

22
rej



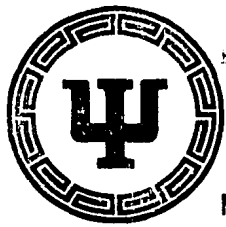
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRANSTORNOS EN LA AUTOIMAGEN EN MUJERES MASTECTOMIZADAS.

T E S I S
Que para obtener el Título de LICENCIADA EN PSICOLOGIA p r e s e n t a

MARGARITA CABALLERO ROMO



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA
Director de Tesis:
AIDA BRENER BRENER

MEXICO, D. F.

1991

FALLA EN ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
RESUMEN.....	4
CAPITULO I: ANTECEDENTES.....	5
I.1 Antecedentes Médicos.....	5
I.2 Antecedentes Psicológicos.....	13
I.2.1 Aspectos Psicológicos.....	14
I.2.2 Aspectos Sexuales.....	29
I.2.3 Aspectos Psicosociales.....	34
I.2.4 Aspectos Psiquiátricos.....	38
I.2.5 Aspectos Estéticos.....	39
I.2.6 Aspecto Cultural.....	44
CAPITULO II: MASTECTOMIA.....	46
II.1 Crecimiento del seno y su función en la sexualidad.....	46
II.2 Lactancia.....	48
II.3 Cultura y sociedad.....	54
II.4 Mastectomía.....	56
II.4.1 Cáncer.....	56
II.4.2 Cáncer mamario y etiología.....	57
II.4.3 Tratamiento.....	60
II.4.4 La mastectomía y su historia.....	61
II.4.5 Biopsia del seno.....	63
II.4.6 Mastectomía Radical	64

II.4.7 Mastectomía Radical Modificada.....	66
II.4.8 Mastectomía Simple.....	66
CAPITULO III: AUTOIMAGEN.....	68
III.1 Historia de la autoimagen.....	68
III.1.1 Sigmund Freud.....	69
III.1.2 Erich Fromm.....	85
III.1.3 Karen Horney.....	88
III.1.4 Harry Stack Sullivan	90
III.1.5 Lacan.....	90
III.2 Definición de Autoimagen.....	98
CAPITULO IV: METODOLOGIA.....	99
IV.1 Planteamiento del Problema.....	99
IV.2 Hipótesis de trabajo.....	99
IV.3 Hipótesis de estadística.....	99
IV.4 Variable Independiente.....	105
IV.5 Variable Dependiente.....	105
IV.6 Sujetos.....	105
IV.7 Tipo de muestreo.....	106
IV.8 Escenario.....	106
IV.9 Tipo de estudio.....	106
IV.10 Tipo de Diseño.....	106
IV.11 Instrumentos.....	107
IV.12 Procedimiento.....	107
CAPITULO V: RESULTADOS.....	109
V.1 Frecuencias	109
V.2 Prueba T.....	119
V.3 Prueba F.....	124

CAPITULO VI: DISCUSION.....	138
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	146
CAPITULO VIII: LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	158
APENDICE 1.....	162
GLOSARIO.....	173
BIBLIOGRAFIA.....	176

INTRODUCCION

La finalidad de esta investigación es observar los cambios producidos en la autoimagen en mujeres con cáncer mamario que han sido sometidas a un tratamiento terapeutico conocido como mastectomía, el cual consiste en la extirpación no solo de la masa tumoral sino de toda la mama.

La mastectomía constituye tanto física como psicológicamente una dramática operación mutilante, ya que muestra a simple vista la amputación de una parte del cuerpo que simboliza la femineidad. La mama por si misma tiene un papel importante en toda mujer ya que por un lado forma parte del estereotipo de belleza femenina, y por otro tiene una función específica en la maternidad como en la vida sexual de toda mujer, en la primera, proporciona seguridad psicológica y una buena nutrición al bebe, y en la segunda es para muchas mujeres un órgano que les proporciona satisfacción sexual.

Por todas las connotaciones implícitas en este órgano femenino hacen de la mastectomía un hecho indeleble para toda mujer que se enfrenta a esa experiencia generando diversas respuestas psicológicas significativas tales como, depresion, ansiedad, angustia, agresión, desvalorización o minusvalía, sentimientos de inadecuación al medio ambiente, inferioridad e inseguridad. Asimismo conlleva secuelas a

nivel social tales como rechazo del cónyuge, de la familia y el peso psicológico que implica la condolencia social. Así pues esto nos da un panorama general de lo que tiene que enfrentar la paciente con cáncer mamario, sin mencionar el impacto psicológico desde el momento del diagnóstico de cáncer (concepto que es generalmente interpretado como sinónimo de muerte), pasando por la angustia generada cuando la paciente ingresa al quirófano, hasta después de la cirugía cuando llega el momento de enfrentarse a su nueva imagen corporal.

Son estos hechos trascendentales en el área de la oncología desde el punto de vista psicológico que me exhortaron a realizar esta investigación, que de alguna manera me permite dar a conocer lo interesante y lo impactante de este tipo de tratamiento terapéutico para el cáncer mamario en la vida psicosocial de las pacientes y así motivar a otros investigadores y profesionales de la salud a que juntos colaboren para un mejor manejo de estos y otros pacientes que se enfrentan a situaciones tan devastadoras como lo es el cáncer mamario, logrando con ello una completa rehabilitación de los mismos.

Cabe señalar que para cumplir adecuadamente con el compromiso que los profesionales de la oncología tienen con sus pacientes, (cuidado y atención de los enfermos y de sus familiares desde el momento del diagnóstico, durante los

tratamientos, durante la rehabilitación, en las secuelas a corto o a largo plazo, durante la fase terminal y finalmente en el momento de la muerte), el cirujano debe apoyarse en los criterios de otros profesionales de la salud para realizar una mejor valoración preoperatoria no solo física (como se ha venido haciendo) sino también psicológica, ya que esta prevaloración permitiera al cirujano conocer un poco más a su paciente desde un enfoque psicológico. Entender y comprender sus reacciones le ayudara a saber como manejarlo y así lograr que el paciente colabore un poco más en su rehabilitación, empezar por aceptar su enfermedad y posteriormente su mutilación para finalizar con la aceptación de su nueva imagen corporal.

Mi interés específico en esta investigación esta dirigido a la autoimagen de las pacientes antes y después de la mastectomia con el objeto de ver si hubo o no cambio en la misma después de dicha operación. Como se hablara más profundamente en el capítulo correspondiente a este tema, la autoimagen es la representación psíquica de nuestra apariencia física. Tal representación ha sido valorada en esta investigación a través de un prueba proyectiva conocida como Test del Dibujo de Ocho Hojas (TDSH) Caligor.

RESUMEN

En la presente investigación se trabajó con 17 pacientes con cáncer en mama cuyo tratamiento fue la mastectomía simple.

Para conocer si hubo o no trastornos en la autoimagen después de la intervención quirúrgica se utilizó la prueba proyectiva denominada Caligor (Test del dibujo de ocho hojas) antes y después de la cirugía, asimismo se realizó una entrevista semiestructurada la cual abarcó los siguientes aspectos:

- Estado civil
- Actitud ante la enfermedad
- Actitud ante el tratamiento
- Actitud de la pareja y de la familia en general con respecto a la enfermedad y el tratamiento.

La investigación fue llevada a cabo en el Hospital General de México S.S.A. en la unidad de Oncología. Los resultados indicaron que no hubo cambios significativos en la autoimagen, no obstante sí se observó cambios significativos en algunas de las áreas investigadas, a saber; agresividad, ansiedad, fantasías, forma de enfrentarse al medio y en el uso del mecanismo de negación.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

I.1 ANTECEDENTES MEDICOS

El área de la oncología es una de las partes más nefastas de la medicina por lo que es ineludible hablar sobre la importancia que tiene la relación médico-paciente. Debido al tipo de investigación que se realizó, nuestro interés estará enfocado principalmente a las mujeres mastectomizadas, sin que esto signifique que deja de ser importante este aspecto en los demás casos clínicos.

Desafortunadamente muchas mujeres después de experimentar la traumática mutilación del seno comprueban que no tienen con quien hablar de sus sentimientos. Por un lado los médicos tienen la tendencia de no seguir los casos ya sea por exceso de trabajo (que es real en los Hospitales de asistencia social en México), o por falta de motivación e interés. Sin embargo esta aparente evasión puede ser producto de un sentimiento de impotencia que los cirujanos experimentan ante las crisis emocionales desencadenadas por la mastectomía. Esta incapacidad ante problemas emocionales es posiblemente debido al precario conocimiento que los cirujanos tienen sobre el manejo de dichas situaciones , por

lo que la relación médico-paciente se ve afectada y más aún la recuperación y la rehabilitación de la paciente.

Durante la revisión que hice de algunas investigaciones (desde 1977 a 1989) encontré estudios que hablan sobre la importancia de la relación médico-paciente que a continuación citaré:

Schain W. S. (1988) en su estudio sobre "Las consecuencias sexuales e íntimas de el tratamiento del cáncer en mama" se encontró que las secuelas de la mastectomía en la vida sexual es, en gran medida, debido a la negligencia de el área de la oncología ya que se observó que la pérdida del deseo sexual, los sentimientos de no ser atractiva sexualmente pueden disminuir en gran parte cuando se le da la oportunidad a la paciente de manifestar sus inquietudes, sus sentimientos, así como discutir ampliamente sus preocupaciones disminuyendo así su angustia .

Por otra parte Gates (Gates) en su estudio sobre "Otros aspectos significativos en el cuidado de la paciente con cáncer mamario" encontró que el papel del médico es muy importante en la estabilización y productividad de la vida de sus pacientes, desde su regreso a la vida diaria o mejor aún, comenzando desde el inicio de su tratamiento tanto físico como emocional, así como comprender la petición instintiva de la paciente por una asistencia emocional.

Getes subraya que estos aspectos y otros muy importantes para la rehabilitación de las pacientes pueden ser una extensión del sentido común de todo médico, una inquietud clínica por conocer el grado en que ellos son capaces de ejecutar tan importante papel .

Como parte de la importancia de la relación médico-paciente es la comunicación que debe haber entre ellos, de esto nos habla Van Dan F. S. y Bergman R.B. (1988) en su investigación sobre "Aspectos psicosociales y quirúrgicos de la reconstrucción de la mama". En primera instancia ellos se preguntaron por que menos del 1% de las mujeres Neerlandesas mastectomizadas han recurrido a la reconstrucción de la mama. Para contestar esa pregunta realizaron cuatro estudios, a saber; uno de ellos fue hecho entre las pacientes reconstruidas y sus esposos, otro entre mujeres quienes solo han tenido la amputación, otro más entre médicos cirujanos y finalmente otro entre médicos cirujanos plásticos. Encontrándose que la paciente no opta en primer término por la reconstrucción de la mama no por razones emocionales o cosméticas (eligiendo entonces la prótesis externa), sino porque los médicos casi nunca toman la iniciativa para informarle a sus pacientes acerca de la reconstrucción de la mama.

En la opinión de los autores la mujer amputada podría ser informada acerca de la reconstrucción en el mismo modo como es informada de la prótesis externa. Además los autores refieren haber revisado aspectos concernientes a las técnicas quirúrgicas disponibles para la reconstrucción de la mama, concluyendo que el perfeccionamiento de los procedimientos quirúrgicos han hecho que la reconstrucción sea menos onerosa para las pacientes que las viejas técnicas quirúrgicas .

En 1988 Sorrentino P. Baccglini U., Ruffarro M.T., Schoos E. y otros realizaron un estudio sobre "El conocimiento que tienen las pacientes mastectomizadas sobre su enfermedad y la actitud hacia la reconstrucción". Este estudio fue llevado acabo con 100 pacientes mastectomizadas, a cada una le fue entregado un cuestionario el cual exploraba aspectos como: la conciencia que tiene la paciente del diagnóstico, la reacción hacia la operación, actitud hacia la reconstrucción, la reacción hacia la operación, actitud hacia la reconstrucción, la idea de la femineidad, tipo de fuente de información acerca de la reconstrucción de la mama, tipo de información sobre la reconstrucción asi como la actitud y motivación hacia esa posibilidad.

Los resultados de este estudio mostraron que la comunicación juega un papel muy importante en la relación médico-paciente ya que de las cien pacientes estudiadas el

42% ignoraban la razón de su mutilación, el 53% de las mujeres entrevistadas mostraron no tener la suficiente información acerca de la posibilidad de la cirugía plástica. Los autores reconocen que este tipo de información es fundamentalmente beneficiosa para la paciente tanto física como psicológica. Sin embargo en su estudio ellos observaron que el 59% reportaron haber tenido la poca información de otras fuentes, es decir, no por vía médica aunque éstos son los más calificados para proporcionarla. Asimismo estos autores afirman que tanto la experiencia de la mutilación como la información completa acerca de la enfermedad y la posible reconstrucción de la mama son factores que motiva a las pacientes para la toma de la decisión a favor de la reconstrucción y que aunque los factores socioculturales, educacional y el tipo de información que posee la paciente sobre la cirugía plástica no son aparentemente determinante, si influye en gran medida para la toma de dicha decisión .

Por otro lado tenemos que Catania S., Montí M., Tamburini M., Locatelli E., y la Gasta D. (1988) hicieron un estudio sobre "La adaptación psicológica de las pacientes en dos grupos con diferentes procedimientos de tratamiento" (biopsia y mastectomía).

Para esta investigación se comparó el consumo de droga (analgésicos y sedantes) en los períodos postoperatorios, también se observó el retraso entre la operación y la

autoobservación de la herida en dos grupos operados con diferentes procedimientos: el primer grupo de 52 pacientes de 47 años de edad quienes tuvieron dos etapas en el tratamiento que consistió en biopsia con anestesia local seguido después de dos o cuatro horas por la mastectomía con anestesia general, en el inter, las pacientes fueron informadas acerca de lo que se estaba haciendo por el cirujano quien utilizó palabras claves tales como: tumor, enfermedad maligna o cáncer. En el segundo grupo se les práctico en una sola etapa la biopsia y la mastectomía bajo anestesia general. En los resultados se observó que la aceptación de la mutilación mejoró en las pacientes a quienes se les informó sobre la citopatología de su tumor (grupo con dos etapas de tratamiento), los autores concluyen que está información es un factor positivo para la aceptación de la mastectía .

Así pues hemos visto que la relación médico-paciente es imprescindible pero también lo es la relación enfermera-paciente sobre esto encontré lo siguiente:

Ray C., Grover J., Wisniewski T. (1984) realizaron una investigación sobre " la percepción de las enfermeras en cuanto al cáncer mamario, a la mastectomía y a sus implicaciones psicológicas así como también sobre el papel que ellas desempeñan como profesionales de la salud y sobre el apoyo que estas le dan a la paciente".

Los autores revisaron la literatura precursora sobre los aspectos psicológicos y el cáncer así como también el rol del cirujano y la enfermera en el manejo del cáncer mamario. Esto los motivo a realizar un estudio por medio de un cuestionario en donde se exploró la percepción de las enfermeras sobre la enfermedad, su tratamiento, los problemas de las pacientes y la importancia de el apoyo emocional. Las respuestas mostraron diversas actitudes hacia el tratamiento y hacia sus resultados pero en general mostraban un gran entusiasmo por instruirse sobre los aspectos psicológicos de sus pacientes. Un aspecto que se observó y que para los autores es una aportación importante de su estudio fue que la mitad de las enfermeras detectaron que la mastectomia desencadenaba varios problemas a nivel sexual, otra parte observó que el apoyo que se les daba a las pacientes es inadecuado por lo que ellas se percibían así mismas como una pieza importante en la rehabilitación de sus pacientes pero sin embargo se sentían poco aptas para tratarlas .

Maguire P., Tait A., Brooke M., Thomas C., y Sellwood R. (1980) hicieron un estudio sobre los "efectos de los 'consejeros' sobre la morbilidad psiquiátrica asociada con la mastectomía". Esta investigación se llevó a cabo con dos grupos uno de ellos con 75 pacientes las cuales fueron apoyadas y monitoreadas por las enfermeras, el otro grupo

(grupo control) de 77 pacientes quienes recibieron solo el cuidado que normalmente les da la unidad médica. Se observo que las enfermeras de apoyo ("consejeras") fracasaron en la prevención de la morbilidad psiquiátrica pero que sin embargo el monitoreo realizado por ellas mismas reconoció que el 76% necesitaban ayuda psiquiátrica las cuales después de 18 meses postcirugía disminuyó considerablemente a un 12% de morbilidad psiquiátrica. Según los autores este hallazgo es un elemento sobresaliente (alto grado de morbilidad psiquiátrica) y que por lo tanto hay la necesidad de encontrar caminos para reducir dicha morbilidad .

Por lo anteriormente expuesto es necesario reflexionar sobre la importancia que tiene la relación médico-paciente, enfermeras-paciente, así como también la clara información que se le debe proporcionar a las pacientes sobre su enfermedad, su tratamiento y sobre la posible reconstrucción de la mama, para así, asegurar la mejor adaptación a la enfermedad y a la mastectomía. Sin lo anterior la paciente no solo se enfrenta a la enfermedad con un sentimiento de soledad sino también a "obscuras'" con un precario conocimiento y comprensión de lo que le sucede y esto indudablemente trae consecuencias negativas para su rehabilitación tanto física como psicológica.

Por otra parte hay que mencionar que los profesionales de la salud que se dedican y están cerca de este tipo de

pacientes oncológicos, no tienen un adecuado entrenamiento para el manejo de dichas pacientes a nivel emocional, por lo que sería idóneo incluir dentro de su formación profesional una completa información sobre este aspecto.

I.2 ANTECEDENTES PSICOLOGICOS

Por el tipo de estudio realizado en esta investigación es de gran importancia destacar los aspectos psicológicos como consecuencia de la mastectomía. Este tipo de operaciones constituye una dramática cirugía mutilante que desencadena diversos conflictos psicológicos en las pacientes, estos conflictos no son fácilmente detectables o tangibles pero sin embargo repercuten significativamente en la vida de las pacientes. De ahí mi interés por revisar algunas investigaciones que ponderan estos aspectos.

Así pues me propongo a dar una visión general de estos estudios que abarcan el período de 1977 a 1989. Para una mejor comprensión de estas recopilaciones los he dividido en áreas: aspectos psicológicos, sexuales, psicosociales, psiquiátricos, estéticos así como también citaré una interesante investigación que alude a la influencia de la cultura sobre la aceptación de la mutilación en un país de Africa.

I.2.1. ASPECTOS PSICOLOGICOS

En algunas investigaciones encontré un gran interés por conocer los cambios producidos en la autoimagen después de la mastectomía, utilizaron estudios comparativos. Lasry J. C., Margolese R. C., Poissom R., Shibata H., y otros realizaron un estudio sobre "autoimagen y la depresión después de la mastectomía y la lumpectomía". En esta investigación se utilizaron dos grupos de pacientes, a uno de ellos se les practicó cirugía total (mastectomía), y al otro grupo cirugía parcial (lumpectomía). Los resultados mostraron que las pacientes con mastectomía tenían altos niveles de depresión y menos satisfacción con su imagen corporal en comparación de las pacientes con cirugía parcial, además estas últimas no mostraron incremento en la preocupación acerca de la posible recurrencia del cáncer.

Por otra parte, también se observó un incremento sorprendente en los síntomas depresivos en las pacientes llevadas a radioterapia. De esto los autores deducen que la radioterapia podría ser un segundo trauma para las pacientes operadas de la mama .

Goldberg P., Stolzaman M. y Goldberg H. M. hicieron en 1984 un estudio sobre "consideraciones psicológicas en la reconstrucción de la mama", el cual fue llevado a cabo en dos grupos de mujeres, uno de ellos escogieron la reconstrucción de la mama después de la mastectomía y el otro no eligió la

reconstrucción. Se observó que las pacientes que prefirieron reconstruirse la mama mostraron un baja autoestima en comparación a las pacientes que no optaron por la reconstrucción. Los autores concluyeron que la reacción de la mujer hacia la mastectomía parece depender más de su autoestima que de la cirugía en sí misma. Cuestionan entonces, si es favorable tratar de devolver a la paciente su apariencia normal o al menos acercarse a ella. Asimismo invitan a los cirujanos que estan a favor de la reconstrucción, a que den a las pacientes apoyo emocional para asegurar una mejor aceptación de su nueva imagen corporal asi como para evitar que las pacientes sufran otro trauma en la reconstrucción de su mama .

En 1985 Bartelink H., Van Dam F. y Van Dongen J. hicieron un estudio sobre "los efectos psicológicos de la terapia conservadora de la mama y de la mastectomía radical". En esta investigación se compararon dos grupos de pacientes; a uno de ellos se les práctico la terapia conservadora de la mama y al otro la mastectomía radical. Los resultados cosméticos fueron juzgados por las mismas pacientes y por dos médicos cirujanos plásticos encontrándose que la autoimagen en el grupo de terapia conservadora de la mama fue significativamente más positiva que el grupo de mastectomía radical. Asimismo se observó que las pacientes tratadas con terapia conservadora de la mama tuvieron menos temor a la recurrencia del cáncer y

mostraron que, si es necesario podrían elegir el mismo tratamiento nuevamente. Por su parte los médicos cirujanos plásticos juzgaron los resultados cosméticos en un 75% como excelentemente buenos en ambos grupos .

De Haes J.C., Van Oostrom M. A. y Welvaart K. en 1986 hicieron una investigación sobre "los efectos de la cirugía radical y conservadora sobre la calidad de vida de las pacientes con un temprano diagnóstico del carcinoma mamario". Este estudio se hizo en The Leiden University Hospital, en donde se compararon dos grupos uno de ellos con mastectomía radical y el otro con tumorectomía ambos después de la radioterapia. A todas las pacientes se les estudio su calidad de vida después de diez y ocho meses (postcirugía), se encontró que la autoimagen se observó más severamente dañadas en las pacientes mastectomizadas que en el grupo de tumorectomía. Esto se observo tanto en mujeres jóvenes como en mujeres viejas. El miedo a la recurrencia no fue relacionado con ningún tipo de tratamiento. Se observo que el tratamiento de conservación de la mama fue preferido por mujeres de todas las edades. En cuanto a la calidad de vida se encontró que en ambos grupos mejora y disminuye las quejas de sufrimiento psicológico y físico con el tiempo. Los autores deducen que este cambio puede atribuirse al haber tenido la experiencia del cáncer y no al programa de tratamiento en si mismo .

Por su parte Kemeny M. M., Wellisch D.K. y Schain W.S. en 1988 realizaron un estudio sobre "el impacto psicosocial en mujeres con mastectomía y mujeres con segmentomía".

Para esta investigación los autores utilizaron cuestionarios y test standarizados en contrando que las mujeres con cirugía parcial (segmentomía) respondieron con menos ansiedad, con poca depresión y con un mejor control de su vida así como también un vida sexual más satisfactoria y una autoimagen más positiva que las pacientes mastectomizadas, por lo tanto, los autores afirman que el trauma generado por la cirugía fue mayor en las mujeres mastectomizadas. Asimismo observaron que la preocupación por la recurrencia del cáncer fue menor en las pacientes con segmentomía.

