hospital de Oncología, por permitirnos laborar en dicha institución.
  
- Al Dr. Francisco Lorenzo, ex-psiquiatra del Hospital de Oncología, por su íntegro apoyo moral y material.
  
- A nuestro equipo de trabajo por su colaboración:
  - . Margarita López López, subjefe de enfermería.
  - . Martha Sánchez Gómez, exjefe del servicio de trabajo - médico social.
  - . Maricela Pérez Murillo, trabajadora social.
  - . Alejandrina Sánchez Sandoval, trabajadora social.
  - . Tina de Miranda, promotora social voluntaria (post - - mortum).
  - . Lucero Velázquez, promotora social voluntaria.
  - . Acela Grijalba de Hernández Chazaro, promotora social voluntaria.

- A la Dra. Sonia Labastida, por su valiosa ayuda en el -  
tratamiento estadístico del trabajo.
  
- Al Sr. Agustín Muñoz Reyes, bibliotecario del Hospital -  
de Oncología.
  
- Al personal del Hospital que se interesó honestamente en  
nuestro trabajo.

INDICE

| Contenido   | IZT. 1000246 | No. de Hoja |
|---|--------------|-------------|
| Introducción .....  |              | 1           |
| Capítulo 1. Diferentes aportaciones y enfoques al problema del cáncer. Teoría.....          |              | 5           |
| 1.1 Conceptos y criterios del cáncer en general, y de cáncer mamario en particular ..       |              | 5           |
| 1.2 Selección y descripción de los diferentes tratamientos médicos .....                    |              | 8           |
| 1.3 La teoría psicoanalítica y el cáncer ....   |              | 14          |
| 1.4 La teoría psiquiátrica .....  |              | 18          |
| 1.5 La teoría psicósomática .....   |              | 21          |
| Capítulo 2. Problemas psicológicos que conlleva al Tratamiento Médico .....                 |              | 25          |
| Capítulo 3. Consideraciones generales sobre el problema de la paciente mastectomizada ..... |              | 32          |
| Capítulo 4. Antecedentes de la depresión y de los procedimientos y técnicas empleadas ..... |              | 42          |

| Contenido   | No. de Hoja |
|---|-------------|
| Depresión .....   | 42          |
| Principales teorías de la depresión .....   | 46          |
| Asertividad .....   | 62          |
| Ansiedad .....  | 66          |
| Solución de problema .....  |             |
| Capítulo 5. Condiciones físicas, de población y<br>de servicios del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del<br>Instituto Mexicano del Seguro Social..... | 77          |
| 5.1 Descripción de los objetivos .....  | 78          |
| 5.2 Características y descripción de los sujetos .....  | 82          |
| 5.3 Fases de desarrollo .....   | 84          |
| Procedimiento .....   | 90          |
| Resultados .....  | 102         |
| Discusión .....   | 124         |
| Anexo .....   | 137         |
| Glosario .....  | 139         |
| Bibliografía .....  | 145         |

## INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis intenta evidenciar que los conocimientos alcanzados dentro de la psicología conductual y la formación de sus profesionales, permiten ampliar su campo de acción, delimitando a la conducta como objeto propio de conocimiento y dando soluciones a cuestiones que, hasta hace poco, habían quedado dentro del enfoque médico, el cual por razones históricas, en un momento dado de su desarrollo, se abocó a cuestiones de carácter físico.

En la actualidad el psicólogo está preparado para cuestionar el funcionamiento del modelo médico, el cual ha sido de gran utilidad al controlar un gran número de enfermedades, no obstante, no ha considerado a su objeto de estudio como un ser bio-psico-social, limitándose a la restauración de un estado de salud desde la perspectiva médica. Hasta ahora, ésta limitación aunada al no permitir la ingerencia de otras disciplinas en general, y de la psicología en particular, ha dificultado la generación de alternativas que influyan sobre los problemas conductuales desarrollados o acentuados a partir de una enfermedad. Y, por otra parte, el modelo médico no brinda una formación tal a sus profesionales que les permita abordar dicha pro-

blemática.

Tomando en cuenta la situación anterior se ha generado el presente trabajo, el cual se aboca principalmente a la solución de problemas conductuales, generados o acentuados a partir de una problemática orgánica específica, que como tal ha sido tratada y que involucra la extirpación de una parte del cuerpo, observándose así que, si bien, los pacientes cuentan con una sobrevida, no cuentan con patrones conductuales que les permitan que ésta sea más funcional y productiva.

El trabajo desarrollado relaciona específicamente a pacientes quienes, debido a un cáncer mamario, han sido sometidas a una intervención quirúrgica (extirpación de la mama), manifestando, en consecuencia, una extensa problemática que va desde el cáncer per se, que tradicionalmente ha sido sinónimo de muerte y pérdida de la imagen corporal y funciones fisiológicas, hasta problemas inmediatos y mediatos tales como la depresión y la ansiedad, y por consiguiente los repertorios conductuales correlacionados con estas dos categorías principalmente.

En base a datos proporcionados por el Hospital de On-

cología, C.M.N. del I.M.S.S., se encontró una gran población de pacientes mastectomizadas. En el año de 1979 se realizaron 239 mastectomías, en el año de 1980 se realizaron 244 operaciones de este tipo, y 274 mastectomías fueron realizadas en el año de 1981. No obstante la magnitud del problema y sus implicaciones, no se ha considerado sistemáticamente su tratamiento psicológico, ya que, aún y cuando existen algunas alternativas, éstas tienen importantes limitaciones, implicadas en el mismo modelo médico.

En base al análisis realizado hasta aquí, se llevó a cabo la implementación de un trabajo que plantea los problemas de la paciente mastectomizada y las alternativas de solución para lograr una rehabilitación integral. Considerando que, tanto la problemática a tratar como el campo de acción son prácticamente desconocidos para el psicólogo conductual, se han estructurado los capítulos del trabajo de la siguiente forma:

El capítulo 1, tiene como finalidad el ilustrar al lector sobre conceptos y criterios del cáncer en general y del cáncer mamario en particular, así como señalar los diferentes enfoques que existen en torno a la problemática ya mencionada. Con la breve revisión integrada en este capítulo, se pretende la familiarización del término "cán-

cer" y sus implicaciones.

Dentro del capítulo 2, se encontrará una descripción acerca de los problemas psicológicos generados debido al tratamiento médico (cirugía, radioterapia y quimioterapia).

El capítulo 3, contiene consideraciones generales sobre el problema de la paciente mastectomizada, en el cual se hace una revisión sobre la situación de la rehabilitación de este tipo de pacientes.

El capítulo 4, incluye la fundamentación teórica de los procedimientos y técnicas empleadas para lograr la rehabilitación de dichos pacientes.

El capítulo 5, hace una descripción de los recursos físicos y humanos con los que cuenta el Hospital de Oncología, así como las características del servicio y la población derechohabiente; adicionalmente, este capítulo incluye la descripción de los objetivos de trabajo y la descripción y características de la población utilizada, así como el procedimiento empleado para lograr los objetivos planteados.

Consecutivamente, se presentan los resultados, la discusión y las conclusiones derivadas de la aplicación del presente trabajo. Finalmente se incluyen el anexo y el glosario.

CAPITULO 1 : DIFERENTES APORTACIONES Y ENFOQUES AL PROBLEMA DEL CANCER : TEORIAS.

Este capítulo tiene como finalidad ilustrar al lector sobre las diferentes aportaciones y enfoques al problema del cáncer.

1.1 Conceptos y Criterios del Cáncer en General y del Cáncer Mamario en Particular.

El cáncer es considerado un desarreglo del comportamiento celular, dicho desarreglo consiste en un crecimiento desordenado de células; éste es el único factor común en todas las formas de cáncer, lo cual viene a dificultar una definición exacta. Todos los cánceres se comportan de una manera que se suele llamar maligna, y con frecuencia se utiliza como sinónimo el término de enfermedad maligna.

Aunque la perturbación fundamental de las células de diferentes órganos sea la misma, las enfermedades son consideradas de diferente manera, según el órgano afectado y la velocidad con que se multiplican las células cancerosas. Esto y la edad, hacen que las calidades agresivas de los tumores malignos varíen de un paciente a otro, aunque sea el mismo órgano afectado.

Conceptualizando al cáncer como un desarreglo del crecimiento celular, en que las células no están ya sometidas a las influencias restrictivas, que normalmente controlan su comportamiento, se considera que el defecto de dicho desarreglo reside en los genes (los factores que determinan el carácter y la herencia dentro de la célula). Una vez establecido éste defecto, es irreversible y se transmite a las generaciones sucesivas de las células en que se desarrolló por primera vez.

Hay muchas hipótesis para explicar el cambio genético: infecciones por virus; mutaciones somáticas; alteración de los mecanismos restrictivos de control; y una teoría unificadora que supone que, un gene capaz de causar crecimiento canceroso está normalmente presente, inactivo o reprimido, en todas las células humanas, por diversas razones la represión puede ser eliminada, el gene se desinhibe y se vuelve activo, llevando al crecimiento celular ilimitado que conocemos como cáncer. Ninguna de las hipótesis es por completo satisfactoria, debido a que la gama del cáncer es tan amplia que es fácil hallar excepciones que no pueden explicarse.

Hay varios factores, considerados de mayor o menor influencia en la etiología del cáncer: la herencia, la raza,

las infecciones virales, los agentes químicos, las radiaciones, la inmunidad, lesiones o inflamaciones, parásitos e influencias geográficas.

Sin embargo, no hay síntomas típicos del cáncer, los primeros signos externos y visibles dependen del órgano o tejido afectado. Lamentablemente, hay una etapa de duración desconocida en que el cáncer sólo se puede reconocer bajo examen microscópico del órgano afectado, y muchas personas son concientes solamente de malestares vagos (debilidad, anorexia, pérdida de peso, etc.) precedentes a signos de cáncer reconocibles. Una lesión cancerosa es dura, no duele y es insensible, lo cual dificulta en gran manera su detección temprana o diagnóstico precoz.

El cáncer de mama, causa más muertes en la población femenina que cualquier otra forma de esta enfermedad, la cual se presenta con mayor frecuencia en edades avanzadas.

Este tipo de cáncer, por lo general, surge de las células que recubren los conductos de la mama, y si no es atendido, se extiende localmente fijándose en los músculos pectorales de la mama; cuando se presenta cerca de la superficie puede fijarse a la piel. Se puede propagar a los ganglios linfáticos de la axila, de ahí a los lugares cercanos a la clavícula y posteriormente a los ganglios pro -

fundos del tórax, siendo frecuentes los depósitos secundarios distantes o metástasis. Esto probablemente se debe a la propagación de la enfermedad por medio de la corriente sanguínea, ya que entre más sean los ganglios afectados, - más extensas son las metástasis.

La mayor parte de las pacientes acuden al médico por primera vez, cuando presentan síntomas sugerentes de la enfermedad, tales como: protuberancia en el pecho, hundimiento del pezón o rara vez una ligera hemorragia. En una minoría, la enfermedad es detectada en otro tipo de rutinas médicas o en un diagnóstico precoz (Bodley, 1981).

## 1.2 Selección y Descripción de los Diferentes Tratamientos Médicos.

Para Bodley (Ob. cit.), el cuidado adecuado de un paciente con cáncer exige frecuentemente la cooperación de - varios expertos: el cirujano, el radioterapeuta, el quimioterapeuta y el oncólogo. El propósito del tratamiento deberá ser siempre la curación completa y duradera; para ello se dispone de tres armas terapéuticas principalmente: (1) la cirugía, (2) la radioterapia y (3) la quimioterapia. -- Adicionalmente, existen otros dos métodos: la hormonoterapia y la inmunoterapia. Lamentablemente, la eficacia de estos últimos es relativa y limitada a ciertos tipos de pade

cimientos oncológicos.

Todo paciente canceroso presenta un problema personal; aunque hay métodos bien definidos y normales de tratamiento, no pueden ser aplicados siguiendo una regla práctica. Inicialmente, se debe establecer la naturaleza exacta del cáncer por medio de una biopsia, cuando ello sea posible; se debe determinar la extensión exacta del cáncer, -- así como la presencia o ausencia de propagación a los ganglios linfáticos, o de metástasis distantes, considerando la salud general del paciente, descartando o controlando enfermedades crónicas coexistentes al padecimiento canceroso.

La cirugía, en la actualidad, ofrece la mejor oportunidad de curación, y a menudo la única. La selección de -- cirugía depende de dos consideraciones: (1) que la operación propuesta sea técnicamente posible y (2) que no exista metástasis distante. Si la curación, o unos resultados comparables a los de la cirugía se pueden alcanzar por -- otros medios, entonces la operación es eliminada como procedimiento terapéutico. No obstante, incluso cuando la curación sea imposible, la operación puede tener un carácter paliativo de importancia; la eliminación de un gran tumor puede mejorar en mucho la incomodidad y el dolor.

Específicamente, la mastectomía es el procedimiento quirúrgico para lesiones de cáncer de mama. La mastectomía puede ser simple o radical, siendo la segunda uno de los métodos más utilizados en la actualidad. La diferencia entre ambos tipos de mastectomía radica en la extensión corporal extirpada (ganglios, músculos, tejidos, etc.). La mastectomía radical es mucho más extensiva que la mastectomía simple, aún y cuando en ambos casos la glándula mamaria y por consiguiente el seno son extirpados (Fitzpatrick, 1976).

La radioterapia consiste en exponer el tumor y su vecindad inmediata a los rayos emitidos por un aparato de rayos X, radio o un isótopo radioactivo de cobalto o cesio, o por otros dispositivos como el acelerador lineal o el ciclotrón. La radiación ionizante puede matar tanto a las células normales como a las malignas. Ejerce su efecto letal cuando la célula está en el proceso de división, así las células que se dividen rápidamente y con frecuencia son las más sensibles a su acción. Sin embargo, la radioterapia casi siempre está asociada a cierto daño de los tejidos sanos. Es importante mencionar, que las células de estos últimos se recuperan más rápida y completamente que las células malignas. De esta manera, si se administran dosis repetidas de radiación a intervalos, la intermitencia

da a las células sanas tiempo de reparar el deterioro, en tanto que la dosis siguiente será suficiente para matar a muchas de las células cancerosas, que no se han recuperado de la lesión anterior.

El tratamiento se aplica usualmente en una serie de dosis diarias con el fin de aprovechar la capacidad de recuperación del tejido sano; por lo general se administran cuatro o cinco tratamientos por semana.

Ciertos cánceres son sensibles a la radioterapia, en tanto que otros son casi por completo persistentes a ella. Son pocos los que se pueden curar. Por tales razones, a veces se aplica después de la operación, cuando el cirujano no está seguro de haber extirpado todo el tumor o para destruir extensiones del crecimiento canceroso no descubiertas. No obstante, en ocasiones la radioterapia se aplica antes de la cirugía para disminuir o limitar el tamaño del tumor.

La radioterapia puede dar lugar a reacciones, que enferman gravemente a quien la recibe. La excepcional enfermedad por radiación se presenta, con mayor probabilidad, cuando el abdomen entra en la zona tratada. Se manifiesta por náuseas, vómitos, inapetencia, molestias abdominales y diarreas. Nunca dura más de 48 horas después de terminado

el tratamiento. Este tratamiento puede producir infecciones lo cual amerita exámenes regulares de sangre a fin de evitar dicha complicación o bien detectar leucopenia. También es frecuente que el paciente se queje de lasitud y -- desvío por todo esfuerzo "mental" y físico, problemas de piel, pérdida de cabello, etc. La extensión y duración del daño dependen de la dosis de radiación.

La quimioterapia es el tratamiento del cáncer por medio de agentes químicos o medicamentos. Todas las sustancias anticancerosas son tóxicas, en exceso, y diferentes sustancias ocasionan a menudo diferentes efectos indeseables. Dado que su acción es similar a la radioterapia, se administran combinaciones de sustancias en altas dosis, -- separadas por intervalos durante los cuales se pueden recuperar las células sanas del asalto anterior.

Esta modalidad terapéutica puede curar pocas formas -- de cáncer; se necesitan sustancias medicinales diferentes para cánceres diferentes. Los programas de tratamiento, -- los intervalos entre las dosis y entre las sesiones de tratamiento varían muchísimo. Con el constante desarrollo en esta área aparecen nuevos fármacos con tanta frecuencia, -- que los programas de tratamiento recomendados en un momento dado, pueden parecer anticuados unas semanas después.

Este tratamiento es un coadyuvante muy importante. Se utiliza durante la cirugía para decrementar la probabilidad de liberar células cancerosas y causar metástasis, o bien se combina con la radioterapia. Se recomienda después de la extirpación de una masa tumoral, aún cuando la curación quirúrgica no se considere posible.

Un factor importante que determina la acción de una droga es su tamaño molecular, su solubilidad y tolerancia de los tejidos; en general, la acción de las drogas anti-neoplásicas puede ser afectada por las características del huésped: edad, sexo, raza y antecedentes de medicación antineoplásica (Brule y Col., 1973).

Hoffmann (1975), reporta que para el carcinoma mamario, las substancia activas que pueden combinarse, en régimen continuo o intermitente son:

| SUBSTANCIAS QUIMICAS ACTIVAS | TASA DE EXITO DE LA MONOTERAPIA |
|------------------------------|---------------------------------|
| Dexorrubicina                | 40 %                            |
| Fluoruracilo                 | 30 %                            |
| Ciclofosfamida               | 30 %                            |
| Welfalan                     | 30 %                            |
| Metotrexato                  | 30 %                            |
| Vinblastina o Vincristina    | 18 %                            |

La mayoría de las curas abarcan de 2 a 4 de estas --  
substancias, generalmente combinadas con orednisona y - -  
otra forma de terapia hormonal, la tasa de éxito de ésto -  
suele oscilar entre 50 y 80 %.

Holland (1977), considera que tanto en la radioterapia como en la quimioterapia, se necesita un grado enorme de colaboración por parte del paciente, se necesitan descripciones cuidadosas del tratamiento, la respuesta planeada y los efectos secundarios que deben tolerarse para lograr el efecto antitumoral. El conocer la ocurrencia de un efecto secundario, según este autor, facilita su aceptación; es falsa la afirmación de que señalar a un paciente los posibles efectos secundarios de un tratamiento, aumenta la probabilidad de que los muestre o se queje de ellos.

### 1.3 La Teoría Psicoanalítica y el Cáncer.

Los investigadores psicoanalíticos han realizado estudios, generalmente retrospectivos, en pacientes cancerosos. A partir de tales estudios tratan de determinar la estructura dinámica de la personalidad de este tipo de pacientes.

Dicha estructura se caracteriza por los siguientes aspectos:

- a) Antecedentes de vida traumáticos producidos por pérdidas objetales significativas en la infancia.
- b) A partir de tales pérdidas, los individuos cancerosos se caracterizan y se han caracterizado por ser sujetos depresivos, inseguros y con relaciones sociales deficientes.
- c) Son incapaces de controlar la energía psíquica.
- d) La desesperación y la angustia son generalmente reprimidas y nunca extroyectadas. Existe en ellos un alto índice de represión emocional.
- e) La negación y la represión son sus principales mecanismos de defensa.

Los investigadores de esta teoría, mencionan que en la investigación del cáncer se han tomado en cuenta únicamente factores de tipo bioquímico y que esta postura organicista relega la mente del hombre a un segundo término dentro de la historia natural de las enfermedades neoplásicas, ignorando la relación entre mente y cuerpo (Cobb, 1954; Kowall, 1955; Leshan y Worthington, 1956 (a), 1956 (b); Lieberman, 1973; Simonton y Simonton, 1975).

De acuerdo con lo anterior, García (1978), analiza y

expone, de manera más extensa y detallada, la interrelación entre la teoría psicoanalítica y el cáncer. Para García, el enfermo que ha sufrido una lesión cancerosa, ha sufrido graves situaciones traumáticas de pérdida y frustración en las etapas oral, anal y fálica. Tales traumas han dejado un excesivo impacto que divide al yo, debilitándolo, proyectando y fusionando parte del mismo en los objetos, lo cual viene a afectar ciertas áreas en la discriminación del yo. En el paciente canceroso es muy intensa la angustia de separación, para eludirla se incrementa el anhelo de reunión con lo cual surge la angustia de reunión, situación muy amenazante, ya que ella es la señal de alarma ante el riesgo inminente de vivenciar como actuales las antiguas y dolorosas situaciones de separación, que comprometen la seguridad del yo (desintegración).

Para tratar de descargar la fuerza impulsiva originada por la angustia de separación y eludir a la vez la angustia de reunión se emplea la somatización. De esta forma, es la conflictiva psíquica inconciente la que perturba la complicada estructura química de la célula, transformando la célula sana en célula cancerosa. El inconciente gobierna la fisiología celular. La somatización salva al sujeto de la desintegración (psicosis), lo que implica la incapacidad de dirigir la agresión al exterior. Si la situación

traumática no es tan grave, se emplean defensas menos drásticas (reacciones fóbicas, maníacas, etc.).

Cuando una lesión cancerosa se presenta en el organismo, los síntomas psíquicos desaparecen. Cuando es resecada quirúrgicamente dicha lesión, se presenta nuevamente la -- sintomatología psíquica, y hay necesidad de que se instale otra lesión, para que disminuya la intensidad de dicha conflictiva; ésta es la explicación de la reincidencia del -- cáncer. La lesión cancerosa defiende al organismo de una -- psicosis.

Los tratamientos tradicionales (radioterapia, quimioterapia y cirugía) son sintomáticos, y al eliminar la lesión local se aumenta el estado conflictivo emocional. Por lo tanto, el tratamiento etiológico del cáncer es el tratamiento psicoanalítico, que tiende a modificar la personalidad global del paciente.

El Modelo de Integración, propuesto para resolver la separación y la angustia concomitante, es el siguiente: --  
Anhelos de Reunión.  
Angustia de Reunión.

Para evitarla y establecer la comunicación con las partes del yo puestas en los objetos, el yo moviliza sus de -

fensas.

Reunión Propiamente Dicha.

En la medida en que pausadamente la reunión se consolida, se irá obteniendo la integración, y en la misma proporción se conseguirá el sentimiento de:

Identidad

De acuerdo a lo propuesto, se obtienen las siguientes conclusiones:

- a) La prevención primaria del cáncer consiste en evitar el abandono precoz infantil, originador de la angustia de separación y de la angustia de reunión.
- b) Sólo a través del tratamiento psicoanalítico y con el conocimiento profundo de las fases interrogativas se logra encauzar la rebelde fuerza vital (generada por la angustia de separación y de reunión), logrando la integración del yo, evitando el traslado de dicha rebeldía a la unidad celular, curando así la lesión cancerosa.

#### 1.4 Teoría Psiquiátrica.

Los cánceres son considerados con gran impacto y con indudable repercusión psicológica. Las modificaciones psíquicas generadas varían según el momento, la etapa del pro

blema canceroso, la edad de la persona, la naturaleza de la neoplasia, su grado de malignidad y el peligro que representa para la salud y la existencia de la persona. Fundamentalmente, las personas que han sufrido cirugías desfigurantes padecen alteraciones de su imagen con dificultades psiquiátricas posteriores (depresión, ansiedad, enfermedad maniáco - depresiva, etc.). De acuerdo con esto, es el psiquiatra quien debe confrontar al paciente con las diversas emociones resultantes después del diagnóstico, durante el tiempo de enfermedad y tratamiento. Mediante la psicoterapia se produce, gradualmente, una desviación interna, la cual permite, al paciente, integrar esas experiencias difíciles y dolorosas dentro de su personalidad. La finalidad de la ayuda psiquiátrica es que el paciente acepte la realidad de la enfermedad crónica y sus posibles restricciones.

El tratamiento para el cáncer, por ser un ataque agresivo, provoca que el paciente asuma una posición pasiva, y de esta manera permita todo el tratamiento, lo cual le genera una sensación de desamparo, independientemente del tipo de defensa usado. Las reacciones más frecuentes son la depresión y la ansiedad, provocadas por los temores experimentados hacia la enfermedad, el tratamiento y las consecuencias resultantes. Tales reacciones pueden expresarse -

en varias formas, lo cual dificulta el manejo médico de los pacientes cancerosos.

De acuerdo con O'Neill (1975), la consultación psiquiátrica "Ha probado frecuentemente ser un adjunto valioso a los cuidados médicos en este tipo de pacientes" (pp.272). Un tratamiento psiquiátrico permite al paciente hablar sobre asuntos predominantes, explorar los significados conscientes o inconscientes del órgano afectado, aliviar la ansiedad mediante la expresión de temores o incomodidades; de esta forma se facilita su adaptación a una nueva autoimagen. Por otro lado, el psiquiatra también puede resolver problemas del órgano fantasma, así como el tratar las complicaciones de dependencia a la droga, incluyendo el manejo de problemas psiquiátricos (esquizofrenia, síndrome orgánico cerebral, etc.) previos a la enfermedad neoplásica.

Es importante eliminar la tensión y los mecanismos de defensa (regresión y negación) que pueden interferir con la readaptación del paciente, ya que el bienestar físico y emocional están estrechamente ligados.

La psicofarmacología, es otra de las herramientas fundamentales con las que cuenta el psiquiatra, ya que el empleo de psicofármacos tales como los antidepresivos, ansio

líticos o tranquilizantes, son aplicados conjuntamente con la psicoterapia, a los problemas de depresión y ansiedad - (Wise, 1974; Schnaper, 1977; Zuckerman, 1978).

#### 1.5 La Teoría Psicosomática.

El paciente con cáncer ha acumulado en su cuerpo una - tensión prolongada, hasta que llega un momento en que no - puede ser manejada, desencadenando un estado de depresión, que unido a un estado de stress interactúan a un nivel orgánico con sistemas regulatorios, los cuales modulan diferentes caminos a otros sistemas encargados de la homeóstasis corporal, formando parte de éstos el sistema nervioso central, el sistema endócrino, el sistema circulatorio y - el sistema inmunológico. Respecto a este último se sabe -- que es el blanco de factores del medio ambiente y que participa en los mecanismos de regulación de la homeóstasis.

La interacción de dichos sistemas da como resultado - diferencias bioquímicas de la economía que determina el -- efecto o reflejo adaptativo hacia las situaciones de: alerta, emergencia, reposo, ejercicio y placer.

El sistema nervioso central es el centro de recepción y computación de los estímulos externos y propioceptivos, - así como también de la información del contexto metabóli--

co global del organismo, estableciendo de esta forma el -- cierre de circuitos reguladores por retroalimentación, -- siendo las interacciones hipotálamo-hipofisarias la coyuntura entre el sistema nervioso y endocrino (Blackwell y -- Guillermin, 1973; Sghally y Arimura, 1973).

El aumento de la liberación de gonadotropinas es causa de alteraciones hiperplásicas, así como también la proliferación ductual o alveolar en la mama. En animales sujetos a tratamientos neurotizantes y con un aumento concomitante de los niveles de gonadotropinas, existe un aumento en la aparición de lesiones precancerosas.

En relación a lo anterior, cabe señalar que existen -- dos tipos de efectos que favorecen la aparición y desarrollo tumoral:

- a) Un desequilibrio psiconeurológico que modula sistema en dócrino, al sistema de identificación y ataque de tumores.
- b) El desequilibrio puede afectar varios tejidos, aumentando de esta forma la aparición de neoformaciones.

Se han encontrado evidencias que correlacionan disfunciones nerviosas causadas por el stress o lesiones centrales, con alteraciones en la capacidad inmunológica. De --

igual forma se ha postulado que la alteración en la función hipotalámica, ya sea mediante fármacos o lesiones provocadas, causa un aumento en la aparición y desarrollo de tumores, tanto espontáneos como inducidos químicamente. Por último, se señala que en experimentos en los cuales se produce excitación del sistema nervioso central, por fármacos, y posteriormente se transplanta un tumor, la mayor frecuencia de progresión es asociada al estado de nerviosismo (Turkevich y Kunitsa, 1978).

Las investigaciones de las diversas teorías mencionadas en este capítulo pueden, en general, ser clasificadas dentro de tres grupos:

- a) Investigaciones de Indole Etiológico: En este grupo se incluyen la teoría biomédica, la teoría psicoanalítica y la teoría psicosomática. La finalidad de estas investigaciones es la de descubrir el origen y tratamiento del cáncer.
- b) Investigaciones de Indole Descriptivo: Este grupo incluye a todos los trabajos realizados, cuya finalidad es la de mencionar las respuestas psicosociales resultantes del cáncer y su tratamiento, así como aquellas variables involucradas. Todas las teorías mencionadas se pueden incluir aquí, excepto la teoría biomédica.

c) Investigaciones de índole Readaptativo: Aquí se hace én fasis en la importancia de la rehabilitación en aque -- llos pacientes cuya cirugía requirió la extirpación de un miembro u órgano. Su propósito es el de readaptar, - lo más rápidamente posible, a los pacientes cancerosos a su medio ambiente. Nuevamente, excepto la teoría biomédica, el resto de las aproximaciones tratan de abarcar este punto, incluyendo el área de medicina física.

Tanto las investigaciones descriptivas como las investigaciones de índole readaptativo se describirán en forma más amplia posteriormente.

CAPITULO 2 : PROBLEMAS PSICOLOGICOS QUE CONLLEVA EL TRATAMIENTO MEDICO.

Bard y Sutherland (1955), consideran que, las pacientes concientes de un síntoma de enfermedad del seno, inician una cadena de reacciones psicológicas interrelacionadas, las cuales son modificadas por las experiencias durante el curso del diagnóstico y tratamiento. Dado que los -- eventos y experiencias en la terapia son secuenciadas, las respuestas ante la fase del tratamiento también forman una secuencia. De acuerdo a lo anterior, la "experiencia psicológica" de las pacientes ante la mastectomía consiste en tres fases:

- 1a. La Fase Anticipatoria: La paciente anticipa el daño y en consecuencia interfiere con la adaptación ante la vida lograda previamente.
- 2a. La Fase Operativa: El daño anticipado toma lugar.
- 3a. La Fase Reparativa: La paciente intenta reestablecer su adaptación previa por una serie de técnicas.

Las respuestas específicas encontradas durante dichas

fases, en general, son: ansiedad, negación de la enfermedad y evitación de los cuidados médicos; conductas disruptivas; hostilidad; enojo; resentimiento; depresión; temor a la muerte, a la enfermedad, a la amputación, al rechazo por otros y a las relaciones sexuales; desamparo; auto-desprecio; tensión o stress (insomnio, taquicardía, disnea, dolor de cabeza, constipación o diarreas, nauseas o vómitos, molestias epigástricas, dolores difusos, etc.); perturbaciones en el sueño y en el apetito; aprehensión; "vergüenza"; llantos y aislamiento.

Durante la fase reparativa, principalmente, se les ha observado letárgicas o sobreactivas; con regreso rápido o demorado a las actividades diarias; relación de complicaciones post-operatorias con evidencias de fracaso médico; generalización de la enfermedad a otras partes del cuerpo e irritabilidad.

Los problemas personales, familiares y económicos, -- pueden modificar la duración y frecuencia de dichas respuestas (Renneker y Cutler, 1952; Harper, 1975; Greer y Morris, 1975; Leiber, Plumb, Gerstenzag y Holland, 1976; -- Holland, Rowland y Plumb, 1977; García, 1977; Krant y Roy, 1981).

Lee y Maguirre (1975), realizaron un estudio en el --

cual, midieron los parámetros de depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas, durante las fases pre, trans y post operatorias. Ellos reportan altos puntajes durante las dos primeras fases. En la fase post-operatoria reportan una puntuación moderada. Durante el seguimiento del estudio, encontraron que, aunque hubo mejora en la depresión y ansiedad, al finalizar el primer año se incrementó la incidencia de problemas maritales, sexuales y una disminución de las actividades sociales y recreativas; asimismo, reportan perturbaciones similares detectadas en los espesos de las pacientes.

Este tipo de problemas es común, ya que en las pacientes con mastectomía se han observado cambios en las esferas maritales, interpersonales, de trabajo y de ajuste sexual, fundamentalmente sobre un período de dos años (Morris, Greer y White, 1977) a cuatro años (Casillas, 1980).

En 1978, el Departamento de Trabajo Social del Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., realizó una encuesta en 95 pacientes mastectomizadas, de la cual se reportó que en 36 de los casos, no realizaban en forma "normal" sus actividades sociales, de las cuales 21 se sentían "traumadas" y 15 las suspendieron por "sentir molestias".

Sutherland (1981), considera que la paciente debe ser vista como una persona bajo una forma especial y severa de stress, por la amenaza de una enfermedad incapacitante o de muerte, mutilación o pérdida por cirugía de una importante parte del cuerpo. El stress puede quebrantar patrones importantes de adaptación, con los cuales la paciente está involucrada. Define un patrón de adaptación como "un sistema de ideas y conductas, diseñado para inducir las necesidades físicas y emocionales del individuo dentro de la armonía con las demandas del medio ambiente" (pp. 161).

Cuando un patrón de adaptación es amenazado o quebrantado, se genera una considerable cantidad de ansiedad, conforme el individuo "se piensa a sí mismo" incapaz de cumplir las demandas medio ambientales, o cumplir sus propias "necesidades emocionales"; pierde auto-estima y se cree a sí mismo "vulnerable" a la pérdida de estima de otros o a una condena explícita de aislamiento.

La habilidad para predecir las reacciones de este tipo de pacientes es extremadamente difícil, puesto que se requiere un conocimiento detallado de dichos patrones, así como su capacidad para desarrollar patrones compensatorios.

Mages, Castro, Fobair, Hall, Harrison, Mendelsohn y -

Wolfson (1981), confirman la dificultad de predecir las -- reacciones psicosociales de los pacientes. No obstante, -- mencionan que el "perfil ideal" del paciente con cáncer de-- berá incluir las siguientes características: "una involu - cración progresiva en la vida; capacidad para desarrollar nuevos intereses; la habilidad para disfrutar, estimar y - mantener responsabilidades hacia familiares y amigos; inde - pendencia; actividades diversas; aceptación de la enferme - dad; mantenimiento de contactos médicos; y una evaluación realista de la situación con razonable calma y compostura" (pp.386). Asimismo, señalan las siguientes características indeseables: " sentido de invalidez y depresión mórbida; - deterioro del funcionamiento mental o sentido de la reali - dad; actos auto-destructivos; preocupaciones relacionadas con castigo y muerte: aburrimiento y falta de iniciativa" - (pp. 386).

Por su parte, Holland (1973), considera que el curso "psicosocial" del cáncer, está determinado por los siguien - tes puntos:

1. Cuando la enfermedad está muy avanzada y el tratamiento es puramente paliativo.
2. Cuando no hay respuesta al tratamiento.

3. Cuando hay una respuesta positiva al tratamiento, y posteriormente se detecta una metástasis.
4. Cuando hay una respuesta positiva al tratamiento, sin metástasis.

Fitzmsurice y Ross (1975), señalan los temores expresados por un grupo de pacientes con problemas de mama, ante otros tratamientos colaterales, tales como radioterapia y quimioterapia:

- (1) Ignorancia del procedimiento y del proceso.
- (2) El ambiente físico.
- (3) Los efectos carcinogénicos.
- (4) Las reacciones secundarias.
- (5) Los cambios en la imagen corporal.

Generalmente, también se presentan temores irracionales de daño y muerte, por preconcepciones erróneas (Peck y Boland, 1977).

De acuerdo con Enelow y Devine (1982), las consecuencias conductuales de las "respuestas emocionales", son las siguientes conducta de demora, "crisis emocionales", y en consecuencia, fallas por parte del paciente para partici -

par en su tratamiento y programas de rehabilitación.

Es evidente que la problemática mencionada, en general, puede ser clasificada en las siguientes categorías -- fundamentales: a) depresión, la cual incluye las conductas características del síndrome depresivo; b) ansiedad, la cual implica una serie de alteraciones en las diversas dimensiones de respuestas (conductuales, cognitivas y fisiológicas); y finalmente, la tercera categoría c) problemas de habilidades sociales, ya que éstos, en adición a la depresión y a la ansiedad, interfieren y, en consecuencia, retardan la readaptación de la paciente a su medio ambiente.

### CAPITULO 3: CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROBLEMA DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA.

Clark (1967), considera la importancia de implementar programas de rehabilitación para el paciente oncológico, - siendo candidatas, entre otros, las mastectomizadas, para quienes dichos programas deberán incluir tanto el aspecto de restauración física, como el mantenimiento de funciones. Este tipo de pacientes, debido a los "traumas emocionales" que pueden presentar, frecuentemente necesitan una asistencia psicológica en el proceso de adaptación.

La complejidad de problemas físicos, sociales y emocionales de este tipo de pacientes, requieren de las habilidades y trabajo cooperativo de varias disciplinas, incluyendo entre otras: médicos, terapistas físicos, enfermeras, psicólogos, protesista, trabajadora social, etc.

Los procedimientos radicales, necesariamente ocasionan al paciente extensas dificultades físicas. Estas pueden ser agudas o crónicas. Las primeras se encuentran en período post-operatorio. Los daños crónicos desarreglan temporalmente las áreas socio-económicas de los pacientes. Dicha incapacidad crónica se adquiere cuando la incapacidad es de larga duración, ramificando sus efectos a todas

las esferas de la vida del paciente.

La necesidad de proveer tempranamente de una asistencia positiva y dinámica, en el reajuste de estos efectos es fundamental. Independientemente del pronóstico de vida, se debe proveer al paciente con un grado máximo de funcionalidad, confort y utilidad para si mismo y para su familia. Resulta de gran apoyo la colaboración familiar, la cooperación y participación del paciente en actividades sociales y de trabajo (Zislis, 1970).

La terapéutica en grupo brinda motivación y comprensión adicional para los pacientes. Este tipo de ayuda, se ha denominado "Clubes de Mastectomizadas". Este terapéutica incluye un programa de asesoría no médica, y parte de la base de que el tratamiento post-operatorio y la rehabilitación no pueden separarse, destacando la participación de visitadoras voluntarias mastectomizadas, siendo uno de sus principales programas el Manual de Teresa Lasser "Reach to Recovery" (Fried, 1955; Markel, 1971; Healey, 1971; - - Robbins, 1971; Burdick, 1975).

La invalidez por cáncer o por su tratamiento, puede considerarse con los mismos criterios empleados para las demás invalideces. No cabe establecer un juicio exacto sobre la supervivencia probable o el tiempo durante el cual

el paciente podrá cubrir actividades útiles, a pesar de -- los cuadros generales disponibles. Hay que utilizar la rehabilitación profesional, incluso en el caso de un paciente con supervivencia limitada, haciéndolo así, puede temporalmente ocupar un empleo, o reintegrarse a la situación doméstica, como es el caso de una madre con hijos (Dietz, 1969; Klein, 1971; Dietz, 1972; Dietz, 1974).

La interpretación de la rehabilitación como adaptación, o readaptación, elimina concepciones inadecuadas y expectativas falsas de restauración para un nivel anterior de funcionamiento. El concepto de rehabilitación adaptativa integral, permite a los pacientes ajustarse de acuerdo a sus necesidades de vida o desarrollar mejor tolerancia en una enfermedad progresiva. El objetivo esencial de dicha rehabilitación, es el de mejorar la calidad de vida, y que esta sea lo más confortable y productiva como sea posible, y se pueda funcionar con un nivel mínimo de dependencia, sin preocuparse de las expectativas de vida.

Las siguientes variables determinan el potencial de rehabilitación del paciente con cáncer:

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Tipo y estado del cáncer

- d. Otras enfermedades o incapacidades
- e. Estatus quirúrgico de herida
- f. Problemas o complicaciones post-operatorias
- g. Características personales y habilidades físicas
- h. Educación anterior al tratamiento
- i. Motivación
- j. Habilidades de comunicación
- k. Factores psicosociales

La lista de variables es compleja, no obstante todos y cada uno de los puntos señalados pueden afectar la res-- puesta psicológica y social del paciente ante el cáncer y ante la rehabilitación (Dietz, 1980).

Cassileth, Zapkis, Smith y March (1980), consideran - que el concepto del paciente, como un "recipiente pasivo" de cuidados médicos, ha sido sustituido por un nuevo tipo de paciente, incorporado en la participación activa de él mismo (modificando dietas, hábitos de dormir, actitudes, - etc.); lo cual facilita su cuidado y vigilancia médica, -- eliminando la dependencia excesiva hacia el médico.

Hasta aquí, se recalca la importancia de un programa de rehabilitación coordinado. Sin embargo, Naeve y Carter (1982), consideran que las diversas intervenciones de reha**u** bilitación podrán diferir con cada individuo, de acuerdo a

sus necesidades; y de acuerdo a las facilidades institucionales disponibles. Estos autores mencionan que, muchos pacientes fallan para tomar parte en los programas de rehabilitación y, a su vez, muchos profesionistas fallan para -- dar una rehabilitación efectiva, por las siguientes razones: insuficientes recursos del profesional e intereses -- territoriales. A todo ésto se agrega que, el concepto de -- rehabilitación del paciente con cáncer es relativamente -- nuevo.

Podemos observar que en los últimos años ha proliferado literatura respecto a los aspectos emocionales del cáncer y a la rehabilitación del paciente oncológico. La mayor parte de la literatura proviene de E.E.U.U., país que aparentemente a partir de los 70's ha hecho énfasis en los aspectos de rehabilitación. Los artículos, en su mayoría, recalcan la importancia de fomentar programas educativos o reeducativos, cuyas metas son la máxima restauración y funcionalidad que un individuo sea capaz de ejecutar. Conjuntamente mencionan la necesidad de dar mayor información al público sobre las ventajas de la rehabilitación.

Esto nos conduce a un cuestionamiento: ¿Quién o quiénes están involucrados en tal rehabilitación y cuáles son sus funciones en tal proceso?

Las aproximaciones teóricas mencionadas son propuestas por: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, médicos o pacientes ya rehabilitadas. Tales propuestas son enfocadas desde dos puntos de vista: Por un lado está el enfoque intradisciplinario, el cual incluye a aquellos profesionistas que postulan que la rehabilitación del paciente oncológico corresponde a una disciplina determinada y tratan de cubrir con las herramientas metodológicas propias de su área todo aquello que afecta a los pacientes. Con tal exclusividad, los beneficios que teóricamente ofrecen son mínimos y limitados.

Por otra parte, tenemos el enfoque multidisciplinario, el cual pugna por trabajar en equipos integrados por aquellos profesionistas involucrados en el proceso de rehabilitación. No obstante formar un equipo de trabajo, sus integrantes mantienen un alto grado de individualismo e independencia, respetando niveles jerárquicos, sin lograr la coordinación de los servicios indispensables para lograr la readaptación del paciente a su medio ambiente.

En ambos enfoques, el intradisciplinario y el multidisciplinario, se observa confusión de límites territoriales de acción. Todo esto genera una visión poco objetiva sobre el rol profesional que debe aportarse para rehabilitar

tar a los pacientes. La "American Cancer Society" es la -- institución que promueve programas aplicados de rehabilitación. Sin embargo, poco se sabe de los procedimientos a seguir en sus programas, ya que se mencionan únicamente los procesos esperados u obtenidos.

No obstante la numerosa información teórica, son mínimas las aportaciones prácticas que pueden aplicarse en beneficio de los pacientes. Específicamente en México, no se cuenta con estudios que indiquen opciones realmente aplicables a dichos pacientes. Los pocos artículos publicados -- aún tratan de describir, comprobar o descubrir que en el - paciente canceroso hay depresión, ansiedad y problemas de habilidades sociales, enfatizando que se requieren soluciones a la mayor brevedad posible.

De esta manera, nuestra fuente de información está -- constituida por numerosas "denuncias sobre la reacción psicosocial del paciente oncológico" y "sugerencias sobre proprobables programas de rehabilitación". Debe considerarse que ya es tiempo de abandonar esa "línea de investigación", si ya es de todos conocida la situación de estos pacientes. El siguiente paso está necesariamente dirigido a el diseño de estrategias de intervención que realmente contribuyan a el conocimiento real de los pacientes, y en consecuencia a loo



grar su rehabilitación integral.

U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

Con la aproximación de trabajo interdisciplinario --  
aumentan los recursos profesionales, eliminando fallas po-  
tenciales en el proceso de rehabilitación, las cuales no -  
podrían ser superadas con las limitadas herramientas meto-  
dológicas y terapéuticas que cada disciplina posee.

**IZT. 1000246**

Existen varias definiciones de interdisciplinariedad,  
en este trabajo nos basaremos en la descripción hecha por  
Ribes (1979), el cual la conceptualiza como la sistematiza  
ción de conceptos para llenar el vacío de acción teórica y  
empírica de las disciplinas como cuerpos conceptuales y téc  
nicos aislados e independientes, y que a diferencia de la  
multidisciplina, conlleva al problema de la formulación de  
un objeto de conocimiento y práctica diferente a los formu  
lados por cada disciplina, pero a la vez dependiente de --  
ellos, es decir, a la definición de un nuevo objeto de co-  
nocimiento y práctica.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (1974), de -  
claró que "es inválido por cáncer todo paciente que, como  
consecuencia del mismo, o por el tratamiento del proceso -  
morboso en sí o por sus complicaciones, tiene limitación -  
para realizar independientemente sus actividades cotidia -  
nas de cuidado personal, educación y/o trabajo. La aten --

ción de la invalidez por cáncer debe ser dirigida en dos sentidos:

- a) Prevención de la invalidez. Son las medidas tendientes a evitar el establecimiento de secuelas invalidantes o el aumento de la invalidez. Independientemente del pronóstico de sobrevivencia.
- b) La rehabilitación integral debe comprender los aspectos físicos, psíquicos, sociales, educativos, vocacionales (ocupacionales).

A éste respecto, Meyerson, Kerr y Michael (1979), consideran que el campo de la rehabilitación es la extrapolación de un conjunto de tecnologías médicas, conductuales y sociales a poblaciones diferentes, de la población original para la cual fueron creadas. Asimismo, la aproximación de la modificación conductual implica un rol extremadamente importante para el psicólogo, dado que las actividades de la rehabilitación médica y vocacional involucran y requieren el control de la conducta de médicos, pacientes, personal paramédico, familiares y amigos; adicionalmente, hay que considerar la importancia del arreglo medioambiental en la producción, mantenimiento y eliminación de conductas.

De acuerdo a la panorámica anterior, se considera la

rehabilitación de la paciente mastectomizada en base a la formación de un grupo, bajo una perspectiva de trabajo interdisciplinario, considerando además las ventajas en costo y tiempo del manejo grupal respecto al manejo individual de este tipo de pacientes.

CAPITULO 4: ANTECEDENTES DE LA DEPRESION Y DE LOS PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS EMPLEADAS.

DEPRESION

La depresión se halla continuamente presente a lo largo de los distintos períodos históricos en todas y cada una de las culturas. No obstante, sus características han cambiado incesantemente bajo la presión dinámica de los factores históricos y socio-culturales. De hecho, sería probablemente imposible que cambios histórico-culturales de cierta magnitud en el ser humano no se acompañaran de importantes cambios clínicos y conceptuales en el acontecer depresivo. En la depresión, particularmente, el principio de la transformación contemporánea no se circunscribe al hecho clínico, sino que afecta a si mismo a los "conceptos doctrinales". Adicionalmente, la depresión es conceptualizada, en forma general, como una de las principales formas de psicopatología, la cual muestra una alta incidencia entre las poblaciones contemporáneas (Alonso, 1977).

Los síntomas de la depresión conceptualmente se dividen en cuatro grupos: afectivos (tristeza, enojo, culpa, ansiedad, etc.); conductuales (llanto, aislamiento social, retardación, etc.); cognitivos (desamparo, inutilidad, autoculpa, indecisión, auto-conceptos negativos, etc.); y

somáticos (desórdenes del sueño y del apetito, constipación, debilidad, variaciones en el peso, etc.).

El diagnóstico de depresión se basa en el reconocimiento de un grupo o patrones de signos y síntomas, ya que no necesariamente se requiere la presencia de todos ellos; por otro lado, ningún síntoma está invariablemente presente durante el episodio depresivo.

No obstante el manifiesto interés, la depresión constituye un campo de estudio, en donde existe un gran número de confusiones en torno a lo que se refiere al conocimiento y manejo del fenómeno depresivo. Los factores que a continuación se exponen contribuyen a dificultar el refinamiento del constructo de depresión: (1) el múltiple significado del término de "depresión" (se define como un estado de ánimo, un síntoma, un síndrome, o una entidad nosológica); (2) la ausencia de un diagnóstico de depresión consistente (no hay acuerdo sobre que características del síndrome son significativas en la diferenciación de diversos tipos de depresión); (3) se carece de habilidades para diferenciar un problema depresivo de otro desorden (p.e. esquizofrenia, enfermedad maníaco-depresiva, etc.); y (4) no hay confiabilidad entre los clínicos (Rush y Beck, 1978).

Aún cuando no puede hablarse de un esquema generalmente aceptado para la clasificación de las depresiones, recientemente se han establecido criterios diagnósticos para la depresión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980 (DSM-III). De acuerdo a éste se establece la clasificación de modelos dicotómicos de la depresión, la cual se expone a continuación:

---

Modelos Dicotómicos de Clasificación

---

1. Endógena/reactiva
  2. Psicótica/neurótica
  3. Unipolar/bipolar
  4. Ansiosa/hiperactiva Vs Anérgica/hipoactiva
  5. Primaria/secundaria
- 

De los dos modelos dicotómicos de clasificación más ampliamente aceptados, uno está basado en la dicotomía endógena/reactiva y el otro en la dicotomía psicótica/neurótica. El primero, diferencia depresiones en respuesta a eventos medio ambientales, las cuales son llamadas reactivas, de depresiones endógenas atribuidas a factores internos (cambios hormonales, bioquímicos, etc.). La segunda dicotomía implica un proceso ideacional alterado en el caso

de la depresión "psicótica", mientras que el término "neurótica" involucra a un grupo heterogéneo de pacientes no hospitalizados, los cuales son considerados menos incapacitados socialmente. En adición, existe una diferenciación entre depresión "agitada" y "retardada", aunque ésta dicotomización está restringida a el nivel de actividad motora.

Los dos síndromes específicos genéticamente determinados son (1) desorden cíclico bipolar recurrente con fases maníacas y depresivas y (2) el síndrome unipolar que, con la rara excepción de enfermedad maníaca unipolar, consiste usualmente en depresión recurrente sin manía.