Según estos autores la aportación más relevante de su investigación es la importancia de utilizar la segmentomía como una alternativa para la cura del cáncer mamario porporcionando una mejor calidad de vida para las pacientes

Holmberg L., Zarien E., Adami H., Bergstrom R. y Burnt realizaron en 1988 una investigación sobre "la apreciación de las pacientes sobre el resultado cosmético de la cirugía parcial del seno y la mastectomía en pacientes con tumores benignos y malignos". En este estudio utilizaron

cuestionarios que hicieron llegar a las pacientes por correspondencia el cual fue satisfactoriamente contestado por 263 pacientes (92%) de 285 mujeres operadas consecutivamente. Se encontró que las pacientes con un diagnóstico benigno presentaban mayor inconformidad con su apariencia debido a sus cicatrices, que la pacientes con un diagnóstico maligno. Por lo tanto la satisfacción de las pacientes con los resultados cosméticos fue asociada con la preocupación preoperatoria acerca de este aspecto (resultados cosméticos), con la ansiedad que esto provoca y con la complicación de la radioterapia.

Así pues, hemos visto que la autoimagen y el miedo a la recurrencia del cáncer han sido factores sobresalientes en las anteriores investigaciones comprobándose en cada una de ellas los efectos negativos producidos por la mastectomía.

En seguida pasaré a citar otras investigaciones las cuales tratan de otros efectos psicológicos desencadenados por la mastectomía.

En 1981 Romm S., Nutzler J. y Berggren R.B. hicieron un estudio sobre "la identificación psicosexual después de la mastectomía". En esta investigación hay un particular interés por los efectos psicológicos que trae consigo la cirugía. Se utilizaron nueve mujeres mastectomizadas escogidas al azar por dos cirujanos. Se incluyeron

entrevistas con psiquiatra, un cuestionario para los cirujanos y una evaluación subjetiva de los resultados de la cirugía tanto por la paciente como por el cirujano. Los resultados mostraron un alto grado de psicopatología particularmente depresión, sin embargo esto no es visto como un presagio para una posible dificultad en la aceptación de los resultados quirúrgicos. Asimismo se observó una identificación psicosexual endeble en la mayor parte de las pacientes. Al respecto los autores observaron que quien nego su sexualidad presento una mejor conformidad acerca de los resultados postcirugía .

Por otra parte Alagaratnan T.T. y Kung N.Y. en su estudio sobre "los efectos psicológicos de la mastectomía". Trataron de conocer si los efectos psicológicos era producto de la mastectomía en si misma o de la malignidad del tumor. Así pues, utilizaron una entrevista estructurada para dos grupos de pacientes uno de ellos estaba constituido por 23 mujeres mastectomizadas casadas y con vida sexual activa y el otro por 34 pacientes casadas y con vida sexual activa escogidas al azar de un grupo de pacientes quienes padecían diferentes tumores malignos. Los resultados mostraron que las pacientes con mastectomía se encontraron menormente deprimidas y con una mejor estabilidad emocional que aquellas pacientes con otro tumor maligno. Por lo tanto los autores concluyeron que el diagnóstico de malignidad fue el

factor más importante en la morbilidad psicosocial de estas pacientes .

Goin M.K. y Goin J.M. realizaron en 1981 un estudio sobre "la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas y la reacción hacia la reconstrucción de la mama".

Al hacer los autores una revisión en la literatura que trata de los efectos psicológicos generados por la mastectomía, encontraron que los disturbios psicológicos después de la mastectomía eran menos frecuentes e intensos en las mujeres postclimaterios. Estos documentos los motivó a realizar un estudio para comprobar este hecho.

Los resultados reportaron hechos que contradicen lo que aquellos documentos afirman. Durante las entrevistas las pacientes postclimaterio y mastectomizadas expresaban sentimientos de pérdida, depresión y vergüenza por los sentimientos sexuales que ellas mismas calificaban como inapropiados para su edad y aunque su stress se mostraban relativamente superficiales eran internamente traumáticos.

Estas relaciones (según los autores) fueron gracias a la serie de entrevistas que realizaron ya que hubo una disminución del uso de la negación y gracias al conocimiento que las pacientes tenían acerca de la posibilidad de la reconstrucción .

Un estudio sobre "mujeres mastectomizadas" realizado por Woods N. F., y Earo J. A. en 1978 reveló que las mujeres postcirugía no se sentían preparadas para su experiencia postoperatoria. Este estudio fue realizado con 49 pacientes postmastectomizadas en el norte de California, E.U. encontrándose que la existencia de molestias físicas afectó la calidad de vida de las pacientes puesto que se observó que las pacientes con un alto número de síntomas físicos tuvo un alto número de síntomas depresivos que las pacientes con pocas complicaciones. También se observó que la adaptación sexual estaba en función de la calidad de la relación sexual marital. El apoyo social intervino sobre la perspectiva mental de la pacientes en cuanto a los efectos de las complicaciones postcirugía pero siempre y cuando se alcanzaran los objetivos .

En un estudio muy interesante sobre "problemas psiquiátricos en el primer año postmastectomía", fue realizado por Maguire G. P., Lee E. G. y Bevington en 1978, el objetivo principal era el estudio de la morbilidad psiquiátrica asociada con la mastectomía. Para su realización utilizaron dos grupos: uno de ellos estaba constituido por 75 mujeres las cuales se monitorearon desde el momento en el que se presentaron como pacientes susceptibles de cáncer mamario hasta un año después de la

cirugía. El otro grupo lo componían 50 pacientes con tumores benignos de mama las cuales sirvieron como control.

A lo largo del período de seguimiento la incidencia de problemas psiquiátricos fue superior entre las pacientes que sufrieron de cáncer mamario. Un año después de la cirugía las estadísticas mostraron lo siguiente: 19 (25%) de las pacientes mastectomizadas comparadas con sólo 5 (10%) de el grupo control necesitaron tratamiento por ansiedad y/o depresión y el 16 (13%) comparadas con el 8% (3) respectivamente tuvo severas dificultades sexuales. En total 29 pacientes mastectomizadas, es decir, el 39% con sólo 6 mujeres del grupo control (12%) tuvo serios problemas psicológicos (ansiedad, depresión y sexuales). Asimismo se observó que de 8 mujeres mastectomizadas quienes pidieron ayuda para sus problemas emocionales sólo dos sintieron que la ayuda que recibieron fue adecuada. Así pues, los autores destacan la importancia que hay en detectar y tratar esos disturbios emocionales y recomiendan que se le capacite a las enfermeras y/o trabajadoras sociales en este campo .

Fallowield L. J., Baum M. y Maguire G. P. realizaron una investigación en 1986 sobre "efectos de la conservación de la mama sobre la morbilidad psicológica asociada con el diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer mamario. Se utilizaron 101 pacientes con cáncer mamario en etapas tempranas (T0, T1, T2, N0, N1, M0). Estas pacientes

mostraron no tener una fuerte preferencia por algún tipo de tratamiento (mastectomía o lumpectomía) así es que fueron escogidas al azar para uno u otro tratamiento. Se encontró que la incidencia de estados depresivos y/o ansiosos en las pacientes con mastectomía fue más alto (33%) en comparación con el encontrado en el otro grupo. Por otra parte se observó un incremento leve de estos estados (ansiedad y depresión) en las pacientes que se sometieron a la lumpectomía (conservación de la mama) después de la radioterapia. Estos hallazgos cuestionan la importancia que tiene el tratamiento de mutilación de la mama, pues, se le considera predominantemente responsable de la morbilidad psiquiátrica. Así pues, los autores sugieren que se de ayuda emocional a toda paciente con cáncer en mama, esta ayuda no necesariamente debe provenir de los cirujanos sino de otros profesionales de la salud .

Meyer L. y Ringberg A. en 1986 hicieron un estudio prospectivo de escalas psiquiátricas y psicosociales en pacientes con mastectomía bilateral. En el cual utilizaron a 25 pacientes operadas consecutivamente (mastectomía bilateral), las cuales fueron estudiadas a dos y doce meses postcirugía relacionando los resultados con los perfiles de personalidad y psicosociales obtenidos antes de la cirugía.

Las evaluaciones mostraron que en la postcirugía había dificultad en la aceptación de los resultados de la

mastectomía así como se observó disfunción sexual, reacciones depresivas y ansiosas. Por otro lado se probó que estas reacciones estaban asociadas con las características de personalidad.

Gottschalk L. A. y HoigaardMartin en 1986 hicieron una investigación sobre "el impacto emocional de las mastectomizadas". Para este estudio utilizaron diferentes escalas (el SCL90 Analogue, the Global Assessment Scale y Gottschalk Glesser Content Analysis Scale) para evaluar el estado emocional de cuatro grupos de pacientes:

- 125 pacientes con mastectomía unilateral en etapas I y II de cáncer mamario.
- 65 pacientes a quienes se les sometió a biopsia encontrándose tumor benigno en la mama.
- 75 pacientes a quienes se les sometió a colescistectomía (extirpación de la vesícula biliar) y,
- 84 mujeres saludables sin ninguna intervención quirúrgica.

Los resultados fueron los siguientes: en el Gottschalk Gleser las mujeres mastectomizadas presentaron significativamente alta las siguientes escalas: ansiedad, ansiedad a la muerte, ansiedad a la mutilación, ambivalencia de afectos, total negación y desesperanza.

En el S C 1 90 se observò que el grupo de mastectomizadas presentò significativamente alta las escalas de ansiedad y de depresiòn.

Finalmente en la escala de bienestar emocional el grupo de mastectomizadas y el de colecistectomía se observaron significativamente inferior que el grupo de mujeres saludables.

En conclusiòn se encontrò que las pacientes mastectomizadas presentaron significativamente más respuestas psicopatológicas (emocionales) seguido por el grupo de colecistectomía y minimamente estas respuestas se observaron en el grupo de biopsias.

Al revisar estas investigaciones se observò que las secuelas psicológicas de la mastectomía son diversas y complicadas tanto para detectarlas como para tratarlas. En la mayor parte de estos estudios sobresalieron los estados depresivos y ansiosos. Asimismo se observò que en estas investigaciones destacan la importancia de la participaciòn de otros profesionales de la salud para asistir adecuadamente los conflictos psicológicos consecuencia de cualquier tratamiento oncológico.

Se han hecho estudios que investigan la sensaciòn que la paciente percibe despuès de la mastectomía ("fantasma de

mama"). Han buscado relacionar este fenómeno con algunos aspectos psicológicos, tal es el caso de Christen K., BlichertTolft M., Richard C. y Beckman quienes hicieron en 1982 una investigación sobre "síndrome del fantasma de mama en mujeres jóvenes después de la mastectomía. La muestra fue de 31 pacientes mastectomizadas, 11 de ellas (35%) desarrollaron el síndrome de fantasma de mama. Después de 6 y 12 meses postcirugía, se les invitó a participar en una investigación en donde se estimó las reacciones psicológicas, condición social y secuelas físicas. Se pretendió relacionar estos factores con la presencia del fantasma de mama. Los resultados mostraron que no hay una correlación entre el fantasma de mama y las secuelas físicas postcirugía, ni tampoco con el lado en donde fue ejecutada la mastectomía. Sin embargo, aunque no alcanzó un nivel de significancia satisfactoria, se observó que en el grupo que presentó fantasma de mama tuvo una predominancia definitiva de un daño severo en la autoimagen y una disfunción sexual en comparación del grupo que no presentó fantasma de mama. La identificación sexual, ansiedad, desordenes afectivos y los conflictos en la relación interpersonal dentro de la familia no revelaron ningún patrón definitivo.

Según los autores la presencia de el fantasma de mama podría ser vista en relación con las complejas reacciones psicológicas a la mastectomía .

En 1985 Staps T., Hooghnout J. y Wobbes T. hicieron un estudio sobre "la sensación del fantasma de mama postmastectomía". En este estudio la muestra fue de 89 pacientes mastectomizadas en quienes se observó la incidencia y naturaleza de la sensación fantasma de mama, 29 de las pacientes reportaron experimentar dolor y comeción en la mama con la sensación vaga de tener todavía la mama operada en su lugar. Esta sensación generalmente se presentaba en los primeros tres meses postcirugía. La duración variaba de pocos segundos a pocos minutos, hubo grandes diferencias individuales en cuanto a la frecuencia de la presencia de dicha sensación, el 41 % la experimentaron muchas veces al mes.

La ocurrencia del fantasma de mama no tuvo relación alguna con el lado de la operación (izquierdo o derecho), con la radioterapia, con la quimioterapia adyuvante, con un cierto patrón de conducta sexual o con la historia de lactación. Sin embargo se observó que las pacientes con fantasma de mama eran generalmente jóvenes, premenopausicas y multíparas. Según los autores estos factores podrían ser usados para indicar la probabilidad de desarrollar el fantasma de mama.

En general en este subtema se ha visto que la mastectomía genera trastornos emocionales significativos en las pacientes tales como depresión inconformidad con su

imagen corporal (mostrando daño severo), insatisfacción sexual, miedo a la recurrencia, inadaptación social, rasgos paranoides, hipocondriasis y psicastenia.

Estas investigaciones demuestran que aquellas pacientes a quienes se les sometió a radio terapia o que presentaron síntomas físicos mayores o complicaciones muestran mayor depresión, ansiedad así como una gran preocupación a la recurrencia.

Con lo expuesto hasta ahora se confirma la importancia que se le debe dar a las secuelas psicológicas no sólo en este tipo de mutilaciones sino en todos los tratamientos que dejan un estigma pernicioso para la imagen corporal de los pacientes.

I.2.2. ASPECTOS SEXUALES

Los aspectos sexuales de las pacientes mastectomizadas son de igual importancia que los aspectos anteriormente tratados. No obstante por ser éste un tema cargado de connotaciones, algunas de ellas negativas, las pacientes suelen abstenerse de comentar cualquier conflicto que tuvieran en esta área. Por lo que debemos tomar ciertas medidas para detectarlos a tiempo y darles una mejor solución.

Es de esperarse que las pacientes postmastectomizadas tengan inquietud por conocer lo que va a pasar con su vida sexual. El hecho que de verse amputada es, quizá la razón de extremar cuidados y reprimir el deseo sexual al sentirse "otra", sin atractivo físico. Es muy probable que la relación sexual ya no sea espontánea, y que se llegue al extremo de rechazar o a molestarle que su compañero le toque el otro seno. Habrá quienes tengan dificultad al desnudarse y quizá solo se sientan satisfechas al tener relaciones en la obscuridad. En el mejor de los casos la mujer que disfrutaba con las sensaciones de sus senos puede encontrar junto con su compañero la sensualidad en otras partes de su cuerpo así como también intentar juntos otras posiciones para el coito evitando así lastimar el lado herido logrando con ello gozar la relación carnal. Algunos autores afirman que el alcanzar el éxtasis en las relaciones sexuales

mejoran en gran medida la estabilidad emocional de las pacientes. Por lo tanto es evidente que la participación del cónyuge es muy importante para la adaptación sexual de la paciente, debido a que es él el más indicado para ayudar a su esposa a recuperar la confianza en sí misma. Es por eso que es imprescindible dirigir y asesorar tanto a la paciente como a su pareja para que se proporcionen mutuamente esa seguridad que tal vez perdieron después de la cirugía.

Como producto del interés sobre este tema expondré algunas de las investigaciones que se han hecho al respecto:

En 1987 Northouse L. L. realizó una investigación sobre "la adaptación de las pacientes y de sus cónyuges al impacto inicial del cáncer mamario".

Se utilizaron 50 parejas con diagnóstico de cáncer mamario y un grupo control de 50 parejas saludables para comparar la adaptación psicológica al diagnóstico de cáncer y a la mastectomía en dos puntos determinados de su vida. El primero fue al tercer día después de la cirugía y el segundo fue a los 30 días postcirugía.

Para evaluar la adaptación psicológica se utilizaron los siguientes test multidimensionales; The Affects Balance

Scale, The Brief Symptom Inventory and The Psychosocial Adjustment to Illness Scale.

El análisis de estas medidas en el primer tiempo y en el segundo indicaron que la medida de los esposos no difiere significativamente de la medida de las pacientes en cuanto a la adaptación en el nivel de humor y la cantidad de síntomas de stress significativamente más alto que el nivel reportado de la población control. Los pacientes y sus respectivos esposos difieren solo en la medida de adaptación donde se aprecia problemas en los roles psicosociales, las pacientes mostraron tener más problemas de adaptación en su rol que sus esposos. Asimismo se observó que las pacientes y sus cónyuges reportaron cambios dramáticos en el nivel de humor del tiempo uno para el tiempo dos, mientras que no se observaron cambios significativos en el nivel de stress entre ambas situaciones.

Por su parte Christensen D. N. en 1983 elaboró un estudio sobre "el matrimonio después de la mastectomía".

Bajo la influencia de las evidencias que sugieren que el tratamiento del cáncer mamario produce traumas psicosociales en ambos miembros de la pareja por la pérdida de la mama o desfiguración física, el autor realizó una investigación en donde evaluó los efectos en la pareja seguida de la mastectomía, para el cual se utilizaron 20

parejas asignadas al azar a la condición experimental y al grupo control, se les administró antes y después de la cirugía una evaluación del tratamiento en donde se midieron cambios en la felicidad de la vida conyugal, satisfacción sexual, depresión, autoestima, ansiedad y disconformidad emocional. Los resultados mostraron una diferencia, aunque no significativa, entre el grupo experimental y el grupo control en cada una de las variables dependientes. Concluyen que la mastectomía afecta de alguna manera la vida conyugal de las pacientes.

Witkin M.H. en 1978 realizó un estudio sobre "aspectos psicosexuales" en las pacientes mastectomizadas así como también el beneficio que podría resultar al darles a las pacientes asesoría profesional. El instrumento que utilizó para evaluar estos aspectos fue básicamente una entrevista semidirigida la cual se aplicó a las pacientes y a sus esposos. Los resultados revelarán importantes aspectos:

- 1) el interés primario de la mayor parte de las pacientes mastectomizadas fue el recuperar o remplazar el autoconcepto sexual;
- 2) el importante papel que juega la actitud de la pareja o amante para el autoconcepto;

3) la mayor parte de conyuges estaban muy dispuestos y deseosos por ayudar, y

4) los consejeros psicosexuales fueron estimados como de gran ayuda para ellos.

Wellisch D.K., Jamison K.R. y Pasnau R.O. hicieron un estudio sobre "los aspectos psicosociales de las mastectomizadas". El interés de este estudio estaba enfocado a estimar los factores relacionados con la adaptación de los conyuges de las mastectomizadas, para ello los autores administraron un cuestionario a 31 parejas de las pacientes mastectomizadas. Los resultados reportaron que la mayor parte de los hombres tenían una buena y completa adaptación y una minoría reportó no tener dicha adaptación mostrando efectos adversos en la relación con su pareja. Los autores sugirieron que esto puede relacionarse con la actitud inicial del cónyuge con respecto a la operación (una participación activa en la decisión y en el proceso del tratamiento del cáncer mamario, frecuencia de visitas al hospital, la relación sexual premastectomía y el tiempo que tarda después de la cirugía para mirar el aspecto de su esposa).

Por otra parte se ha comprobado en algunas investigaciones que la reconstrucción de la mama beneficia a la paciente especialmente en el área de la sexualidad tal es

el caso de Teimourian B. y Adham M. N. que en 1982 realizaron un estudio sobre "las respuestas de las pacientes después de la reconstrucción". En este estudio fueron evaluadas las respuestas de 100 pacientes con reconstrucción de mama por medio de un cuestionario. Se observó que la disponibilidad de la reconstrucción no influye la decisión para aceptar la mastectomía en un 63% de las pacientes pero sí como un incentivo en un 24%. Asimismo se observó que el 92% aceptó la reconstrucción de la mama así como también hubo un incremento de la expresión sexual en un 45% de las pacientes lo cual fue un gran beneficio para el estado emocional de las mismas.

Hasta aquí he tratado de dar un breve panorama sobre la situación en que se encuentra la paciente mastectomizada y como señalé al principio de este subtema las secuelas en el área sexual son complejas y difíciles de detectar pero sin embargo hay soluciones.

I.2.3. ASPECTOS PSICOSOCIALES

Sobre este aspecto se han hecho algunas investigaciones, las cuales presenté a continuación:

Taylor S. D., Lichtman R.R., Wood J.V., Bluminy A.Z., Dosik G.M. y Leibowitz R.L. en 1985 hicieron un estudio sobre "factores de la enfermedad y el tratamiento". Se

entrevistaron y se revisaron las historias clínicas de 78 pacientes con el objeto de buscar la relación de la enfermedad y de el tratamiento con la adaptación psicosocial. Los resultados mostraron que el pobre pronóstico y más aún la cirugía radical ambas independientemente predisponen a la paciente para un mal o pobre adaptación psicosocial. Por otra parte se observó que los sentimientos de desfiguración depende más por los transtornos en la relación sexual y afectiva de las pacientes más que por el pronóstico.

Wellisch D.K., Schain W. y Noome R.B. en 1985 investigaron sobre "los aspectos psicosociales en dos grupos de pacientes: con reconstrucción tardía". Se evaluó a ambos grupos de pacientes con diferentes tiempos de la cirugía plástica; uno enseguida de la mastectomía y el otro después de meses. La muestra fue de 25 y 38 pacientes respectivamente en quienes se determinaron diferentes aspectos psicosociales, los cuales fueron estimados por medio de un inventario standarizado de síntomas y por un cuestionario especialmente diseñado como un autoreporte en donde los reactivos investigaron aspectos de la mastectomía y de la reconstrucción. El inventario standarizado de síntomas reveló que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos excepto que se observó cierta dificultad al mover el brazo en las pacientes del grupo de cirugía

plástica inmediata. En cuanto al autoreporte se observó que las pacientes con cirugía plástica inmediata se mostrarán más angustiadas al recordar la cirugía de la mastectomía. Mientras que las pacientes con cirugía plástica tardía se observaron con más dificultades en las escalas de aspectos psicosociales especialmente en la adaptación al medio ambiente.

En 1988 Northouse L. realizó un estudio sobre "la adaptación al cáncer mamario por medio del apoyo social proporcionados tanto a la paciente y a su cónyuge". Se utilizaron 50 pacientes con sus respectivos cónyuges, se evaluaron al tercer día después de la cirugía para determinar la naturaleza de la relación entre el apoyo social y la adaptación psicosocial de las pacientes y de sus esposos.

Los resultados indicaron que la adaptación psicosocial de las pacientes y de sus esposos estaban en función con el grado de apoyo social, las pacientes y sus esposos quienes reportaron un alto nivel de apoyo social reportaron pocas dificultades en la adaptación psicosocial en ambos tiempos (tres y treinta días postcirugía). Los autores señalan que hubo diferencias significativas entre esposas y esposos ya que los cónyuges de las pacientes recibieron menos apoyo de parte de sus amigos, enfermeras y médicos. Por lo que los autores subrayan la importancia de apreciar el recurso de

apoyo social no solamente para la paciente sino también para el esposo.

Holland J.C. y Jacobs E. en 1986 publicaron un artículo sobre "las secuelas psiquiátricas después del tratamiento quirúrgico del cáncer mamario". En el cual hablaron sobre la importancia de la rehabilitación de las pacientes mastectomizadas por medio del apoyo social.