Otro sistema de clasificación diferencia entre dos grandes subtipos de depresión: ansiosa/hiperactiva y anérgica/hipoactiva. El primer tipo es frecuentemente encontrado en depresiones unipolares recurrentes y está caracterizado por un incremento en la actividad psicomotora. El segundo tipo de depresión, ocurre principalmente, aunque no en forma exclusiva, en desórdenes bipolares y está caracterizado, en contraste con el anterior, por un decremento significativo en actividades psicomotoras.

El esquema final de clasificación de desórdenes depresivos es la distinción primaria/secundaria. Los desórdenes

primarios incluyen a pacientes que previamente han estado bien o cuyos únicos episodios previos de enfermedad "psiquiátrica" fueron de manía o depresión. Los desórdenes secundarios incluyen depresiones asociadas con otras enfermedades psiquiátricas (Kupfer y Frank, 1981).

#### Principales Teorías de la Depresión

Ferster (1965; cit. por Seligman y Col., 1976), describe la conducta patológica como un resultado directo de la interacción del individuo con su medio ambiente y como un resultado de su historia de reforzamiento. Su análisis funcional describe la relación de la conducta con el medio ambiente y especifica eventos de control medio ambiental, los cuales son potencialmente manipulables. Ferster considera a la depresión como una baja frecuencia de emisión de conducta positivamente reforzada, enfatizando que dicha reducción es en relación a el repertorio total y no en relación a una o dos respuestas, como consecuencia a la pérdida de un gran reforzador o de un estímulo discriminativo.

De acuerdo a lo anterior, Lazarus (1968; cit. por Seligman y Col., 1976) enfoca la depresión como una función de reforzamiento inadecuado o insuficiente, y considera a los depresivos a estar virtualmente bajo un programa de extinción, con falta de reforzamiento resultante de un reper

torio conductual disminuído.

En contraste a los enfoques anteriores, Costello (1972; cit. por Seligman y Col., 1976) considera que la pérdida de reforzamiento no explica la pérdida general de interés característica de la depresión, esta última es causada por la pérdida de efectividad del reforzador, la cual puede ser atribuída a cambios endógenos bioquímicos, a cambios neurofisiológicos, o bien a la disrupción de una cadena conductual.

Seligman, Klein y Miller (1976), consideran que la depresión reactiva es análoga a el modelo experimental de desamparo aprendido, el cual, bajo condiciones de laboratorio, estudia y analiza la conducta de sujetos infrahumanos expuestos previamente a estímulos inescapables, inevitables y aversivos. En este sentido, el término de "desamparo aprendido" se usa para describir la interferencia con respuestas adaptativas, producida por choques inescapables y también se utiliza como una abreviación para describir el proceso conductual subyacente.

De acuerdo a éste modelo, se considera que el desamparo aprendido se concentra sobre aquellas depresiones iniciadas como una reacción ante la pérdida del control sobre gratificación o alivio de sufrimientos y en la cual el in-

dividuo se caracteriza por lentitud en la iniciación de -- respuestas, considerándose a si mismo como impotente y desamparado, incluyendo un enfoque negativo del futuro.

En adición, la experiencia con traumas previos incontrolables produce seis efectos relacionados a la depresión: (1) pasividad (en infrahumanos y humanos) en la fase posterior al trauma, es decir, lentitud para iniciar respuestas que alivien el trauma y falta de respuestas ante el mismo; (2) hay un aprendizaje retardado respecto a sus respuestas para controlar el trauma; (3) hay disipación en el tiempo; (4) agresión disminuída; (5) decremento de las conductas - de comer, sociales y sexuales; y (6) disminución de norepi<sub>nefrina</sub> y activación septal.

El modelo de desamparo aprendido sugiere que la retardación depresiva es causada por considerar una independencia de respuesta-reforzamiento, ya que el trauma per si no es el que produce interferencia con la respuesta adaptativa posterior, sino el no tener control sobre el trauma. -- Por lo tanto "la distinción entre reforzamiento controlable e incontrolable es central en el fenómeno y teoría del desamparo" (pp. 193).

Otro aspecto importante, lo constituyen los tres efectos resultantes del aprendizaje de que el trauma es incon-

trolable:

- (1) Motivacional: la probabilidad de que el sujeto inicie respuestas de escape es reducida debido a que parte -- del incentivo para realizarlas está en relación con -- las expectativas de proporcionar alivio.
  
- (2) Cognitivo: la independencia entre la respuesta y el es tímulo aversivo dificulta el aprendizaje de que la res puesta produce alivio cuando el organismo emite una -- respuesta que termina con dicha estimulación. Es este mecanismo el que produce el "set cognitivo" de la de - presión.
  
- (3) Afectivo o Emocional: la introducción de un estímulo - traumático puede producir temor y ansiedad, a partir - de ésto tres tipos de aprendizaje pueden ocurrir: - -
  - (a) si el organismo aprende que puede controlar el es tímulo, la ansiedad desaparece;
  - (b) si el organismo es tá inseguro acerca del control, la ansiedad permanece;
  - (c) si el organismo aprende que no puede controlar el estímulo, la ansiedad es sustituida por los componen - tes afectivos de la depresión.

Finalmente se considera que la depresión puede ocu -- rrir ante la pérdida de control sin la pérdida de reforza --

dores, lo que Seligman conceptualiza como "depresión por - éxito".

McLean (1976; cit. por Rush y Beck, 1978), considera a la depresión como una consecuencia de habilidades inefec tivas utilizadas para resolver problemas cotidianos. Tales habilidades producen sentimientos de poco control sobre el ambiente, lo cual facilita la anticipación de fallas cróni cas y la sintomatología depresiva. En su aproximación al estudio de la depresión sugiere la existencia de áreas pro blema y el diseño de estrategias conductuales específicas para determinados problemas. En este sentido, establece un paquete de tratamiento, partiendo de los supuestos de va - rias teorías conductuales, de tiempo limitado. Considera a las personas depresivas deficientes en una o más de seis áreas problema de habilidades: comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, hacer decisi ones y solución de problemas, y auto-control negativo. A ca da problema se le aplica un tratamiento de intervención es pecífico. Algunas de las técnicas empleadas, entre otras, son entrenamiento en solución de problemas y asertividad.

Lewinsohn (1974; cit. por Rush y Beck, 1978), se - - - aproxima a la depresión mediante una estructura de aprendi zaje social. Sugiere tres mecanismos por los cuales una ta

sa baja de reforzamiento positivo contingente a la respuesta puede ocurrir: (1) los eventos contingentes a la conducta pueden no ser reforzantes; (2) los eventos reforzantes pueden no estar disponibles; y (3) la ausencia del repertorio necesario para elicitar reforzadores presentes en el medio ambiente. Esta teoría conceptualiza que los depresivos tienen un bajo nivel de actividad interpersonal - en grupos, refuerzan a otros menos frecuente y adecuadamente; emiten mensajes cortos; elicitan de otros más reacciones negativas que positivas; e interactúan con un número más limitado de personas, tienen un bajo nivel de actividad y largas latencias de acción (Libet y Lewinsohn, 1973). De acuerdo a esto, el tratamiento tiene como objetivo incrementar el nivel de reforzamiento positivo para el paciente mediante la modificación del rango de actividades e interacciones (particularmente placenteras), incluyendo nivel y calidad de las mismas (Lewinsohn y Graf, 1973).

En la terapia cognitiva de la depresión postulada por Beck (Rush y Beck, 1978), el fenómeno depresivo es enfocado en términos de la activación de tres principales patrones de pensamiento, la triada cognitiva, mediante los cuales la persona se considera a sí misma, sus experiencias y su futuro en forma negativa e irreal, es decir, el paciente tiene una tendencia sistemática negativa en sus ideas y

auto-evaluaciones, considerándose deficiente, inadecuado, indigno, indeseable y carente de atributos esenciales para su bienestar.

Los enfoques negativos de la triada cognitiva se refuerzan mutuamente. Tales enfoques están basados en esquemas (generalmente desarrollados a partir de experiencias tempranas). A su vez, determinadas situaciones específicas activan ciertos esquemas. Por otra parte, el modelo cognitivo supone la existencia de un número de errores estructurales en el pensamiento de la persona deprimida.

Ellos incluyen: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación o minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

En resumen, los ingredientes fundamentales del modelo cognitivo son: la triada cognitiva, esquemas y errores estructurales del pensamiento.

Las técnicas de la terapia se orientan hacia síntomas blanco específicos de la depresión, tales como pasividad, pesimismo y las ideas en las que el paciente basa su conducta y su pensamiento. Un componente importante en la terapia cognitiva es la asignación de tareas graduadas, la cual parte de la idea de que las personas deprimidas tie -

nen dificultad para realizar tareas, las cuales habían sido relativamente simples antes del episodio depresivo. El resultado final de ésto es un decremento en la actividad y auto-evaluaciones negativas. En consecuencia, las tareas - conductuales están diseñadas para elicitación, identificación y subsecuentemente corregir cogniciones, así como para modificar la conducta.

Conforme la concentración del paciente mejora y la intensidad del afecto decremente, se introducen gradualmente diversas técnicas cognitivas.

Otros datos fundamentales en los cuales se basa la terapia cognitiva son: "los pensamientos automáticos", los sentimientos y deseos del paciente, imágenes, sentimientos experimentados durante la terapia, contenido de los sueños, y material introspectivo, todo ello como reportes orales de las cogniciones de los pacientes.

Rehm (1977; cit. por Rush y Beck, 1978), presenta un modelo de auto-control de depresión, el cual contiene importantes componentes cognitivos. Kovace (1980), conceptualiza el modelo de auto-control como conductual-cognitivo.

Kanfer (1977), considera que la terapia de auto-manejo representa un nuevo estado en la terapia conductual, ya

que enfatiza un modelo de hombre activo en lugar de pasivo, es decir, involucra el uso de la persona misma como sujeto y terapeuta en la ejecución de un programa de tratamiento. La finalidad de los métodos de auto-control es la de entrenar individuos para resolver mejor sus problemas y analizar su conducta. Tales métodos están diseñados para ayudarlos a ser más independientes del medio ambiente inmediato. El modelo de auto-control propone tres estados: auto-monitoreo, auto-evaluación y auto-reforzamiento. En algunos casos incrementar la tasa de auto-recompensa puede ser el blanco del auto-control.

Kanfer (1971; cit. por Fuchs y Rehm, 1977), considera que la pasividad y dependencia características de la depresión pueden enfocarse como una función de fallas para usar efectivamente el auto-control ante la pérdida o demora de reforzadores externos. Muchos de los síntomas críticos observados en la depresión constituyen, o resultan, de desajustes en los tres procesos involucrados en el auto-control.

Fuchs y Rehm (1977) hipotetizan, con respecto al auto-monitoreo que las personas deprimidas atienden selectivamente a eventos negativos externos que siguen inmediatamente a su conducta, algunas veces sin relación de contingencia.

cias actuales. La distorsión depresiva en auto-monitoreo puede ocurrir en: (a) atención selectiva de eventos externos inmediatos ante la exclusión o demora o consecuencias internas de conducta, y (b) atender selectivamente a eventos negativos con la exclusión de eventos positivos.

En la auto-evaluación, las personas deprimidas son -- irrealistas, perfeccionistas, los estándares globales para ellos mismos son imposibles de lograr. No se intentan esfuerzos dirigidos hacia metas a largo plazo, se evalúan a sí mismos negativamente y de una menra sobregeneralizada.

En el auto-reforzamiento, las personas deprimidas -- pueden caracterizarse por tasas bajas de auto-recompensa y tasas relativamente altas de auto-castigo. Las primeras -- pueden relacionarse en parte por la conducta retardada típica de la depresión, especialmente en la relativa ausencia de reforzamiento externo. El excesivo auto-castigo provoca una supresión frecuente de conducta inicial, potencialmente productiva, en una cadena de respuestas, es decir, inhibición excesiva.

Las formulaciones de Beck (1967; cit. por Nelson y -- Craighead, 1977), sugieren que la depresión distorsiona información medioambiental de tal manera que ésta llega a -- formar conclusiones negativas. La persona deprimida puede

actuar como si sufriera una relativa pérdida de reforzamiento positivo si atiende selectivamente a eventos negativos.

Por lo tanto, para Nelson y Craighead (1977), un modelo de depresión basado solamente en el concepto de pérdida de reforzamiento puede estar incompleto si excluye la consideración del proceso por el cual una persona interpreta eventos medioambientales como positivos, negativos o neutrales. Estos últimos autores realizaron un estudio, en el cual encontraron que los sujetos deprimidos recuerdan menos retroalimentación positiva y más retroalimentación negativa que sujetos no deprimidos. Asimismo, los primeros se auto-refuerzan con menos frecuencia que los sujetos no deprimidos, sin embargo, no se encontraron diferencias entre ambos grupos de sujetos en relación a las tasas de auto-castigo.

Hasta aquí, podemos afirmar que la depresión es conceptualizada como un blanco reciente de intervención conductual. Sin embargo, a pesar de la variedad de modelos propuestos, hay poco acuerdo sobre la conducta (s) exacta que es evaluada y modificada. Cada teoría enfoca diferentes clases de conductas definidas como los síntomas principales.

La aproximación conductual considera a la depresión - como un síndrome, dado el número de conductas correlacionadas, las cuales pueden presentarse en diversas combinaciones. Esta aproximación clasifica los síntomas por su modo de expresión en: cognitiva-verbal, motora abierta y categorías fisiológicas. Es importante recordar la amplia consideración de variables cognitivas en la modificación conductual, que ha sido recientemente sugerida y apoyada por un número de teóricos contemporáneos (Phem, 1976), tales como Fuchs y Rehm (1977); Rush y Beck (1978); Seligman, Klein y Miller (1976); y Spence (1980), entre otros.

Otro aspecto importante de la depresión, lo constituye el área de investigación respecto a la eficacia de las posturas teóricas - tanto conductuales como cognitivas - y los tratamientos derivados de las mismas.

Shaw (1977), realizó un estudio para evaluar la eficacia terapéutica del tratamiento cognitivo de Beck y el tratamiento conductual de Lewinsohn. Concluye que el programa de tratamiento cognitivo mostró cambios más significativos en la sintomatología depresiva, mientras que un tratamiento no directivo produjo resultados equivalentes a los de el - tratamiento conductual. Sin embargo, estos últimos mostraron cambios más significativos que el grupo control (lista

de espera).

Zeiss, Lewinsohn y Muñoz (1979), trataron de determinar los efectos relativos de tres aproximaciones diferentes al tratamiento de la depresión: el incremento de la tasa de actividades placenteras; impacto social positivo e interacción social; y la terapia cognitiva, analizando su eficacia en la reducción de la depresión en comparación a un tratamiento control demorado. Los principales descubrimientos de este estudio, fueron que todos los tratamientos tuvieron efectos inespecíficos, es decir, los tres fueron efectivos en el alivio de la depresión. De acuerdo a sus resultados, declaran que la etiqueta de una terapia no asegura que las conductas etiquetadas sean aquellas más directamente afectadas. Mencionan la probabilidad de obtener resultados diferentes si los pacientes fueran asignados a módulos de tratamiento en base a sus preevaluaciones, en lugar de hacerlo azarosamente como en el presente trabajo. Finalmente, sugieren que los tratamientos fueron efectivos al proporcionar un entrenamiento en habilidades de auto-ayuda, incrementando las expectativas del paciente. Y éste aspecto fué independiente del entrenamiento específico ofrecido en cualquier módulo de tratamiento.

Taylor y Marshall (1977), mencionan que una aproxima-

ción conductual y cognitiva combinada, es más efectiva que cualquiera de las dos terapias por separado, si bien las tres estrategias (conductual, cognitiva y conductual cognitiva) son importantes en el decremento de la sintomatología depresiva.

Fuchs y Rehm (1977), realizaron un estudio con 36 mujeres moderadamente deprimidas, en el cual aplicaron un programa secuenciado acumulativo de seis semanas, para evaluar la efectividad de su aproximación terapéutica de autocontrol en la reducción de la depresión, en comparación a los procedimientos control - terapia inespecífica y lista de espera. Los sujetos bajo el programa de auto-control mostraron mejoras mayores en medidas conductuales de auto-reporte y puntuaciones MMPI.

Rehm, Fuchs y Roth (1979), compararon en su estudio programas de auto-control y terapia conductual de habilidades sociales en el tratamiento de 24 mujeres moderadamente deprimidas. Después de seis sesiones semanales de grupo, la terapia de auto-control fué asociada con mayores mejoras en medidas de depresión de auto-evaluación y medidas observación conductual. Sin embargo, los autores mencionan que el grupo de auto-control mejoró más en medidas de autocontrol, mientras que los pacientes tratados con habilida-

des sociales mejoraron más en las medidas correspondientes a dicha área. Concluyen que la especificidad de los descubrimientos se reduce por el hecho de que ambos programas - usados coinciden las estrategias en ciertos puntos, como son : el incremento de eventos placenteros y de actividades en general.

Por su parte, Harpin, Liberman, Marks, Stern y Bohannon (1982), realizaron un estudio piloto con doce pacientes deprimidos y no responsivos a otras medidas terapéuticas, incluyendo drogas. Aplicaron un paquete de tratamiento, el cual incluyó procedimientos de cuatro principales componentes: a) entrenamiento en habilidades sociales para pacientes y familiares. b) entrenamiento en auto-control conductual y cognitivo para los pacientes, c) modificación de contingencias de atención social para el paciente, y -- d) entrenamiento de manejo de ansiedad. En sus resultados, mencionan que el grupo tratado mejoró significativamente - en depresión, ansiedad y en índices de habilidades sociales en comparación al grupo control.

Kovacs (1980), considera que las diferencias entre -- las diversas terapias reside en cómo las cogniciones son - definidas y en la importancia atribuídas a ellas en la - etiología y mantenimiento del síndrome depresivo. Observa

que, en determinados estudios, se excluyen conclusiones de de finitivas acerca de la eficacia de determinadas terapias, ya que los diagnósticos son inciertos, y las medidas de intervención pre y post generalmente pertenecen sólo a las conductas que fueron modificadas, siendo poca la informa - ción acerca de las vicisitudes de otros signos y síntomas o acerca de la severidad global del desorden. Considera -- que no sólo entre el auto-control y el programa de habili - dades sociales se traslapan las estrategias, ya que tam -- bién en la terapia cognitiva determinadas técnicas conduc - tuales, como son los programas de actividades, son también empleadas.

Si bien es obvia la necesidad de investigaciones adi - cionales para esclarecer las variables fundamentales que - contribuyen al origen y mantenimiento de la depresión, tam - bién resalta a la vista el hecho de que existe una mayor - probabilidad de éxito terapéutico - decremento de la sinto - matología depresiva - al utilizar las terapias cognitivas y conductuales en combinación, y es el auto-control el pro - cedimiento que incluye ambos tipos de manipulación en los pacientes deprimidos como fué señalado por Kovacks (Ob. -- cit.).

## ASERTIVIDAD

La interacción social humana es un proceso increíblemente complejo con grandes componentes afectivos, cognitivos y emocionales. Generalmente no hay acuerdo sobre definiciones de habilidades sociales, las cuales se aplican a situaciones interpersonales.

Las primeras áreas conceptuales a ser delimitadas para el entrenamiento de habilidades interpersonales fueron bajo la rúbrica de conducta asertiva. El entrenamiento de asertividad es una técnica terapéutica diseñada para individuos que sufren pasividad y/o ansiedad durante encuentros interpersonales (Eisler, 1976).

La aproximación del entrenamiento conductual a la psicoterapia está basado en un modelo de tratamiento de adquisición de respuestas. Dentro de este modelo, las conductas maladaptativas son construídas en términos de la ausencia de habilidades de respuesta específica. El objetivo terapéutico de las técnicas de asertividad, es proveer a los pacientes con un entrenamiento directo precisamente en aquellas habilidades deficientes en sus repertorios de respuesta. Se da muy poca atención a la eliminación de conductas maladaptativas existentes; en lugar de ello, se asume que conforme las conductas adaptativas hábiles son adquiridas

das y reforzadas, las respuestas maladaptativas previas --  
tienden a desaparecer (McFall y Twentyman, 1973).

Rich y Schroeder (1976), definen la conducta asertiva como "la habilidad para adquirir, mantener o incrementar -  
reforzamiento en una situación interpersonal mediante una  
expresión de sentimientos o deseos cuando tal expresión --  
tiene el riesgo de pérdida de reforzamiento o castigo ...  
La conducta asertiva puede expresar sentimientos positivos  
o negativos, o puede ser dirigida hacia diversas metas, de  
pendiendo de los valores del individuo" (pp. 1082).

Se han identificado una variedad de componentes verba  
les y no verbales de respuestas asertivas. Ellos incluyen:  
contacto ocular, postura corporal, distancia de otra perso  
na, expresión facial, características paralingüísticas del  
habla, y contexto socialmente apropiado de la respuesta.

Adicionalmente, existen patrones cognitivos cubiertos  
que inhiben respuestas asertivas adaptativas, como son, --  
por ejemplo: auto-crítica, perfeccionismo y críticas de --  
otros como lo más común.

Cabe aclarar, que el entrenamiento asertivo no es un  
procedimiento conductual único y bien definido. Sin embar-  
go, todos los procedimientos incluyen alguna forma de mani  
pulación cognitiva y de expectativa, ya que los pacientes

se hacen concientes de verbalizaciones cubiertas y sets -- cognitivos derivados que mantienen la conducta no asertiva.

Por otro lado, en situaciones que requieren expresiones asertivas, la conducta de un individuo está funcionalmente relacionada al contexto social de la interacción interpersonal (Eisler, Hersen y Miller, 1975).

El entrenamiento de habilidades sociales ha sido usado existosamente con una amplia diversidad de poblaciones clínicas, desde estudiantes relativamente bien ajustados - quienes reportaban incomodidad en diversas situaciones sociales (Twentyman y MacFall, 1975), pacientes esquizofrénicos crónicos (Weinman, Gelbart, Wallace y Post, 1972), hasta niños diagnosticados con retardo severo quienes presentaban problemas de conducta y eran incapaces de funcionar dentro de una institución psiquiátrica (Matson, Kasdin, - y Esveldt-Dawson, 1980).

Wolpe y Lazarus (1966; cit. por Trower y Col., 1978), sugieren que la falta de asertividad y, presumiblemente, - de otras habilidades sociales es dada a la inhibición de - respuestas naturales por ansiedad, y teóricamente las técnicas de reducción de ansiedad deben ser el tratamiento se leccionado.

Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1978), sugieren que estas dos últimas aproximaciones, no necesariamente conflictivas, pueden ser separadas en: fallas sociales debido a la inhibición por ansiedad Vs insuficiencia de habilidades. Tal separación se sugiere en base a la posible etiología de las fallas sociales: (a) la falla de habilidades sociales puede ser primaria, resultante de una defectuosa socialización o falta de experiencia social, lo cual quita al aislamiento, privaciones, etc.; (b) las fallas pueden ser secundarias cuando hay otra clase de psicopatología, resultante de perturbaciones químicas, cognitivas o dinámicas.

Esta diferencia es comparable por analogía con la distinción en lingüística entre competencia y ejecución. La primera se refiere al conocimiento y proceso cognitivo central, y ejecución a la producción de la conducta hábil.

Las fallas primarias se refieren a la pérdida o fallas para adquirir competencia, mientras que las fallas secundarias se refieren a la disrupción o inhibición de ejecución, con competencia intacta.

De acuerdo a esto, se deriva la hipótesis de que los sujetos con fallas primarias pueden no responder a un procedimiento de reducción de ansiedad, ni los sujetos con fallas secundarias a una técnica de adquisición conductual.

Para probar dicha hipótesis, los autores trabajaron con un grupo primario constituido por 20 pacientes inhábiles y un grupo secundario constituido por 20 pacientes con ansiedad fóbica social. A diez de los sujetos de cada grupo se les aplicó un entrenamiento en habilidades sociales y a los 10 sujetos restantes de cada grupo se les aplicó un procedimiento de desensibilización sistemática.

En los resultados de este estudio encontraron que los pacientes inhábiles respondieron parcialmente, como fué -- predicho, pero los pacientes fóbicos respondieron igualmente bien a ambas formas de tratamiento.

#### ANSIEDAD

La ansiedad es uno de los problemas centrales de lo que tradicionalmente se han considerado "Desórdenes neuróticos" y consiste de complejos patrones de respuestas, las cuales pueden ser: cubiertos - cognitivos, fisiológicos y motores.

La ansiedad y las complejas conductas que la componen, ocurre en respuesta a estímulos externa o internamente producidos, y sus efectos se muestran en tres dimensiones o sistemas de respuesta: (a) el sistema de respuesta subjetivo o cognitivo - cubierto; (b) el sistema de respuesta fi-

siológico (el cual involucra actividades del sistema nervioso central, respuesta galvánica de la piel, tasa cardíaca, presión arterial, respiración, tensión muscular, respuesta pupilar, etc.); (c) el tercer sistema de respuesta incluye conducta motora somática (temblores, habla rápida, etc.).

Cuando la ansiedad alcanza ciertos niveles de intensidad, duración, frecuencia y generalización, el individuo experimenta para él y para otros severa incomodidad e interrumpe conductas adaptativas, en consecuencia un individuo super alterado puede involucrarse en conductas irracionales (Bernstein, 1976).

Rehm y Marston (1968), sugieren que en la ansiedad social, la manipulación de auto-reforzamiento abierto cambia el auto-concepto en términos positivos para el individuo, lo cual reduce la ansiedad experimentada por él e incrementa su aproximación a situaciones temidas. Estos autores realizaron un estudio con 24 estudiantes quienes presentaban ansiedad durante relaciones heterosexuales. En su grupo experimental introducen el manejo de auto-reforzamiento positivo utilizando una jerarquía de situaciones. Uno de los grupos controles recibió terapia no directiva, y el otro grupo reportó semanalmente sus observaciones. El gru-

po experimental mostró diferencias en :auto-reportes de ansiedad y conductas abiertas; características verbales en - una simulación de la interacción social; y generalización en la Manifest Anxiety Scale y Adjective Check List.

Lewis, Biglam y Steinbock (1978), realizaron un estudio para evaluar dos manuales de relajación auto-adminis - trada y un depósito monetario en el tratamiento de la an - siedad no fóbica recurrente en una población de estudian - tes. Los sujetos fueron azarosamente asignados a una de -- cuatro condiciones de tratamiento activo. Los sujetos en - condiciones activas recibieron un manual de relajación progresiva o un manual para que diseñaran su propio método de relajación, y fueron asignados a condiciones de depósito o no depósito. La mejoría no difirió para los dos procedi -- mientos de relajación, sin embargo éstos sujetos mejoraron más que los sujetos bajo condición de auto-monitoreo. El - estudio sugiere el valor de la práctica de la relajación - como tratamiento de la ansiedad recurrente no fóbica.

Por otra parte, se ha intentado decrementar la ansie - dad mediante la técnica de las auto-declaraciones positi - vas y negativas (Ramm, Marks, Yuksel y Stern, 1981).

Akins, Hollandsworth y O'Connell (1982), afirman la - efectividad de la relajación, independientemente de los --

dos diferentes estilos cognitivos: el procesamiento de información visual y el procesamiento de información verbal.

Aún y cuando se ha manifestado la necesidad de investigaciones dirigidas a esclarecer un considerado número de variables que contribuyen a la generación y mantenimiento de la ansiedad (Barlow y Wolfe, 1981), efectivamente se ha confirmado la utilidad de la relajación como un método terapéutico para personas que sufren de "neurosis de ansiedad", ya que tal método aminora la actividad del sistema nervioso simpático. Por ello, la relajación como parte del tratamiento de los estados de ansiedad parece ser eficaz desde el punto de vista fisiológico y psicológico (Benson, Kotch y Crassweller, 1977).

Existen diversas técnicas de relajación que facilitan la reducción de la ansiedad. Una de dichas técnicas combina la tensión y relajación de siete grupos de músculos; esta técnica puede ayudar a pacientes que experimentan ansiedad no específica y es recomendable que practiquen tal técnica de una a dos veces al día, con la ventaja de que no se requiere de una alta especialización, por parte de los pacientes, para su uso, pudiéndose realizar en diversos escenarios (O'Flynn-Comiskey, 1979; Richter y Sloan, 1979).

## SOLUCION DE PROBLEMAS

El ajuste conductual y la habilidad para adaptarnos a nuestro ambiente están cercanamente relacionadas a la capacidad cognitiva para resolver las clases de problemas encontrados en la vida diaria.

Tomemos en cuenta a un individuo abrumado por su medio ambiente, que posee un repertorio limitado de pensamientos medios-fin y está preocupado por la meta final en lugar de los medios para obtenerla. Si él no es capaz de pensar en varias formas para resolver sus problemas, u obstáculos súbitos que interfieren, puede cometer equivocaciones impulsivas, sintiéndose "frustrado" o agresivo, o bien puede evadir el problema enteramente retirándose. En cualquier caso, su necesidad inicial permanece y si tales fallas ocurren repetidamente, pueden surgir varios grados de conducta maladaptativa.

El pensamiento medios-fin es específicamente definido como "una habilidad para planear cuidadosamente, paso por paso, los medios para alcanzar una meta señalada" (pp.348). Tal planeación incluye discernimiento (insight) y previsión para anticipar obstáculos potenciales y, en adición, teniendo rutas propias alternativas de mando si un obstáculo es real o psicológicamente insuperable. Otro componente de

tal planeación es la conciencia de que las metas no siempre se logran inmediatamente o que ciertas ocasiones son más propicias que otras para la acción (Shure y Spivack, 1972).

Las habilidades de solución de problemas incluyen:

- (a) Reconocimiento de situaciones problema en la vida diaria.
- (b) Pensamiento óptimo, conceptualizado como la generación de situaciones alternativas ante situaciones interpersonales problemáticas.
- (c) Pensamiento causal con respecto a eventos interpersonales.
- (d) Cognición social medios-fin o pensamiento en términos de soluciones efectivas paso por paso para alcanzar metas en situaciones interpersonales problema.
- (e) Cogniciones emocionales medio-fin, o pensamiento en términos de soluciones efectivas paso por paso para alcanzar metas en situaciones problemáticas que no involucran a ninguna otra persona, sino los estados afectivos negativos que frecuentemente acompañan problemas de la vida real (p.e. ansiedad y depresión).

(f) Pensamiento consecuencial o consideración de las consecuencias de conductas interpersonales.

(g) La habilidad para ver una situación desde la perspectiva de otros (Platt, Spivack, Altman y Altman, 1974).

Sarason y Sarason (1981), mencionan que la evidencia de la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales con poblaciones clínicas guía a la comprensión de especulaciones acerca de su valor preventivo. En relación a ésto, uno de los desarrollos recientes más prometedores se ha enfocado en habilidades cognitivas específicas y autocontrol conductual. Los programas relacionados con este tópico son implementados para mejorar el pensamiento de la gente y la solución de problemas. De acuerdo a lo anterior, desarrollaron un estudio, en el cual su programa experimental pone énfasis en las siguientes áreas específcas: a) Las consecuencias de una acción; b) las alternativas disponibles en una situación; c) los efectos de la conducta individual sobre otros y un incremento en el reconocimiento de otros puntos de vista; y d) habilidades de comunicación (particularmente comunicación con extraños).

Utilizaron 127 estudiantes de secundaria con altas tasas de delincuencia. Aplicaron modelamiento y juego de roles para fortalecer las habilidades cognitivas y sociales

de los sujetos. En los resultados del estudio, encontraron que los sujetos que recibieron un entrenamiento especial fueron capaces de: pensar en forma más adaptativa en la aproximación a situaciones problemáticas y actuar más efectivamente en situaciones de auto-presentación, en comparación al grupo control. En adición, en un año de seguimiento, éstos sujetos mostraron tasas más bajas de retardos, pocas ausencias y reportes. La investigación sugiere una aproximación potencialmente útil y efectiva en la prevención de problemas conductuales o conductas maladaptativas.

Platt y Spivack (1972), sugieren que la habilidad para resolver problemas en situaciones de la vida real es considerada un criterio para una definición de funcionamiento positivo de "salud mental".

Finalmente, de todo esto surgen implicaciones para intervención en programas preventivos de "salud mental", así como para programas generales.

De lo redactado en este capítulo, podemos observar que, con respecto a la depresión no existe una teoría y/o procedimiento puramente cognitivo o conductual, ya que ambos aspectos están incluidos en todas y cada una de las teorías del síndrome depresivo, si bien, como se mencionó anteriormente, la diferencia entre tales teorías radica en

la importancia atribuída a las cogniciones en la etiología y mantenimiento de la depresión.

En este sentido, y considerando las ventajas de los procedimientos derivados de las diversas aproximaciones teóricas, consideramos que el auto-control, al incluir un método que facilita la independencia del individuo de su medio inmediato, es la aproximación indicada para aplicarse a una población de pacientes cancerosos, particularmente a las pacientes mastectomizadas, para decrementar su sintomatología depresiva. Adicionalmente, el auto-control, al ser implementado en forma adecuada, aumenta la probabilidad de conductas potencialmente productivas que, a la larga, traen como consecuencia un probable aumento del rango de actividades y, por lo tanto, incrementa la probabilidad de reforzamiento.

Por otro lado, el auto-control influye, de alguna manera, sobre ideas distorsionadas de la realidad, o sea, sobre ideas irracionales, cambiando, en forma simultánea, tanto conducta como cogniciones de las pacientes, lo cual facilita su integración al medio ambiente.

Respecto a la asertividad, se considera un tratamiento básico para incrementar la cantidad y calidad de relaciones interpersonales. Si tenemos en cuenta que la pobla-

ción utilizada en este trabajo se caracteriza por un decremento en su interacción social, lo cual frecuentemente guía al aislamiento, se justifica la implementación de un entrenamiento asertivo, ya sea para la adquisición y/o reestablecimiento de conductas adaptativas hábiles, las cuales al ser reforzadas, incrementan la probabilidad de eliminar --conductas maladaptativas previas. Nuevamente, este procedimiento actúa tanto sobre cogniciones como en patrones conductuales, coadyuvando a la reintegración medio-ambiental.

Adicionalmente, hemos mencionado la ansiedad como una de las principales manifestaciones previas y posteriores a una mastectomía, por lo cual también se incluye un programa de auto-relajación, que facilite aún más a las pacientes la confrontación con estímulos aversivos (p.e. citas médicas, estudios de laboratorio y/o gabinete, quimioterapia o radioterapia) y situaciones interaccionales (encuentros con familiares y amigos), o bien que tal entrenamiento decremente la probabilidad de disrupciones de patrones conductuales, reforzando de esta manera los programas anteriormente citados (auto-control y asertividad).

Finalmente, hemos mencionado la importancia de contar con habilidades de solución de problemas, cuya implementación facilita y mantiene un funcionamiento psicológico ade

cuado, actuando como programa terapéutico y/o programa preventivo que, en adición a los programas anteriores y a la orientación médica y paramédica, consolide la rehabilitación integral de la paciente mastectomizada.

CAPITULO 5: CONDICIONES FISICAS, DE POBLACION Y DE SERVICIOS DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El Hospital de Oncología consta de tres edificios. El primero tiene nueve plantas, en las cuales se encuentran los servicios de hospitalización, las salas de cirugía y aplicación de radio e isótopos radioactivos, el departamento de trabajo médico social, las oficinas del cuerpo de gobierno, el archivo clínico y los servicios generales y de mantenimiento, así como el servicio de urgencias.

En el segundo edificio se localizan los laboratorios clínicos, de anatomía patológica, isótopos radioactivos y de citología, las oficinas del servicio de: radioterapia, física, radiaciones y protección radiológica, el control central, diagnóstico de mama y ginecología, la consulta externa, la jefatura de enseñanza y la biblioteca.

En el tercer edificio se encuentran los servicios de radioterapia e isótopos radioactivos y de radiodiagnóstico.

El servicio de hospitalización tiene capacidad para 186 pacientes y en la consulta externa se ha reportado - -

que, anualmente se pueden atender de 156,104 a 170,116 pacientes. En el año de 1982, hasta el mes de octubre, se -- atendieron a 127,540 pacientes. En el quirófano se pueden practicar 5 intervenciones quirúrgicas simultáneamente.

Los servicios médicos existentes en esta unidad son: tumores mixtos, hematología, cabeza y cuello, urología, ginecología, mama, radioterapia y quimioterapia. Adicional - mente, se cuenta con los siguientes servicios de apoyo: medicina interna, neurología, oftalmología, endocrinología, psiquiatría y psicología.

Las clínicas de adscripción canalizan a los pacientes, con una forma de envío, al Hospital. Una vez aquí, el control central capta a estos pacientes iniciales, y de acuerdo a los estudios clínicos y radiológicos practicados, se determina la etapa de su padecimiento y el posible o posibles tratamientos a seguir. Las pacientes de los servicios de ginecología y de mama inicialmente se valoran en el servicio de diagnóstico (D.O.C.).

#### 5.1 DESCRIPCION DE LOS OBJETIVOS.

A fin de integrar al proceso de rehabilitación las diferentes disciplinas que convergen en la solución del problema de la paciente mastectomizada, se generan los si --- guientes objetivos de trabajo.

Objetivo Interdisciplinario: Fomentar la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, psicológicas, -- educativas, sociales y ocupacionales, para readaptar a la paciente mastectomizada a su medio sociofamiliar con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional, social y/o productiva.



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

**IZT. 1000246**

De la panorámica anterior se derivan los siguientes - objetivos conductuales:

Objetivo General: Decrementar las conductas características de la depresión y de la ansiedad, -- reestableciendo y/o incrementando las habilidades interpersonales específicas de la asertividad y de solución de problemas.

Objetivos Específicos:

- Adquisición y/o reestablecimiento de repertorios conductuales (cubiertos y/o manifiestos) que permitan a los sujetos enfrentarse exitosamente a la problemática de su -

vida cotidiana:

- Decrementar las auto-evaluaciones negativas de los sujetos.
- Incrementar habilidades auto-directivas.
- Implementar el auto-control, en cuanto a los repertorios de auto-reforzamiento.
- Implementar habilidades de comunicación y de negociación.
- Implementar la auto-relajación.
- Incrementar la probabilidad de reforzamiento aumentando el rango de actividades adecuadas.
- Reducir el nivel de ansiedad que presenten los sujetos en situaciones interpersonales, proviéndolos con una serie de repertorios pertinentes a dichas situaciones.
- Implementar la discriminación entre pensamientos racionales e irracionales, desarrollando los primeros en situaciones específicas.

Dado que se pretende la formación del grupo o "Club de Mastectomizadas", se hace necesaria la implementación de los siguientes objetivos:

Objetivos de Mantenimiento:

1. Propiciar el auto-gobierno del grupo o "Club de Mastectomizadas", con la asesoría del equipo interdisciplinario.
2. Orientar y unificar los criterios con que se maneja la información de la mastectomía, tanto para la paciente como para sus familiares.
3. Difundir y prevenir la auto-detección de los trastornos oncológicos de mama, a través o por medio de las integrantes del grupo de rehabilitación.
4. Integrar activamente a los familiares en el proceso de rehabilitación.
5. Entrenamiento a paraprofesionales y no profesionales.

## 5.2 DESCRIPCION Y CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS.

Fueron entrevistadas 45 pacientes consecutivas, quienes habían sido operadas por problemas oncológicos de mama, y a quienes se les había practicado mastectomía radical o simple, durante los meses de febrero y marzo de 1982.

De éstas, 23 pacientes fueron incluídas en el grupo de rehabilitación. De este grupo se eliminaron 5 pacientes del estudio por asistencia irregular, y 4 pacientes por complicaciones médicas. Las 14 pacientes restantes fueron divididas al azar en los grupos experimentales I y II.

Las primeras 22 pacientes que se negaron a participar en el grupo, constituyeron el grupo control, de las cuales se eligieron a 7 al azar, para igualar a los otros grupos experimentales I y II. Las características de los tres grupos se presentan en la siguiente tabla:

| Características de los sujetos | Grupo Experimental I | Grupo Experimental II | Grupo Control |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| Edad:<br>Rango                 | 31-57                | 39-58                 | 31-57         |
| Media $\bar{X}$                | 45.2                 | 47.2                  | 45.7          |
| Ocupación:<br>Trabajo formal   | 1 caso               | 0 casos               | 6 casos       |
| Hogar                          | 6 casos              | 7 casos               | 1 caso        |
| Escolaridad:                   |                      |                       |               |
| 2º de Prim.                    | 0 casos              | 1 caso                | 0 casos       |
| 3º de Prim.                    | 1 caso               | 0 casos               | 2 casos       |
| 4º de Prim.                    | 1 caso               | 1 caso                | 1 caso        |
| 5º de Prim.                    | 0 casos              | 1 caso                | 1 caso        |
| 6º de Prim.                    | 3 casos              | 2 casos               | 0 casos       |
| 1º de Sec.                     | 0 casos              | 0 casos               | 1 caso        |
| 3º de Sec.                     | 1 caso               | 0 casos               | 1 caso        |
| Comercio                       | 0 casos              | 1 caso                | 1 caso        |
| Preparatoria                   | 1 caso               | 1 caso                | 0 casos       |
| Estado civil:                  |                      |                       |               |
| Casada                         | 6 casos              | 7 casos               | 2 casos       |
| Soltera                        | 1 caso               | 0 casos               | 2 casos       |
| Separada                       | 0 casos              | 0 casos               | 3 casos       |

TABLA I : En esta tabla se describe la población de sujetos utilizada, especificando: edad, escolaridad, estado civil y ocupación, para los tres grupos del estudio.

### 5.3 FASES DE DESARROLLO.

Escenario: Se trabajó en la sala de día del tercer piso del hospital.

Materiales: Se utilizaron: sillas, mesas, hojas de papel, lápices, plumas, folders.

Evaluaciones: Se utilizaron las siguientes escalas e inventario:

- (1) Escala de Depresión de Hamilton.
- (2) Escala de Ansiedad de Hamilton.
- (3) Inventario de Evaluación Socio-Familiar.

Las dos primeras, han sido validadas como tales en diversas investigaciones de índole científico con varios tipos de poblaciones; el inventario restante, anexado al final del trabajo, fué formulado en base a las características presentadas por "O.R.A.M.A.C." ("Ostomizados rehabilitados activos de México, Asociación Civil"), considerando además los repertorios que intentan establecerse o reestablecerse durante el funcionamiento del grupo de rehabilitación. El objetivo de este inventario es el de dar un índice aproximado de la readaptación de la paciente mastectomizada a su medio ambiente. Los reactivos del inventario ha-

cen referencia de manera muy general a las conductas deseables e indeseables en el enfermo crónico - como es el caso del enfermo canceroso - de la misma manera que ambos tipos de conductas (deseables e indeseables) se contemplan en individuos sin padecimientos crónicos de enfermedad. A continuación se define el punto básico o central de cada uno de los reactivos:

- 1 PASIVIDAD : Decremento de las actividades de la vida diaria.
- 2 SOCIALIZACION: Episodios sociales mantenidos por dos o más personas al interactuar en un medio ambiente común, donde las contingencias de este medio son naturales para la conducta social.
- 3 INDEPENDENCIA: Realizar actividades con un mínimo de estimulación externa (reforzante o aversiva) emitida por otro sujeto.
- 4 PESIMISMO: Emisión de conductas - cubiertas o manifiestas - negativas, por parte del sujeto.
- 5 DISCIPLINA: Seguimiento de instrucciones verbales en la ejecución de cadenas de respuestas.

- 6 IRRITABILIDAD: Emisión de respuestas emocionales (ta -- les como gritar, llorar, etc.) ante estí -- mulos externos y/o internos.
- 7 AISLAMIENTO: Alejamiento voluntario físico, por parte del sujeto, de otras personas, indepen -- dientemente de el grado de interacción -- con ellas (p.e. retirarse a una habita -- ción durante la visita de familiares y -- amigos, y no asistir a lugares públicos (cine, teatro, cafeterías, etc.).
- 8 DEPRESION : Set cognitivo negativo, pérdida de peso, pérdida de sueño, anorexia, fatiga y dé -- ficits en actividades sexuales y socia -- les.
- 9 TRANQUILIDAD: Control, por parte del sujeto, de patro -- nes conductuales inadecuados (p.e. la ma -- nifestación de conductas de agresión, -- irritabilidad y conducta no asertiva) an -- te situaciones aversivas (p.e., proble -- mas cotidianos, problemas médicos, routi -- nas médicas, etc.).

- 10 COLABORACION: Ejecución de actividades en las que el reforzamiento depende de la interacción de dos o más sujetos.
- 11 AGRESION : Emisión de conductas que causen daño físico a personas y/o propiedades; y/o emisión de verbalizaciones negativas aversivas (insultos): Uso de estimulación verbal y/o física aversiva.
- 12 ATENCION EXCESIVA: Demanda de emisión constante de reforzadores primarios y/o sociales externos.
- 13 OPTIMISMO: Conducta cubierta o manifiesta positiva.
- 14 INICIATIVA: Realizar actividades diarias en ausencia de un mediador con control instruccional externo.
- 15 AUTO-CULPA : Auto-evaluaciones, cubiertas o manifiestas, negativas por parte del sujeto.
- 16 TOMA DE DECISIONES: Ejecución de habilidades auto-directivas.

- 17 NO AUTO-CULPA : Emisión de auto-evaluaciones, cubiertas o manifiestas, positivas por parte del sujeto.
- 18 RELACIONES SOCIALES: Interacción con otras personas con un intercambio contingente y recíproco de reforzadores.
- 19 ACTIVIDADES: Mantenimiento del rango de repertorios conductuales adecuados para el mantenimiento del rango de la probabilidad de reforzamiento.
- 20 EXTRAPOLACION: Generalización del aprendizaje a otros escenarios.

Las escalas y el inventario de evaluación fueron aplicados a las pacientes con algún familiar presente, adicionalmente se discutían los resultados por separado, con familiares o amigos, para obtener mayor confiabilidad en los datos. La evaluación fué realizada mensualmente, a los datos resultantes se les aplicaron las siguientes pruebas: la prueba de rangos señalados y pares de Wilcoxon, para obtener las diferencias intragrupos; y la prueba U de Mann - Whitney, para cuantificar las diferencias intergrupos.

Se utilizó una variación del diseño cuasiexperimental

de series cronológicas múltiples descrito por Campbell y Stanley (1982), los cuales describen dicho diseño de la siguiente manera:

$$\begin{array}{ccccccc} 0 & 0 & 0 & 0 & X & 0 & 0 & 0 & 0 \\ \hline 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \end{array}$$

La variación de este diseño, utilizada en el presente trabajo de tesis, es la siguiente:

|         |    |                |   |   |                |   |   |   |                |   |   |                 |
|---------|----|----------------|---|---|----------------|---|---|---|----------------|---|---|-----------------|
| Grupo 1 | 0' | X <sub>1</sub> | 0 | 0 | X <sub>2</sub> | 0 | 0 | 0 | X <sub>2</sub> | 0 | 0 | (Grupo E I)     |
| <hr/>   |    |                |   |   |                |   |   |   |                |   |   |                 |
| Grupo 2 | 0' | X <sub>1</sub> | 0 | 0 | X <sub>2</sub> | 0 | 0 | 0 | X <sub>3</sub> | 0 | 0 | ( Grupo E II)   |
| <hr/>   |    |                |   |   |                |   |   |   |                |   |   |                 |
| Grupo 3 | 0' | X <sub>1</sub> | 0 | 0 |                | 0 | 0 | 0 |                | 0 | 0 | (Grupo Control) |

En donde 0' es la evaluación retrospectiva; las 0 restantes representan mediciones efectuadas; la X<sub>1</sub> es la información básica proporcionada a las integrantes de los tres grupos; X<sub>2</sub> implica la información general que las diversas disciplinas aportaron a los dos primeros grupos; y X<sub>3</sub> representa el entrenamiento conductual aplicado.

 El equipo de trabajo, cuyas funciones se especifican posteriormente, estuvo integrado por: Médicos del Servicio de mama, trabajadoras sociales, enfermera, psiquiatra, 2 promotoras sociales voluntarias, y dos psicólogas con una formación profesional conductual, las cuales llevaron a ca

bo el entrenamiento específico de auto-control, asertividad, autorelajación y solución de problemas en la fase 4 del procedimiento, el cual se describe a continuación.

#### PROCEDIMIENTO

El procedimiento incluyó cinco fases principalmente, cuya secuencia se describe a continuación y se resume en la tabla 2.

##### FASE I : Pre-Evaluación.

- 1.1 Se canalizó a las pacientes mastectomizadas al servicio de "Salud Mental".
- 1.2 Se llevaron a cabo entrevistas individuales, en las cuales se les informó la futura formación del grupo de rehabilitación, motivándolas para su integración al mismo. Independientemente a su respuesta se les evaluó y se elaboró su ficha de identificación. A aquellas pacientes que se negaron a participar se les solicitó sus razones.

| FASE I   | FASE 2                                 | FASE 3  | FASE 4  | FASE 5  |
|--|--|---|---|---|
| Pre-Evaluación   | Organización                           | Condición A   | Condición AB  | Seguimiento   |
| Evaluación de pacientes integradas al grupo de rehabilitación. | Formación del grupo de rehabilitación. | Información de las diversas disciplinas sobre el problema oncológico en común para todas las pacientes integradas al grupo de rehabilitación. | Tratamiento específico de los problemas de: ansiedad, depresión y habilidades sociales. Entrenamiento a paraprofesionales y no profesionales. | Aplicación de evaluaciones a los grupos experimentales I y II y al grupo control. |

TABLA 2: Esta tabla resume las cinco fases fundamentales del procedimiento utilizado.

FASE 2: Organización.

- 2.1 Con los datos recabados se formó el directorio de pacientes con problemas oncológicos de mama ya tratados.
- 2.2 Se formó el grupo de rehabilitación o "Club de Mastectomizadas".
- 2.3 Se promovió el ingreso al grupo a pacientes recién matectomizadas.

FASE 3: Condición A. Información de las diversas disciplinas respecto al problema oncológico.

A todas las pacientes integradas al grupo de rehabilitación se les incluyo en esta fase (Condición A), la cual tuvo una duración de 12 sesiones semanales.