El carcinoma mamario ha sido cuidadosamente estudiado, especialmente las secuelas psicológicas que genera el cáncer y su tratamiento por lo que se ha desarrollado un gran interés por asistir a la paciente y a su familia para lograr una mejor adaptación al cáncer mamario, así como para su tratamiento. Muchas veces se han desarrollado intervenciones de autoayuda por la misma paciente, es decir, las pacientes forman grupos de mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas de cáncer mamario consiguiendo con ello adaptarse e integrarse a su medio. Los autores afirman que este modelo en desarrollo "apoyo emocional al cáncer mamario" podría ser aplicado para el manejo psicológico de pacientes con cáncer en otros sitios particularmente aquellos que traen consigo un alto grado de stress emocional y en donde el tumor se encuentre en una zona que demanda una adaptación individual.

El impacto psicosocial de las mastectomizadas y de sus esposos suele a veces pasarse por alto sin embargo es una experiencia nefasta para ambos; a las mujeres se les es difícil tolerar y superar algunas de las reacciones de los demás al ver su estigma y/o apariencia. Por su parte los compañeros también tienen que enfrentar algunas insolentes críticas que escucha sobre su esposa o simplemente tolerar las miradas indiscretas que la gente suele hacer cuando notan algo raro en los demás. Esto y otros múltiples problemas tienen que superar la pareja y para ello necesitan la comprensión y la ayuda de la sociedad tanto médica como civil.

I.2.4. ASPECTOS PSIQUIATRICOS

En cuanto los aspectos psiquiátricos citaré un estudio que hizo Dean C. en 1987 sobre "la morbilidad psiquiátrica después de la mastectomía".

Esta investigación se llevó acabo con 122 mujeres en dos puntos determinados de su vida, uno antes de la mastectomía y el otro 12 meses después de la cirugía. Los resultados mostraron que el 26% de la muestra tuvieron síntomas psiquiátricos leves sólo el 5% de las pacientes fueron consideradas como psiquiatricamente enfermas por médico psiquiatria. También se relacionó el estado psiquiátrico postcirugía con el estado psiquiátrico

preoperatorio, el estado marital de la paciente, la menopausia y la clase social. Concluyendo que estos factores podrían ser predictores de los trastornos psiquiátricos postcirugía.

En la revisión que hice de todas las investigaciones hechas desde 1977 a 1989 sobre las secuelas psicológicas de la mastectomía solo encontré este estudio que habla sobre la morbilidad psiquiátrica, parece ser que no es muy alto el número de pacientes que desencadenan psicopatías después de la mastectomía. Sin embargo si debemos considerar esta posibilidad.

I.2.5. ASPECTOS ESTETICOS

En este apartado me enfocaré básicamente a la reconstrucción de la mama como una alternativa para la rehabilitación tanto física como psicológica de la paciente mastectomizadas. Para ello citaré algunas investigaciones así como dos artículos que destacan este importante aspecto.

Al principio del año de 1989 Angelo T. M. y Gorrel C.R. hicieron un artículo sobre "la reconstrucción de la mama" en donde consideran a la reconstrucción de la mama como una terapia coadyuvante para la rehabilitación emocional de la paciente mastectomizada ya que puede incrementar la autoestima de la paciente así como ayudarla a adoptar una

actitud positiva en cuanto a su imagen corporal. Además, afirman que esta cirugía es una intervención menor (en comparación a la mastectomía) en donde se recupera la simetría de la mama utilizando tejido fino y suave de alguna parte del cuerpo, ya que los restos de piel después de la mastectomía son adecuados cualitativamente pero inadecuados cuantitativamente. Así pues la reconstrucción de la mama esta disponible virtualmente para toda mujer que ha sido mastectomizada.

Filiberti A., Tanburini M., Murru L., y Louo G. F. en 1986 realizaron un estudio sobre "efectos psicológicos y los resultados estéticos de la reconstrucción después de la mastectomía". Se utilizaron 84 pacientes quienes optaron por la reconstrucción de la mama, se les mando por correspondencia un cuestionario con el fin de recopilar la mayor información posible acerca de este tema, se abarcó los siguientes puntos; status social, razón por la que optó por la reconstrucción, aceptación y ventajas que la reconstrucción trae consigo, satisfacción con los resultados obtenidos desde el punto de vista estético, cantidad de información que poseen sobre la reconstrucción, así como la fuente que les proporcionó dicha información. 43 pacientes (51%) contestaron completamente el cuestionario. Una vez analizados e interpretados emergió los siguientes factores; 33 pacientes (76%) reportaron estar satisfechas con los resultados estéticos de la reconstrucción. 16 pacientes

aseguraron que se inclinaron por la cirugía reconstructiva debido al gran deseo de probarse a ellas mismas que han superado la enfermedad y 16 pacientes más lo hicieron por no aceptar su imagen después de la cirugía (mastectomía). En cuanto a las ventajas de la reconstrucción, 17 pacientes mostraron creer que la reconstrucción podría ayudarlas a rechazar aquellos sentimientos internos negativos acerca de la pérdida de la mama. Así pues, los autores concluyen que la reconstrucción es indudablemente un elemento de primera importancia para las pacientes mastectomizadas especialmente para su rehabilitación física y psicológica.

Schain W.S. Wellisch D.K. y Rasnaw R.O. en su estudio sobre "los factores psicológicos en las mujeres con cirugía reconstructiva inmediata y tardía" observaron a tres grupos de pacientes mastectomizadas, a uno de ellos se les reconstruyó la mama inmediatamente después de la mastectomía, a otro se le reconstruyó después de un año. Se observó que tanto el grupo de reconstrucción inmediata como el grupo que se le reconstruyó mucho después del año presentaron niveles similares de síntomas psicopatológicos los cuales fueron levemente bajos que el reportado por las mujeres a quienes se les reconstruyó en menos de un año. Por otra parte, los autores observaron que el deseo de usar vestidos y el de deshacerse de la prótesis externa fueron factores comunes en los tres grupos que motivaron a las pacientes para recurrir a la reconstrucción de la mama, En

cuanto al deseo sexual y, o el estado marital, los autores estiman que aunque fue un factor menos común se podría revisar con más precaución en una futura investigación.

Por otro lado Gyllenskiold K. y Glaumann B. en su estudio sobre "aspectos psicológicos de la mastectomía" hecho en 1985 hace un reportaje en donde describió cómo las pacientes reaccionaron después de la reconstrucción señalando que las pacientes a quienes se les sometió a la mastectomía, acompañada simultáneamente por la inserción del implante tiene que enfrentarse a dos diferentes factores: la pérdida de la mama y la súbita adquisición de el sustituto no familiar. Los autores indican que estos factores pueden interferir en forma perjudicial para el tratamiento. Asimismo sugieren que esto puede ser mejorado si ellas se dan la oportunidad de prepararse psicológicamente para el implante empezando por aceptar la pérdida de la mama seguido por la buena preparación informativa de lo que consiste la reconstrucción que le ayudará a familiarizarse con el futuro implante así como buscar "apoyo emocional".

Antes de que el anterior estudio se realizará Deam C. Chetty U. y Forrest A.P. realizaron en 1983 una investigación similar encontraron resultados opuestos a los que dos años después reportaron Gyllenskiold K. y Glaumann B. El estudio se trató sobre "los efectos de la reconstrucción inmediata de la mama sobre la morbilidad

psicológica", fue llevado a cabo en 64 mujeres mastectomizadas a las cuales se les asignó fortuitamente a dos grupos; uno con reconstrucción inmediata y el otro con reconstrucción de la mama después de 12 meses. Ambos grupos fueron evaluados tres meses después de la reconstrucción. Se observó que las pacientes a quienes se les reconstruyó inmediatamente presentaron baja morbilidad psiquiátrica predominando esta característica en las pacientes con insatisfacción marital. También observaron que las pacientes con reconstrucción inmediata mostraban menos repulsión a su apariencia al desnudo que las pacientes a quienes se le reconstruyó doce meses postmastectomía. Por lo que los autores concluyen que la reconstrucción de la mama inmediata proporciona a la paciente más libertad y seguridad al vestirse.

Finalmente presentaré un artículo hecho en 1983 por Daniel R. K. y Maxwell G.P. en donde explican el por qué de la importancia de la reconstrucción en las pacientes mastectomizadas. Refieren los autores que la reconstrucción de la mama es una parte integral y valiosa en el manejo de las pacientes con cáncer mamario, debido a que es una esperanza que se le ofrece a la paciente, restitución de su órgano, así como a la vez reduce significativamente el trauma psicológico generado por la mastectomía. Aseguran que si se continúa mejorando la cooperación entre cirujano oncólogo y el cirujano plástico se le podrá dar a la

paciente una valiosa ayuda para su regreso a la sociedad como un miembro funcional y no como un sobreviviente lisiado.

En este subtema he mostrado que la reconstrucción de la mama es parte muy valiosa de la rehabilitación psicológica de la paciente mastectomizada ya que proporciona directa e indirectamente la seguridad y confianza para seguir viviendo como una persona "normal", con una autoimagen y una autoestima aceptable, evitando sentirse observada y criticada por su apariencia física.

Por otra parte parece ser que no esta bien claro si la reconstrucción inmediata es ó no es beneficiosa para el estado emocional de la paciente. Como se ha visto, hay estudios que apoyan una u otra postura, sin embargo estos resultados aparentemente paradójicos nos da la pauta para seguir investigando este aspecto con más precaución al observar las posibles variables que pudieran influir para dar uno u otro resultado.

I.2.6. ASPECTO CULTURAL

En este subtema presentaré un estudio que en lo personal me pareció muy interesante por los resultados que se obtuvieron, en donde se observa la gran influencia que la

cultura de un pueblo ejerce en la percepción de ciertas enfermedades y sus tratamientos.

Niel C.J., Roode F. y Wet J. I. en 1985 hicieron un estudio sobre "la actitud hacia la mastectomía en las mujeres sudafricanas". Según los autores es necesario aclarar que no hay un estudio previo a este en donde se reporte sobre la aceptación y las actitudes hacia el tratamiento del cáncer mamario entre las mujeres blancas de sudafrica.

En este estudio se evaluaron a pacientes postmastectomizadas por medio de un cuestionario de 100 preguntas, las cuales abarcan aspectos como edad, estado socioeconómico y marital, ocupación, qué efectos tiene el conocimiento de la enfermedad sobre la reacción generada por el diagnóstico de cáncer mamario, actitud hacia la mastectomía y la adaptación física y psicológica de las pacientes. Los resultados concluyentes de este estudio fueron los siguientes; las mujeres sudafricanas desean efectivamente el tratamiento del cáncer mamario, el ajuste físico y psicológico fueron realizados sin ningún problema por la mayor parte de las pacientes y finalmente se observó que la cirugía reconstructiva no es altamente demandada por estas pacientes.

CAPITULO II

MASTECTOMIA

En este capítulo se hablará sobre varios tópicos que circundan a la mastectomía, comenzaré por explicar a grandes rasgos la función que desempeña el crecimiento del seno en la pubertad desde un enfoque fisiopsicológico, después hablaré sobre el papel que desempeña el seno tanto en la vida sexual como en la maternidad así como también analizaré la importancia de la influencia de la sociedad en la formación de estereotipos femeninos. Finalmente hablaré sobre el cáncer mamario, su etiología y su tratamiento.

II.1. CRECIMIENTO DEL SENO Y SU FUNCION EN LA SEXUALIDAD

La pubertad significa el comienzo de la vida sexual adulta en la mujer. El ciclo sexual depende completamente de un aumento gradual de la secreción de hormonas gonadotrópicas secretadas por la adenohipófisis. Los ovarios que no son estimulados por hormonas gonadotrópicas se conservan completamente inactivos, lo cual ocurre durante toda la infancia, cuando la adenohipófisis casi no secreta hormonas. A la edad de ocho años aproximadamente, la hipófisis anterior empieza a secretar progresivamente cantidades crecientes de hormonas gonadotrópicas, culminando en la iniciación de la vida sexual adulta entre los 11 y 15

años de edad, lo que se le denomina la pubertad. En este período las mamas comienzan a desarrollarse, esta evolución es estimulada por los estrógenos de los ciclos menstruales que aceleran el desarrollo del estroma y del sistema de túbulos, además de facilitar el depósito de grasa que comunica su masa y forma a estos órganos. Sin embargo, cuando se produce un crecimiento considerable es durante el embarazo, y sólo durante este estado se adapta el tejido glandular a la producción de leche (1).

Debido a la influencia de varios factores psicosocioculturales los senos conforman parte importante de la belleza de la mujer, por ende existe en ellas inquietud y preocupación en el cuidado de los mismos; tanto si son excesivamente pequeños como si son demasiados grandes, ovalados o caídos. Así pues la joven tratará de afirmarlos o buscará la forma de desarrollarlos o reducir su tamaño para que adopten la forma correcta de esos estereotipos fijados por la sociedad.

Los senos en la mujer como otras partes del cuerpo constituyen no solo una atracción física sino también sexual para muchos hombres. Además es una área erógena muy sensitiva en la mujer, algunas sienten tal excitación al serles estimulados los senos que les facilita llegar al orgasmo; sin embargo hay quienes les desagrada

(1) Tratado de Fisiología , Guyton Arthur 1977.

particularmente. En uno u otro caso los senos de una mujer se pondrán turgentes y más llenos y los pezones quedarán erectos durante la excitación.

II.2. LACTANCIA

Durante todo el embarazo la gran cantidad de estrógenos que produce la placenta hace que crezca y ramifique el sistema de conductos de la mama. A su vez aumenta en cantidad el estroma de las mamas, y entonces se depositan en él grandes cantidades de grasa.

Se necesitan pequeñas cantidades de hormonas de crecimiento de la hipófisis o de hormona lactógena de placenta humana para que aquellos estrógenos actúen sobre las mamas. Estas dos últimas hormonas producen depósito de proteínas en las células de la glándula, cosa indispensable para su desarrollo.

La acción sinérgica de estrógenos y hormonas de crecimiento solo permite el desarrollo en la mama de un sistema lobulillo-alveolar primitivo, junto con el crecimiento de los conductos; pero la acción simultánea de la progesterona significa crecimiento de los lobulillos, desarrollo de los alveolos y la aparición de características de secreción en las células de los mismos. Es evidente que

estos cambios son similares a los que ejerce la progesterona sobre el endometrio del útero.

La prolactina es la hormona que más probablemente guarde relación con la secreción de leche después del parto. En animales inferiores la prolactina tiene poderoso efecto después del parto. En animales inferiores la prolactina tiene poderosos efecto sinérgico con estrógenos y progesterona para estimular el desarrollo del sistema secretorio alveolar de la mama. Por lo tanto, se admite que desempeña un papel similar en la especie humana, ayudando al desarrollo final de las mamas para la lactancia. Es posible que la hormona lactógena de la placenta humana puede desempeñar el mismo papel en el embarazo. Esta hormona posee propiedades fisiológicas casi idénticas a las de la prolactina, aunque todavía no se sabe gran cosa al respecto.

Además de la prolactina, se necesitan por lo menos tres hormonas generales para lograr el metabolismo básico adecuado antes que se desarrollen las mamas. Los cuales son los siguientes: hormona tiroidea, corticosteroides suprarrenales e insulina. Sin embargo, estas hormonas parecen ejercer un efecto "permisivo" en lugar de una acción específica en el desarrollo de la mama.

Al final del embarazo las mamas de la madre se encuentran en condiciones adecuadas para amamantar; pero

mientras no nace el niño, solo se producen cada día unos cuantos mililitros de líquido. Este líquido se llama calostro; contiene prácticamente las mismas cantidades de proteínas y lactosa que la leche, pero casi ninguna grasa; su rapidez de producción es 100 veces menor que la producción de leche que se instalará después.

El que no se produzca leche durante el embarazo parece ser debido a una acción inhibidora de los estrógenos y la progesterona sobre el proceso secretorio de la mama y también sobre la secreción de prolactina por la adenohipófisis.

Inmediatamente después de nacer el niño la suspensión brusca de la secreción placentaria tanto de estrógenos como de progesterona suprime los efectos inhibidores de estas dos hormonas, y permiten que la hipófisis anterior produzca grandes cantidades de prolactina. La prolactina estimula la síntesis de grandes cantidades de grasa, lactosa y caseína por las células de la glándula mamaria; al cabo de dos o tres días, las mamas empiezan a secretar en abundancia leche en vez de calostro.

Se secreta leche continuamente en los alveolos de las mamas; pero esta leche no fluye con facilidad del alveolo al sistema de conductos y, por lo tanto, no gotea continuamente de los pezones. Pero la leche deber ser "eyectada" u

"ordeñada" de los alveolos a los conductos antes de que el niño la pueda obtener. Este mecanismo se debe a una combinación de reflejos neurógenos y hormonas en los cuales la hormona oxitocina desempeña el papel siguiente:

Cuando el niño chupa el pezón se transmiten impulsos sensitivos a lo largo de los nervios somáticos, hacia la médula, y de allí al hipotálamo donde desencadena la secreción de oxitocina y, en menor producción de vasopresina. Estas dos hormonas, la primera sobre todo, llegan a las mamas vía sanguínea y provoca la construcción de las células mioepiteliales que rodean las superficies externas de los alveolos, así es expulsada la leche de los alveolos a los conductos. En los treinta segundos a un minuto después que el niño empezó a chupar el pezón empieza el flujo de leche. El proceso recibe el nombre de eyección láctea.

El estímulo de una mama desencadena secreción de leche no solo en esta mama, sino también en la otra. Es interesante el hecho de que el ruido de la criatura llorando muchas veces basta para provocar el vaciamiento de la leche (2).

(2) Fisiología Médica, Guyton Arthur 1977.

Hasta aquí hemos revisado el complejo proceso que implica la lactancia ahora hablaré sobre la importancia que tiene éste período en la mujer.

Hablar de la lactancia es hablar de una característica muy particular de la mujer, esta característica y la capacidad de reproducción simbolizan de alguna manera la "femineidad", por lo que estas funciones son para la mujer faces importantes de su vida que le permiten alcanzar su completa realización.

Indudablemente el poder de amamantar a un hijo lleva implícito diversos sentimientos, estos estaran en función de cada persona es decir, existe gran influencia de la actitud que la madre tenga desde el momento de saberse embarazada hasta después del alumbramiento, cuando se entere del sexo de su bebe, incluso también depende de lo que ella considere adecuado o idóneo tanto para sí misma (belleza o femineidad) como para su bebe (alimentación). Así pues los sentimientos que genera el amamantar estará en función de la actitud de la madre; hay mujeres que gozan esos momentos sintiendose a la vez realizadas, hay otras que les es indiferente, pero hay quienes se sienten "castigadas" al hacerlo, obtando por la alimentación artificial.

La alimentación artificial se utiliza en Egipto y en otros pocos países ya desde el primer siglo D. C., sin

embargo, este método de alimentación artificial solo era empleado por una pequeñísima minoría de mujeres ricas (3).

Actualmente la mayor parte de madres prefieren alimentar artificialmente a su bebe, las razones son muchas, entre de ellas esta la publicidad que se le hace a este tipo de alimentación, algunas de ellas aseguran que este tipo de alimentación le proporciona al bebe más proteínas y nutrientes que la leche materna, otras llevan mensajes subliminales de comodidad y tranquilidad cuando es alimentado el bebe. Ciertamente los cambios que ha sufrido nuestra sociedad, incluyendo los cambios en el status de la mujer y en lo que ella espera de la vida, así como la aversión social por la desnudez que condujo a un recato excesivo, han influido en gran medida en la decisión de las madres por la alimentación artificial.

Pese a esto, hoy en día es bien sabido que la leche materna es un alimento excepcional. Los niños alimentados con leche materna estan protegidos en diferentes grados, contra la diarrea infantil, infecciones respiratorias, alergia eczema, fiebre del heno, asma, resfriados, bronquitis, neumonía, rubeola, escarlatina, y polio (Baum, 1971; Jellife & Jellife, 1964). Hay también investigaciones que demuestran que los niños alimentados con leche materna

(3) Psicología del Desarrollo, Diane E. Papalia 1975.

tienen más posibilidades de tener dientes sanos (Tank, 1965) y menos propensión a la obesidad (Fomon, 1971), o a sufrir de arteroesclerosis prematura (Fomany, 1971).

Cabe mencionar que existe controversia, en cuanto a que amamantar al bebe le proporciona beneficios psicológicos. Hay investigaciones que demuestran esto, pero también existen otras que aseguran que no hay ninguna razón por la cual los niños que sean alimentados artificialmente y criados con mucho amor no pueden crecer sanos y ser individuos bien adaptados. Por lo tanto aunque la lactancia es preferible desde varios puntos de vista la calidad de la relación entre madre e hijo parece ser más importante que el método de alimentación. Indudablemente de una u otra forma, alimento o no al bebe, el seno sera para la madre un órgano importante para concebirse asi misma como mujer.

II. 3. CULTURA Y SOCIEDAD

Hay paises como el nuestro en el que la mujer es bombardeada y presionada por la sociedad en la que vive. Desde la infancia a la mujer se le "invita" a preocuparse por su apariencia física más que por desarrollar sus potencialidades, se les educa de cierta forma que se le induce y motiva a ser sumisa, indulgente y dependiente, sobre todo se le hace ver y sentir que será amada más por su belleza y simpatía que por su destreza o audacia.

La necesidad de ser amado es experimentada igualmente por los niños que por las niñas, pero por ahí de los dos años (finales) y tres años comienza la diferencia sexual en donde los niños desearan ser amados y elogiados por ser fuertes y porque pueden hacer mas cosas, mientras que las niñas desearan ser amadas por su belleza (4). Obviamente estos deseos estaran dirigidos o influenciados por el tipo de educación y motivación proporcionada por los padres y posteriormente por la sociedad. A partir de aquel momento los caminos de los niños y de las niñas se separaran persiguiendo el mismo objetivo pero de diferente manera. Y al seguir la trayectoria del desarrollo hasta la madurez la impresión de dicha diferencia definida es agudizada; las mujeres en general, trataran de ser amadas por lo que son , y los hombres por lo que logran, las primeras por su belleza y encantos y los segundos por sus acciones. La obsesión de ser bellas es incrementado por la publicidad de ciertos productos en donde destacan ciertas características físicas de la mujer. En la actualidad las propagandas tiene gran contenido erótico utilizando imágenes (en la mayor de las veces de mujeres) para conseguir su objetivo (aumentar la demanda del producto). Es así como la imagen de la mujer es comercializada como objeto sexual. Esto mismo sucede en los certámenes de belleza, en donde se reitera la "necesidad" de ser atractiva para ser amada. Evidentemente esto es sólo una parte del bombardeo social, en donde la integridad de la

mujer es afectada generándole inseguridad e inconformidad con su imagen corporal. Asimismo hace que la mujer ponga toda su atención, energía y capacidad para mejorar su apariencia física, olvidándose que hay cosas en ella misma más importantes que el tratar de alcanzar un ideal de belleza, como lo es su potencial intelectual (obviamente no explotado al máximo) y sus cualidades humanas.

II.4. MASTECTOMIA

Antes de hablar de la mastectomía es necesario explicar someramente qué es el cáncer en general, y en particular qué es el cáncer mamario, su etiología y tipos de tratamiento (biopsia, mastectomía radical, mastectomía radical modificada y finalmente la mastectomía simple).

II.4.1. CANCER

El cáncer es una enfermedad en la que ciertas células normales principian a crecer incontrolablemente. Hay más de cien formas distintas de cáncer; se encuentra en todos los órganos, lo mismo que en los huesos y en la sangre. Esta enfermedad es más antigua que el hombre. Se ha encontrado evidencias de ella en fósiles de dinosaurios. Los egipcios escribieron respecto a ella en sus pergaminos de papiro, y los cirujanos hipocráticos la estudiaron en Grecia.