- 3.1 La primera sesión grupal se inició con la presentación de cada uno de los asistentes, se continuó con un intercambio de ideas, en el que se resaltó el objetivo de dicha agrupación.
- 3.2 Durante las sesiones de esta fase se informó a las pacientes las probabilidades y beneficios a lograr con su readaptación socio-familiar, unificando los procedi

mientos de rehabilitación con la participación de: enfermera, trabajadoras sociales, médicos del servicio, psicólogas, psiquiatra y promotoras sociales voluntarias. Debe aclararse que en esta fase la participación de las psicólogas consistió en temas de interés y no relacionados al entrenamiento de su problemática global.

- 3.3 En las sesiones subsecuentes se planeó y coordinó la participación de cada uno de los miembros del equipo de trabajo, programando de antemano los temas a tratarse en las sesiones iniciales; posteriormente, las pacientes propusieron los temas de su interés. En cada sesión se motivó a las pacientes a exteriorizar sus opiniones, dudas y conclusiones en relación a los temas tratados. Las recomendaciones dadas en relación a su comportamiento fueron en cuanto a la realización de sus ejercicios terapéuticos, el mantener un continuo contacto con sus médicos, la importancia de utilizar las prótesis, y expresiones tales como "deben salir adelante", "no se dejen caer en el abandono", "en sus manos, fundamentalmente, está la rehabilitación", "traten de no buscarse más problemas de los que ya tienen" etc.

Con el fin de valorar la eficacia de un tratamiento multifacético, en relación a la orientación médica, paramédica y no directiva recibida por las pacientes en la fase 3, al concluir ésta (Condición A), las pacientes fueron distribuidas al azar en dos grupos: grupo experimental I y grupo experimental II. Las integrantes de este último grupo pasaron a la fase 4 del procedimiento (Condición AB), mientras que las pacientes integrantes del grupo E. I continuaron bajo el procedimiento de la fase 3.

FASE 4: Condición AB. Intervención del Psicólogo Conductual.

4.1 Durante esta fase se trató específicamente la problemática conductual relacionada con: depresión, ansiedad y problemas en habilidades sociales, sistematizando e implementando los procedimientos conductuales de: autocontrol, asertividad y solución de problemas, para lo cual se utilizaron las técnicas de moldeamiento, modelamiento, juego de roles, instigación, retroalimentación, asesoría y reforzamiento social.

Esta fase tuvo una duración de 9 sesiones semanales, y se constituyó de 7 etapas, en las cuales se siguió la secuencia que a continuación se expone:

Etapa I : Se habló de la importancia de la conducta y se informó sobre los procedimientos que se llevarían a cabo en las sesiones subsecuentes. Se les entrenó a analizar funcionalmente su conducta.

Etapa II: Se inició la técnica de auto-monitoreo del procedimiento de auto-control, entrenándolas a recolectar sistemáticamente su conducta. Se iniciaron los ejercicios de auto-relajación progresiva.

Etapa III: Se continuó con las técnicas de auto-control, tratando la auto-evaluación, entrenando a las pacientes a otorgar un valor a sus ejecuciones, enfatizando los logros positivos obtenidos. Se les solicitó que establecieran un criterio personal, gradual y sistemático a lograr por ellas mismas posteriormente.

Se continuó con los ejercicios de auto-relajación.

Etapa IV: Se continuó con el repertorio de auto-reforzamiento, partiendo del registro sistemático de metas graduales auto-propuestas, entrenándolas a auto-administrarse recompensas de acuerdo a sus preferencias y recursos, descritas en una lista

solicitada previamente.

Se continuó con los ejercicios de auto-relajación.

Etapa V: Se entrenó a las pacientes en la "identificación de períodos de peligro" (tiempo en que las conductas inadecuadas tienen una mayor probabilidad de emisión), introduciendo la sustitución de éste por actividades placenteras adecuadas.

Se solicitó a las pacientes la ejecución de los ejercicios de auto-relajación en el hospital, -- sin ninguna intervención adicional de las psicólogas.

Etapa VI: Se procedió con el programa de habilidades sociales o asertividad, de acuerdo a la siguiente secuencia:

- Concepto de conducta asertiva.
- Componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva.
- Habilidades introductorias básicas de las conversaciones sociales.
- Conversaciones sociales.

- Dar y recibir cumplidos.
- Identificación de derechos personales y aceptación encubierta.
- Terapia racional emotiva.
- Auto-análisis racional.
- Hacer y rehusar demandas.
- Hacer afirmaciones sin explicaciones.
- Enfretándose a personas persistentes.

Etapas VII: Se habló de la importancia de la solución de -- problemas y las ventajas de su uso en la vida -- diaria. Se aplicó el procedimiento correspondiente a el Manual de Solución de Problemas (utilizado en la E.N.E.P.I.).

4.2 Se realizó el entrenamiento a paraprofesionales sobre el manejo y la aplicación de los principios de la modificación conductual, de acuerdo a la siguiente secuencia:

- Conducta - análisis funcional de la conducta.
- Socialización.
- Aprendizaje - Adquisición de la conducta.

Imitación de modelos.

Moldeamiento de la conducta.

Reforzamiento.

- Mantenimiento de la conducta - Reforzamiento contínuo.  
Reforzamiento intermitente.
  - Tipos de Reforzadores - Primarios
    - Sociales
    - Extrínsecos
    - Intrínsecos
    - Generalizados
  - Técnicas de eliminación de conducta - Castigo
    - Extinción
    - Aislamiento
    - R.D.O.
  - Técnicas de medición de la conducta.
  - Elaboración de programas.
  - El proceso enseñanza aprendizaje.
- El entrenamiento se llevó a cabo en forma de semina -

rios, en los que se entregaba el material impreso con una semana de anticipación, posteriormente lo exponían y se -- discutía, aclarándoles sus dudas. Finalmente se llevaba a cabo un sociodrama, en relación al tema tratado, y se les solicitaba que identificaran los aspectos relevantes del tema.

Con respecto al psiquiatra, se incluyeron otras técnicas específicas de: auto-control, entrenamiento asertivo y solución de problemas. Tales temas eran discutidos en sus aplicaciones y extensiones a diversos tipos de población.

#### **FASE 5: Seguimiento.**

5.1 Se realizaron las evaluaciones ya mencionadas durante un período de 2 meses (8 sesiones) para observar y registrar los efectos de mantenimiento y generalización de los repertorios conductuales implementados; así como los logros de los paraprofesionales entrenados.

Habiendo señalado la importancia de un trabajo de naturaleza interdisciplinaria para abordar el problema de la rehabilitación integral de la paciente mastectomizada, las funciones realizadas por cada integrante del equipo de trabajo se describen a continuación.

- Médico del Servicio - Aportó información que contribuyó a la prevención, detección o posibles soluciones ante complicaciones físicas post-operatorias.
- Psiquiatra - Coordinó y supervisó las actividades señaladas para cada integrante del equipo.
- Enfermera - Bajo supervisión médica orientó sobre:  
Cuidados post-operatorios inmediatos y mediatos.
- Promotora Social Voluntaria - Informó y adiestró a las pacientes sobre la confección y uso de protésis.  
Visitó a pacientes internadas en el hospital.  
Contribuyó a programar las actividades recreativas del grupo.
- Trabajadora Social - Elaboró el directorio de pacientes.  
Manejó la lista de control de asistencias.  
Elaboró las crónicas.

Proporcionó datos de interés, relacionados con la situación económica, nivel cultural, condiciones de vivienda, así como la actitud de familiares y amigos respecto a la paciente y su padecimiento.

Localizó a las pacientes ya mastectomizadas.

- Psicólogos -

Evaluaron utilizando los inventarios y las escalas ya mencionadas. Manejaron sistemas motivacionales en las sesiones grupales con las pacientes y en las reuniones del equipo de trabajo.

Entrenaron a paraprofesionales.

Aplicaron el programa multifacético mencionado en la fase 4 del procedimiento (Condición AB).

Enseñaron ejercicios de auto-relación.

Sistematizaron y representaron gráficamente los resultados obtenidos mensualmente en las evaluaciones.

## RESULTADOS

A los datos obtenidos del inventario de evaluación socio-familiar se les aplicaron las siguientes pruebas: la prueba de rangos señalados y pares de Wilcoxon, para obtener las diferencias intragrupos; y la prueba U de Mann - Whitney, para cuantificar las diferencias entre los tres grupos: el grupo que recibió pláticas de orientación y apoyo (E I), el grupo que recibió entrenamiento conductual (E II), y el grupo control (C). Asimismo, se reportan las frecuencias relativas de los datos obtenidos, de las veinte conductas, a lo largo de las diez evaluaciones mensuales realizadas en dichos grupos.

### Diferencias Intragrupos

En las tablas 3 y 4 que a continuación se exponen, se muestran las puntuaciones globales, las medias y las diferencias significativas registradas durante las siguientes evaluaciones: la evaluación 1 implica la situación de las pacientes antes de la cirugía (evaluación retrospectiva); la evaluación 2 implica la situación de las pacientes a los dos o tres días después de la cirugía; la evaluación 8 señala los logros de las pacientes a la terminación del entrenamiento conductual; mientras que la evaluación 10 co -

rresponde a los últimos datos del período de seguimiento.

La tabla 3 muestra los resultados obtenidos para las conductas indeseables de: pasividad, pesimismo, irritabilidad, aislamiento, depresión, agresión, atención excesiva y autoculpabilidad.

El grupo E I muestra incrementos significativos en la evaluación 2 (después de la cirugía), en relación a la evaluación 1 (antes de la cirugía, evaluación retrospectiva), en las conductas de pasividad, pesimismo, depresión y autoculpabilidad; mientras que en la evaluación 8 muestra decrementos significativos (en relación a la evaluación 2), en las conductas de pasividad, pesimismo y depresión. En la evaluación 10 no se observaron diferencias significativas, así como entre las evaluaciones 1 y 10.

El grupo E II muestra incrementos significativos durante la evaluación 2 (en relación a la evaluación 1) en todas las conductas, excepto en agresión y atención excesiva. Este grupo, durante la evaluación 8 muestra decrementos significativos (en relación a la evaluación 2) en todas las conductas referidas en la tabla 3. En la evaluación 10 no se registraron cambios significativos, al igual que entre las evaluaciones 1 y 10.

TABLA 3  
Conductas Indeseables . Diferencias Intragrupos

| Grupos                   | Evaluaciones |           |      |           |      |           |    |           |
|--------------------------|--------------|-----------|------|-----------|------|-----------|----|-----------|
|                          | 1            | $\bar{X}$ | 2    | $\bar{X}$ | 8    | $\bar{X}$ | 10 | $\bar{X}$ |
| <b>Pasividad</b>         |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 5            | 0.71      | 26** | 3.71      | 10*  | 1.43      | 8  | 1.14      |
| G. E II                  | 5            | 0.71      | 27** | 3.86      | 4**  | 0.57      | 5  | 0.71      |
| G. C                     | 2            | 0.29      | 20*  | 2.86      | 17   | 2.43      | 14 | 2.86      |
| <b>Pesimismo</b>         |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 6            | 0.86      | 25** | 3.57      | 11*  | 1.57      | 9  | 1.29      |
| G. E II                  | 6            | 0.86      | 24** | 3.43      | 2**  | 0.29      | 4  | 0.57      |
| G. C                     | 16           | 2.29      | 20   | 2.86      | 19   | 2.71      | 20 | 2.86      |
| <b>Irritabilidad</b>     |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 14           | 2.00      | 14   | 2.00      | 6    | 0.86      | 10 | 1.43      |
| G. E II                  | 8            | 1.14      | 22*  | 3.14      | 8*   | 1.14      | 8  | 1.14      |
| G. C                     | 18           | 2.57      | 17   | 2.43      | 20   | 2.86      | 18 | 2.57      |
| <b>Aislamiento</b>       |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 10           | 1.43      | 14   | 2.00      | 5    | 0.71      | 7  | 1.90      |
| G. E II                  | 9            | 1.29      | 22** | 3.14      | 4**  | 0.57      | 6  | 0.86      |
| G. C                     | 12           | 1.71      | 17   | 2.43      | 20   | 2.86      | 19 | 2.71      |
| <b>Depresión</b>         |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 6            | 0.86      | 27** | 3.86      | 7**  | 1.00      | 9  | 1.29      |
| G. E II                  | 11           | 1.57      | 22*  | 3.14      | 4**  | 0.57      | 8  | 1.14      |
| G. C                     | 16           | 2.29      | 20   | 2.86      | 17   | 2.43      | 16 | 2.29      |
| <b>Agresión</b>          |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 14           | 2.00      | 16   | 2.29      | 8    | 1.14      | 9  | 1.29      |
| G. E II                  | 7            | 1.00      | 15   | 2.14      | 2**  | 0.29      | 6  | 0.86      |
| G. C                     | 12           | 1.71      | 1    | 0.14      | 15** | 2.14      | 14 | 2.00      |
| <b>Atención Excesiva</b> |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 11           | 1.57      | 19   | 2.71      | 11   | 1.57      | 12 | 1.71      |
| G. E II                  | 13           | 1.86      | 20   | 2.86      | 3**  | 0.43      | 4  | 0.57      |
| G. C                     | 9            | 1.29      | 11   | 1.57      | 17   | 2.43      | 17 | 2.43      |
| <b>Auto-Culpabilidad</b> |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                   | 2            | 0.29      | 13*  | 1.86      | 10   | 1.43      | 9  | 1.29      |
| G. E II                  | 6            | 1.14      | 22*  | 3.14      | 3*   | 0.43      | 6  | 0.86      |
| G. C                     | 7            | 1.00      | 10   | 1.43      | 12   | 1.71      | 13 | 1.86      |

Esta tabla muestra los resultados de las ocho conductas indeseables para los grupos E I (orientación y apoyo), E II (orientación y apoyo con entrenamiento conductual) y grupo Control (orientación general). Las cuatro condiciones fundamentales de evaluación son representadas con los números 1 (antes de la cirugía), 2 (después de la cirugía), 6 (terminación del entrenamiento conductual) y 10 (seguimiento). Las columnas 1, 2, 8 y 10 indican las puntuaciones globales, asimismo se indican las medias ( $\bar{X}$ ), y las diferencias significativas intragrupos son señaladas con un asterisco cuando  $p < 0.05$ , y con dos asteriscos cuando  $p < 0.02$ .

El grupo C únicamente muestra un incremento significativo en la conducta de pasividad durante la evaluación 2. Sin embargo, la puntuación entre las evaluaciones 1 y 10 tiene una diferencia significativa ( $p < 0.002$ ) para dicha conducta. En las conductas de irritabilidad y agresión se registraron puntuaciones mayores bajo la evaluación 2, pero tales diferencias no tienen significancia estadística. Durante la evaluación 8, este grupo no presentó cambios -- significativos en sus puntuaciones, excepto en la conducta de agresión, en la cual se da un incremento significativo ( $p < 0.02$ ).

Para las conductas deseables en el paciente con cáncer, puede observarse en la tabla 4 que, para el grupo E I se obtuvieron decrementos significativos, durante la evaluación 2, para las conductas de: socialización, independencia, disciplina, tranquilidad, colaboración, optimismo, iniciativa, toma de decisiones, no auto-culpabilidad y actividades. Durante la evaluación 8, las conductas de: socialización, independencia, disciplina, tranquilidad, optimismo, iniciativa, toma de decisiones y extrapolación obtuvieron incrementos estadísticamente significativos. En la evaluación 10 no se registraron cambios de significancia estadística, así como entre las evaluaciones 1 y 10.

TABLA 4

## Conductas Deseables . Diferencias Intragrupo

| Grupos                      | Evaluaciones |           |      |           |      |           |    |           |
|-----------------------------|--------------|-----------|------|-----------|------|-----------|----|-----------|
|                             | 1            | $\bar{X}$ | 2    | $\bar{X}$ | 8    | $\bar{X}$ | 10 | $\bar{X}$ |
| <b>Socialización</b>        |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 19           | 2.71      | 5*   | 0.71      | 20*  | 2.85      | 17 | 2.42      |
| G. E II                     | 20           | 2.85      | 4**  | 0.57      | 24** | 3.42      | 21 | 3.00      |
| G. C                        | 25           | 3.57      | 8*   | 1.14      | 10   | 1.42      | 12 | 1.71      |
| <b>Independencia</b>        |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 20           | 2.85      | 2**  | 0.28      | 19** | 2.71      | 17 | 2.42      |
| G. E II                     | 20           | 2.85      | 2**  | 0.28      | 24** | 3.42      | 22 | 3.14      |
| G. C                        | 27           | 3.85      | 12   | 1.71      | 9    | 1.28      | 9  | 1.28      |
| <b>Disciplina</b>           |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 16           | 2.28      | 6*   | 0.85      | 18*  | 2.57      | 17 | 2.42      |
| G. E II                     | 18           | 2.57      | 5*   | 0.71      | 24** | 3.42      | 22 | 3.14      |
| G. C                        | 21           | 3.00      | 10*  | 1.42      | 16   | 2.28      | 15 | 2.14      |
| <b>Tranquilidad</b>         |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 17           | 2.42      | 5*   | 0.71      | 18*  | 2.57      | 18 | 2.57      |
| G. E II                     | 19           | 2.71      | 9**  | 1.28      | 24** | 3.42      | 24 | 3.42      |
| G. C                        | 24           | 3.42      | 20   | 2.85      | 17   | 2.42      | 17 | 2.42      |
| <b>Colaboración</b>         |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 21           | 3.00      | 12*  | 1.71      | 22   | 3.14      | 21 | 3.00      |
| G. E II                     | 23           | 3.28      | 12*  | 1.71      | 26*  | 3.71      | 24 | 3.42      |
| G. C                        | 26           | 3.71      | 23   | 3.28      | 15   | 2.14      | 17 | 2.42      |
| <b>Optimismo</b>            |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 20           | 2.85      | 3**  | 0.42      | 19** | 2.71      | 17 | 2.42      |
| G. E II                     | 16           | 2.28      | 8    | 1.14      | 22** | 3.14      | 20 | 2.85      |
| G. C                        | 18           | 2.57      | 16   | 2.28      | 10   | 1.42      | 12 | 1.71      |
| <b>Iniciativa</b>           |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 19           | 2.71      | 4**  | 0.57      | 21** | 3.00      | 18 | 2.57      |
| G. E II                     | 21           | 3.00      | 7**  | 1.00      | 21** | 3.00      | 21 | 3.00      |
| G. C                        | 26           | 3.71      | 12   | 1.71      | 9    | 1.28      | 13 | 1.85      |
| <b>Toma de Decisiones</b>   |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 20           | 2.85      | 5**  | 0.71      | 22** | 3.14      | 17 | 2.42      |
| G. E II                     | 19           | 2.71      | 2**  | 0.28      | 25** | 3.57      | 20 | 2.85      |
| G. C                        | 25           | 3.57      | 17   | 2.42      | 9    | 1.28      | 13 | 1.85      |
| <b>No Auto-Culpabilidad</b> |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 27           | 3.85      | 15*  | 2.14      | 19   | 2.71      | 19 | 2.71      |
| G. E II                     | 20           | 2.85      | 14   | 2.00      | 25*  | 3.57      | 23 | 3.28      |
| G. C                        | 21           | 3.00      | 16   | 2.28      | 15   | 2.14      | 13 | 1.85      |
| <b>Relaciones Sociales</b>  |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 20           | 2.85      | 7    | 1.00      | 19   | 2.71      | 18 | 2.57      |
| G. E II                     | 23           | 3.28      | 11** | 1.57      | 27** | 3.85      | 25 | 3.57      |
| G. C                        | 25           | 3.57      | 16   | 2.28      | 10   | 1.42      | 13 | 1.85      |
| <b>Actividades</b>          |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 22           | 3.14      | 10*  | 1.42      | 17   | 2.42      | 18 | 2.57      |
| G. E II                     | 23           | 3.28      | 5**  | 0.71      | 26** | 3.71      | 22 | 3.14      |
| G. C                        | 25           | 3.57      | 7**  | 1.00      | 10   | 1.42      | 12 | 1.71      |
| <b>Extrapolación</b>        |              |           |      |           |      |           |    |           |
| G. E I                      | 13           | 1.85      | 5    | 0.71      | 17*  | 2.42      | 16 | 2.28      |
| G. E II                     | 10           | 1.42      | 7    | 1.00      | 25** | 3.57      | 22 | 3.14      |
| G. C                        | 5            | 0.71      | 8    | 1.14      | 13   | 1.85      | 11 | 1.57      |

Esta tabla muestra los resultados de las doce conductas deseables para los grupos E I (orientación y apoyo), E II (orientación y apoyo con entrenamiento conductual) y grupo Control (orientación general). Las cuatro condiciones fundamentales de evaluación son representadas con los números 1 - (antes de la cirugía), 2 (después de la cirugía), 8 (terminación del entrenamiento conductual) y 10 (seguimiento). Las columnas 1, 2, 8 y 10 indican las puntuaciones globales, asimismo se indican las medias ( $\bar{X}$ ), y las diferencias significativas intragrupos son señaladas con un asterisco cuando  $p < 0.05$  y con dos asteriscos cuando  $p < 0.02$ .

En el grupo E II, se observó que durante la evaluación 2, todas las conductas mostraron decrementos significativos, excepto las conductas de optimismo, no auto-culpabilidad y extrapolación en la evaluación 8, todas las conductas enlistadas en la tabla 4 mostraron incrementos significativos, los cuales se mantuvieron bajo la evaluación 10 (período de seguimiento). No se detectaron diferencias entre las evaluaciones 1 y 10.

El grupo control (C) tuvo decrementos significativos únicamente en las conductas de socialización, disciplina y actividades durante la evaluación 2. Las evaluaciones 8 y 10 no registraron cambios de significancia estadística. No obstante, las conductas de socialización, independencia, iniciativa, toma de decisiones, no auto-culpabilidad, relaciones sociales y actividades, mostraron decrementos significativos ( $p < 0.02$  y  $p < 0.05$ ) en la evaluación 10 al ser comparadas sus puntuaciones con las puntuaciones correspondientes a la evaluación 1.

#### Diferencias Intergrupos

En la tabla 5 se muestran las diferencias encontradas entre los tres grupos, de acuerdo a la prueba U de Mann-Whitney, para cada una de las evaluaciones seleccionadas.

TABLA 5  
Diferencias Intergrupos

| Grupos                      | Evaluaciones |       |       |       |
|-----------------------------|--------------|-------|-------|-------|
|                             | 1            | 2     | 8     | 10    |
|                             | p            | p     | p     | p     |
| <b>Pasividad</b>            |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.40         | 0.50  | 0.01  | 0.15  |
| II - C                      | 0.15         | 0.08  | 0.001 | 0.01  |
| I - C                       | 0.31         | 0.10  | 0.03  | 0.05  |
| <b>Pesimismo</b>            |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.45         | 0.45  | 0.002 | 0.03  |
| II - C                      | 0.06         | 0.19  | 0.001 | 0.001 |
| I - C                       | 0.08         | 0.15  | 0.009 | 0.009 |
| <b>Irritabilidad</b>        |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.15         | 0.08  | 0.22  | 0.26  |
| II - C                      | 0.45         | 0.15  | 0.001 | 0.003 |
| I - C                       | 0.26         | 0.31  | 0.001 | 0.009 |
| <b>Aislamiento</b>          |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.45         | 0.10  | 0.40  | 0.35  |
| II - C                      | 0.31         | 0.31  | 0.001 | 0.001 |
| I - C                       | 0.35         | 0.31  | 0.001 | 0.001 |
| <b>Depresión</b>            |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.13         | 0.15  | 0.13  | 0.35  |
| II - C                      | 0.19         | 0.45  | 0.001 | 0.006 |
| I - C                       | 0.03         | 0.15  | 0.001 | 0.13  |
| <b>Agresión</b>             |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.15         | 0.40  | 0.02  | 0.15  |
| II - C                      | 0.19         | 0.001 | 0.002 | 0.013 |
| I - C                       | 0.40         | 0.006 | 0.019 | 0.06  |
| <b>Atención Excesiva</b>    |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.35         | 0.40  | 0.019 | 0.013 |
| II - C                      | 0.22         | 0.03  | 0.002 | 0.001 |
| I - C                       | 0.31         | 0.05  | 0.10  | 0.13  |
| <b>Auto-Culpabilidad</b>    |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.15         | 0.06  | 0.01  | 0.26  |
| II - C                      | 0.50         | 0.04  | 0.06  | 0.19  |
| I - C                       | 0.13         | 0.26  | 0.35  | 0.19  |
| <b>Socialización</b>        |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.45         | 0.50  | 0.10  | 0.08  |
| II - C                      | 0.08         | 0.31  | 0.001 | 0.006 |
| I - C                       | 0.13         | 0.35  | 0.003 | 0.05  |
| <b>Independencia</b>        |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.50         | 0.55  | 0.03  | 0.05  |
| II - C                      | 0.013        | 0.05  | 0.001 | 0.001 |
| I - C                       | 0.02         | 0.05  | 0.002 | 0.003 |
| <b>Disciplina</b>           |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.35         | 0.40  | 0.02  | 0.02  |
| II - C                      | 0.16         | 0.13  | 0.009 | 0.009 |
| I - C                       | 0.10         | 0.19  | 0.26  | 0.26  |
| <b>Tranquilidad</b>         |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.40         | 0.15  | 0.009 | 0.19  |
| II - C                      | 0.10         | 0.03  | 0.019 | 0.019 |
| I - C                       | 0.08         | 0.013 | 0.35  | 0.45  |
| <b>Colaboración</b>         |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.45         | 0.50  | 0.08  | 0.13  |
| II - C                      | 0.22         | 0.019 | 0.001 | 0.03  |
| I - C                       | 0.19         | 0.03  | 0.009 | 0.13  |
| <b>Optimismo</b>            |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.26         | 0.10  | 0.13  | 0.10  |
| II - C                      | 0.45         | 0.10  | 0.002 | 0.03  |
| I - C                       | 0.31         | 0.04  | 0.01  | 0.19  |
| <b>Iniciativa</b>           |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.35         | 0.19  | 0.20  | 0.10  |
| II - C                      | 0.03         | 0.31  | 0.002 | 0.013 |
| I - C                       | 0.02         | 0.13  | 0.003 | 0.08  |
| <b>Toma de Decisiones</b>   |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.35         | 0.16  | 0.10  | 0.10  |
| II - C                      | 0.03         | 0.002 | 0.001 | 0.03  |
| I - C                       | 0.05         | 0.02  | 0.002 | 0.19  |
| <b>No Auto-Culpabilidad</b> |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.04         | 0.45  | 0.01  | 0.08  |
| II - C                      | 0.40         | 0.31  | 0.003 | 0.02  |
| I - C                       | 0.08         | 0.40  | 0.13  | 0.10  |
| <b>Relaciones Sociales</b>  |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.19         | 0.22  | 0.001 | 0.009 |
| II - C                      | 0.45         | 0.22  | 0.001 | 0.03  |
| I - C                       | 0.13         | 0.07  | 0.03  | 0.07  |
| <b>Actividades</b>          |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.45         | 0.10  | 0.002 | 0.10  |
| II - C                      | 0.26         | 0.31  | 0.001 | 0.002 |
| I - C                       | 0.20         | 0.26  | 0.13  | 0.013 |
| <b>Extrapolación</b>        |              |       |       |       |
| I - II                      | 0.35         | 0.31  | 0.009 | 0.04  |
| II - C                      | 0.13         | 0.40  | 0.002 | 0.003 |
| I - C                       | 0.10         | 0.22  | 0.19  | 0.10  |

Esta tabla muestra las diferencias obtenidas entre los grupos E I (orientación y apoyo), E II (orientación y apoyo con entrenamiento conductual), y el grupo Control (orientación general). Las cuatro condiciones fundamentales de evaluación son representadas con los números 1 (antes de la cirugía), 2 (después de la cirugía), 8 (terminación del entrenamiento conductual) y 10 (seguimiento). En cada columna se muestran las diferencias detectadas.

En la evaluación 1 (antes de la cirugía o evaluación retrospectiva), se observa que en la conducta de depresión el grupo control tiene una puntuación mayor y estadísticamente significativa en relación al grupo E I; mientras que en las conductas de independencia, iniciativa y toma de decisiones, es el grupo control quien presenta puntuaciones mayores, estadísticamente significativas, en comparación a los grupos E I y E II. Finalmente, en la conducta de no-auto-culpabilidad, hay una puntuación significativa entre los grupos E I y E II, favoreciendo al primero con un promedio mayor que el segundo.

En las 15 conductas restantes, señaladas en la tabla 5, no se obtuvieron diferencias significativas.

En la evaluación 2 (después de la cirugía), se obtuvieron diferencias significativas en las conductas de: - - agresión, atención excesiva, auto-culpabilidad, independencia, tranquilidad, colaboración, optimismo y toma de decisiones. Como puede observarse en las tablas 3 y 4, es el grupo control quien muestra puntuaciones menores en las --tres conductas indeseables mencionadas, y puntuaciones mayores en las conductas restantes, con significancia estadística, en relación a los grupos E I y E II, cuyas diferencias son mostradas en la tabla 5.

En la evaluación 8 (terminación del entrenamiento conductual), el grupo E II obtuvo diferencias significativas, en relación al grupo E I, en las conductas de: pasividad, pesimismo, agresión, atención excesiva, auto-culpabilidad, independencia, disciplina, tranquilidad, no auto-culpabilidad, relaciones sociales, actividades y extrapolación. En relación con el grupo control, el grupo E II obtuvo diferencias significativas en todas las conductas mencionadas en la tabla 5, excepto para la conducta de auto-culpabilidad, ya que en tal conducta no hubo una puntuación con significancia estadística.

El grupo E I, muestra en la tabla 5, diferencias significativas, en relación al grupo control - bajo la evaluación 8 -, para las conductas de: pasividad, pesimismo, - - irritabilidad, aislamiento, depresión, agresión, socialización, independencia, colaboración, optimismo, iniciativa, toma de decisiones y relaciones sociales. En las conductas restantes, no hubo cambios de significancia estadística.

En la evaluación 10 (terminación del período de seguimiento), puede observarse en la tabla 5 que, de las 12 conductas en las cuales el grupo E II obtuvo puntuaciones -- estadísticamente significativas, en relación al grupo E I, solo en las conductas de pesimismo, atención excesiva, in-

dependencia, disciplina, relaciones sociales y extrapolación, se mantiene la significancia estadística del grupo E II sobre el grupo E I. Mientras que, bajo esta misma evaluación, el grupo E II obtuvo mayores puntuaciones, en relación al grupo control, en todas las conductas enlistadas en la tabla 5, excepto nuevamente la conducta de auto-culpabilidad.

Bajo esta misma evaluación 10, el grupo E I mostró, en relación al grupo control, diferencias significativas en las conductas de: pasividad, pesimismo, irritabilidad, aislamiento, depresión, socialización, independencia y actividades. En las conductas restantes no hubo diferencias significativas.

Por otra parte, la evaluación retrospectiva y las nueve evaluaciones mensuales realizadas, se muestran en gráficas de frecuencia relativa para las veinte conductas con el fin de observar más claramente los resultados del proceso de rehabilitación, para cada uno de los tres grupos, durante las cinco fases fundamentales del procedimiento, las cuales incluyen la evaluación retrospectiva, (Fase I), las evaluaciones post-cirugía (Fase II), las evaluaciones correspondientes a la integración y funcionamiento del grupo de orientación y apoyo (Fase III), las evaluaciones del

período de entrenamiento conductual (Fase IV), y las evaluaciones del período de seguimiento (Fase V).

Las conductas son mostradas de la gráfica 1 a la gráfica 20, en las cuales puede observarse que en la evaluación retrospectiva los porcentajes de dichas conductas están marcados con segmentos pequeños, ya que ellos indican el promedio general conductual predominante hasta antes de la detección de la enfermedad. En las conductas indeseables (gráficas de la 1 a la 8), las gráficas 1 y 2 muestran que en las conductas de pasividad y pesimismo los grupos E I y E II tienen el mismo porcentaje, y por lo mismo se sobrepone en la evaluación retrospectiva. Asimismo, en las conductas de pesimismo, irritabilidad, aislamiento y depresión (gráficas Nos. 2,3,4 y 5), los grupos E I y E II reportaron porcentajes menores en comparación al grupo control. No obstante, en la conducta de agresión (gráfica No. 6) el grupo E I reportó porcentajes mayores que los otros grupos; mientras que en las conductas de atención excesiva y autoculpabilidad (gráficas Nos. 7 y 8) fué el grupo E II quien reportó porcentajes mayores que los grupos E I y control.

Durante la Fase II (evaluaciones post-cirugía), la cual fué la situación crítica y el punto de partida, los

tres grupos reportaron incrementos en las conductas indeseables. Sin embargo, es importante señalar que el grupo control reportó decrementos en las conductas de irritabilidad y agresión (gráficas Nos. 3 y 6) en la evaluación número 2, mientras que en la evaluación número 3 tales conductas incrementaron sus porcentajes correspondientes.

En la Fase III (integración y funcionamiento del grupo de orientación y apoyo), los grupos E I y E II manifestaron una tendencia a decrementar sus porcentajes, excepto en la conducta de agresión (gráfica No. 6) en donde se puede observar que el grupo E II incrementó sus porcentajes en las evaluaciones 4, 5 y 6, en comparación a la evaluación 3. Por su parte, el grupo control decrementó sus porcentajes en las conductas de pasividad, pesimismo, irritabilidad, depresión y aislamiento (gráficas Nos. 1, 2, 3, 4 y 5); mientras que en las conductas de agresión, atención excesiva y auto-culpabilidad (gráficas Nos. 6, 7 y 8) se reportó un incremento en sus respectivos porcentajes durante las evaluaciones 4 y 5 de esta Fase.

Durante la Fase IV (período de entrenamiento conductual), los grupos E I y E II reportaron nuevos decrementos en todas las conductas indeseables. El grupo control reportó decrementos sólo en la conducta de pesimismo (gráfica -

No. 2). No obstante, cabe destacar que el grupo E II obtuvo porcentajes menores en comparación a los grupos restantes, a excepción de las conductas de irritabilidad y aislamiento (gráficas Nos. 3 y 4).

En la Fase V (período de seguimiento), el grupo E I reportó decrementos en sus porcentajes únicamente en las conductas de pasividad, pesimismo y auto-culpabilidad (gráficas Nos. 1, 2 y 8) en la evaluación número 10. El grupo E II reportó decrementos en la conducta de irritabilidad (gráfica No. 3), mientras que el grupo control reportó decrementos en las conductas de pasividad, irritabilidad, depresión y agresión (gráficas Nos. 1, 3, 5 y 6). Nuevamente el grupo E II mostró porcentajes menores para todas las conductas.

Para las conductas deseables (gráficas de la 9 la 20), en la evaluación retrospectiva los grupos E I y E II reportaron el mismo porcentaje para la conducta de independencia (gráfica No. 10). A excepción de las conductas de optimismo, no auto-culpabilidad y extrapolación (gráficas Nos. 14, 17 y 20), fué el grupo control el que reportó porcentajes mayores en las conductas deseables.

Durante la Fase II (evaluaciones post-operatorias) --

los tres grupos decrementaron sus porcentajes en las doce conductas deseables, a excepción del grupo control, ya - - que en la conducta de extrapolación (gráfica No. 20) dicho grupo incrementó su porcentaje.

En la Fase III (integración y funcionamiento del grupo de orientación y apoyo), ambos grupos E I y E II, mostraron una tendencia a incrementar sus porcentajes correspondientes en todas las conductas deseables. El grupo control incrementó sus porcentajes en las conductas de socialización, disciplina, tranquilidad, no auto-culpabilidad, relaciones sociales y actividades (gráficas Nos. 9, 11, 12, 17, 18 y 19).

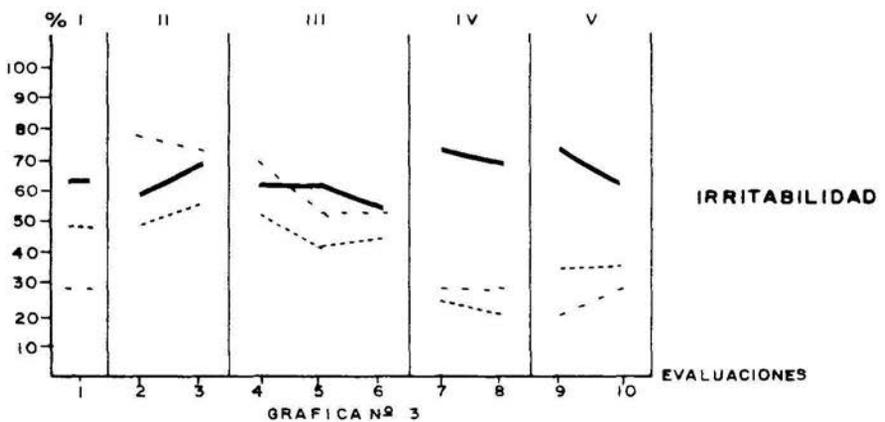
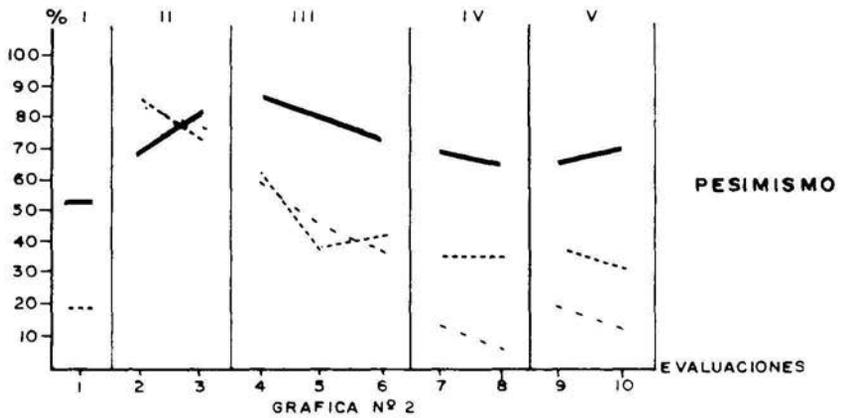
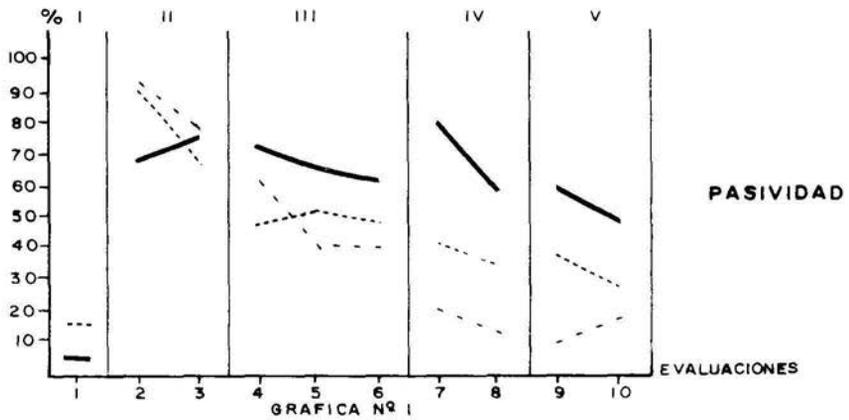
Durante la Fase IV (período de entrenamiento conductual), los grupos E I y E II incrementaron sus porcentajes en todas las conductas, mientras que el grupo control incrementó sus porcentajes en las conductas de independencia, colaboración, optimismo, no auto-culpabilidad, y extrapolación (gráficas Nos. 10, 13, 14, 17 y 20). Para todas las conductas, el grupo E II obtuvo el mayor porcentaje, en contraste el grupo control fué quien presentó los porcentajes más bajos.

En la Fase V (período de seguimiento), los grupos E I y E II decrementaron sus porcentajes en las doce conductas

deseables. El grupo control incrementó tales porcentajes - en las conductas de socialización, colaboración, optimismo, iniciativa, toma de decisiones, relaciones sociales y actividades (gráficas Nos. 9, 13, 14, 15, 16, 18 y 19). Al - - igual que en la Fase IV, fué el grupo E II quien obtuvo los mayores porcentajes.

F A S E S

F R E C U E N C I A R E L A T I V A

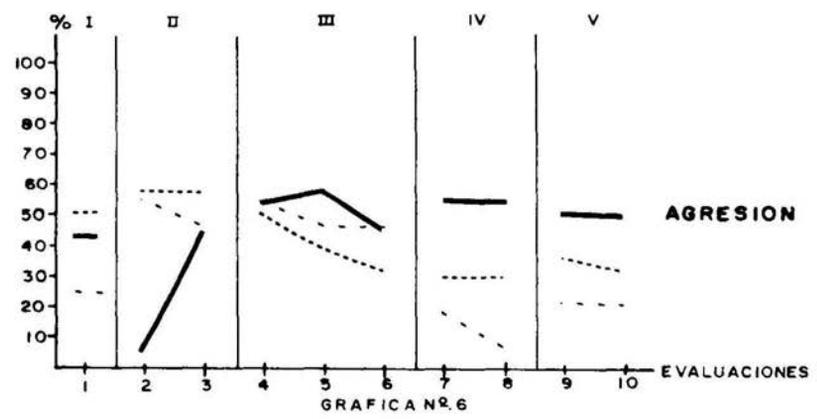
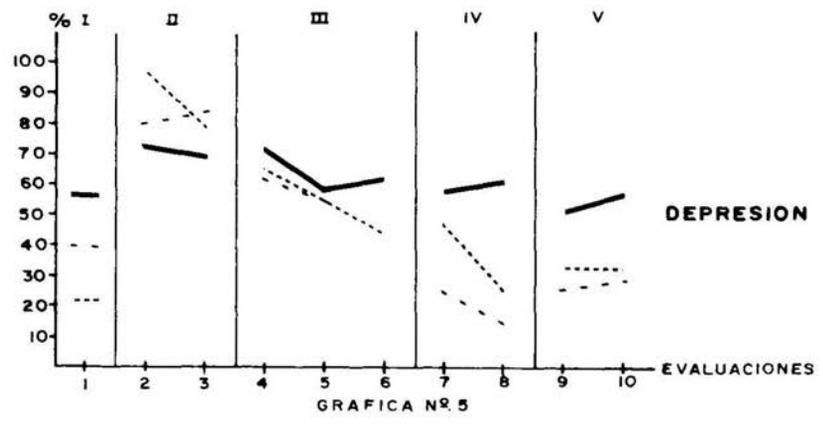
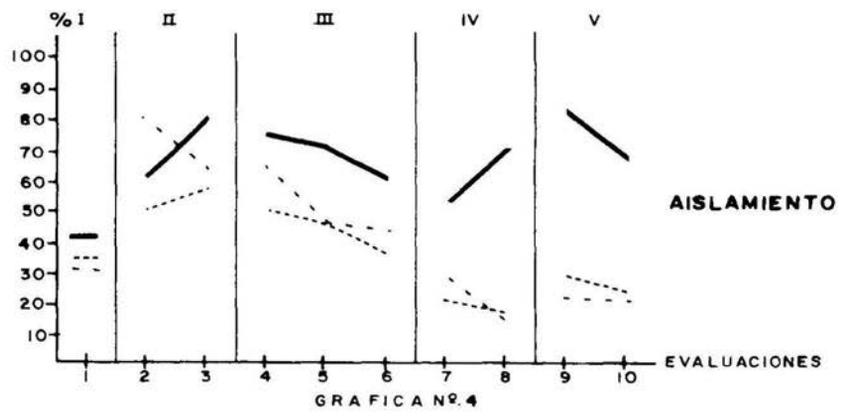


LAS GRAFICAS 1, 2 Y 3, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LA CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS DURANTE LAS CINCO FASES

----- GRUPO E I  
 - - - GRUPO E II  
 ——— GRUPO CONTROL

F A S E S

F R E C U E N C I A R E L A T I V A

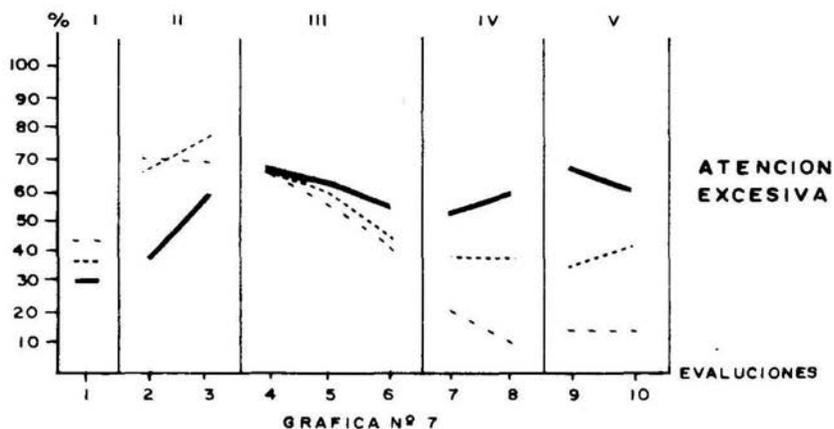


LAS GRAFICAS 4, 5 Y 6, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LAS CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS, DURANTE LAS CINCO FASES.

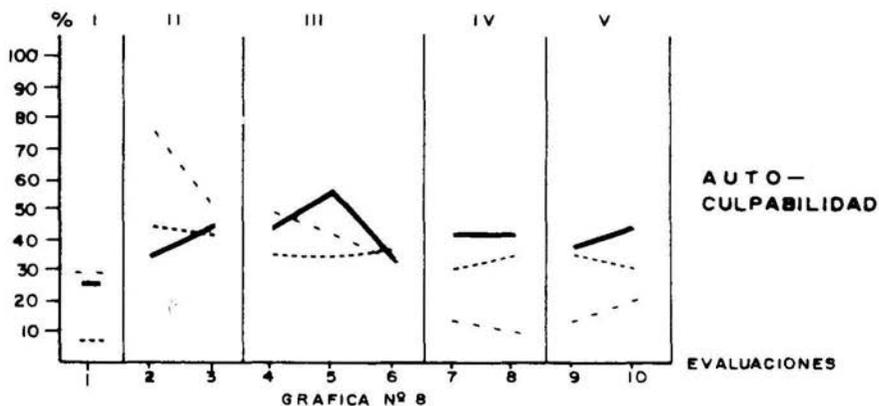
- ..... GRUPO E I
- - - - GRUPO E II
- GRUPO CONTROL

F A S E S

R E L A T I V A



F R E C U E N C I A

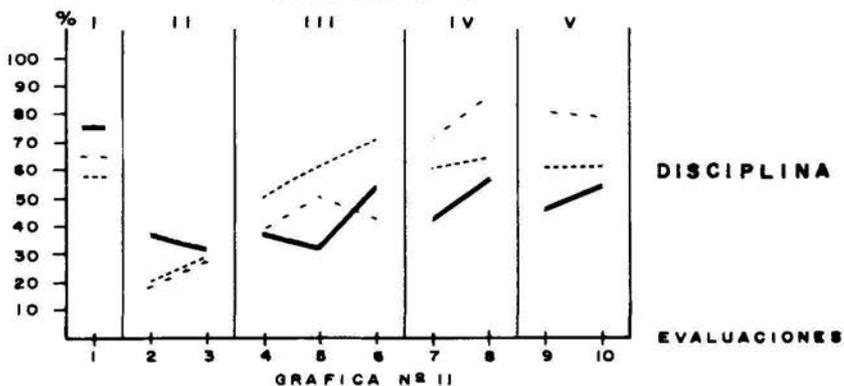
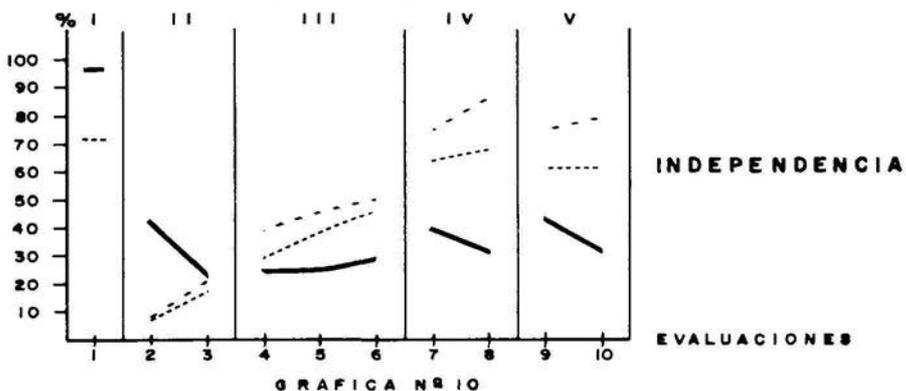
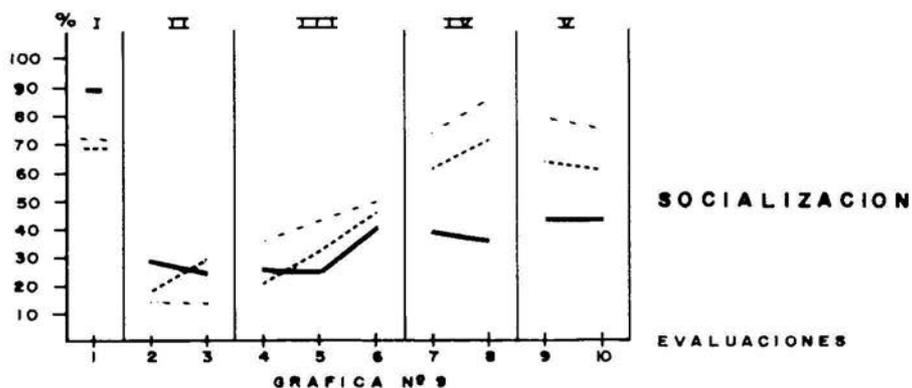


LAS GRAFICAS 7, Y 8, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LAS CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS, DURANTE LAS CINCO FASES

----- GRUPO E I  
 - - - - - GRUPO E II  
 ————— GRUPO CONTROL

F A S E S

F R E C U E N C I A R E L A T I V A



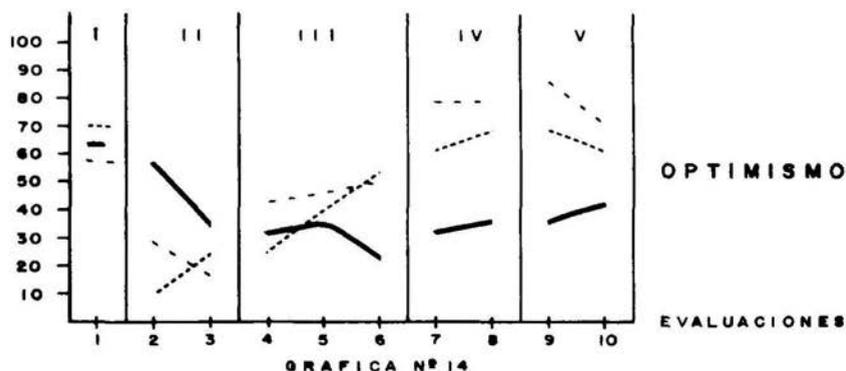
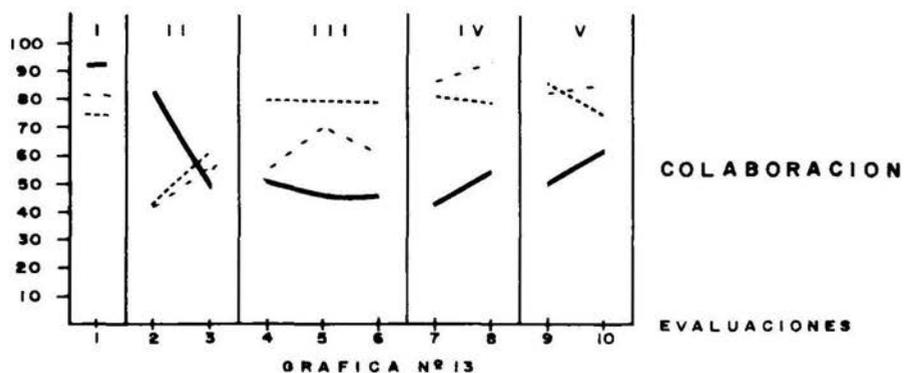
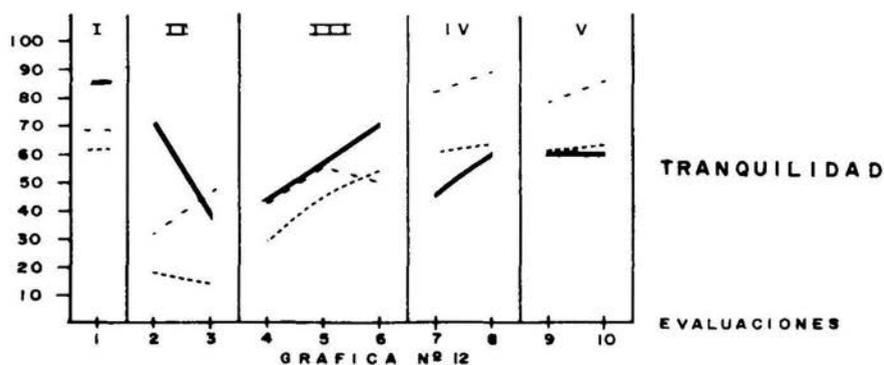
LAS GRAFICAS 9, 10, Y 11, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LAS CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS DURANTE LAS CINCO FASES.