Las causas del cáncer han confundido a los científicos a través del tiempo, y aún ahora solo son comprendidos escasamente. Por ejemplo se sabe que el fumar cigarrillos contribuye al cáncer pulmonar; más aún no conocemos con exactitud el por qué. La primera causa indirecta documentada del cáncer fue descubierta por Sir Percival Potten 1775. Él notó la incidencia elevada del cáncer del escroto en los deshollinadores de chimeneas, que habían padecido una exposición prolongada al hollín. El hollín está relacionado en forma directa con el alquitran y los deshollinadores estaban sufriendo el mismo tipo de cáncer que aflige ahora a los pulmones de los fumadores.

Cualquier célula del cuerpo tiene capacidad para volverse cancerosa, más una vez que lo hace, sus descendientes exhiben algunas de las funciones normales de la célula de la cual se originaron. De esta manera, si el cáncer comienza en el hígado y se extiende a los riñones, los tumores renales tendrán características hepáticas, y los médicos podrán determinar dónde se originó la enfermedad.

II.4.2. CANCER MAMARIO Y SU ETIOLOGIA

El veinte por ciento de las muertes en las mujeres (según estadísticas de 1976 en E.U.) se atribuye al cáncer mamario. Esta es la forma más común de cáncer entre ellas, especialmente entre las que tienen más de 45 años. Los

informes elaborados en México por el Registro Nacional de Cáncer en 1983 encontraron que de 1,138 casos de cáncer en la mujer el 20.7% lo ocupa el carcinoma mamario y el 43.4% el de cervix.

En la distribución observada en 1983, en 11 entidades federativas de residencia el primer lugar de cáncer en mama y cervix lo ocupó el Distrito Federal con un 31.1% y 29.1% respectivamente.

El cáncer mamario se ha relacionado con varias causas, desde la obesidad hasta no amamantar, más se ha progresado muy poco en la comprensión de su etiología. Se le considera por lo general como una enfermedad de varios orígenes.

Aunque las causas del cáncer mamario son ignoradas, se sabe que los antecedentes de esta enfermedad en la familia, no unicamente aumenta la posibilidad de una mujer a enfermar de cáncer, sino también de un desarrollo más temprano y en ambos senos en lugar de en uno.

Otras mujeres en el grupo de gran peligro, incluyen a las que sufren de ovarios poliquísticos (enfermedad de SteinLeventhal). En esta condición los ovarios se agrandan, produciendo una cantidad de estrógenos más alta de lo normal. Es posible que como en esta afección, los niveles de hormonas son elevados durante la vida de estas mujeres, esta

superestimulación de los senos puede conducir subsecuentemente al desarrollo del cáncer. En esta forma, la terapia de reemplazo de estrógeno para las mujeres que han llegado a la menopausia, puede aumentar sus riesgos de padecer cáncer mamario. Es posible que la obesidad y la ingestión abundante de grasas, también incrementen el peligro de padecer cáncer mamario. La explicación es que las grasas estimulan la producción de estrógeno, y que los efectos prolongados de las hormonas causan una irritación del tejido mamario, que puede llevar subsecuentemente al cáncer. Se ha encontrado que, en los animales utilizados en experimentos, las grasas están relacionadas en forma directa en el desarrollo del cáncer mamario.

Se han hecho estudios, según los cuales el amamantamiento baja la incidencia del cáncer mamario, aunque otros estudios han negado estos descubrimientos. Aquí la teoría es que las glandulas mamarias, sino son usados para el fin que les dió la naturaleza son capaces de provocar irritación que conduce al cáncer mamario. Otros estudios recientes, han mostrado que la incidencia del cáncer mamario es más común en los Estados Unidos y en la comunidad Británica, que en los países en desarrollo. Según estos estudios se dedujo que estas diferencias no estaban relacionadas con el número de hijos, o el tiempo de amamantamiento, sino más bien con la edad de la mujer en ocasión de su primer parto. Las mujeres que tienen su primer

hijo a los treinta y cinco años de edad o más tarde tienen un riesgo tres veces más elevado de padecer cáncer mamario, que el de las mujeres que los tienen antes de cumplir los 18 años. Por eso es que algunos investigadores creen que los anticonceptivos orales, que simulan hasta cierto grado un embarazo, pueden proteger a una mujer de sufrir cáncer mamario. Las píldoras de control natal dan por resultado un nivel constante de hormonas con el estímulo cíclico de los senos.

Es posible que la tensión también aumente las posibilidades de cáncer mamario, produciendo un exceso de los esteroides que deprimen el sistema de inmunidad del cuerpo. Si el cáncer es un virus, o alguna otra entidad que pueda ser combatida por el sistema de inmunidad del cuerpo, es claro que la tensión es capaz de abrir la puerta para el desarrollo de tumores, despojando al cuerpo anticuerpos protectores. Esta sobreproducción ha conducido a algunos investigadores a recomendar el tratamiento con vitamina A, o inyecciones de Bacilo de CalmetteGuerin (BCG) que pueden incrementar las respuestas de inmunidad.

II.4.3. TRATAMIENTO

Hay tres tratamientos básicos para el cáncer mamario: cirugía, radiación y quimioterapia. El tratamiento o la combinación de tratamientos correctos dependen de la

extensión del cáncer. Si la enfermedad es descubierta en las etapas tempranas, por lo común el tumor puede ser extirpado por medios quirúrgicos. Si se halla cáncer en los ganglios linfáticos durante la operación es posible que se haya propagado más, y la remoción quirúrgica no es suficiente. Entonces se requieren radiación o terapia de cobalto, para eliminar el cáncer de todo el sistema linfático en torno al seno. También ocasionalmente se añade quimioterapia al programa de tratamiento.

II.4.4. LA MASTECTOMIA Y SU HISTORIA

Una de cada quince mujeres en los Estados Unidos sufrirá cáncer mamario. Actualmente el tratamiento terapéutico principal de este problema es la mastectomía, o sea la extirpación del seno canceroso. Los dos tipos principales de mastectomía son: la mastectomía simple (extirpación del seno involucrado y la piel que lo cubre) y la mastectomía radical (extirpación del seno implicado, la piel que lo cubre y los músculos de la pared del pecho debajo del seno, lo mismo que la disección y extirpación de los ganglios linfáticos bajo el brazo del lado afectado).

La técnica de la mastectomía radical para el cáncer mamario fue ideada por el Dr. Halsted de la escuela Médica Johns Hopkins, en Baltimore en 1882. Desde entonces solamente se ha hecho cambios menores en este procedimiento.

La mastectomía radical es todavía el tratamiento principal actual del cáncer mamario en los Estados Unidos, aunque en 1941 el Dr. McWhirter, un médico de Edimburgo, propuso la llamada mastectomía simple para el cáncer mamario. El Dr. McWhirter halló que había la misma tasa de supervivencia de cinco años para la mastectomía simple, que para la mastectomía radical. Todavía más, se producían menos efectos secundarios y complicaciones después de la mastectomía simple, que después de la mastectomía radical. Durante una mastectomía radical son extirpados tantos tejidos, que hay una tendencia mayor a la infección, y los tejidos son distendidos, tanto que, la curación se retrasa. La mastectomía radical involucra la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila, por lo que hay una tendencia hacia la inflamación (edema) del brazo, que puede molestar a la paciente mucho tiempo después de la intervención. El doctor McWhirter describió una inflamación mucho menor del brazo, después de la mastectomía simple.

La mastectomía simple, es la operación practicada hoy para el cáncer mamario temprano en la Gran Bretaña, lo mismo que en los otros países europeos. En Alemania, los médicos encuentran difícil conseguir autorización para la cirugía del pecho, a menos que se garantice una mastectomía simple. Los médicos estadounidenses aún prefieren efectuar mastectomía radicales, porque se cree que el mejor método ante una enfermedad que mata, es una actitud conservadora.

II.4.5. BIOPSIA DEL SENO

Si se encuentra que una mujer tiene una masa anormal en su seno, y hay una sospecha de malignidad, debe practicarse una biopsia del seno. Una biopsia del seno puede efectuarse bajo anestesia local o general. Algunos médicos prefieren practicarla bajo anestesia general, y obtener de inmediato un diagnóstico de secciones congeladas de la biopsia. Si se halla que la masa es maligna, prefieren efectuar la mastectomía inmediatamente, porque creen que la biopsia propaga el cáncer. Creen que no debe efectuarse una mastectomía con base nada más en secciones congeladas, ya que esto ha conducido a efectuar una mastectomía ocasional innecesaria. Con frecuencia efectúan la biopsia bajo anestesia local, y si se encuentra que la muestra es maligna, la paciente cuando menos puede prepararse en forma psicológica para el trauma de la mastectomía. Una biopsia del seno consiste por lo común en una incisión un poco arriba del tumor palpado. La incisión es prolongada comunmente en curva de manera que siga el contorno del seno. Si es posible, el cirujano hace una incisión en el borde de la areóla, el área pigmentada en torno al pezón. Durante este procedimiento el médico extirpa la protuberancia, y la envía para un exámen patológico, para determinar si es maligna o benigna. El seno es suturado y cerrado, y de

ordinario la paciente puede regresar a casa al día siguiente.

En algunas instituciones se practica una biopsia con aguja. Se introduce una aguja en la masa, y parte del tumor es aspirado y enviado a patología. Es posible recomendar esto, nada más en las instituciones donde los patólogos están acostumbrados a ver este tipo de biopsia, ya que los especímenes son muy pequeños. Además, si es una biopsia negativa, siempre existe alguna posibilidad de que el cirujano no haya aspirado el área adecuada.

II.4.6. MASTECTOMIA RADICAL

Este procedimiento es practicado bajo anestesia general. Se afeitan los vellos bajo el brazo, la piel es lavada con cuidado con una solución antiséptica y el área es cubierta con telas estériles. De ordinario, el cirujano tiene uno o dos ayudantes para esta operación mayor, que requiere en ocasiones una transfusión de sangre. La incisión para una mastectomía radical es extensa y tiene usualmente una forma elíptica, que principia desde la parte media del esternón, en torno al seno hasta el borde superior de la axila. El cirujano disecciona primero los músculos las arterias, las venas y los nervios de la axila. Se liberan las inserciones de los músculos mayores del pecho bajo el brazo, los pectorales mayor y menor. El cirujano disecciona y extirpa

con cuidado todo el tejido adiposo, y las glándulas linfáticas en la axila, esperando que si el cáncer se ha extendido a esas áreas, este procedimiento eliminará una metástasis mayor. Todo el tejido del seno, la piel incluyendo el pezón y los músculos pectorales son extirpados. Las costillas son descubiertas por completo, de modo que se puedan ver los músculos entre ellas. Entonces se cierra la incisión con una sutura. El médico pone ordinariamente una cánula bajo la incisión, porque tiende a haber formación de sangre y linfa, que puede perturbar la curación. Se pone un vendaje ajustado sobre la incisión, para evitar más sangrado. Por lo común se le pide a la paciente que no mueva demasiado el brazo los primeros días, o hasta que tenga una buena curación. Entonces se recomiendan ejercicios especiales. La hospitalización dura usualmente cuando menos una semana. Durante este tiempo, terapeutas entrenados instruyen a la paciente, respecto al tipo de portabustos y ropa que puede vestir después de la intervención. Una paciente no puede trabajar por entre cuatro y seis semanas después de la operación ya que es posible que haya inflamación del brazo, y se requiere reposo. Se producen muy pocas muertes relacionadas con la cirugía, generalmente han sido causadas por complicaciones de la anestesia. El índice de supervivencia de cinco años depende de la extensión del cáncer, si no se ha extendido a los ganglios linfáticos, el índice de supervivencia de cinco años puede estar cerca del ochenta por ciento. Si hay

señales de que el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos, el médico puede aconsejar radiación o terapia con cobalto para matar las células de los tumores restantes. Una mujer sólo debe permitir que este procedimiento se efectúe en un hospital con médicos competentes, altamente especializados en el tratamiento del cáncer mamario.

II.4.7. MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

En los últimos años se ha dado la tendencia a efectuar la mastectomía menos radical la llamada Mastectomía Radical Modificada en la cual el cirujano hace esencialmente la misma incisión que en la mastectomía radical; extirpa los ganglios linfáticos de la axila más no los músculos pectorales. Es muy raro que el cáncer se propague a los músculos pectorales, de modo que es innecesario extirparlos cuando menos en el cáncer mamario temprano.

La cicatriz de una mastectomía radical modificada es menos amplia y después de este procedimiento, el crecimiento del seno tiene más éxito. La tasa de supervivencia ha sido tan alta con las mastectomías radicales modificadas como con las radicales.

II.4.8. MASTECTOMIA SIMPLE

señales de que el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos, el médico puede aconsejar radiación o terapia con cobalto para matar las células de los tumores restantes. Una mujer sólo debe permitir que este procedimiento se efectúe en un hospital con médicos competentes, altamente especializados en el tratamiento del cáncer mamario.

II.4.7. MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

En los últimos años se ha dado la tendencia a efectuar la mastectomía menos radical la llamada Mastectomía Radical Modificada en la cual el cirujano hace esencialmente la misma incisión que en la mastectomía radical; extirpa los ganglios linfáticos de la axila más no los músculos pectorales. Es muy raro que el cáncer se propague a los músculos pectorales, de modo que es innecesario extirparlos cuando menos en el cáncer mamario temprano.

La cicatriz de una mastectomía radical modificada es menos amplia y después de este procedimiento, el crecimiento del seno tiene más éxito. La tasa de supervivencia ha sido tan alta con las mastectomías radicales modificadas como con las radicales.

II.4.8. MASTECTOMIA SIMPLE

Una mastectomía simple es una operación en la que una incisión rodea el seno que contiene la malignidad. Este procedimiento también es efectuado con frecuencia inmediatamente después de una biopsia del seno. Se hace bajo anestesia general una incisión a través de la piel, un poco más pequeña que la radical y el seno es extirpado, dejando intactos los músculos pectorales. Con una mastectomía simple no se practica la cirugía bajo el brazo, lo cual significa que la curación por lo común es más rápida y no hay inflamación del brazo. Después que ha sido extirpado el seno, la piel es saturada; como hay menos tensión en la piel, las complicaciones son raras. Las mujeres pueden volver a trabajar con mucha mayor rapidez. La cicatriz es menos desfigurante, y es posible un aumento del seno. Algunos médicos trabajan directamente con cirujanos plásticos, y principian el aumento del seno en combinación con la mastectomía simple, empezando a reconstruirle al mismo tiempo que es extirpado el cáncer. Según estudios publicados en todo el mundo las mujeres quienes se les han practicado solamente una mastectomía simple, parecen tener el mismo índice de supervivencia que las que se les efectuó la mastectomía radical, además se ha observado que tienen un menor trauma psicológico.

CAPITULO III

AUTOIMAGEN

III.1. HISTORIA DE LA AUTOIMAGEN

Aunque el concepto de autoimagen por sí misma no tiene antecedentes encontramos un indicio de este término en las escrituras de los antiguos griegos, tal es el caso de Aristóteles y otro pensadores que ya hablaban sobre la distinción entre los aspectos físicos y no físicos del ser humano. El alma fue un concepto muy discutido en aquel entonces refiriendose con ello a los aspectos no físicos del hombre, cabe mencionar que nunca fue muy preciso, sin embargo lo utilizaban para señalar el núcleo o lo esencial del funcionamiento mental.

Después de 2000 años aquella distinción entre lo físico y no físico continuó prevaleciendo, así pues el filósofo francés René Descartes retomó los pensamientos de los antiguos griegos lo que lo llevo a crear la teoría del dualismo, la cual habla de la interacción entre la mente y el cuerpo, de ahí su frase celebre "pienso luego existo". Es así que la diferencia entre mente y cuerpo y la noción de "conocimiento" antecedieron a lo que en psicología se conoce como el concepto de sí mismo. Y más tarde los aspectos como la naturaleza de la experiencia humana y la experiencia del

si mismo fueron conceptos centrales utilizados por los filósofos como Berkely, Hobbes, James y John Stuart Mill. Después de James, el concepto de sí mismo conservó su importancia aproximadamente tres décadas con un notable número de seguidores, entre de ellos se encuentra el sociólogo Charles Horton Cooley quien en su libro "Human Nature and The Social Order" enfatizó la importancia de la relación entre el medio ambiente y el sí mismo. Para Cooley la autoimagen de una persona es producto de las relaciones con otros principalmente de las relaciones afectivas establecidas en los primeros años de infancia.

La teoría psicoanalítica de Freud también contribuyó al concepto del sí mismo. El concepto del Yo en la teoría Freudiana ha tenido mucho en común con la noción del sí mismo vista por otros autores. Dicha teoría tiene tópicos importantes tales como los mecanismos de defensa, la relación con el mundo externo, la inculcación de los valores morales , las relaciones objetales y el narcisismo primario.

Las relaciones objetales son las primeras experiencias que el niño tiene con su medio externo. Con el propósito de profundizar más en éstas es necesario explicar antes, aunque someramente, el desarrollo de la sexualidad a partir del nacimiento, que Freud describió en los cuatro estadios: oral, anal, fálica y genital.

Las primeras manifestaciones de la sexualidad surgen en relación con las funciones corporales que son básicamente no sexuales. Durante la fase oral que se extiende hasta los dos años de edad, la actividad erótica se centra en la boca y en los labios, se manifiesta mediante la succión, mordisqueo y masticación. Durante la fase anal cuando el niño se preocupa progresivamente de la función y control de sus intestinos (de los dos a los cuatro años de edad) la actividad erótica dominante se desplaza de la región oral a la rectal y anal. La fase fálica del desarrollo sexual empieza durante el tercer año de vida y continúa aproximadamente hasta el final del quinto año. En este período la actividad erótica va ligada psicológica y fisiológicamente a las actividades y sensaciones asociadas con el acto de la micción. El quinto año marca el comienzo del periodo de latencia, momento en el cual el desarrollo sexual se detiene hasta que el niño alcanza la pubertad, a los once años aproximadamente. En la pubertad existe un nuevo crecimiento de los órganos genitales y una reaparición del impulso sexual, el niño empieza su preparación final para su papel sexual adulto.

A lo largo de su descripción de las fases libidinales del desarrollo, Freud se refirió constantemente a la importancia de las relaciones del niño con figuras cruciales de su ambiente. Freud decía que la elección de un objeto amado en la vida adulta, la propia relación amorosa y las relaciones objetales en otras esferas de actividad, depende

mucho de la naturaleza y cualidad de las relaciones objetales del niño durante los primeros años de vida.

En el momento del nacimiento, el niño no tiene conciencia de los objetos del mundo externo. Como máximo, es capaz de una sensibilidad indiferenciada al dolor y al placer. El hambre, el frío y el dolor produce un aumento de la tensión y una correspondiente necesidad de buscar alivio de estos estímulos dolorosos en el sueño. Al mismo tiempo la criatura humana no puede sobrevivir sin cuidados y no puede conseguir alivio de los estímulos dolorosos sin ayuda del exterior. Cuando el niño empieza a comprender este hecho se establecen las relaciones objetales de tipo primitivo. Debido a que sólo conoce su propia tensión y relajamiento y desconoce el mundo externo, el deseo vehemente del objeto existe sólo durante el tiempo en que persiste el estímulo perturbador y el objeto está ausente. Cuando el objeto aparece y las necesidades del niño son satisfechas hay un apaciguamiento aparente del deseo, (Freud).

En la fase oral el hambre es lo que impulsa al niño a reconocer el mundo externo. El niño juzga la realidad en términos de si algo le proporciona satisfacción y, por tanto debería tragarse, o si origina tensión y por tanto deberá escupirse.

En este momento la madre se convierte en algo más que un agente anónimo cuyos servicios mantienen al niño con vida. Es reconocida como fuente de alimento y de placer erógeno que el niño deriva de la succión. Como tal, se convierte ella en primer objeto de amor.

En la fase sádicoanal se espera que el niño acceda a la demanda de su madre de que use el retrete para la evacuación de heces y orina para no perder su amor. La tendencia primaria del erotismo anal es la satisfacción de la sensación agradable de la excreción. Más tarde, la estimulación de la mucosa anal por la retención de la masa fecal puede ser una fuente de placer más intenso, (Freud).

El placer de la eliminación y, en un momento posterior, el placer de la retención no requieren la ayuda externa de un objeto. En este estadio del desarrollo la defecación está investida narcisistamente, y las heces, que representan el agente de este placer, pasan a ser un objeto libidinal en virtud de su valoración narcisista.

Por último, en la fase fálica el desarrollo de las relaciones ojetales en esta fase es relativamente sencillo debido a que el niño permanece ligado a su primer objeto. El interés del niño en la madre como fuente de alimento continúa, y desarrolla un intenso interés erótico con ella y un deseo de poseerla exclusivamente. Freud utilizó el

término complejo de Edipo para describir esas intensas relaciones de amor que se forman durante este periodo.

Como en el caso del niño, la niña pequeña desarrolla una adhesión inicial a su madre como fuente de satisfacción de sus necesidades vitales. Pero a diferencia del niño, para el cual la madre sigue siendo el objeto amado, la niña se enfrenta con la tarea de desplazar su unión primaria de la madre al padre con el fin de prepararse para su futuro papel sexual.

A través de las relaciones objetales el niño comienza a reconocer el mundo externo y a reconocerse a sí mismo como parte integrante del mundo que le rodea.

Las observaciones de Freud de la conducta narcisista de los niños proporcionó una demostración incontrovertible del papel del narcisismo en el desarrollo y le llevó a incorporar estas consideraciones a la teoría de la libido. Freud postuló que existía un estado de narcisismo primario en el momento de nacer: es decir, el recién nacido es completamente narcisista; sus energías libidinales están dedicadas completamente a la satisfacción de sus necesidades y a la preservación de su bienestar. Más tarde, a medida que el niño empieza a reconocer gradualmente a la persona inmediatamente responsable de su cuidado como una fuente

liberadora de tensión o de placer, la libido se libera para pasar a ésta persona que en general es la madre. Así, el desarrollo de las relaciones objetales ejemplifica este desplazamiento del narcisismo primario a la unión con el objeto. Sin embargo, en la vida adulta existe una cierta libido narcisista; se considera un narcisismo sano, y encuentra su expresión en el sentido de bienestar de la persona. Además, Freud observó que en una variedad de situaciones traumáticas como el daño o el miedo al daño, pérdida de objeto o frustración excesiva, la libido es retirada de los objetos y reinvertida en el Yo.

El narcisismo se distingue del autoerotismo en que éste se refiere al erotismo en relación con el propio cuerpo de la persona o sus partes; el narcisismo se refiere al amar de algo más abstracto, el Yo o el "autós" de la persona.

En la vida adulta puede elegirse un objeto de amor porque se parece a la autoimagen idealizada de la persona o su autoimagen objeto de fantasías, o porque se parece a alguien que le cuidó durante los primeros años de su vida. Las personas que tiene un intenso grado de amor a sí mismas, especialmente algunas mujeres bellas tienen, según Freud, un atractivo que supera su atractivo estético. Estas mujeres representan para sus amantes la sustitución del narcisismo perdido, la cual renunciaron dolorosamente en el proceso de dirigirse al amor objetal. Una relación de objeto homosexual

también representa otro ejemplo de elección narcisista de objeto pero la persona se basa en el parecido sexual.