..... GRUPO E I  
 - - - GRUPO E II  
 — GRUPO CONTROL

# F A S E S

- 121 -

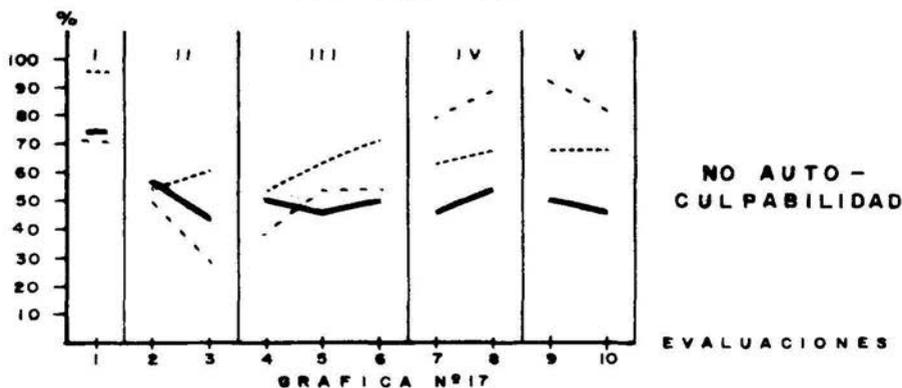
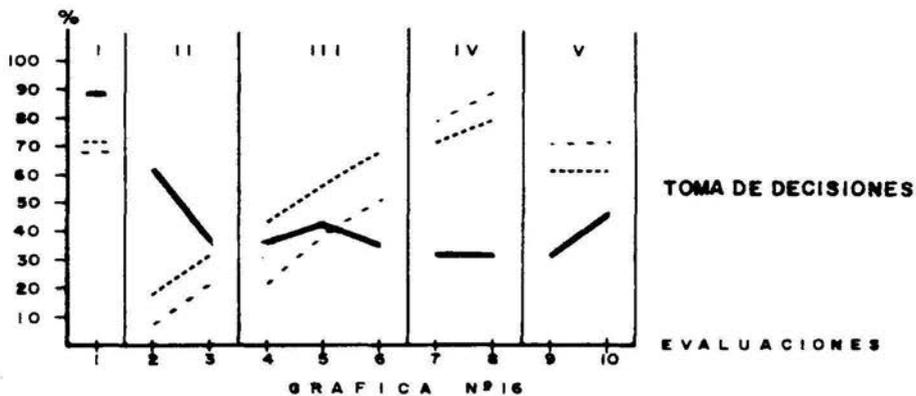
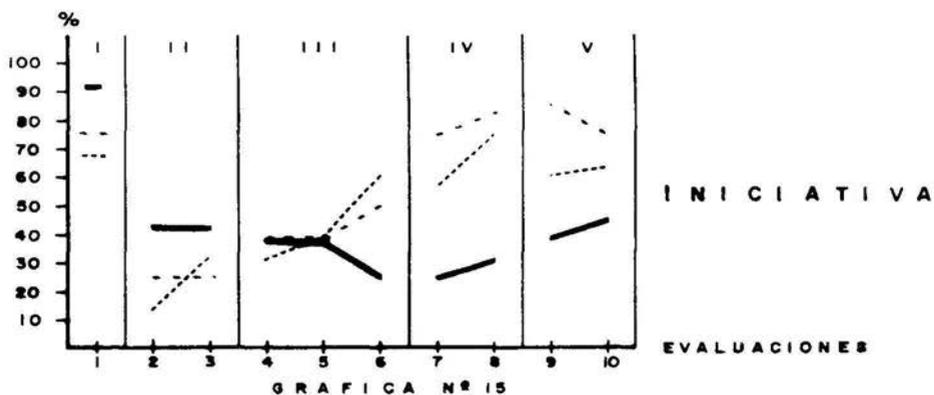
F R E C U E N C I A R E L A T I V A



LAS GRAFICAS 12, 13 Y 14, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LAS CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS, DURANTE LAS CINCO FASES.

..... GRUPO E I  
 - - - - GRUPO E II  
 ————— GRUPO CONTROL

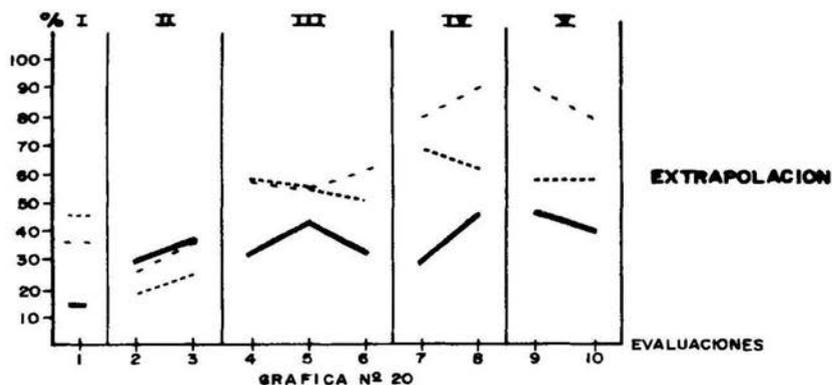
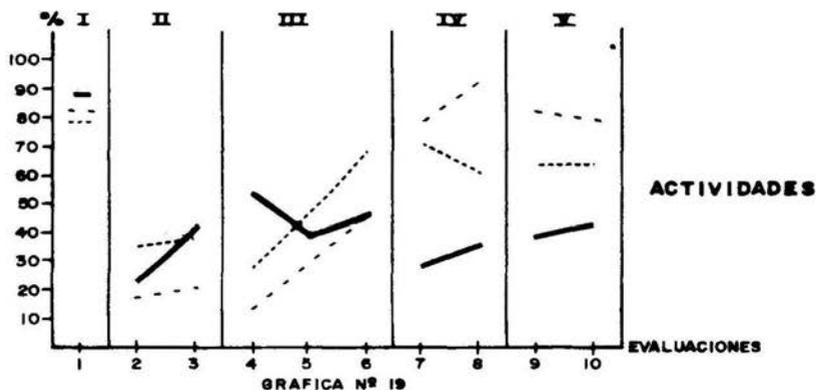
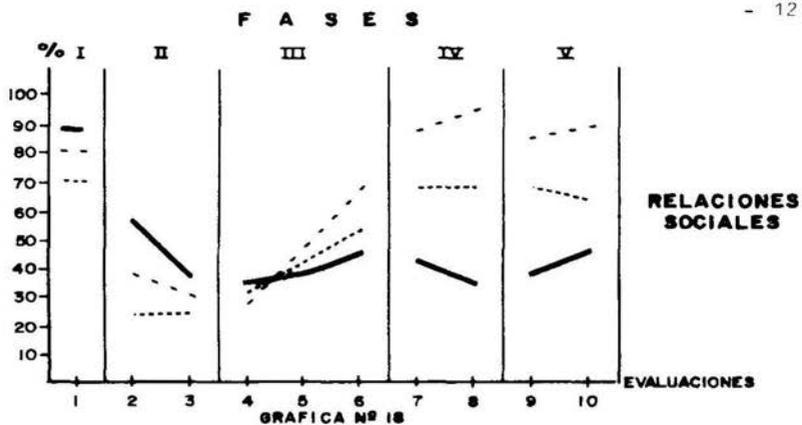
F R E C U E N C I A R E L A T I V A



LAS GRAFICAS 15, 16 Y 17, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LAS CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS, DURANTE LAS CINCO FASES.

----- GRUPO E I  
 - - - - - GRUPO E II  
 ————— GRUPO CONTROL

F R E C U E N C I A   R E L A T I V A



LAS GRAFICAS 18, 19, 20, MUESTRAN LAS FRECUENCIAS RELATIVAS DE LAS CONDUCTAS PARA LOS TRES GRUPOS, DURANTE LAS CINCO FASES.

----- GRUPO EI  
 - - - - - GRUPO EII  
 ————— GRUPO CONTROL

## DISCUSION

Como puede observarse, las implicaciones que conlleva un programa de rehabilitación integral son variables y complejas, fundamentalmente dichas implicaciones tienen una estrecha relación con el tipo de pacientes a rehabilitar. Específicamente en México no se cuenta con grupos de rehabilitación para todos los pacientes que padecen diversos tipos de cáncer, en consecuencia el grupo de rehabilitación de mujeres mastectomizadas implementado en este trabajo de tesis, tiene posibilidades de proyectar una serie de alternativas reales y potencialmente aplicables, que puedan seguir a la solución de los problemas específicos inherentes al cáncer en si mismo.

Aún y cuando se realizaron evaluaciones mensualmente, en los resultados se han considerado fundamentalmente las siguientes evaluaciones: la primera evaluación, (antes de la cirugía), ya que ésta nos proporciona un índice aproximado de la situación de las pacientes antes de enfrentarse a su problema de salud; la segunda evaluación, la cual corresponde a la situación de las pacientes después de la cirugía y durante su estancia en el hospital, esta nos proporciona el punto de partida, es decir, la situación de las pacientes al iniciar el proceso de rehabilitación; la

octava evaluación, corresponde a la terminación del entrena miento conductual específico para los problemas de: ansie- dad, depresión y habilidades sociales, lo cual indica los logros obtenidos por las pacientes que fueron incluídas en tal programa; y la décima evaluación, la cual incluye los datos del último mes de seguimiento, y por lo tanto, la ge neralización y/o mantenimiento de tales logros obtenidos.

De acuerdo a las últimas diferencias intragrupo, pue- considerarse que ambos grupos - E I y E II - contribuyen a decrementar la probabilidad de emisión de conductas inde- seables, así como a incrementar la probabilidad de emisión de conductas deseables. Por el contrario, el grupo control decrementa sistemáticamente sus conductas deseables e in- crementa, de la misma forma, las conductas indeseables.

Al analizar las diferencias intergrupos, en las puntu a ciones antes de la cirugía (evaluación retrospectiva), en- contramos que las integrantes del grupo control reportaron más sintomatología depresiva, en comparación a las inte -- grantes de los grupos E I y E II. Por otro lado, fueron -- las integrantes del grupo control las que mostraron puntu a ciones mayores en las conductas de independenci va y toma de decisiones.

Durante su estancia en el hospital (evaluación 2), --

las integrantes del grupo control mostraron puntuaciones menores en las conductas de agresión, atención excesiva, auto-culpabilidad, y puntuaciones mayores en las conductas de independencia, tranquilidad, colaboración, optimismo y toma de decisiones, en comparación a los grupos E I y E II.

Hasta aquí, tales variaciones en los datos pueden ser atribuidas a las características de las pacientes, ya que la mayor parte del grupo control correspondían al estado civil de solteras y separadas, de las cuales 6 de ellas -- trabajaban (N=7).

Al término del entrenamiento conductual (evaluación 8) en el grupo E II se obtuvieron puntuaciones mayores, en -- comparación al grupo E I, sobre 12 de las 20 conductas específicas a modificar, es decir, se lograron mejoras significativas en el 60% de las variables dependientes contempladas en este trabajo. En comparación al grupo control, -- el grupo E II obtuvo mejoras significativas sobre 19 de -- las conductas, es decir, sobre el 95% de las variables dependientes.

El grupo E I obtuvo mejoras significativas, en relación al grupo control, sobre 13 de las conductas, o sea el 65%.

Los resultados de la evaluación 8 (terminación del entrenamiento conductual), sugieren que las integrantes del grupo control son "pacientes riesgo" (Weissman y Worden, -- 1976), es decir, pacientes que al no tener un apoyo social (o familiar) determinado reinciden o agravan la problemática propia del paciente canceroso, esto es, los logros son reforzados en forma insuficiente. Por otro lado, una vez -- que este tipo de pacientes es dada de alta en el hospital, comienzan tratamientos específicos adicionales y en algunas ocasiones un tiempo determinado con quimioterapia, lo cual genera una serie de reacciones emocionales, al no tener una explicación amplia de su situación física; adicionalmente, -- como ya se mencionó, la quimioterapia plantea problemas especiales en las pacientes, siendo el temor a ésta y a las -- reacciones secundarias uno de sus determinantes principales. Tales determinantes, en la mayoría de los casos, poco conocidos por la paciente, introducen temores irracionales que afectan la readaptación adecuada de la paciente a su medio ambiente.

A todo lo anterior, puede agregarse el poco conocimiento que las pacientes tienen respecto a la evolución del brazo afectado por la operación, a la situación estética y a -- las alternativas que hay para superar tales problemas, todo lo cual cuestiona ampliamente el éxito de la cirugía, para

las pacientes, y sus probabilidades y expectativas de vida. Es importante mencionar, que todo ésto afectó en menor grado a las pacientes integradas al grupo de rehabilitación -- (incluyendo a los grupos E I y E II), ya que a éstas se les proporcionó información adecuada respecto a los diferentes tratamientos (quimioterapia, radioterapia, cirugía) y sus efectos, ejercicios físicos para reestablecer la movilidad del brazo afectado, la confección y el uso de prótesis, así como el esclarecimiento de dudas respecto a su salud, las cuales frecuentemente son consideradas, por las pacientes mismas, como indicios de metástasis o reincidencia del problema canceroso. Adicionalmente, los progresos observados durante las sesiones fueron reforzados socialmente por las mismas integrantes del grupo.

Respecto a el grupo E I, los logros en sus respectivas puntuaciones pueden ser atribuídos a la aportación de información adecuada, por parte de las diversas disciplinas, para la resolución de los problemas planteados por la cirugía, el reforzamiento social y a la instigación otorgada por las mismas integrantes del grupo y del equipo de trabajo en general.

La implementación de un programa conductual multifacético, como el empleado en este trabajo, para el grupo E II

contribuyó a la obtención de puntuaciones significativas de 12 conductas (60%) y de 19 conductas (95%) en relación el grupo E I y grupo control respectivamente.

Es evidente la diferencia entre la ayuda proporcionada a las pacientes del grupo E I en comparación a la aplicación de un programa estructurado, secuenciado y sistemático. Ya que en el primer caso, se proporcionaron los conocimientos básicos necesarios en relación a los problemas estéticos y de salud, mientras que la aproximación conductual facilitó la adquisición o reestablecimiento de conductas hábiles y potencialmente productivas, necesarias para lograr una rehabilitación integral.

En las conductas en las que no se obtuvieron diferencias significativas, como son: irritabilidad, aislamiento, depresión, socialización, colaboración, optimismo, iniciativa y toma de decisiones, puede decirse que, de alguna manera, tales conductas son implementadas, reestablecidas y/o mantenidas por el grupo mismo, como es el caso del grupo E I, independientemente de aplicar un programa específico.

Al finalizar el período de seguimiento, únicamente se lograron diferencias con significancia estadística para las siguientes conductas del grupo E II, en comparación al grupo E I, tales conductas fueron: pesimismo, atención excesi-

va, independencia, disciplina, relaciones sociales y extrapolación. En comparación al grupo control, el grupo E II logró mantener sus diferencias significativas en todas las conductas, excepto en la conducta de auto-culpabilidad. El grupo E I logró mantener sus diferencias significativas, en relación al grupo control, en 8 de las conductas: pasividad, pesimismo, irritabilidad, aislamiento, socialización, independencia, actividades y depresión.

Craig, Comstock y Geiser (1974) señalan que la paciente mastectomizada tiende a reintegrarse a su medio ambiente, específicamente después de 5 años, ya que en su estudio entrevistaron a mujeres mastectomizadas, después de 5 años de realizada la cirugía y compararon su "calidad" de vida con mujeres sin mastectomía. Reportaron en sus resultados que no había diferencias entre ambos tipos de grupos. No obstante, cabe cuestionar el tiempo requerido para que la mujer mastectomizada logre el reajuste social a su medio ambiente, ya que la cantidad de tiempo para lograr tal rehabilitación fué menor para el grupo E I, y aún considerablemente menor para las integrantes del grupo E II.

Las evaluaciones de las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, no fueron incluídas en los resultados, debido a que tres de las pacientes de cada grupo se encontra-

ban bajo tratamiento quimioterapéutico, en el cual se generaban una serie de reacciones secundarias que se hayan contempladas en ambas escalas, resultando en consecuencia una contaminación en las puntuaciones de dichas escalas de medición. Es importante mencionar la ausencia de un control estricto debido a que el tratamiento quimioterapéutico es propuesto a las pacientes en un período variable de tiempo, es decir, mientras que a algunas de ellas el tratamiento se les indicó inmediatamente después de la cirugía, a otras les fué propuesto tres o cuatro meses después de ella. Adicionalmente este tratamiento era interrumpido, en algunos casos, debido al estado general de salud de la paciente, para posteriormente reanudarlo con los mismos agentes químicos o con otros agentes diferentes, siendo estos últimos, en determinadas ocasiones, más tóxicos para el organismo, desencadenándose reacciones secundarias más intensas. Sin embargo, las pacientes del grupo E II reportaron menos períodos de llanto, temores, aislamiento, inactividad, auto verbalizaciones y conductas cubiertas negativas, propias de los síndromes de depresión y ansiedad, en comparación con el grupo E I.

Estos últimos datos sugieren el diseño de nuevas escalas o inventarios de depresión y ansiedad, de acuerdo a las

características de los mismos, considerando las reacciones secundarias de la quimioterapia.

Si bien, puede afirmarse la utilidad de grupos de rehabilitación para la paciente con mastectomía, no podemos descartar las características de la población como uno de los principales cuestionamientos del presente trabajo. Debe considerarse que la introducción de ciertas variables determina y reduce la selección de sujetos de una muestra. Específicamente a pacientes candidatas al grupo control les fueron asignadas otras intervenciones quirúrgicas, como la histerectomía, psicoterapias individuales, tratamientos psicofarmacológicos, o bien desertaban de sus respectivos tratamientos médicos. Por otra parte, es evidente que el grupo control utilizado en este trabajo no puede conceptualizarse como control en el sentido estrictamente formal, ya que recibieron determinada información general durante cuatro sesiones semanales, las cuales por cuestiones éticas no pueden ser excluidas. Aún así permanece la utilidad del grupo "control" del presente trabajo, para realizar un análisis comparativo en cuanto a las ventajas de una intervención de índole readaptativo para reintegrar a éste tipo de pacientes a su medio ambiente.

Aún permanece un gran número de variables por esclare-

cer, lo cual genera la necesidad de estudios futuros a desarrollar, incluyendo poblaciones más homogéneas, para determinar de una manera más controlada los beneficios de la rehabilitación en los pacientes con cáncer.

Respecto a los objetivos de mantenimiento, descritos anteriormente, cabe destacar la integración activa de los familiares al proceso de rehabilitación y el entrenamiento a paraprofesionales y no profesionales. En cuanto al primero, fué de gran importancia la participación de los familiares de las pacientes, ya que proporcionó una fuente de reforzamiento adicional para las conductas implementadas o reestablecidas en el grupo, en otro tipo de escenarios, al ser motivados para reforzar sus logros, y no reforzar conductas inadecuadas, evitándose así la sobreprotección o el abandono hacia la paciente. Sin embargo, el entrenamiento a paraprofesionales y no profesionales, fué impartido únicamente a los primeros, dos trabajadores sociales y un psiquiatra, debido a la falta de un lugar específico de trabajo, y de un horario adecuado al resto de los integrantes del equipo de trabajo, familiares y pacientes ya rehabilitadas.

Podemos afirmar que la sola formación del grupo cumple parcialmente algunos de los objetivos conductuales tales co

mo: el decremento de la irritabilidad, el aislamiento, la depresión y el incremento en la socialización, colaboración, optimismo, iniciativa y toma de decisiones. Adicionalmente, la aportación conductual específica, como la proporcionada en este trabajo, cumple el resto de los objetivos propuestos.

El hecho de integrar a pacientes mastectomizadas ya rehabilitadas a un grupo que inicia un proceso de rehabilitación, es una ayuda adicional, ya que ellas constituyen modelos a seguir para las pacientes de recién ingreso, al proporcionarles ayuda de naturaleza no médica, tal como la realización de determinados ejercicios para reestablecer la movilidad y funcionalidad del brazo afectado e información sobre el arreglo personal.

Si bien los resultados obtenidos, por las características mismas de la población utilizada, sólo son aplicables para las pacientes de este estudio, podemos asegurar que la especificación de la baja o alta emisión de ciertos patrones conductuales facilita en gran manera la selección de una estrategia general para lograr una rehabilitación integral, ya que con la eliminación de comportamientos inadecuados y la ejecución de conductas socialmente aceptadas se obtiene una mayor probabilidad de "calidad de vida", más fun-

cional a niveles sociales, familiares y/o laborales. Lamentablemente, no basta con motivar a las pacientes a "superarse" constantemente; mientras éstas no tengan los repertorios o habilidades conductuales y cognitivas básicas, la superación o rehabilitación será más árdua y consecuentemente esto repercutirá en costos y tiempo.

Un hallazgo importante fué el poder determinar algunas causas de no rehabilitación, la cual - en alguna extensión - es causada por: problemas de salud, complicación de enfermedades coexistentes al problema oncológico, problemas en el traslado de sus hogares al hospital (tanto en pacientes foráneas como en aquellas que viven en zonas alejadas), problemas familiares, problemas laborales, problemas económicos, expectativas no cumplidas en el grupo, y por lo tanto poca motivación.

La imposibilidad de la evaluación estricta de las variables efectivas en el cambio obtenido, la heterogeneidad de repertorios y problemas que presentan las pacientes y la multiplicidad de variables ya mencionadas, hacen que el profesional, en general recurra a las herramientas de que efectivamente dispone, todo lo cual condiciona una forma particular de trabajo, cuestionando la generalización de los resultados obtenidos a otras poblaciones.

No debe olvidarse que también existen otros tipos de variables que afectan y determinan la naturaleza del trabajo; algunas de éstas son: la política de la institución, el presupuesto asignado a la misma, y la disposición y expectativas del personal.

Finalmente, podemos concluir que el desarrollo de un trabajo de tal índole, el cual amplía la expansión de los límites de la aproximación conductual, realmente ofrece posibilidades para que la investigación futura tenga algunos puntos de referencia de los cuales partir. La posibilidad de efectuar estudios más controlados permitirán superar las deficiencias metodológicas de este trabajo, en beneficio de los pacientes cancerosos.

ANEXO I  
INVENTARIO DE EVALUACION SOCIO-FAMILIAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre  
 EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 OCUPACION: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
 GRUPO: \_\_\_\_\_ APLICADOR: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_ PUNTUACION: \_\_\_\_\_

Antes de la intervención quirúrgica = A

Después de la intervención quirúrgica = B

|   |           |          |      |          |      |
|---|-----------|----------|------|----------|------|
| 1. Frecuentemente tengo una actitud pasiva.                           | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 2. Considero que soy una persona sociable.                            | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 3. Me considero una persona independiente.                            | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 4. Me asaltan pensamientos pesimistas.                                | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 5. Soy disciplinado en mis actividades.                               | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 6. Si una cosa no es de mi agrado me irrito.                          | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 7. Me siento mejor cuando estoy solo.                                 | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 8. Me deprimó con frecuencia.   | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 9. Soy capaz de mantener la tranquilidad ante situaciones difíciles.  | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 10. Me gusta colaborar cuando se me solicita.                         | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 11. No puedo controlar-me, y agredo ante situaciones que me molestan. | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 12. Me gusta que me brinden atenciones constantemente.                | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 13. Procuro ver el lado bueno de la vida.                             | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 14. Me gusta llevar la iniciativa en mi vida diaria.                  | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |
| 15. Considero que mi situación actual es -- culpa mía.                | Muchísimo | Bastante | Algo | Muy Poco | Nada |

|   |                  |                 |             |                 |             |
|---|------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 16. Soy capaz de tomar mis propias decisiones.                        | Muchísimo        | Bastante        | Algo        | Muy Poco        | Nada        |
| 17. Pienso que no soy culpable de lo que me pasa.                     | <u>Muchísimo</u> | <u>Bastante</u> | <u>Algo</u> | <u>Muy Poco</u> | <u>Nada</u> |
| 18. Soy capaz de mantener una relación armoniosa con todos los demás. | Muchísimo        | Bastante        | Algo        | Muy Poco        | Nada        |
| 19. Me esfuerzo para no ser una "carga para los demás.                | Muchísimo        | Bastante        | Algo        | Muy Poco        | Nada        |
| 20. Si aprendo algo nuevo lo llevo a la práctica en mi vida diaria.   | <u>Muchísimo</u> | <u>Bastante</u> | <u>Algo</u> | <u>Muy Poco</u> | <u>Nada</u> |

GLOSARIO

- Activación Septal: Estimulación de las estructuras neurológicas cerebrales que comprenden el septo.
- Alteraciones Hiperplásicas: Crecimiento de tejidos.
- Anorexia : Pérdida del apetito.
- Ansiolíticos : Sustancias químicas que actuando sobre estructuras del sistema límbico central, disminuyen o eliminan la ansiedad (tranquilizantes).
- Antidepresivos: Sustancias químicas que modifican el estado afectivo de una persona a través de la alteración de los niveles de catecolaminas (sustancias neurotransmisoras) en el Sistema Nervioso Central.
- Biopsia: Escisión de una pequeña parte de tejido sospechoso o enfermo para su examen anatomopatológico (microscópico).
- Capacidad Inmunológica: La mayor o menor respuesta de los mecanismos de defensa del organismo an

te gérmenes o sustancias extrañas al mismo.

**Carcinoma :** Término utilizado para describir cierto tipo de cáncer (p.e. mamario o mama).

**Disnea :** Alteración penosa de la frecuencia respiratoria que hace a la respiración conciente y difícil.

**Drogas Antineoplásicas:** Sustancias químicas con acción sobre cierto tipo de células cancerosas.

**Efectos Carcinogénicos:** Alteraciones histológicas del desarrollo celular inducidas por radiaciones, sustancias químicas, etc.

**Enfermedades Neoplásicas:** Término utilizado para describir crecimiento o reproducción anómala de ciertos tejidos del organismo.

**Entidad Nosológica:** Término utilizado para describir aspectos patológicos en el individuo.

**Ganglios Linfáticos:** Estructuras que son parte del sistema linfático, presentes en todo el orga-

nismo, con funciones importantes dentro del aspecto inmunológico de defensa del organismo.

Gonadotropinas: Sustancias hormonales estimuladoras - de la actividad productora de los ovarios o testículos.

Hipófisis : Glándula estimuladora o frenadora de las demás glándulas endócrinas del organismo.

Hipotálamo: Estructura del Sistema Nervioso Central encargada de analizar cambios -- bioquímicos en la sangre y de enviar impulsos correctores a los órganos involucrados, y de establecer coordinación con la glándula hipófisis, y a través de esta última con las demás - glándulas endócrinas del organismo.

Homeostásis: Mecanismo que tiende a reestablecer y regular las constantes fisiológicas - del organismo, a pesar de acciones externas o internas que traten de modificarlas.

- Hormonoterapia : Tratamiento médico a base de hormonas.
- Inmunoterapia : Tratamiento médico a base de estimular el sistema inmunológico del organismo.
- Leucopenia : Disminución de la cantidad de glóbulos blancos por debajo de las cifras normales.
- Medicina Física: Area dedicada a los aspectos orgánicos productores de disfunciones o incapacidades fundamentalmente en el aspecto motor del individuo.
- Metabolismo : Serie de funciones destinadas a utilizar sustancias externas (alimentos, oxígeno, etc.) e internas (hormonas, etc.), con el fin de proporcionar la energía necesaria al organismo, para su adecuado funcionamiento, o para -- las acciones reparativas indispensables para la vida (cicatrización, - - etc.).
- Metástasis: Implantación de células cancerosas en sitios diferentes a donde se desarro-

lló el tumor primario.

Músculos Pectorales: Masas musculares que se extienden desde el esternón y costillas adyacentes hasta la parte inferior del hueso húmero.

Mutaciones Somáticas: Alteraciones físicas de origen genético.

Neoformaciones: Presencia de tejido con estructura -- histológica diferente a donde se está formando.

Neoplasia : Crecimiento anormal de ciertos tejidos del organismo.

Norepinefrina: Sustancia con efectos adrenalínicos y con función de neurotransmisor.

Organo Fantasma: Percepción de un órgano o parte del organismo que ya se ha perdido por accidente o cirugía.

Proliferación Alveolar: Aumento en el número de alveolos.

Proliferación Ductual: Aumento en el número de conductos.

**Síndrome Orgánico Cerebral:** Es aquel que se manifiesta por trastornos de conducta, de pensamiento, o en el terreno afectivo, así como por manifestaciones físicas que -- tienen como origen demostrable, una - alteración física cerebral.

**Sistema Endócrino:** Conjunto de glándulas encargadas de - la secreción de sustancias específi - cas y necesarias para el funcionamien - to y desarrollo adecuado del organis - mo.

**Sistema Inmunológico:** Conjunto de estructuras que elaboran sustancias específicas, o inespecífi - cas, para neutralizar, eliminar o re - tardar los efectos patológicos de gér - menes o sustancias extrañas al orga - nismo.

**Sistema Nervioso Simpático:** Conjunto de estructuras que uti - lizan fundamentalmente la norepinefri - na como neurotransmisor y facilita la transmisión de impulsos nerviosos a - nivel simpático dentro de dicho siste - ma.

BIBLIOGRAFIA

1. AKINS, T.; HOLLANDSWORTH, J.G.; & O'CONNEL, S.J. Visual and verbal modes of information processing and their - - relation to affectiveness of cognitively-based anxiety - reduction techniques. Behav. Res. Therapy. Vol. 20, pp. 261-268, 1982.
2. ALONSO, F.F. Aspectos transhistóricos de las depresiones en la cultura occidental. En: Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Ed. Paz Montalvo, tomo II, Esp., Cap. 5, -- Secc. IV, pp. 252, 1977.
3. BARLOW, D.H. & WOLFE, B.E. Behavioral approaches to an - xiety disorders: A report on the NIMH-SUNY Albany, re -- search conference. J. of Consult, and Clin. Psychology, Vol. 49, No. 3, pp. 448-454, 1981.
4. BARD, M. & SUTHERLAND, A.M. Psychological impact of can - cer and its treatment. Cancer, 8, pp. 656-672, 1955.
5. BENSON, H.: KOTCH, J.B.; & CRASSWELLER, K.D. La respues - ta de relajación. En: Puente entre la Psiquiatría y la - Medicina. Clínicas Médicas de Norteamérica. Tomo IV, - - pp. 935-936, 1977.

6. BERNSTEIN, D.A. Anxiety management. En: Craighead, - - Kasdin & Mahoney. Behavior Modification Principles and Applications. Houghton Mifflin, cap. 11, pp. 183-199, -- 1976.
7. BLACKWELL, R. & GUILLERMIN, R. Hypotalamic control of - adenonypophysial secretions. Ann. Rev. Physiol, 35, pp. 357-390, 1973.
8. BODLEY, S.R. Qué hay de cierto sobre el cáncer. Ed. Eda mex., 1981.
9. BRULE & COL. Drug therapy of cancer. Génova, O.M.S., -- pp. 163.
10. BURDICK, D. Rehabilitation of the breast cancer patient. Cancer, 36 (2): 645-648, 1975.
11. CAMPBELL, D. E STANLEY, J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Ed. Amorrortv, Buenos Aires, Cap. 5, pp. 70-1/10, 1982.
12. CASILLAS, M.A. La situación familiar y social de la mujer sometida a una mastectomia radical. Tesis Profesional. EMTS. UNAM. 1980.
13. CASSILETH, B.R.; ZAPKIS, R.V.; SMITH, K. & MARCHA, V. - Informatio and participation preferences among cancer -

- patients. Annals of Internal Medicine, 92, pp. 832-836, 1980.
14. CLARK, R.L. Rehabilitation of the cancer patient. Cancer, 20, pp. 839-845, 1967.
  15. COBB, B.A. Social-psychological study on the cancer patient. Cancer, 7, pp. 1-14, 1954.
  16. CRAIG, T.J.; COMSTOCK, G.W.; & GEISER, B.P. The quality of survival in breast cancer: A case-control comparison. Cancer, 33, pp. 1451-1457, 1974.
  17. DIETZ, J.H. Jr. Rehabilitation of the cancer patient. - Med. Clin. N. Am., 53, pp. 607-624, 1969.
  18. DIETZ, J.H. Jr. Before and after breast surgery. Consultat, 12, pp. 176-177, 1972.
  19. DIETZ, J.H. Jr. Rehabilitation of the cancer patient. - Clin. Bull., 4 pp. 22-26, 1974.
  20. DIETZ, J.H. Jr. Adaptive rehabilitation in cancer. -- Postgraduate Medicine, 68 (1), pp. 145-153, 1980.
  21. ENELOW, A.J. & DEVINE, M. Individual counseling and social support in the treatment of cancer patients. En: - Carter, S.; Glatstein, E. & Livingston, R.B. Principles

- of Cancer Treatment, McGraw-Hill Book Company, Cap. 26, pp. 268-272, 1982.
22. EISLER, R.M.; HERSEN, M.; MILLER, P.M. & BLACHARD, E.B. Determinants of assertive behavior. J. of Consult. and Clin. Psychology, vol. 43, 3, pp. 330-340, 1975.
23. EISLER, R.M. Behavioral assessment of social skills. - En: Hersen, M. & Bellack, A.S. Behavioral Assessment: A Practical Handbook. Pergamon Press, Cap. 13, pp. -- 369-395, 1976.
24. FITZMAURICE, A. & ROSS, R. Summary of concerns of breast cancer patients. Menlo Park, Calif., Stanford Research Institute, 1975.
25. FITZPATRICK, G. Caring for the patient with cancer of the breast. Nursing Care, Vol. 9, 1, pp. 79-85, 1976.
26. FRIED, D. Rehabilitation of the cancer patient. A.J. of the Amer. Can. Soc., vol. 36, 1, pp. 277-278, 1955.
27. FUCHS, C.Z.; & REHM, L.P. A self-control behavior therapy program for depression. J. of Consult. and Clin. Psychology, vol. 45, 2, pp. 206-215, 1977.

28. GARCIA, H.R. El cáncer enfermedad psicogenética. Ed. --  
Psicoanálisis y Medicina, Mex., 1978.
29. GARCIA, M.O. Reacciones psicológicas en pacientes mas -  
tectomyizadas por carcinoma mamario. Tesis Profesional,  
UNAM - Facultad de Psicología, Méx., 1977.
30. GREER, S. & MORRIS, T. Psychological sttributes of --  
woman who develop breast cancer: A controlled Study. -  
Journal of Pscychosomatic Research, vol. 19, pp. - -  
147-153, 1975.
31. HARPER, B.C. Social aspects of cancer recovery. Cancer  
vol. 36, 1, 272-276, 1975.
32. HARPIN, R.E.; LIBERMAN, R.P.; MARKS, I.; STERN, R.; &  
BOHANNON, W.E. Cognitive-behavior therapy for chronica-  
lly depressed patients. A controlled pilot study. The -  
Journal of Nervous and Mental Disease, 170, No. 5, pp.  
295-301, 1982.
33. HEALEY, J.E. Jr. Role of rehabilitation in the care of  
the patient with breast cancer. Cancer, vol. 28, 6, pp.  
1666-1671, 1971.

34. HOLLAND, J. Psychologic aspects of cancer. En: Holland, J. & Frei, E. (eds). Cancer Medicine. Philadelphia. Lea & Febiger, 1973.
35. HOLLAND, J. Aspectos psicológicos en la práctica oncológica, Psiquiatría en Medicina Interna. Clin. Med. de -- Norteamérica, pp. 737-748, 1977.
36. HOLLAND, J.; ROWLAND, J. & PLUMB, M. Psychological aspects of anorexia in cancer patients. Cancer Research, 37, pp. 2425-2428, 1977.
37. HOFFMANN, F. Quimioterapia de los tumores sólidos del adulto. La Roche & Cía. S.A. Brasilea-Suiza, 1978.
38. KANFER, F.H. The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En: Stuart, R.B. (Ed.). Behavioral Self-Management. Strategies Techniques and Out-come. Brommer/Mazel, Cap. 1, pp. 1-48, 1977.
39. KLEIN, R.A crisis to grow on. Cancer, 28, 6, pp. 1660 - 1665, 1971.
40. KOVACS, M. The efficacy of cognitive and behavior therapies for depression. Am. J. Psychiatry, vol. 137, 12, - 1980.

41. KOWAL, S.J. Emotions as a cause of cancer. Psychoanalytic Review, 42, pp. 217-227, 1955.
42. KRANT, M.J. & ROY, P.F. Psychologic exigencias in oncology. En: Yarbic, J.W. y Bornstein, R.S. Oncologic - - Emergencies. Clinical Oncology Monographs. Grune & Srra tton, pp. 395-407, 1981.
43. KUPFER, P.J.; FRANK, E. The depressive syndrome. Recognition and sympton picture. En: Depression. Ed. Scope, Cap. 3, pp. 9-14, 1981.
44. LEE, E.G.G. & MAGUIRRE, G.P. Emotional distress in patients attending a breast clinic. The British Journal of Surgery, vol. 62, 2, pp. 162, 1975.
45. LEIBER, L.; PLUMB, M.; GERSTENZAG, M.L. & HOLLAND, J. - Affective communication among cancer patients and your - husbands. Psychosom. Med., vol. 38, 6, pp. 379-389, - - 1976.
46. LESHAN, L.L. & HASSAMAN, M. Some observations on psychotherapy with patients with neoplastic disease. Am. J. of Psychoterapy, vol. 12, pp. 723-734, 1958.

47. LESHAN, L.L. & WORTHINGTON, R.E., Personality as a factor in the pathogenesis of cancer: A review of the literature. British J. of Medical Psychology, vol. 29, pp.-49-56, 1956 (a).
48. LESHAN, L.L. & WORTHINGTON, R.E. Some recurrent life -- history patterns observed in patients with malignant -- disease. J. of Nervous and Mental Disorders, vol. 124, pp. 460-465, 1956 (b).
49. LEWIS, C.E.; BIGLAN, A.; & STEINBOCK, E. Self-adminis - tered relaxation training and money deposits in the - - treatment of recurrent anxiety. Journal of Consult, and Clin. Psychology, vol. 45, 6, pp. 1274-1283, 1978.
50. LEWINSOHN, P.M.; & GRAF, M. Pleasant activities and de - pression. J. of Consult, and Clin. Psychology, vol. 41, 2, pp. 261-268, 1973.
51. LIBET, J.M.; & LEWINSOHN, P.M. Concept of social skills with special reference to the behavior of depressed per - sons. J. of Consult. and Clin. Psychology, vol. 40, 2, pp. 304-312, 1973.
52. LIEBERMAN, R.S. Aspectos psicológicos del enfermo cance - roso. Prensa Med. Mex. Año XXXVIII, Nos. 3-4, pp. 78-81, 1973.

53. MACFALL, R.M.; & C.T. Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to - assertion training. J. of Abnormal Psychology, vol. 81, pp. 199-218, 1973.
54. MAGES, L.N.; CASTRO, R.J.; FOBAIR, P.; HALL, J.; HARRI SON, I.; MENDELSON, G. & WOLFSON, A. Patterns to psychosocial response to cancer. Can effective adaptation be predicted. Radiation Oncology-Biology-Physics. vol. 7, 3, pp. 385-393, 1981.
55. MARKEL, W.M. The american cancer society's program for the rehabilitation of the breast cancer patient. Can cer, vol. 28, 6, pp. 1676-1678, 1971.
56. MATSON, J.L.; KASDIN, A.E.; & ESVELDT-DAWSON, K. Train - ing interpersonal skills among mentally retarded and - socially dysfunctional children. Behav. Res. & Therapy, vol. 18, pp. 419-427, 1980.
57. MEYERSON, L.; KERR, N. & MICHAEL, J. Modificación de -- conducta en la rehabilitación. En: S.W. Bijov y D.M. -- Baer Psicología del Desarrollo Infantil, vol. 2, Ed. -- Trillas, pp. 211-213, Méx. 1979.
58. MORRIS, C.L. Relaxation therapy in a clinic. American J. of Nursing, november, pp. 1958-1959, 1979.

59. MORRIS, T.; GREER, H.S. & WHITE, P. Psychological and - social adjustment to mastectomy. A two - year follow -- up study. Cancer, vol. 40, pp. 2381-2387, 1977.
60. NAEVE, P.P. & CARTER, S. Principles of cancer rehabili- tation. En: Carter, S.; GLATSTEIN, E. y LIVINGSTON, R.- B. Principles of Cancer Treatment. Ed. McGraw-Hill Book Company, Cap. 27, pp. 273-279, 1982.
61. NELSON, R.E.; & CRAIGHEAD, W.E. Selective recall of po- sitive and negative feedback self-control behaviors, - and depression. J. of Abnormal Psychology, vol, 86, pp. 379-383, 1977.
62. O'FLYNN-COMISKEY, A.I. The type A individual. American J. of Nursing, november, pp. 1956-1958, 1979.
63. O'NEILL, M.P. Psychological aspects of cancer recovery Cancer A. Jour of the Amer. Can. Soc., vol. 36, 1, pp. 271-273, 1975. ..
64. PECK, A. & BOLAND, J. Emotional reactions to radiation treatment. Cancer, vol. 40, pp. 180-184, 1977.
65. PHEM, L.P. Assessment of Depresion. En: Hersen, M. & -- Bellack, A.S. Behavioral Assessment. A Practical Hand - boock. Pergamon Press, Cap. 9 pp. 233-259, 1976.

66. PLATT, J.J. & SPIVACK, G. Problem-solving thinking of -  
psychiatric patients. J. of Consult. and Clin. Psycho -  
logy, vol. 39, pp. 148-151, 1972.
67. PLATT, J.J.; SPIVACK, G.; ALTMAN, N.; & ALTMAN, D. Ado-  
lescent problem-solving thinking. J. of Consult. and --  
Clin. Psychology, vol. 42, 6, pp. 787-793, 1974.
68. RAMM, E.; MARKS, I.M.; YUKSEL, S.: & STERN, R.S. Anxie-  
ty Management training for anxiety statest: Positive -  
compared with negative self-statements. Brit. J. Psy --  
chiat., vol. 140, pp. 367-373, 1981.
69. REHM, L.P.; FUCHS, C.Z.; & ROTH, D.M. A comparison of -  
self control and assertion skills treatment of depres -  
sión. Behavior therapy, vol. 10, pp. 429-442, 1979.
70. REHM, L.P.; & MARSTON, A.R. Reduction of social anxisty  
through modification of self-reinforcement: An instiga-  
tion therapy technique. J. of Consult. and Clin. Psycho -  
logy, vol. 32, 5, pp. 565-574, 1968.
71. RENNEKER, R. & CUTLER, M. Psychological problems of ad-  
justment to cancer of the breast. J.A.M.A., vol. 148, -  
pp. 833-838, 1952.

72. RIBES, I.E. La interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la enseñanza de la psicología. Ponencia presentada en las Jornadas de Enseñanza Aprendizaje de la - - ENEP-IZTACALA, México, Marzo de 1979.
73. RICH, A.R.; & SCHROEDER, H.E. Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, vol. 83, 6, pp. 1081-1096, 1976.
74. RICHTER, J.M.; & SLOAN, R.A. A relaxation technique. - American J. of Nursing, november, pp. 1960-1964, 1979.
75. ROBBINS, G.F. Rehabilitation of the breast cancer patient. Cancer, vol. 28, 6, pp. 1659, 1971.
76. RUSH, A.J.; & BECK, T.A. Adults with affective disorders. En: Hersen, M. & Bellack, A.S. (Eds). Behavior -- Therapy in the Psychiatric Setting. Baltimore Williams Swilkins, cap. 10, pp. 286-329, 1978.
77. SARASON, I.G.; & SARASON, B.R. Teaching cognitive and social skills to high school students, J. of Consult. - and Clin. Psychology, vol. 49, 6, pp. 908-918, 1981.
78. SCHNAPERS, N. Aspectos psicosociales del tratamiento del canceroso. En: Clínicas Médicas de Norteamérica. Ed. In teramericana, pp. 1151, 1977.

79. SELIGMAN, M.E.P.; KLEIN, D.C.; & MILLER, W.R. Depres --  
sion. En: Leitemberg, H. Handboock of Behavior Modifica-  
tion and Behavior Therapy. Prentice Hall, New Yersey, -  
Cap. 5, pp. 168-202, 1976.
80. SCHALLY, A.; & ARIMURA, A. Hipotalamic regulatory hormo  
nes. Sci., vol. 179, pp. 341-350, 1973.
81. SHAW , B.F. Comparison of cognitive therapy and beha --  
vior therapy in the treatment of depression. J. of - -  
Consult. and Clin. Psychology, vol. 45, 6, pp. 543-551,  
1977.
82. SHURE, M.B.; & SPIVACK, G. Means-ends thinking, adjust-  
ment and social class among elementary-school-aged - --  
children. J. of Consult. and Clin. Psychology, vol. 38,  
3 pp. 348-353, 1972.
83. SIMONTON, O.C.; & SIMONTON, S. Belif systems and manage  
ment of the emotional aspects of malignancy. Jour of --  
Transpersonal Psychol., vol. 7, pp. 29-47, 1975.
84. SPENCE, A.J.; & SPENCE, S.H. Cognitive changes associa-  
ted with social skills training. Behav. Res. & Therapy,  
vol. 18, pp. 265-272, 1980.

85. S.S.A., Dirección General de Rehabilitación, Grupo de -  
Estudio para la Rehabilitación del inválido por Cáncer.  
Méx., 1974.
86. SUTHERLAND, A.M. The psychological impact of cancer. --  
CA-A Cancer Journal for Clinicians. Pub. by The Am. Can.  
Soc., vol. 31, 3, pp. 159-171, 1981.
87. TAYLOR, F.G.; & MARSHALL, W.L. Experimental analysis of  
a cognitive-behavioral therapy for depression. Cogniti-  
ve Therapy and Research, vol. 1, pp. 59-72, 1977.
88. TROWER, P.; YARDLEY, K.; BRYANT, B.M.; & SHAW, P. The -  
treatment of social failure. A comparison of anxiety -  
reduction and skills-acquisition procedures on two so -  
cial problems. Behavior Modification, vol. 2, 1, pp. --  
41-59, 1978.
89. TURKEVICH, N.M.; & KUNITSA, L.K. Effect of reserpine on  
development of induce tumor of the mamaries rats. Vopro-  
sy Exp. Oncologii, vol. 1, pp. 94-102, 1978.
90. WEINMAN. B.; GELBART, P.; WALLACE, M.; & POST, M. Indu-  
cing assertive behavior in chronic schizophrenics: A --  
comparison of socioenvironmental, desensitization, and  
relaxation therapies. J. of Consult. and Clin. Psycholo-  
gy, vol. 39, 2, pp. 246-252, 1972.

91. WISE, N.T. El médico y su paciente con cáncer. En: Clínicas de Medicina Familiar. Clínica de Consultoría. Ed. -- Interamericana, Méx., pp. 405-412, 1974.
92. WEISMAN, A.D.; WORDEN, J.W. Psychosocial components of lagtime in cancer diagnosis. J. Psychosom. Res., vol. -- 19, 1, pp. 69-79, 1975.
93. ZEISS, A.M.; LEWINSOHN, P.M.; & MUÑOZ, R.F. Nonspecific - improvement effects in depression using interpersonal - skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. J. of Consult. and Clin. Psychology, vol. -- 47, 3, pp. 427 - 439, 1979.
94. ZISLIS, J.M. Rehabilitation of the cancer patient. Geriatrics, March, pp. 150-158, 1970.
95. ZUCKERMAN, C. Mente y cáncer. Rev. Esp. Oncología, vol. - 25, pp. 331-336, 1978.