Debido a la importancia que representa el Yo para esta investigación profundizaré un poco más en este aspecto.

Freud creía que la modificación del ello se producía como resultado del impacto del mundo externo sobre los impulsos. Las presiones de la realidad externa permiten al Yo apropiarse de las energías del ello para realizar su función. En el proceso de formación, el Yo intenta aportar influencias del mundo externo para tolerar el ello, para sustituir el principio de placer por el principio de realidad; de este modo, contribuye a su propio desarrollo posterior.

Al principio, el niño es incapaz de distinguir su propio cuerpo del resto del mundo. El Yo empieza con la capacidad del niño de percibir su cuerpo como distinto del mundo externo.

La gratificación y frustración de los impulsos y necesidades en los primeros meses de vida, afectan el futuro destino del Yo. La satisfacción adecuada de las necesidades libidinales del niño por la madre es muy importante. Y, aunque se entiende menos y se valora de una manera menos clara, cierto grado de frustración de los impulsos en la

infancia es igualmente importante para el desarrollo de un Yo sano. La privación materna en estadios importantes del desarrollo lleva a la alteración de las funciones de Yo en distintos grados. Sin embargo, la indulgencia excesiva con las necesidades instintivas del niño interfiere con el desarrollo de la capacidad del Yo para tolerar la frustración y por consiguiente con su capacidad de regular las exigencias del ello en relación con el mundo externo.

La pérdida del objeto amado o de una relación particularmente gratificadora con el objeto, es una experiencia dolorosa en cualquier estadio de la vida pero es particularmente traumática en la infancia cuando el Yo no es todavía lo suficiente fuerte para resarcir la pérdida. No obstante en los primeros años de vida el niño esta sometido constantemente a dicha privación. En el curso normal de los acontecimientos , el niño pequeño no sufre la pérdida real de sus padres, pero tiene que soportar alteraciones constantes en su relación con ellos. Además, en cada estadio de su desarrollo tiene que soportar la pérdida del tipo de gratificación propio de la fase anterior de su maduración, pero al que entonces tiene que renunciar.

El niño intenta conservar las gratificaciones derivados de estas primeras relaciones, por lo menos en la fantasía, a través del proceso de identificación. Por este mecanismo, los aspectos o cualidades de la persona antes que fue el

centro de la relación gratificadora, son internalizados y se vuelven a instituir como parte del Yo en desarrollo.

La identificación empieza en la fase oral del desarrollo, y esta estrechamente asociada con el tipo incorporativo oral de este primer período. La imagen del objeto amado puede internalizarse, lo mismo que cuando el niño ingirió por primera vez el alimento proporcionado por el objeto amado. El mecanismo psicológico de la incorporación simbólica, es decir, la internalización de otra persona o sus cualidades se llama introyección y este mecanismo continúa influyendo el desarrollo del carácter durante mucho tiempo después del período oral.

Freud sugirió también que apartir del amor pueden producirse identificaciones que no se deban a la pérdida; es decir, la identificación puede producirse antes de que haya llegado a ser necesario prescindir del objeto.

Por otra parte, la identificación con el agresor es una maniobra de defensa basada en la necesidad del niño de protegerse a sí mismo de la grave ansiedad experimentada en relación con el objeto. El niño se identifica e incorpora las características de la persona temida, que es percibida como su agresor y del cual depende. Desea aliarse con el agresor más que ser su víctima y así puede compartir el poder de otro en vez de sentirse impotente ante él. Estas

identificaciones pueden empobrecer el Yo porque lo cargan con introyecciones negativas.

La autoimagen comienza a conformarse a partir del nacimiento, el proceso de identificación que inicia en la etapa oral permite que el sujeto introyecte aspectos o cualidades de la personalidad que fue el centro de gratificación, por lo tanto el niño incorpora a su imagen aspectos positivos y/o negativos, esto en función de cómo lo percibe la madre ya que el niño existe a través de ésta.

Un estudio sistemático y extenso de las defensas empleadas por el Yo, fue presentado por Anna Freud, hija de Sigmund Freud.

Esta contribución clásica en el "Yo y los Mecanismos de Defensa", Anna Freud sostenía que toda persona tanto normal como neurótica, emplea en distintos grados un repertorio característico de mecanismos de defensa.

En los primeros estadios del desarrollo surgen las defensas como resultado de los esfuerzos del Yo para interponerse entre las presiones del ello y las exigencias y rigor de la realidad externa. En cada fase del desarrollo libidinal, los componentes de impulso asociados provocan defensas del Yo características. Por ejemplo la introyección, la negación y la proyección son mecanismos de defensa asociados con impulsos sádicos orales, mientras que

las formas reactivas, como la vergüenza y el disgusto, se desarrollan en relación con impulsos y placeres anales.

Los mecanismos de defensa de la primera fase del desarrollo persisten junto con los de los períodos posteriores. Cuando en la vida adulta tienden a predominar las defensas asociadas con las fases pregenitales del desarrollo sobre mecanismos más maduros como la sublimación y la represión, la personalidad conserva un aspecto infantil.

Junto con las relaciones objetales el desplazamiento del narcisismo primario y con la ayuda adecuada o no de los mecanismos de defensa la autoimagen se va conformando en el curso del desarrollo del niño en referencia a las experiencias olfatorias, visuales, auditivas, táctiles, que poseen valor de comunicación a distancia, sin contacto de cuerpo a cuerpo. Para Dolto Françoise la imagen del cuerpo es propia de cada una, ligada al sujeto y a su historia, es, a cada momento, memorias incoscientes de toda la vivencia relacional y, al mismo tiempo es actual, viva, se halla en una situación a la vez narcisista e interrelacional.

Al rededor del tercer o cuarto mes de edad el lactante, que esta en proceso de maduración da a través de sus respuestas signos de percibir el mundo que lo rodea. Aprecia

las sonrisas y las devuelve, lo cual muestra que comienza a aprender la expresión de las emociones por medio de gestos.

Al sexto mes el niño ya tiene visión binocular, percibe objetos a corta distancia y también tiene actividad coordinada en varias partes de su cuerpo; antes, volvía los ojos hacia los sonidos, ahora también mueve el cuerpo. Al mismo tiempo los movimientos de la mano y el brazo se coordinan bien y la mano acarrea con facilidad objetos hacia su boca.

Este es el principio de la exploración que el niño emprende en su propio cuerpo, primero con la boca y después con las manos.

Estas percepciones táctiles en gran parte, y las sensaciones cinestésicas en los primeros meses, establecen para él la percepción integral de su estado físico como un todo. Tales percepciones son en su mayor parte inconscientes y su función es determinar su posición en el espacio manipular los objetos que puede controlar y permitir el conocimiento de la superficie de su propio cuerpo.

Además de que el niño desarrolla percepciones corporales que se modifican gradualmente y se extienden a lo largo del desarrollo hasta llegar a coincidir con la estructura corporal real, esto a través de la interacción

que ha establecido con las figuras paternas y más tarde con otras personas significativas. Internalizando un concepto corporal satisfactorio o puede llegar a considerar su cuerpo y sus partes como desagradables.

El "nombre" ostentará una importancia primordial asegurando la cohesión narcisista del sujeto. Ya al nacer, el nombre ligado al cuerpo, y a la presencia del prójimo contribuye de manera decisiva a la estructuración de las imágenes del cuerpo. El nombre es el o los fonemas que acompañan al sensorio del niño, primero en su relación con los padres y luego con el otro, desde el nacimiento hasta la muerte. El nombre es también un significante para el niño, que lo hará distinguirse entre los demás, este significante puede tener contenidos emocionales tanto positivos como negativos connotaciones que acompañan al sujeto durante todo su desarrollo hasta su muerte.

La integración motriz de su propio cuerpo es aquel momento narcisista que la experiencia psicoanalítica permitió aislar como estadio del "espejo".

Según Dolto no basta con que haya realmente un espejo plano, la imagen no les aporta más que la dureza y el frío de un cristal o la superficie de un agua durmiente en la cual, atraídos al encuentro del otro, como narciso no encuentra a nadie; una imagen solamente. Es en el niño, un

momento de invalidación del sentimiento de existir. El estadio del espejo es simbólico para el niño; de su existencia única a ser un individuo más en medio de los otros.

El niño se conoce a sí mismo por quien le habla; y día tras día ese reencuentro lo personaliza representando como está, auditivamente, por los fonemas de su nombre pronunciado por esta voz, por estas percepciones que él reconoce y que constituye la especificidad de esa persona repetitivamente reencontrada.

Así pues, la imagen del cuerpo se ha elaborado como una red de seguridad con la madre, fundada en la comunicación. Esta red personaliza las experiencias del niño, en cuanto al olfato, la vista, la audición, las modalidades del tacto, según los ritmos específicos del hábitus materno. Pero no individualiza al niño en cuanto a su cuerpo; porque los límites especiales de sus percepciones con base en el lenguaje son imprecisos; él es también su madre, su madre es también él; puesto que ella es su paz, su aflicción y su alegría.

El espejo va a aportar la apariencia de un otro desconocido, la imagen de un bebé que él ignora como suya.

Su imagen desaparece de esa superficie cuando él no está frente al espejo y aparece cuando vuelve a situarse ante aquél. Esa imagen pasa a ser para él una experiencia concomitante de su presencia, pero una experiencia únicamente escópica, sin respuesta, sin comunicación. La visión de su imagen en el espejo impone al niño la revelación de que su cuerpo es una pequeña masa al lado de tantas otras masas de diferentes dimensiones y sobre todo de la gran masa de adultos, también descubre su rostro y su cuerpo que desde esos momentos serán inseparables.

El descubrimiento de la diferencia de sexos es lo que Dolto llama "castración primaria", esto se da después del estadio del espejo. No hay duda de que la diferencia ya esta expresada en las frases; "eres una niña", "eres un niño", pero aún no han sido referenciadas al cuerpo. La primera visión de la diferencia de sexo significa un choque para ambos sexos. "Las palabras verdaderas que expresan la conformidad de su sexo con un futuro de mujer o de hombre, proporciona un valor social a su sexo y al propio niño".

En conversaciones comunes de los adultos se dice que las niñas son coquetas y los varones bruscos. Las niñas lloran y los varones no deben llorar, las niñas son delicadas y los varones supuestamente temerarios. El ambiente hogareño motiva a ambas conductas respectivamente. Las niñas descubren que la seducción, la coquetería, pueden

proporcionarle el pene que no tiene, (Dolto Françoise). Ellas mucho más que los varones quedan atraídas por el espejo en el cual miden la seducción de su apariencia.

El narcisismo de las niñas respecto a la "femineidad" que tienen que mostrar ante la sociedad, tiene mucho más peso psicológico que el narcisismo de los varones.

En los juegos de niños se puede observar que mientras los niños compiten entre ellos para ver quien es el más fuerte, más ágil, más astuto, las niñas juegan a vestirse como mamá, tener hijos, un marido y aunque la madre no se pinte o arregle, ellas juegan a pintarse y a ponerse las ropas, zapatos, y joyas de mamá para lucir bien.

Es así como la educación familiar y la influencia del medio ambiente determina el rol de cada uno de los sexos. La mujer dentro del papel social ha estado acostumbrada a dar todo de sí, ha sacrificado incluso sus posibilidades de superación tanto en el campo personal como en el profesional y ha limitado su mundo exclusivamente al marido y a los hijos; desde que se casa recibe otro apellido y pertenece a su familia. El hombre decide la residencia, el número de hijos y el presupuesto que debe asignarse para satisfacer las necesidades familiares. Por otra parte tiene el compromiso de conservar la estabilidad del hogar y entregar su vida por completo para cumplir con esa finalidad; el

hombre es quien actúa, lucha y ve por el porvenir, la mujer es pasiva y dependiente de éste.

Si bien es cierto actualmente la mujer lucha por su independencia y por su desarrollo, también es cierto que pese a ello la vida conyugal no ha cambiado del todo, la mujer es quien sigue en cierta forma sometida a la voluntad del marido y a cumplir sus deberes como madre y "esposa".

Retomando a Alfred Adler, (que desarrolló la teoría de la personalidad basada en el concepto del sí mismo creador y donde el individuo se define como ser social), cada persona se configura y crece a través de sus propios motivos, rasgos, intereses y valores mediante los cuales es capaz de planear y orientar sus acciones con pleno conocimiento de lo que significa su autorealización (C.S: Hall y G. Lindey, las teorías psicosociales de la personalidad).

En la mujer, en gran parte de su autorelación gira en torno al hogar, al deber de madre y esposa. Dice Adler que la personalidad individual se desarrolla mediante el estilo de vida que uno se forja, la herencia nos confiere las actitudes, el medio ambiente nos moldea y de ambos nace nuestra actitud ante la vida.

En la mujer el problema de la dependencia viene desde la infancia, se acrecenta durante la adolescencia y por lo

general repercute en la madurez, con una crisis existencial. A partir de los dos años, la niña enfrenta una serie de cambios significativos en los que suelen darse los primeros intentos de socialización y las posibilidades para enfrentar y resolver problemas por sí misma. Sus primeros pasos se frenan, en primer lugar por la educación que se hereda, en segundo por los conflictos a que la misma niña se enfrenta en su intento de independencia y más adelante por las normas de educación que se imparten en las escuelas.

El medio la encausa predominantemente hacia actitudes en las que debe manifestar una actitud cordial. Se trata de evitar el sentido de competencia con los niños para no someterla a una situación de aparente desventaja e inconscientemente se le encamina a una "falsa femineidad" que será su mayor valuarate como mujer.

Si valoramos dentro de este camino cómo se limita su capacidad competitiva y se le empuja a identificarse con un papel en el que es más importante mostrar actitudes afectivas, es natural que la mujer llegue a ver como normales sus motivaciones basadas en la necesidad de apoyo y valorización y no en la de lograr algo por sí misma.

En el ámbito sexual tenemos que la mujer tiene un papel pasivo; desde la idea falsa de superioridad sexual en el hombre al afirmar que "él es quien da y la mujer quien

recibe", esto basado en gran parte por el aspecto fisiológico; el acto sexual no puede producirse sin voluntad del hombre. Incluso la fecundación puede realizarse sin que la mujer sienta placer alguno. Este destino fisiológico implica también que la mujer no depende totalmente del acto sexual ni de su consecuencia final para encontrar una plena satisfacción sexual; es un proceso que va desde la excitación por medio de juegos eróticos, hasta culminar en el orgasmo.

Erich Fromm como Karen Horney, subraya el papel de la cultura en el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad. Las ideas de Fromm acerca del desarrollo de la personalidad se centran sobre los sentimientos de aislamiento y de soledad que vienen al parejo cuando la persona es libre e independiente. Como niño, el individuo no tiene consecuencia de sí mismo como ser separado; sin embargo, gradualmente se hace consciente de sí mismo como individuo distinto de los otros y trata de librarse del control paternal, según Fromm: "Esta separación del mundo, que en comparación con la existencia individual de la persona es abrumadoramente fuerte y poderosa y con frecuencia amenazante y peligrosa, crea un sentimiento de impotencia y de ansiedad".

Mientras una persona forma parte íntegramente del mundo, inconsciente de la posibilidad y las responsabilidades de la acción individual, esa persona no

necesita tener miedo de él (del mundo). Cuando una persona se convierte en un individuo, esta solo y se enfrenta al mundo en todos sus aspectos peligrosos y aniquiladores. (Erich Fromm "Psicología" Hames O. Whittaker)

Fromm considera que la ansiedad generada por la independencia es un función de las relaciones entre padres e hijos. En la mayor parte de los casos el individuo desarrolla el respeto propio y la confianza en sí mismo a través de sus relaciones iniciales con sus padres. Sin embargo, en otros casos estas relaciones producen solo una autoestima muy baja y falta de confianza en sí mismo. En estos casos la ansiedad abrumadora que se presenta con la independencia conduce diversos medios o mecanismos de escape, tales como la conformidad automática y la destructividad. La conformidad automática es aquel que reduce su ansiedad haciendo exactamente lo mismo que los otros, y según aquellos esperan que se conduzca (Fromm 1941). El individuo destructivo, es en contraste escapa a sus sentimientos de soledad intentando destruir el mundo (Fromm 1941).

En la teoría de la personalidad de Karen Horney el individuo es considerado como una unidad dentro de una armazón social, siempre influyendo o siendo influido por su ambiente. Desde el punto de vista funcional, puede decirse que la persona está formada por los atributos que

caracterizan la organización constantemente cambiante del individuo. Esta comprenden sus necesidades sociales y biológicos, rasgos de conducta, sentimientos, actitudes hacia los demás y hacia sí mismo, expectativas, inhibiciones y conflictos. Cada atributo es simultáneamente creado por el individuo y actúa sobre de él, exigiendo satisfacción, produciendo luchas o presionando hacia la acción. Un atributo puede reforzar o entrar en conflicto con otro. Los atributos son aprendidos a partir de la familia.

La comprensión del triple concepto del Yo (el Yo actual, el Yo real y el Yo idealizado) es crucial para la comprensión de la teoría de Horney. El Yo actual se refiere al individuo como suma total de su experiencia. El Yo real es una fuerza central interna o principio común a todo y, sin embargo, único en cada individuo. Se le equipara a la integración sana y al sentido de totalidad armónica. Horney sostenía que, dadas unas circunstancias ambientales óptimas como el calor y aceptación por parte de los padres y cierta cantidad de roce sano, el niño fisiológica y neurológicamente normal desarrollará una personalidad sana. El tercer concepto, el Yo idealizado es únicamente una manifestación neurótica.

La formación de la personalidad neurótica, según Horney, comprende factores intrapsique e interpersonales (culturales). Como portadores de la cultura, los padres

determinan los valores genéricos del niño, los conceptos de sí mismo y algunas pautas de conducta. Sin embargo, el hecho de que el niño se adapte a estas influencias o se rebele depende de procesos intrapsíquicos.

Según Harry Stack Sullivan la personalidad no existe aparte de las relaciones interpersonales, habla de que todos los seres humanos tiene finalidades importantes, que Sullivan llamó estados finales. La primera finalidad es satisfacer las necesidades biológicas del organismo en términos de alimento, aire, sexo, etc. La segunda finalidad se refiere al hombre como ser social culturizado y comprende las necesidades que van más allá de las necesidades fisiológicas puras, como la necesidad de un status y la de una relación con los demás. La primera finalidad se denomina necesidad de satisfacción, y la segunda necesidad de seguridad.

Estas necesidades se manifiestan como tensiones internas, y los métodos característicos con los que lucha el individuo para satisfacerse se llaman dinamismos. Ejemplifica Sullivan el llanto de un niño, como el sencillo dinamismo que utiliza éste para satisfacer sus múltiples necesidades. A medida que sus necesidades se vuelven más complejas los dinamismos que emplea se hacen más variados y complicados.

Menciona Sullivan que cuando un dinamismo consigue realizar la satisfacción de una necesidad particular, la tensión de la necesidad desaparece; se dice que la situación ha sido integrada, satisfecha o resuelta. Sin embargo, muchas necesidades no son satisfechas o sólo lo son parcialmente por el dinamismo. La satisfacción completa de una necesidad, particularmente una necesidad de seguridad, con frecuencia es interrumpida por la presencia o la aparición de ansiedad.

Considera Sullivan que en una sociedad opulenta, las tensiones del hombre están casi exclusivamente relacionadas con su necesidad de seguridad, que sólo puede ser satisfecha a través de relaciones interpersonales significativas. Si un individuo tiene un éxito notable en la satisfacción de sus necesidades biológicas y psicológicas y experimenta un mínimo de ansiedad, el creciente poder y la confianza que siente respecto a su seguridad originarán un sentimiento que Sullivan llamo autoestima. Se necesita un mínimo grado de autoestima para enfrentarse con los sentimientos reales de impotencia y desamparo que se dan en un hombre durante su vida.

Freud concebía el aprendizaje casi completamente en términos del principio de placerdolor. Sullivan dió importancia especial al aprendizaje como medio de minimizar la ansiedad.

Con todos los demás conceptos desarrollados por Sullivan, la ansiedad era considerada como un fenómeno interpersonal y fue descrita como la respuesta a los sentimientos de desaprobación de un adulto importante.

Sullivan considera el desarrollo de la personalidad como un proceso de aprendizaje para manejar la ansiedad por el uso de maniobras adaptativas y técnicas de defensa destinadas a conseguir la aprobación de gente importante.

La personalidad es para Sullivan un conjunto de procesos que ocurren como consecuencia de experiencias interpersonales más que la manifestación de fuerzas intrapsíquicas.

Sullivan describió cinco estadios:

Infancia: Este período de desarrollo va desde el nacimiento al inicio del lenguaje, aproximadamente a los dos años, se caracteriza por el gran desamparo y dependencia de la benevolencia de otros humanos, particularmente de la persona que hace las funciones de madre. El llanto del niño y su capacidad para despertar ternura en los demás son sus únicos medio de satisfacer sus necesidades. La zona oral es el área de interacción con el mundo, y el desarrollo de sentimientos de

seguridad y autoestima depende, según Sullivan, de la capacidad del niño para satisfacer sus necesidades.

La ansiedad aparece por primera vez en este período como resultado del fracaso del niño para conseguir satisfacción de sus necesidades primarias. El niño también experimenta sentimientos de seguridad o ansiedad a través de los procesos de empatía. El sistema del Yo (término que Sullivan designa a la personalidad) empieza a desarrollarse en la infancia y se convierte en una técnica para evitar la ansiedad. El sistema del Yo es un reflejo no sólo de las actitudes de la madre y de el padre sino también de toda serie de experiencias acumuladas que se inician en la infancia y continúan durante un largo período de tiempo.

Niño: El período de los dos a los cinco años de edad es un período de culturización. El problema de ser educado en las exigencias de la cultura de la persona es con frecuencia extremadamente difícil no sólo debido a experiencias desfavorables en la infancia sino también a las exigencias contradictorias de la cultura. La actividad terca, más que la conducta dócil, llegan a ser una parte importante en el trato con lo poderosos adultos. La ternura es transformada en malevolencia, y el niño se ve rodeado por un mar de hostilidad al que

sólo puede enfrentarse con respuestas hostiles o paranoides.

Edad Juvenil: Según Sullivan cuando el niño empieza a manifestar necesidad de compañeros está entrando en la edad juvenil. En general esto ocurre cuando el niño tiene cinco años. Su gama interpersonal se extiende más allá de su propio hogar y de sus padres. Tiene que compartir una figura paterna representada por el profesor y tratar con otro individuo que tienen iguales derechos sobre su figura. Tiene que aprender a tratar con autoridades nuevas y a cooperar, competir y comprometerse con sus compañeros. Durante este período, el niño desarrolla una personalidad claramente delimitada y modos característicos de tratar a los demás.

Preadolescencia: Este período (desde los ocho años a los doce) es notable para Sullivan por el desarrollo de la capacidad de amor y colaboración con otro ser humano del mismo sexo. Sin embargo, está exento de intercambios sexuales, ya que la maduración de las gónodas no se ha producido todavía.

Las dificultades empiezan a manifestarse hacia el final de esa edad, cuando el aparato sexual empieza a madurar, y las amistades se desvanecen debido al

interés por el sexo opuesto. Si existe una maduración desigual, tiene un desfase en la tarea adaptativa a las relaciones heterosexuales, puede establecer una intimidad preadolescentes, que puede complicarse por la sensualidad y producir la conducta homosexual.

Adolescencia: Aún en el caso de que la persona entre en este período con un sistema del Yo bastante sólido como consecuencia de buenas experiencias primitivas, la adolescencia es la transición más difícil. Sin embargo, si la persona llega a esta coyuntura con una autoestima débil y una tendencia a la ansiedad en las relaciones interpersonales, la transición a la sexualidad y la etapa adulta es extremadamente difíciles.

La intimidad con otro ser humano se complica por la sensualidad. El adolescente tiene que separarse de sus dependencias familiares en un momento en que no es completamente independiente no desde el punto de vista económico ni emocional. Tiene que decidirse por una profesión y desarrollar normas y valores para el futuro. Tiene que establecer compromiso aceptando los valores del adulto. Mientras está luchando con todos estos problemas, se espera de él que adquiera y perfeccione habilidades estudiantiles o técnicas que le proporcione seguridad económica en el futuro. Es un

período agitado en el que la persona busca su identidad como ser humano.

Cuando se han establecido los patrones heterosexuales y se han adoptado los papeles del adulto, el período de la adolescencia llega a su fin y el individuo entra en el período de adulto. Sin embargo, ser adulto no siempre es sinónimo de madurez, que sólo alcanzan algunas personas afortunadas. La madurez, según Sullivan, comprende un autorespeto que permite a la persona enfrentarse a la mayoría de las situaciones con una capacidad de relaciones íntimas y de colaboración y con actitudes de amor, lo que comprensiblemente, es de realización difícil.

El conocido estudio del "espejo" que propuso Lacan para dar cuenta de la formación de "Moi" (imagen especular, imagen unificada que sostiene al Yo). El estudio del espejo, conocido como el momento fundamental de la identificación; el niño asume una imagen y se transforma a partir de ella pero al asumir la imagen lo hace desde la imagen que le brinda el otro, la madre que lo mira reflejándole amor, completándolo con la mirada es para Lacan el reconocimiento del sí mismo a través del otro. Es un reconocimiento especular, en tanto que el otro refleja en su mirada una imagen de completud corporal que el niño (de seis meses más o menos) por su inmadurez psicológica todavía no la tiene.

Alienado a la imagen del otro y como lugar de desconocimiento porque sólo es en la medida que el otro lo reconozca. Dice Lacan "el hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y en la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio infantil nos pareciera que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el Yo se precipita en una forma primordial antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro, y antes de que el lenguaje le restituya lo universal su función de sujeto". Es pues para Lacan una precondition del lenguaje, la constitución del Moi (imagen que tiene el Yo de sí) luego vendrá el Yo a representarlo en el discurso a través de un significante. La imagen corporal del niño se va a estructurar a partir de la mirada de el otro (madre), es decir si el niño es visto con amor, agrado, la imagen que se conformará será de aceptación pero si es mirado con hostilidad y rechazo su imagen estará matizada por estos elementos.

Así pues mediante la revisión somera de estos autores (Freud, Karen Horney, Erich Fromm, Harry Stack Sullivan y Lacan) pude llegar a la conclusión que el ser humano es un ente influenciado desde el nacimiento y aún en la edad adulta, por fuerzas tanto interna (intrapsíquicas) como externas (medio ambientales) que moldean su personalidad,

otorgandole la fortaleza o debilidad para enfrentarse a las aversiones de la vida adulta.

El cáncer mamario como se vera en un capítulo siguiente es una enfermedad que amenaza la integridad de la mujer como tal y como ser viviente, y para afrontarlo se necesita más que voluntad, se requiere fortaleza tanto física como psíquica, permitiendo esta última resolver adecuadamente el duelo de la pérdida de una parte del cuerpo, evitando la distorsión exagerada de su imagen corporal y de las funciones psicosexuales.

III.2 DEFINICION DE LA AUTOIMAGEN

Después de haber revisado la literatura existente sobre el concepto de autoimagen se llevo a la siguiente definición:

La autoimagen es la representación psíquica de la imagen que las personas se forjan de su propia apariencia. Esta representación esta influenciada por factores medio ambientales desde el nacimiento hasta la adolescencia; núcleo familiar, educación, cultura y sociedad.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

IV.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué cambios tiene la autoimagen en mujeres con cáncer en mama después de la mastectomía?. Valoradas a través de el Test del Dibujo de Ocho Hojas, Caligor.

IV.2 HIPOTESIS DE TRABAJO

¿Habrá cambios en la autoimagen en mujeres con cáncer en mama después de la mastectomía?

IV.3 HIPOTESIS DE ESTADISTICA

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la autoimagen antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la autoimagen antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la identificación psicosexual de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la identificación psicosexual de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la importancia del medio ambiente de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la importancia del medio ambiente de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la forma de enfrentarse al medio ambiente en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existe diferencias estadísticamente significativas en la forma de enfrentarse al medio ambiente en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la evasión al medio ambiente de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la evasión al medio ambiente de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en el concepto realista del Yo de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en el concepto realista del Yo de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en el control de impulsos de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en el control de impulsos de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la agresión de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la agresión de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existe diferencias estadísticamente significativas en la depresión de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad de las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de la fantasía en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de la fantasía en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de la negación en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de la negación en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de la represión en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de la represión en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de el aislamiento en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de el aislamiento en las pacientes antes y después de la mastectomía.

Hi Si hay influencia significativa del estado civil de las pacientes sobre las diversas áreas antes y después de la mastectomía.

Ho No hay influencia significativa del estado civil de las pacientes sobre las diversas áreas antes y después de la mastectomía.

Hi Si hay influencia significativa de el apoyo emocional de las pacientes sobre las diversas áreas antes y después de la mastectomía.

Ho no hay influencia significativa de el apoyo emocional de las pacientes sobre las diversas áreas antes y después de la mastectomía.

IV.4 VARIABLE INDEPENDIENTE

MASTECTOMIA

Definición conceptual: Extirpación no sólo de la masa tumoral sino de toda la mama, los ganglios axilares vecinos y algunas veces los músculos pectorales situados detrás de la mama.

Definición operacional: Extirpación no sólo de la masa tumoral sino de toda la mama.

IV.5 VARIABLE DEPENDIENTE

AUTOIMAGEN DE LA PACIENTE

Definición conceptual: Entendiendo por autoimagen la representación psíquica que las personas se forjan de su apariencia física.

Definición operacional: Es la representación psíquica de la apariencia física que las personas se forjan a través de su desarrollo.

IV.6 SUJETOS

Se utilizaron diez y siete pacientes con cáncer en mama. La edad osciló entre los 20 y 65 años.

IV.7 TIPO DE MUESTREO

Intencional: Se eligió a las pacientes potencialmente con cáncer en mama que fueron diagnosticadas por los médicos oncólogos de la unidad de Oncología del Hospital General de México.

IV.8 ESCENARIO

Esta investigación fué realizada en la Unidad de Oncología del Hospital General de México. Se utilizó un consultorio que fue proporcionado por la unidad de 3 x 4 m., constituido por un escritorio, dos sillas y luz artificial, con una regular ventilación.

IV.9 TIPO. DE ESTUDIO

Descriptivo de campo: fue realizado en el medio natural que rodeaba al individuo.

IV.10 TIPO DE DISEÑO

Diseño relacionado: se utilizó una sola muestra.

IV.11 INSTRUMENTOS

Se hizo una entrevista semidirigida antes y después de la operación, posteriormente a las mismas se aplicó el Test del Dibujo de Ocho Hojas de Caligor (ver apéndice I).

IV.12 PROCEDIMIENTO

Para realizar este estudio me dirigí a la Unidad de Oncología del Hospital General de México para presentarme con el jefe de la unidad Dr. Rodríguez Cuevas y exponerle a grandes rasgos mi interés por realizar una investigación con las pacientes mastectomizadas, se me solicitó el anteproyecto de tesis para ser revisado por el médico psiquiatra Dr. Juan José Bustamante encargado de los pacientes oncológicos de la unidad. Finalmente se me otorgó el permiso. Me dirigí con los médicos oncólogos del departamento de mama para ponerme de acuerdo de cómo iba a laborar junto con ellos, los cuales estuvieron en la mejor disposición de ayudarme a seleccionar a aquellas pacientes con cáncer en mama que muy probablemente iban a ser tratadas quirúrgicamente. La duración de esta investigación fue de

aproximadamente diez meses, acudiendo de tres a cuatro veces por semana.

Respecto a la aplicación del instrumento se comenzó por establecer el rapport con cada una de las pacientes tratadas para posteriormente efectuar la entrevista, una vez concluida la misma se aplicó el test con previas instrucciones (ver apéndice 1).

Se llevó un registro de estas pacientes para su seguimiento con el fin de conocer el tipo de tratamiento al que fueron sometidas. Posteriormente se aplicó el retest únicamente a las pacientes mastectomizadas después de dos meses postcirugía.

CAPITULO V

RESULTADOS

Este estudio se sometió a un análisis por medio de la computadora a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS) Nie Hull, Sternbrenner, Jenkins (1980).

Se utilizarón varios programas (frecuencias, prueba T y prueba F). El primero de ellos fué el de frecuencias que proporcionó frecuencias absolutas y frecuencias relativas así como medidas de tendencia central y dispersión.

El objetivo de este programa fue describir las características más importantes de la muestra con la finalidad de conocer la distribución muestral las cuales se presentan a continuación:

La distribución de edades en la muestra a estudiar va de 20 a 60 años, observandose mayor frecuencia de casos con edades de 43, 50 y 60 años con un porcentaje de 17.6% para cada una de ellas y una media de 46.47 años (ver tabla 1)

TABLA 1
Distribución de edades de la muestra estudiada

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20	1	5.9
33	1	5.9
41	1	5.9
42	1	5.9
43	3	17.6
47	1	5.9
48	2	11.8
50	3	17.6
52	1	5.9
60	3	17.6

La distribución de frecuencias de pacientes en la primera área a estudiar (autoimagen) se observa que en ambas situaciones de la prueba pre y postmastectomía hay un mayor número de pacientes que están conformes con su imagen corporal, el 70.6% y el 58.8% respectivamente pero que sin embargo hay que señalar que el porcentaje que representa a las premastectomizadas disminuyó levemente después que las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente. Esto nos indica que aumentó el número de personas que mostraron inconformidad con su imagen corporal como se puede ver en la tabla 2, en el porcentaje que representa a las mujeres con mayor disconformidad.

La medida en ésta área fue de 1.588 y la desviación estándar fue de .795.

TABLA 2
Distribución de el área de autoimagen

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Conformidad	12	70.6	10	58.8
Disconformidad	3	17.6	4	23.5
Mayor Disconformidad	2	11.2	3	17.6

En la tabla 3 se puede observar que en el área de identificación psicosexual en ambas situaciones de la prueba (premastectomía y postmastectomía) la mayor parte de las pacientes mostraron tener un confusa identificación psicosexual (41.2% y 52.9% respectivamente). Asimismo hay que señalar que el número de personas con una inadecuada identificación psicosexual bajó de 4 (23.5%) a 2 (11.8%) en la postmastectomía aumentando con esto el porcentaje de personas con confusión psicosexual.

Esta área tuvo una X (media) de 2.176 y una desviación standart de .951.

TABLA 3
Distribución de el área de identificación psicosexual

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Adecuada	6	35.3	6	35.3
Inadecuada	4	23.5	2	11.8
Confusa	7	41.2	9	52.9

En cuanto a la forma de enfrentarse al medio ambiente se observa que en ambas situaciones de la prueba (antes y después de la mastectomía) hubo mayor número de pacientes que mostraban inseguridad al enfrentarse al medio ambiente.

Como se puede ver en la tabla 4 del 76.5% de pacientes antes de la mastectomía que se percibían inseguros al enfrentarse al medio ambiente bajó al 52.9% después de la mastectomía ya que del 76.5% el 23.6% se volvió más inseguro y del 23.5% de pacientes que antes de la mastectomía mostraban inseguridad el 11.79 se percibió muy inseguros después de la intervención quirúrgica. Esto nos indica que se observaron trastornos en la seguridad de los pacientes al enfrentarse al medio ambiente después de la mastectomía.

Esta área tuvo una X (media) de 2.235 y una desviación standart de .664.

TABLA 4
Distribución del el área: Forma de enfrentarse al medio ambiente

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Seguridad	4	23.5	2	11.8
Inseguridad	13	76.5	9	52.9
Muy inseguro	-	-	6	35.3

En el área de evasión al medio ambiente se puede ver que no hubo diferencias significativas en ambas situaciones de la prueba (pre y postmastectomía) ya que hubo un mayor porcentaje de pacientes que evaden al medio ambiente tanto antes (76.5%) como después de la mastectomía (64.7%). Sin embargo se observó que el porcentaje (postmastectomía) aumento la frecuencia de pacientes que se mostraron muy evasivas de un 5.9% a un 23.5% esto hace suponer que aunque no hubo diferencias en ambas situaciones si afecto la cirugía al 17.6% de las pacientes (ver tabla 5).

En esta área tuvo una X (media) de 1.58 y una desviación standart de .870.

TABLA 5
Distribución de el área: Evasión al medio ambiente

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Evade	13	76.5	11	64.7
No evade	3	17.6	2	11.8
Muy evasivo	1	5.9	4	23.5

En la tabla 6 se puede observar que no hay diferencias significativas en cuanto al concepto realista del yo, la mayor parte de pacientes en ambas situaciones de la prueba mostraron no tener un concepto realista del yo (premastectomía con un 76.5 % y postmastectomía con un

70.6%) . Sólo una paciente de las 13 mostró tener un mejor concepto realista del yo.

Esta área tuvo una X (media) de 1.824 y una desviación standart de .529.

TABLA 6
Distribución de el área: Concepto realista del Yo

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Hay concepto realista del Yo	3	17.6	4	23.5
No hay concepto realista del Yo	13	76.5	12	70.6
Dudoso	1	5.9	1	5.9

En lo que se refiere al área de control de impulsos no se observaron diferencias, en ambas situaciones tuvieron un mayor número de pacientes con un precario control de impulsos siendo el 64.7% de pacientes antes de la mastectomía y un 70.6% después de la misma. Solo cabe señalar que aumento levemente este porcentaje después de la cirugía, una paciente de las seis que se percibían con un regular control de impulsos se mostró después de la intervención quirúrgica con un precario control (ver tabla 7).

En esta área la X (media) es de 1.588 y la desviación standart es de .939.

TABLA 7
Distribución de el área: Control de impulsos

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Precario	11	64.7	12	70.6
Adecuado	-	-	-	-
Regular	6	35.3	5	29.4

Como podemos ver en la tabla 8 en ambas situaciones (premastectomía y postmastectomía) hubo un mayor número de pacientes que se mostraron agresivas el 64.7% de las pacientes antes de la mastectomía y el 41.1% después de la operación quirúrgica. Asimismo se observa que del 5.9% de pacientes que se mostraron muy agresivas antes de la mastectomía aumentó a un 29.4 .

Esta área tuvo una X media de 1.824 y una desviación standart de .883 .

TABLA 8
Distribución de el área: Agresividad

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Agresiva	11	64.7	8	41.1
No agresiva	5	29.4	4	23.5
Muy Agresiva	1	5.9	5	29.4

En cuanto a la distribución de los pacientes en el área de depresión se observó que tanto antes como después de la mastectomía la mayor parte de las pacientes se mostraron deprimidas sin embargo del 76.5% de las pacientes premastectomizadas bajó al 58.8 después de la intervención quirúrgica aumentando el porcentaje de las pacientes muy deprimidas que fué de 0 a 17.6% (ver tabla 9). Esto nos sugiere que el estado de ánimo de las pacientes se altero como consecuencia de la mastectomía.

La X (media) en esta área fué de 1.588 y la desviación standart fué de .795.

TABLA 9
Distribución de el área: Depresión

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Deprimida	13	76.5	10	58.8
No deprimida	4	23.5	4	23.5
Muy deprimida	-	-	3	17.6

En la distribución de los pacientes en el área de ansiedad se puede ver que en ambas situaciones antes y después de la mastectomía la mayor parte de las pacientes se observaron ansiosas. En la primera situación el 88.2% de las pacientes se mostraron ansiosas y en la segunda situación (postmastectomía) disminuyó este porcentaje a un 58.8% bajando un 29.4% . Asimismo se puede observar que el

porcentaje de mujeres muy ansiosas aumentó de 0 a 35.3% , por lo que infiero que esta área se vio afectada por la cirugía. Ver tabla 10.

TABLA 10
Distribución de el área de Ansiedad

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Ansiedad	15	88.2	10	58.8
No ansiosa	2	11.8	1	5.9
Muy Ansiosa	-	-	6	35.3

En la tabla 11 podemos ver que en la distribución de pacientes en el área de fantasías tanto antes como después de la mastectomía la mayor parte de mujeres mostraron usar frecuentemente la fantasía (88.2% de las pacientes premastectomizadas y el 52.2% de las pacientes postmastectomizadas). Hay que observar que el porcentaje de fantasías aumentó del 5.9% al 35.3% , esto nos indica que las pacientes que presentaron mayor frecuencias de fantasías se vieron afectadas por la cirugía.

La X (media) de esta área es de 1.824 y la desviación es de .231.

TABLA 11
Distribución de el área de Fantasías

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Frecuente	15	88.2	9	52.9
No utiliza	1	5.9	2	11.8
Muy frecuente	1	5.9	6	35.3

Como se puede ver en la tabla 12 la frecuencia de pacientes que hacen uso de la negación fué mayor en ambas situaciones (pre y postcirugía), ocupa el 94.1% y el 64.7% respectivamente. Sin embargo aumentó el porcentaje que representa a las pacientes que hicieron uso excesivo del mecanismo de negación de 0 a 29.4% . Este aumento denota el efecto que tuvo la mastectomía en las pacientes.

La X media en está área fué de 1.647 y una desviación standart de .931.

TABLA 12
Distribución de la área de Negación

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Negación	16	94.1	11	64.7
Ausencia	1	5.9	1	5.9
Excesiva	-	-	5	29.4

En cuanto al mecanismo de represión se puede ver en ambas situaciones (pre y postmastectomía) la mayor parte de pacientes utilizaron la represión como mecanismo de defensa; el 94.1% de pacientes antes de ser operadas y el 76.5% después de la mastectomía. Asimismo se observa que hubo un uso excesivo de este mecanismo en las pacientes postmastectomizadas, de 0 a 17.6%.

La X media en ésta área es de 1.412, con una desviación standart de .795.

TABLA 13
Distribución de la área de Represión

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Reprime	16	94.1	13	76.5
Ausencia	1	5.9	1	5.9
Excesiva	-	-	3	17.6

En cuanto al mecanismo de aislamiento se observó que la frecuencia de pacientes que utilizarón este mecanismo fue mayor después de que fueron sometidas a la operación de un 41.2% a un 47.1% como se puede ver en la tabla 14.

La X (media) de esta área es de 1.529 y la desviación es de .514.

TABLA 14
Distribución de la área: Aislamiento

	Premastectomía		Postmastectomía	
	F	%	F	%
Se aísla	7	41.2	8	47.1
No se aísla	10	58.8	9	52.9
Excesivo	-	-	-	-

Prueba T

El segundo programa aplicado fué el de la prueba T para muestras correlacionadas ya que se pretendió observar si había diferencias en cada una de las áreas estudiadas antes y después de la mastectomía.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

El valor de la prueba T en la primera área a estudiar (autoimagen) es de -1.38 con una probabilidad de .183 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula es decir, no hay diferencias significativas en la autoimagen antes y después de la mastectomía.

En la segunda área, identificación psicosexual, el valor de la prueba T es de -.81 con una probabilidad de .431 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula; por lo tanto no hay diferencias significativas en la identificación psicosexual antes y después de la mastectomía.

En el área que investiga la importancia al medio ambiente el valor de la prueba T es de -1.73 con una probabilidad de .104 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, no hay diferencias significativas en cuanto la importancia del medio ambiente antes y después de la mastectomía.

La forma en que la paciente se enfrenta al medio ambiente el valor de la prueba T es de -3.11 con una probabilidad de .007 menor al .05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, por lo tanto si hay diferencias significativas en la forma de enfrentarse al medio ambiente antes y después de la mastectomía, antes de la operación se observó una media $X=1.76$ y después de la mastectomía la media fue de 2.23 .

En el área que se refiere a si la paciente evade o no al medio ambiente el valor de la prueba T es de -1.57 con una probabilidad de .136 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, no hay diferencias significativas en cuanto a la evasión al medio ambiente antes y después de la mastectomía.

En el área del concepto realista del Yo el valor de la prueba T es de 1.00 con una probabilidad de .332 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta

la nula, no hay diferencias significativas en cuanto al concepto realista del Yo que las pacientes tienen antes y después de la mastectomía.

En el área de control de impulsos el valor de la prueba T es de 1.00 con una probabilidad de .332 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, no hay diferencias significativas en cuanto al control que tienen las pacientes de sus impulsos antes y después de la mastectomía.

Con respecto al área al área de agresividad el valor de la prueba T es de -2.13 con una probabilidad de .049 menor al .05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, si hay diferencias significativas en la agresividad que mostraron las pacientes antes y después de la mastectomía, antes de la operación se observó una media de 1.411 y después de la cirugía $X = 1.823$.

En el área que representa la depresión de las pacientes el valor de la prueba T es de -1.85 con una probabilidad de .083 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, no hay diferencias significativas en la depresión que mostraron las pacientes antes y después de la mastectomía.

En el área que representa a la ansiedad de las pacientes el valor de la prueba T es de -2.52 con una probabilidad de .023 que es menor al .05, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, si hay diferencias significativas en la ansiedad que mostraron las pacientes antes y después de la mastectomía con una media de 1.11 y 1.76 respectivamente.

En el área que representa la fantasía el valor de prueba T es de -2.86 con una probabilidad de .011 que es menor al .05 por lo que aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la nula, si hay diferencias significativas en el uso de las fantasías antes y después de la mastectomía, la media fue de $X = 1.17$ y $X = 1.82$ respectivamente.

En el área que investiga la negación el valor de la prueba T es de -2.42 con una probabilidad de .028 que es menor al .05 por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, si hay diferencias significativas en el uso de la negación antes y después de la mastectomía con una $X = 1.05$ antes de la operación y después de la misma $X = 1.64$.

En el área de la represión el valor de la prueba T es de -1.69 con una probabilidad de .111 mayor al .05 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, no hay diferencias significativas en el uso de la represión antes y después de la mastectomía.

En el área que representa el mecanismo de aislamiento el valor de la prueba T es de 1.00 con una probabilidad de .332 que es mayor al .05, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, no hay diferencias significativas en el uso del mecanismo de aislamiento antes y después de la mastectomía.

Los resultados antes expuestos se pueden observar en la Tabla 15 y en la gráfica 1.

TABLA 15
Diferencias significativas observadas en las diversas áreas a través de la prueba T para muestras correlacionadas

A R E A	X PRE	X PRE	T	P
Autoimagen	1.41	1.58	-1.38	.183
Identificación Psicosexual	2.05	2.17	-0.81	.431
Importancia del medio amb.	2.17	2.41	-1.73	.431
Forma de enfrentarse al medio	1.76	2.23	-3.11	.007**
Evasión al medio ambiente	1.29	1.58	-1.57	.136
Concepto realista del Yo	1.88	1.82	1.00	.332
Control de impulsos	1.70	1.58	1.00	.332
Agresividad	1.41	1.82	-2.13	.049*
Depresión	1.23	1.58	-1.85	.083
Ansiedad	1.11	1.76	-2.86	.023*
Fantasías	1.17	1.82	-2.86	.011**
Negación	1.05	1.64	-2.42	.028
Represión	1.05	1.41	-1.69	.111
Aislamiento	1.58	1.52	1.00	.332

* p. 05

**p.01

Prueba F

El tercer programa utilizado fue la prueba F (análisis de variancia) con el fin de conocer el nivel de correlación que existe entre las áreas observadas en ambas situaciones (antes y después de la mastectomía) y las siguientes variables: 1) estado civil y 2) con o sin apoyo emocional, ambas variables fueron obtenidas durante la entrevista premastectomía.

En cuanto a la primera variable, estado civil, se observó que en todas las áreas en ambas situaciones de la prueba (pre y postmastectomía) la media no difiere estadísticamente en forma significativa. Observandose también que la la probabilidad en todas las áreas, en ambas situaciones, rebasó al .05 por lo que concluimos que en ambas situaciones y en todas las áreas no influyó en forma significativa el estado civil de las pacientes.

Sin embargo como podemos ver en la tabla 16 la media (X) más alta en el área de autoimagen se encontró en la quinta característica de esta variable (unión libre) y en ambas situaciones pre y postmastectomía por lo que podemos inferir que bajo esta característica (unión libre) hubo mayor disconformidad, que, aunque no es significativo bien vale la pena tomarlo en cuenta.

En esa misma tabla observamos que en el área de identificación psicosexual antes de la mastectomía la media (X) más alta se encontró en la segunda y quinta característica de esa variable (solteras y unión libre) y después de la mastectomía la media (X) más alta estuvo en la quinta característica únicamente. De esto concluimos que aunque no es significativo se observó que las mujeres solteras y las mujeres en unión libre, mostraron mayor confusión en su identificación psicosexual antes de la cirugía, esta confusión prevaleció después de la mastectomía en las mujeres en unión libre.

En cuanto al área que investiga la importancia del medio ambiente se observa que antes de la mastectomía la media más alta se localizó en la segunda y quinta característica de esta variable (solteras y unión libre), mientras que en la postmastectomía la media más alta se encontró en la quinta característica (unión libre), lo cual nos indica que las pacientes solteras y las que viven en unión libre le dan excesiva importancia al medio ambiente en comparación a las pacientes casadas, viudas, y divorciadas. Hay que señalar que después de la mastectomía sólo las pacientes con unión libre continuó dándole mayor importancia al medio ambiente.

En la área que investiga la forma de enfrentarse al medio ambiente antes de la mastectomía se observó que la

media más alta se encontró únicamente en la quinta característica de esta área (unión libre) mientras que después de la mastectomía se presentó la X media más alta en la segunda, tercera y quinta característica (solteras, viudas y en unión libre respectivamente). Lo cual indica que aunque no es significativo se observó que antes de la mastectomía solo las pacientes con unión libre tuvo mayor inseguridad al enfrentarse al medio ambiente prevaleciendo esta situación después de la mastectomía, asimismo se observó que las mujeres solteras y viudas después de la mastectomía mostró tener mayor inseguridad al enfrentarse al medio ambiente en comparación con la mujeres casadas y divorciadas.

Con respecto al área que se refiere al mecanismo de evasión al medio ambiente se puede ver que la media más alta en la premastectomía se localizó en la tercera característica de esta variable (viudas) y en la postmastectomía la media más alta se encuentra en las mujeres casadas, por lo que concluimos que las mujeres viudas antes de la mastectomía se mostraron con mayor evasión al medio ambiente que las mujeres casadas, solteras, divorciadas y las pacientes que viven en unión libre. Por otra parte en la postmastectomía se observó que son las mujeres casadas quienes se mostraron más evasivas.

En cuanto al concepto realista del Yo en ambas situaciones (pre y postmastectomía) la media más alta se encontró en la tercera, cuarta y quinta característica de esta variable (viudas, divorciadas y en unión libre), lo cual nos indica que aunque no es significativo estas pacientes presentaron un precario concepto realista del Yo en comparación con las pacientes casadas y solteras.

Por otra parte en el área del control de impulsos antes de la mastectomía las mujeres casadas presentaron la media más alta, mientras que en la postmastectomía fueron las mujeres solteras quienes tuvieron la media más alta. Esto nos indica que las mujeres casadas mostraron un regular control de impulsos mientras que en la postmastectomía fueron las mujeres solteras quienes tuvieron un regular control de impulsos. Esto nos hace suponer que las pacientes viudas, divorciadas y las que viven en unión libre tuvieron un precario control de impulsos.

En el área de agresividad en ambas situaciones se observó que la media más alta se encontró en las mujeres con unión libre. Esto nos indica que aunque no es significativo las mujeres bajo este estado civil se mostraron muy agresivas en comparación con otro estado civil.

En cuanto a la depresión se observó que antes de la mastectomía las mujeres que viven en unión libre tuvieron la

media más alta y en la postmastectomía la media más alta se localizó en las mujeres divorciadas, por lo que concluimos que aunque no es significativo las pacientes en unión libre antes de la mastectomía se observaron muy deprimidas, mientras que en la postmastectomía fueron las divorciadas quienes presentaron mayor grado de depresión.

En relación con la ansiedad se observa que antes de la cirugía la media más alta se encontró en las mujeres en unión libre, mientras que después de la cirugía se localizó en las mujeres solteras, lo cual indica que las pacientes en unión libre mostraron mayor ansiedad antes de la mastectomía, mientras que en la postmastectomía fueron las solteras quienes presentaron mayor ansiedad.

En el área de fantasías se observó que antes de la operación la media más alta se encontró en las pacientes solteras, y después de la cirugía se localizó en las pacientes casadas, lo cual indica que las pacientes solteras antes de la mastectomía tendieron más a la fantasía y en las postmastectomía las pacientes casadas tuvieron mayor tendencia a la fantasía.

En el uso del mecanismo de negación se observó que en la premastectomía la media más alta se encontró en las mujeres viudas y en la postmastectomía se localizó en las mujeres divorciadas, lo cual indica que aunque no es

significativo las pacientes viudas en la premastectomía usaron más el mecanismo de negación, y en la postmastectomía fueron las divorciadas quienes tendieron a usar más dicho mecanismo.

En cuanto a la represión se observó que la media más alta antes de la cirugía se localizó en las mujeres en unión libre y en la postcirugía se encontró en las pacientes divorciadas, lo cual indica que las pacientes en unión libre antes de ser operadas usaron más el mecanismo de represión, mientras que después de la mastectomía las mujeres divorciadas tuvieron un mayor uso de dicho mecanismo.

En cuanto al área que investiga el mecanismo de aislamiento se observó que la media más alta en ambas situaciones (antes y después de la cirugía) se localizó en las pacientes solteras y viudas, lo cual indica que estas pacientes tendieron a usar más el mecanismo de aislamiento. (Ver tabla 16 y apéndice 1).

TABLA 16

Distribución de medias más altas de la variable estado civil en las diversas áreas investigadas

A R E A S	PREMASTECTOMIA		POSTMASTECTOMIA	
	X	Edo.C.	X	Edo.C.
Autoimagen	3.00	5	3.00	5
Identificación psicosexual	3.00	2,5	3.00	5
Importancia al medio ambiente	3.00	2,5	3.00	5

A R E A S	PREMASTECTOMIA		POSTMASTECTOMIA	
	X	Edo.C.	X	Edo.C.
Forma de enfrentarse al medio Amb.	3.00	5	3.00	2,3,5
Evasión al medio ambiente	2.00	3	1.40	1
Concepto realista del Yo	2.00	3,4,5	2.00	3,4,5
Control de impulsos	2.00	1	3.00	2
Agresividad	3.00	5	3.00	5
Depresión	3.00	5	1.67	4
Ansiedad	3.00	5	2.00	2
Fantasías	3.00	2	1.30	1
Negación	3.00	3	1.33	4
Represión	1.67	5	1.33	4
Aislamiento	2.00	2,3	2.00	2,3

1 = Casadas
 2 = Solteras
 3 = Viudas
 4 = Divorciadas
 5 = Unión Libre

Por lo que respecta a la segunda variable a analizar; apoyo emocional se observó que en todas las áreas en ambas situaciones de la prueba pre y postmastectomía la media no difiere estadísticamente en forma significativa. Observándose también que la probabilidad en todas las áreas en ambas situaciones rebasó al .05 excepto en el área de la ansiedad en la postmastectomía que tuvo un probabilidad de .038, solo en esta área y en esta situación de la prueba

podemos decir que si influyó en forma significativa el apoyo emocional sobre las pacientes.

Aunque no es significativo hay que señalar que en todas las áreas hubo indicadores de la influencia de esta variable sobre las áreas analizadas.

Como se puede ver en la tabla 17 en el área de la autoimagen la X (media) más alta observada antes de la cirugía se encontró en las pacientes que no tuvieron apoyo emocional mientras que en la postmastectomía la media más alta se encontró en las pacientes con apoyo emocional por lo que inferimos que las pacientes antes de la operación y sin apoyo emocional mostraron mayor inconformidad con su autoimagen mientras que después de la cirugía las pacientes que tuvieron apoyo emocional mostraron mayor inconformidad.

En el área de identificación psicosexual antes de la mastectomía las mujeres que no tuvieron apoyo emocional presentaron una media más alta y en la postmastectomía las pacientes con apoyo emocional la X (media) más alta lo que nos indica que aunque no es significativo, las pacientes premastectomizadas sin apoyo emocional mostraron tener una confusa identificación psicosexual mientras que las pacientes postmastectomizadas y con apoyo emocional se percibieron confundidas en cuanto su indentificación psicosexual.

En cuanto al área de la importancia del medio ambiente las pacientes premastectomizadas sin apoyo emocional tuvieron la X (media) más alta, en la postmastectomía la X más alta se encontró en las pacientes con apoyo , aunque no es significativo, las pacientes sin apoyo emocional mostraron dar excesiva importancia al ambiente mientras que en la postmastectomía las pacientes sin apoyo emocional dieron excesiva importancia al ambiente.

En lo que refiere a la forma de enfrentarse a su medio se observó que antes de la mastectomía las pacientes sin apoyo emocional tuvieron la X (media) más elevada y después de la operación fueron las pacientes sin apoyo emocional las que presentaron la X (media) más alta, por lo que se concluye que aunque no es significativo las pacientes sin apoyo emocional antes de la mastectomía mostraron mayor inseguridad al enfrentarse al medio ambiente mientras que después de la cirugía las pacientes sin apoyo emocional se percibieron con mucha inseguridad al enfrentarse a su medio.

En el área de evasión al medio en ambas situaciones pre y postmastectomía la X (media) más alta se encontró en las pacientes sin apoyo emocional , aunque no es significativo las pacientes sin apoyo emocional se mostraron muy evasivas.

En cuanto al concepto realista del Yo la media más alta se encontró en las pacientes sin apoyo emocional antes de la mastectomía mientras que después de la misma se encontró que

en las pacientes con apoyo emocional, aunque no es significativo las pacientes premastectomizadas sin apoyo emocional mostraron un precario concepto realista del Yo mientras que después de la mastectomía fueron las pacientes con apoyo emocional las que presentaron un precario concepto realista del Yo.

En el área de control de impulsos se encontró que la media más alta en las pacientes con apoyo emocional, esto se observó en ambas situaciones pre y postmastectomía por lo que se concluye que aunque no es significativo las pacientes con apoyo emocional tuvieron un regular control de impulsos.

En lo que respecta a el área de agresividad en la premastectomía se puede ver que la X (media) más alta se localizó en las pacientes sin apoyo emocional y en la postmastectomía la media más alta se encontró en las pacientes con apoyo emocional, aunque no es significativo las pacientes sin apoyo emocional antes de la mastectomía se mostraron más agresivas , mientras que después de la cirugía las pacientes con apoyo emocional se percibieron más agresivas.

En el área que corresponde a la depresión antes de la mastectomía la media más alta se observó en las pacientes con apoyo emocional y en la postmastectomía la media más alta se localizó en las pacientes sin apoyo emocional,

aunque no es significativo las pacientes premastectomizadas con apoyo emocional se percibieron con mayor depresión mientras que después de la cirugía las pacientes sin apoyo emocional tuvieron mayor depresión.

En el área de la ansiedad antes de la cirugía las pacientes sin apoyo emocional tuvieron la X (media) más alta y después de la operación las pacientes con apoyo emocional presentaron la X (media) más alta, aunque no es significativo las pacientes sin apoyo emocional antes de la mastectomía se mostrarán más ansiosas mientras que las pacientes con apoyo emocional (postmastectomía) se percibieron más ansiosas.

En cuanto al área de fantasías en ambas situaciones de la prueba en las pacientes sin apoyo emocional se localizó la X (media) más alta por lo que inferimos que aunque no es significativo las pacientes sin apoyo emocional mostraron usar excesivamente las fantasías.

En el área de negación en la premastectomía las pacientes con apoyo emocional presentaron la X (media) más alta y en la postmastectomía fueron las pacientes sin apoyo emocional quienes tuvieron la X (media) más alta, aunque no es significativo las pacientes con apoyo emocional antes de la mastectomía hicieron uso excesivo del mecanismo de negación mientras que en la postmastectomía se observó que

las pacientes sin apoyo emocional utilizaron la negación con más frecuencia.

En cuanto al área de represión se observó que en la premastectomía las pacientes con apoyo emocional tuvieron la X (media) más elevada y en la postmastectomía la X (media) más alta perteneció al grupo sin apoyo emocional por lo que las pacientes con apoyo emocional antes de la mastectomía mostrarán utilizar excesivamente el mecanismo de represión mientras que en la postmastectomía las pacientes sin apoyo emocional hicieron uso excesivo de dicho mecanismo.

En cuanto al mecanismo de aislamiento en la premastectomía la X (media) más alta se encontró en las pacientes con apoyo emocional y en la postmastectomía la X (media) más alta se localizó en las pacientes sin apoyo emocional, aunque no es significativo las pacientes antes de la operación con apoyo emocional hicieron uso excesivo de este mecanismo (aislamiento) mientras que en la postmastectomía las pacientes que no contaban con algún apoyo emocional mostraron utilizar excesivamente dicho mecanismo. (Ver tabla 17 y Apendice 1)

TABLA 17
Distribución de X (medias) más altas de la variable Apoyo Emocional en las diversas áreas investigadas

	PREMASTECTOMIA		POSTMASTECTOMIA	
	X	A. EMOCIONAL	X	A. EMOCIONAL
Autoimagen	1.60	2	1.57	1
Identificación Psicosexual	2.30	2	2.14	1
Importancia del Medio ambiente	2.50	2	2.29	1
Forma de enfrentarse al medio ambiente	2.30	2	1.80	2
Evasión al medio ambiente	1.70	2	1.30	2
Concepto realista del Yo	2.14	2	2.14	1
Control del impulsos	1.86	1	1.86	1
Agresividad	1.90	2	1.43	1
Depresión	1.71	1	1.30	2
Ansiedad	1.80	2	1.14	1
Fantasías	2.00	2	1.20	2
Negación	2.00	1	1.10	2
Represión	1.43	1	1.10	2
Aislamiento	1.57	1	1.60	2

1 = Con apoyo Emocional

2 = Sin apoyo emocional

CAPITULO VI

DISCUSION

En este capítulo hablaré sobre lo más relevante de este estudio. Para iniciar mencionaré que aunque no se encontraron diferencias significativas antes y después de la mastectomía en lo que se refiere a la idea que tienen las pacientes de su cuerpo (autoimagen) se observaron cambios significativos en cinco de las áreas contempladas en este estudio. Por un lado se observó un incremento en la inseguridad de las pacientes al enfrentarse a su medio después de efectuada la cirugía, resultados parecidos fueron encontrados en un estudio realizado por Taylor S. E. y colaboradores en 1985, en donde se observó que un pobre pronóstico y más aún la cirugía radical, ambas independientemente, predisponen a la paciente para un mal o pobre adaptación psicosocial. Si partimos de que para enfrentar a los problemas cotidianos se necesita un grado mínimo de autoestima (Sullivan), podemos entender que ante una situación tan traumática como lo es la mastectomía y una autoimagen devalorada su inseguridad incrementa y conlleva a una pobre adaptación al medio.

El incremento detectado en esta investigación en cuanto a la inseguridad de las pacientes después de la mastectomía se observó principalmente en las mujeres que se encontraban

viviendo en unión libre, solteras, viudas, así como en las pacientes sin apoyo emocional. Esto puede deberse en gran medida por el estado psicosocial y emocional en que se encuentra la paciente. Remitiéndose a la historia del desarrollo de la mujer se puede ver que la educación hacia la misma ha estado orientada principalmente a la dependencia para con el hombre, aún en la actualidad y en nuestra sociedad se sigue dado esta orientación, de alguna manera se le ha hecho ver y sentir a la mujer que es el "sexo débil", incapaz de valerse por sí misma. Luego entonces es lógico de esperar que estas pacientes al verse sin una pareja "que le proporcione seguridad" , reaccionen al medio ambiente con mucha inseguridad después de verse cercenadas en una parte de su cuerpo.

La mastectomía es una mutilación impactante, mayor aún cuando la paciente no cuenta con una pareja que le ayude a superar este trauma, o, si cuenta con alguien como en el caso de las pacientes que viven en unión libre, existe el temor de perder a su pareja o a ser rechazadas sexualmente, este sentimiento fue manifestado durante la entrevista por la mayor parte de las pacientes, en especial por las mujeres solteras y por las que viven en unión libre, así pues, ésta angustia generada por el temor a la soledad incrementa de alguna manera la inseguridad de la paciente frente a su medio ambiente. Esto se puede correlacionar con lo que Erich Fromm se refirió en cuanto al sentimiento de soledad ó de

existencia individual que es abrumadoramente amenazante y crea un fuerte sentimiento de impotencia y de ansiedad. Por otra parte como ya se mencionó anteriormente hubo un incremento en la inseguridad ante las exigencias del medio ambiente en las pacientes sin apoyo emocional, esta situación igual que en la anterior tiene gran repercusión en las pacientes que han sido traumatizadas tanto física como psicológicamente por la mastectomía. Nosotros como seres humanos somos susceptibles a los cambios, a las nuevas experiencias, experimentamos la mayor de las veces un temor innato ante lo desconocido, sentimiento que de alguna manera se mitiga cuando nos sentimos apoyados y motivados por los seres que amamos. Así pues estas pacientes al experimentar tan indeleble vivencias y al no sentirse apoyadas es de esperarse que se muestren temerosas e inseguras ante su medio.

En el área de agresividad y ansiedad se observó un incremento significativo después de la mastectomía. En 1978 en un estudio realizado por Maguire G. P., Lee E. G. , Bevington D. J. y Kiucheman C. S. se encontró resultados similares con mujeres mastectomizadas quienes a lo largo de un período de seguimiento, la incidencia de problemas psiquiátricos fue significativa, necesitaron tratamiento por ansiedad, depresión y por severas dificultades de tipo sexual.

El aumento percibido en las áreas de agresividad y ansiedad se detectó principalmente en las pacientes que viven en unión libre, en las solteras, así como en las pacientes con y sin apoyo emocional. Nuevamente las pacientes solteras y las que viven en unión libre confirman que este estado civil afecta la adaptación psicológica de las pacientes. Se observó que reaccionaron con mayor agresión y más ansiedad. La apariencia física de la paciente ya no es la misma, llegado el momento de quitar las vendas y de mirarse ante un espejo la paciente experimentará un cambio en su imagen corporal, un cambio que repercutirá en sus relaciones interpersonales y principalmente en sus relaciones sexuales. Indudablemente estos aspectos afectan a cualquier paciente y quizá aún más a aquellas que se sientan inseguras en su relación conyugal o en aquellas que piensan que jamás podrán relacionarse sexualmente con alguien debido a su apariencia física. Estas pacientes pasan por una situación frustrante, estresante, generadora de angustia y ansiedad. Ante situaciones frustrantes se puede reaccionar en distintas formas, una de ellas es la agresión. La agresión tiene connotaciones negativas, sin embargo cabe señalar que no siempre la agresión es destructiva, es decir, la frustración puede conducir a un aumento del esfuerzo constructivo dirigido a vencer la situación frustrante, en este caso el cáncer.

Se observó un uso excesivo del mecanismo de negación, esto en forma significativa después de la mastectomía. En un estudio realizado en 1986 por Gottschalk L. A. y Hoigaard-Martin, se les aplicó a las mujeres mastectomizadas un cuestionario para evaluar su estado emocional, los resultados mostraron elevadas significativamente las siguientes escalas; ansiedad, ansiedad a la muerte, ansiedad a la mutilación, ambivalencia de afectos, total negación al cáncer y desesperanza.

El uso excesivo del mecanismo de negación se observó principalmente en las pacientes viudas y divorciadas. El cáncer y la mastectomía sobre pasan su capacidad de resistencia o enfrentamiento, buscan protegerse de esta realidad intolerable a través de la negación. El mecanismo de negación es una defensa asociado con impulsos sádicos orales (Ana Freud) por tanto es un mecanismo primario. Cuando en la vida adulta tiende a predominar las defensas asociadas con las fases pregenitales del desarrollo sobre los mecanismos más maduros como la sublimación y la represión la personalidad conserva un aspecto infantil que dificultará enfrentar adecuadamente situaciones tan traumáticas como lo es la mastectomía.

En el área que representa las fantasías en donde se observó que las pacientes solteras, casadas, así como en las pacientes sin apoyo emocional hicieron uso excesivo de esta

forma de eludir la realidad. La explicación que le doy a este hecho es que por un lado en las pacientes casadas existe (al menos es lo que se espera) un vida sexual activa, por lo tanto al verse cercenadas es lógico que traten de ventilar esta aversión almacenada a través de la fantasías. Esto mismo puede explicar lo observado en las pacientes solteras que se supone no llevan un vida sexual activa pero que sin embargo esperan tenerla. El uso de la fantasía es como tener una valvula de escape para aquellos sentimientos perniciosos como podría ser el sentimiento de ser rechazado sexualmente por su pareja.

Con lo que respecta a las pacientes sin apoyo emocional puedo decir que al verse sin una ayuda de tipo afectivo que la anime y la apoye es posible que traten de irse a lo irreal, las fantasías, remplazando así esta carencia y reduciendo a la vez la angustia que genera. En 1982 Christen K., Blichert-Tolf M., Richard C., y Beckmann realizaron una investigación sobre el síndrome del fantasma de mama, en donde encontraron resultados que de alguna manera son equivalentes a los encontrados en esta investigación. Aquellos autores encontraron un daño severo en la autoimagen de las pacientes postmastectomía y destacan que este daño fue más importante en las pacientes que presentaron el síndrome de fantasma de mama.

Los cambios que se dieron en forma significativa en las cinco áreas anteriormente discutidas me permite inferir que la mastectomía como una alternativa para el tratamiento del cáncer mamario es francamente perniciosa para la autoimagen de la paciente.

La mayor parte de pacientes que mostraron transtornos tanto significativos como no significativos en todas las áreas y en ambas situaciones de la prueba fueron aquellas pacientes que viven en unión libre y en aquellas que no contaron con apoyo emocional. De los datos obtenidos deduzco que las pacientes que de alguna manera no se sienten "seguras" en su relación conyugal y las que carecen de apoyo emocional fueron más susceptibles de presentar transtornos emocionales.

Cabe señalar que aunque la variable de cómo se mostró la paciente durante la entrevista, (datos recogidos a través de la observación directa), no fue tomada en cuenta, sí me permitió ver que la mayor parte de pacientes, independientemente de su estado civil y del apoyo emocional otorgado por sus familiares, mostraron una aceptación estóica ante su enfermedad y ante el tratamiento ya que se resignaban a ello como un designio de Dios. Como ya sabemos nuestro país es en su mayor parte católico por lo que es de esperarse se asuma esta actitud ante el cáncer. Además quiero mencionar que estas pacientes se percibieron muy

deprimidas y que aunque no lo señale en el **ápndice 1** para no confundir la interpretación del mismo, es importante considerarlo.

CAPITULO VII**CONCLUSIONES**

Una vez analizados los programas estadísticos se pasó a las siguientes conclusiones.

En cuanto a la hipótesis principal se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0):

H_0 = No hay diferencia en la autoimagen de las pacientes antes y después de la intervención quirúrgica.

En seguida se mencionará las demás hipótesis y sus respectivas conclusiones.

En relación a la Identificación psicosexual se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0).

H_0 = No hay diferencia en la identificación psicosexual antes y después de la mastectomía.

En lo que respecta a la Importancia del Medio ambiente se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0).

H_0 = No hay diferencia en cuanto a la importancia del medio ambiente antes y después de la cirugía.

En cuanto a la forma de enfrentarse al medio ambiente se acepta la hipótesis alterna (H_1) y se rechaza la nula (H_0).

H_1 = Si hay diferencias en cuanto a la forma de enfrentarse al medio ambiente antes y después de la mastectomía.

Con lo que respecta a la evasión al medio ambiente se rechaza la hipótesis (H_1) y se acepta la nula (H_0).

H_0 = No hay diferencias en cuanto a la evasión al medio ambiente antes y después de la mastectomía.

En lo que se refiere al Concepto realista del Yo se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0).

H_0 = No hay diferencias en cuanto al concepto realista del Yo antes y después de la mastectomía.

Para el Control de Impulsos se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0).

Ho = No hay diferencia en cuanto al control de impulsos antes y después de la mastectomía.

En cuanto a la agresión se acepta la hipótesis alterna (Hi) y se rechaza la nula (Ho).

Hi = Si hay diferencias significativas en cuanto a la agresión antes y después de la mastectomía.

Respecto a la depresión se rechaza la hipótesis alterna (Hi) y se acepta la hipótesis nula (Ho).

Ho = No hay diferencias en cuanto a la depresión antes y después de la cirugía.

Con relación a la ansiedad se acepta la hipótesis alterna (Hi) y se rechaza la nula (Ho).

Hi = Si hay diferencias en cuanto a la ansiedad antes y después de la mastectomía

En relación a las fantasías se acepta la hipótesis alterna (Hi) y se rechaza la nula (Ho).

Hi = Si hay diferencias en cuanto al uso de las fantasías antes y después de la mastectomía.

En cuanto al mecanismo de negación se acepta la hipótesis alterna (H_1) y se rechaza la hipótesis nula (H_0).

H_1 = Si hay diferencias en el uso de la negación antes y después de la cirugía.

Respecto a la represión se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0).

H_0 = No hay diferencias en el uso de la represión antes y después de la mastectomía.

Respecto al mecanismo de aislamiento se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la hipótesis nula (H_0).

H_0 = No hay diferencias en el uso del mecanismo de aislamiento antes y después de la mastectomía.

A continuación se explicará lo que se encontró en el último programa aplicado, prueba F ; análisis de variancia, en función con las variables investigadas (estado civil y apoyo emocional).

Se encontró que en la variable estado civil se rechaza la hipótesis alterna (H_1) y se acepta la nula (H_0).

Ho = No hay influencia significativa del estado civil de las pacientes sobre las diversas áreas.

Y finalmente en la última variable apoyo emocional se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula (Ho).

Ho = No hay influencia significativa de el apoyo emocional en las pacientes mastectomizadas sobre las diversas áreas.

Cabe mencionar que en ésta última variable una de las áreas investigadas si se observó afectada por el apoyo emocional, la ansiedad.

Como se pudo observar en la distribución de frecuencias en todas las áreas analizadas no se encontraron diferencias significativas, sin embargo nos permite darnos cuenta sobre la influencia negativa de la mastectomía en cada una de las áreas.

Se encontraron cambios significativos en algunas de las áreas investigadas; agresividad, forma de enfrentarse al medio ambiente, ansiedad, fantasías y en el área que representa al mecanismo de negación, los cuales tuvieron una probabilidad menor al .05 por lo cual se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir, si hubo diferencias significativas en la forma de enfrentarse al

medio ambiente antes y después de la cirugía, así como también hubieron cambios significativos en la agresividad, ansiedad, fantasías y en el mecanismo de negación de las pacientes.

En cuanto a las demás áreas investigadas como son la autoimagen, identificación psicosexual, importancia al medio ambiente, evasión al medio, concepto realista del Yo, control de impulsos, depresión y finalmente aislamiento no se observaron diferencias significativas antes y después de la mastectomía.

En relación al estado civil se encontraron que en ambas situaciones y en todas las áreas no influyó en forma significativa el estado civil de las pacientes. Sin embargo se analizó cada una de las áreas encontrándose algunas características o aspectos que aunque no son significativos es importante señalarlos.

En el área de la autoimagen fueron las pacientes con unión libre las que presentaron mayor disconformidad con su imagen corporal en ambas situaciones de la prueba.

En el área de identificación psicosexual fueron las pacientes solteras y las que viven en unión libre las que mostraron confusión en su identificación psicosexual en la

premastectomía prevaleciendo esta confusión después de la operación en las pacientes que viven en unión libre.

Respecto al área que se refiere a la importancia al medio ambiente fueron las pacientes que viven en unión libre y las solteras las que presentaron antes de la mastectomía excesiva importancia al medio ambiente mientras que después de la cirugía fueron las pacientes en unión libre las que continuaron presentando este rasgo.

Se observó que las pacientes que viven en unión libre mostraron antes y después de la cirugía inseguridad al enfrentarse al medio ambiente, las pacientes solteras y viudas se mostraron inseguras únicamente después de la cirugía.

En cuanto al área de evasión al medio las pacientes viudas antes de la mastectomía se mostraron evasivas al medio mientras que después de la cirugía fueron las pacientes casadas las que se observaron más evasivas al medio.

En relación al área de el concepto realista del Yo las pacientes viudas, divorciadas y las que viven en unión libre presentaron en ambas situaciones un precario concepto realista del Yo

Referente al área de el control de impulsos se encontró que las pacientes casadas antes de la cirugía tuvieron un precariocontrol de impulsos, después de la mastectomía las pacientes solteras mostraron un pobre control de impulsoso.

En el área de agresión se encontró que las pacientes que viven en unión libre, antes y después de la cirugía, se observaron más agresivas.

En el área que corresponde a la depresión se puede observar que antes de la cirugía las pacientes en unión libre se mostraron muy deprimidas mientras que en la postcirugía fueron las pacientes divorciadas las que se percibieron más deprimidas.

En relación con la ansiedad las pacientes en unión libre se observaron con más ansiedad antes de la operación mientras que después de la cirugía las más ansiosas fueron las solteras.

En cuanto al área de fantasías se observó que antes de la mastectomía las pacientes solteras mostraron con mayor tendencia fantasear, mientras que en la postcirugía las pacientes casadas tendieron más a la fantasía.

Respecto a la negación se observó que las pacientes viudas antes de la cirugía utilizaron este mecanismo con

mayor frecuencia, mientras que en la postcirugía fueron las pacientes divorciadas las que hicieron mayor uso de este mecanismo.

Finalmente tenemos que en el área que representa al mecanismo de aislamiento, las pacientes solteras y viudas en ambas situaciones de la prueba mostraron utilizar más dicho mecanismo.

En cuanto al apoyo emocional que tenían o no las pacientes se encontró que en todas las áreas investigadas y en ambas situaciones de la prueba (antes y después de la cirugía) el apoyo emocional no influyó significativamente, excepto en el área de la ansiedad en donde se observó cierta influencia de después de la cirugía. No obstante se analizó cada una de las áreas encontrándose algunos datos que aunque no son significativos es importante considerarlos.

En el área de autoimagen antes de la cirugía las pacientes sin apoyo emocional se percibieron más inconformes con su imagen corporal, mientras que las pacientes con apoyo emocional se mostraron después de la mastectomía con mayor disconformidad en esta área.

En cuanto al área de identificación psicosexual antes de la cirugía las pacientes que no tuvieron apoyo emocional se observaron confundidas en esta área, después de la

mastectomía las pacientes con apoyo emocional mostraron confusión en su identificación psicosexual.

Importancia al medio ambiente: antes de la cirugía las pacientes sin apoyo emocional mostraron darle excesiva importancia al medio, en la postcirugía las pacientes con apoyo emocional le dieron más importancia al ambiente.

Forma de enfrentarse al medio ambiente: se observó que en ambas situaciones las pacientes sin apoyo emocional se mostraron más inseguras.

Concepto realista del Yo: se encontró que antes de la cirugía las pacientes sin apoyo emocional tuvieron un pobre concepto realista del Yo, después de la cirugía las pacientes con apoyo emocional mostraron un precario concepto realista del Yo.

Evasión al ambiente: se encontró que en ambas situaciones de la prueba las pacientes sin apoyo emocional se observaron más evasivas.

Control de impulsos: en ambas situaciones de la prueba las pacientes con apoyo emocional presentaron un pobre control de impulsos.

Agresión: se observó que las pacientes sin apoyo emocional se mostraron antes de la cirugía muy agresivas, mientras que en la postmastectomía las pacientes con apoyo emocional se percibieron más agresivas.

Depresión: antes de la mastectomía las pacientes con apoyo emocional se percibieron más deprimidas, después de la intervención quirúrgica las pacientes sin apoyo emocional se observaron en este estado emocional.

Ansiedad: antes de la mastectomía las pacientes sin apoyo emocional se mostraron ansiosas, después de la cirugía las pacientes con apoyo emocional se mostraron más ansiosas.

Fantasías: se encontró que en ambas situaciones de la prueba las pacientes sin apoyo emocional tendieron a la fantasía.

Negación: antes de la mastectomía las pacientes sin apoyo emocional utilizaron el mecanismo de negación, en la postcirugía las pacientes con apoyo emocional tendieron a usar dicho mecanismo.

Represión: se encontro que antes de la mastectomía las pacientes con apoyo emocional usaron el mecanismo de represión , en la postmastectomía las pacientes sin apoyo emocional hicieron uso de este mecanismo.

Aislamiento: antes de la cirugía las pacientes con apoyo emocional hicieron uso del mecanismo de aislamiento, después de la mastectomía las pacientes sin apoyo emocional usaron dicho mecanismo de defensa.

CAPITULO VIII

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En esta sección hablaré de las limitaciones que experimente al realizar este estudio.

En primer lugar debo decir que tuve cierta dificultad en la revaloración de mis pacientes, no conté con la asistencia postoperatoria de la mayor parte de ellas, muchas veces hice uso de medios comunicativos tales como telegramas y llamadas de larga distancia para recordarles su cita o bien reprogramarlas nuevamente. Con ello logré revalorar en ocho meses a solo 17 pacientes de 25 programadas. Los motivos de la inasistencia de las pacientes es básicamente económica, dado que muchas de ellas provenían de poblados relativamente cercanos al Distrito Federal.

El instrumento que utilice es una prueba esencialmente proyectiva no está estandarizada en México sino en Argentina, no obstante es una prueba que tiene bases muy sólidas, deriva del Machover, producto de la experiencia del autor Caligor con dibujos de figuras humanas, por lo que el uso de esta prueba adquiere validez aún cuando no ha sido estandarizada en México. Cabe mencionar que el uso futuro que se le de a esta prueba en México sera muy productivo debido a que es un test rico en contenidos.

Si bien es cierto que al psicólogo se le desacredita como tal, considerandolo como un técnico y/o auxiliar del psiquiatra, la experiencia que tuve en la Unidad de Oncología del Hospital General de México fué bastante agradable, el trato de los doctores y de los residentes fué muy profesional, así como del jefe de la unidad, Dr. Rodriguez Cuevas y del médico psiquiatra Dr. Juan José Bustamante quien esta al cargo del grupo de pacientes mastectomizadas ("RETO" siglas que significa "Recuperación Total").

El trato que recibí de todo el personal (incluyendo enfermeras), me indica que el psicólogo esta ganando respeto y consideración profesional, es necesario trabajar duro, con constancia y consistencia para alcanzar el mérito que tanto anhelamos. Considero que el área de la oncología es solo una parte de la medicina en donde podemos buscar esa oportunidad, necesita mucha atención no solo de la medicina sino de la psicología y de la psiquiatría y por qué no ... de la sociedad en general.

Una limitación que encontré al realizar la tesis es que no hay investigaciones hechas en México sobre aspectos psicológicos en pacientes con cáncer en mama por lo que para fundamentar este estudio tuve la necesidad de consultar investigaciones realizadas en el extranjero.

Una de las sugerencias que deseo dar es que es necesario que a las pacientes con cáncer no sólo en mama sino también en otras partes del cuerpo que son más o igualmente devastadoras para la personalidad y para el estado emocional, se les informe de una manera nítida y precisa sobre su enfermedad: en qué consiste, cómo es el tratamiento y cuales son las alternativas, asimismo es imprescindible mostrar interés por la salud y por la recuperación tanto física como emocional. Durante la investigación tuve oportunidad de percatarme de la precaria información que se les da a las pacientes con respecto a su enfermedad y a su tratamiento, pocas veces los médicos oncólogos se mostraban afectuosos para con sus pacientes aunque sí interesados por salvaguardar la salud de las mismas. Esto se puede comprender dado a las excesivas cargas de trabajo más no es justificable. Es entonces una tarea del psicólogo y del psiquiatra el colaborar junto con los oncólogos para una "completa" recuperación del paciente.

Se debe considerar a la pareja del enfermo oncológico como parte de la terapia psicológica, es también una persona que siente, piensa, y sufre junto con el paciente y que muchas veces se relega. El considerarlo puede ayudar a la recuperación física y psicológica del paciente oncológico.

Por último deseo hacer incapié en la necesidad de realizar más investigaciones en esta área de la medicina para conocer aún más sobre las secuelas psicológicas que trae consigo el cáncer y con ello mejorar el tratamiento para la total recuperación del paciente.

APENDICE 1

ENTREVISTA

En la entrevista se trató de abarcar las siguientes áreas: estado civil, actitud de la paciente y de la familia hacia la enfermedad y hacia la operación, así como se exploró si la paciente contaba con apoyo emocional por parte de su cónyuge u otros miembros de su familia, también se observó el estado emocional en que se encontraba la paciente antes y después de la mastectomía.

PRECIRUGIA

¿Cuál es su estado civil?

¿Qué piensa acerca de su enfermedad?

¿Qué piensa su familia acerca de su enfermedad?

¿Qué piensa acerca de la operación que se le va a practicar?

¿Qué piensa su familia acerca de la operación que se le va a realizar?

¿Cómo se comporta su pareja con Ud. después de enterarse de su enfermedad y de su próxima cirugía?

¿De quien más recibe apoyo?

Se registró el estado emocional en que se observaba la paciente según lo siguiente: deprimida (triste o decaída),

angustiada o ansiosa (sudoración de manos, tensión o rigidez, agitada), optimista (si se mostraba con energía, voluntad, valor), indiferente (ninguna de las anteriores).

POSTCIRUGIA

¿Cómo se siente después de la operación?

¿Cómo se siente su familia después de la cirugía?

¿Cómo se comporta su pareja después de su operación?

¿Cómo se comporta su familia después de la cirugía?

Se registró el estado emocional en que se observó la paciente.

PRUEBA PROYECTIVA CALIGOR

Es una prueba de papel y lápiz que esta compuesta por ocho hojas de papel transparente de 21.5 X 28 cm., sujetas en forma de block o cuadernillo a una base de cartón de las mismas medidas. Esto se cubrió con una hija que contiene los datos de identificación de cada una de las pacientes. Para ejecutar la prueba se colocó una cartulina blanca entre la última hoja transparente y la tapa posterior de cartón. La hoja de identificación junto con las otras siete hojas de papel transparente se enrollaron hacia arriba, dejando que la octava hoja descansará sobre la cartulina blanca que se ha insertado previamente. Se proporcionó al sujeto lápices

del número 2 con goma de borrar en sus extremos. Estuvo sentado a una mesa o escritorio con buen luz.

INSTRUCCIONES

"Dibuje una persona"

Cuando la paciente terminó, pasé a desenrollar la página transparente que sigue y la extendí sobre el dibujo número 1 cuyo trazos se distinguieron a través de la hoja. Para el dibujo número 2 se le dijo que "puede ud. hacer lo que quiera con esta figura de persona. Al dibujar le puede agregar algo, cambiarla o dejarla como ésta. Solamente deberá hacer otra vez un dibujo de una persona entera". Cuando terminó el dibujo número 2 se retiró la cartulina blanca, introduciéndola debajo del dibujo número 2. Por lo tanto, el dibujo número 1 ya no quedó visible. Se desenrolló otra hoja transparente, y ahora el dibujo número 2 quedó visible a través de la hoja colocada sobre él como para calcarlo. Se siguió el mismo procedimiento para los demás dibujos hasta el octavo. Fue muy importante que la cartulina blanca se colocará bajo del dibujo recién terminado para que el sujeto sólo tuviera ante su vista el dibujo anterior como si fuera a calcarlo. Después de terminar el octavo dibujo se desenrolló la hoja de identificación sobre el cuadernillo y se llenó.

INTERPRETACION DE LAS VALORACIONES

FIGURA ENTERA Y FIGURA PARCIAL

La figura entera es la esperada, la figura parcial revela disconformidad básica con la idea que el individuo tiene de su cuerpo y el sentido de suficiencia.

ALTURA DE LA FIGURA

12,7 A 20,3 cm. es la medida esperada, los dibujos que se encuentran fuera de esta escala, indican la dificultad de la persona en hacer frente a su medio.

Un puntaje alto refleja actuación excesiva del propio Yo y una infravaloración del medio.

Un puntaje bajo refleja una supervaloración excesiva del medio y una disminución del propio Yo.

UBICACION

ARRIBA - CENTRO - ABAJO - E - IZQUIERDA - CENTRO - DERECHA

Lo esperado es una figura céntrica. Arriba; refleja inquietud e inseguridad, fantasías. Abajo; refleja ansiedad e inseguridad para hacer frente al medio, depresión, sentimientos de impotencia. Izquierda o Derecha; Inquietud e inseguridad para enfrentar el mundo exterior, evasión.

FRENTE DE LA CABEZA

Lo esperado es que dibujen la cabeza mirando hacia el frente.

Mitad derecha o izquierda; La persona trata de eludir el choque frente a frente.

Hacia atrás mitad atrás derecha o izquierda; La persona trata de eludir el mostrar o expresar fantasías, sentimientos o impulsos inaceptables. Se vale de la negación para no enfrentar al ambiente.

ANGULO DEL CUERPO

Se espera que la mayoría dibuje perpendicularmente a la base de la página. Cualquier desviación demuestra la falta de estabilidad en relación al medio; inconstante, imprevisible, inconsistente, irreal, "tambaliante".

ALTURA Y ANCHO

Se espera sea proporcional la cabeza y el cuerpo.

Cualquier alteración nos habla de dificultad en mantener el equilibrio, precario, control de impulsos.

POSICIÓN DEL CUERPO

Se espera que se dibujen figuras de pie.

Sentada o acostada, refleja incapacidad letárgica para adaptarse dependiente, deprimido.

SEXO DE LA FIGURA

La mayoría dibuja de 6 a 8 figuras de su mismo sexo.

Los individuos que dibujan 3 figuras o más del sexo contrario revelan inquietud y disconformidad con su identificación y papel sexual.

MADUREZ FISICA

La mayor parte de los adultos dibuja figuras de adultos. Dibujos de niños reflejan una fijación; regresión e inmadurez.

TRANSPARENCIAS EVIDENTES

Se espera que las ocho figuras no tengan transparencias. Cuando hay dos o más dibujos con transparencias indica aplicación pobre de la inteligencia y de la crítica, criterio pobre de la realidad.

BORRADO

La mayoría borra dos dibujos o más. Ausencia de borrado refleja escasa facultad crítica al enfrentarse con las

exigencias del medio. Borrado de cinco u ocho dibujos refleja hipercrítica, minucioso.

FUERA DEL MARGEN

Se espera que no se salga del margen, ni tendencia a salirse. Fuera del margen indica influencia excesiva de la fantasía en el comportamiento y una evaluación o respuesta realista inadecuada.

SUPERPOSICION Y MOVIMIENTO-QUIETUD

Se espera que la mayoría siga el bosquejo general de la figura anterior. Movimiento es índice de un potencial intenso del individuo más flexible. Falta de movimiento refleja rigidez.

Los individuos que soslayan deliberadamente la figura previa, indican su tendencia a aludir y escaparse de sus dificultades en forma consciente.

Las personas que ignoran el dibujo previo, sin seguirlo ni evadirlo indican su voluntad en la negación como una manera de eliminar sus problemas.

APROVECHAMIENTO DEL DIBUJO ANTERIOR

Se espera que la mayoría no use el dibujo anterior para integrar el presente. Aprovechar el dibujo anterior refleja absorción por la fantasía, pasar por alto la realidad.

NUMERO DE DIBUJOS

La mayor parte de los sujetos no dibuja lindo, cuanto mayor es el número de dibujos con fondo, más consistentes son los significados delimitados en la presentación del fondo.

RELLENO DEL CUERPO: TIPO

D (detalle) indica grado mínimo de conocimiento intelectual y realista del propio Yo. La falta total del detalle indica patología, bloqueo, concepto realista del Yo disminuido.

S (sombreado) refleja ansiedad, conflicto y preocupación con el concepto del propio Yo y su actuación.

RELLENO DEL CUERPO: MINUCIOSIDAD

Minuciosidad común sin interpretación

Otros puntajes que no sean o reflejen conflicto en el aspecto de la represión intelectual de la ansiedad.

Minuciosidad refleja intento de represión de la ansiedad mediante el uso del intelecto y la fantasía.

Nada de minuciosidad refleja falta de fracaso y de represión intelectual de la ansiedad.

CALIDAD DE LAS LINEAS: TIPO

Sólida continua; rigidez en el dominio de la ansiedad.

Larga continua; capacidad para manejar la ansiedad y fiscalizar la impulsividad presente.

Dentada; refleja impulsividad frecuentemente agresiva.

Fragmentada; refleja poco conocimiento ambiental.

Traza largo; impulsividad.

Traza corto; refleja un intento cuidadoso y controlado de restricción del propio Yo al tratar con la ansiedad.

REFUERZO DE LA LINEA

Refuerzo; ansiedad, tendencia al aislamiento.

TEMBLOR

Indica presencia de ansiedad.

PRESION

La presión que el sujeto comunica al grupo refleja la cantidad de energía y fuerza transmitida por su característico modo de comportarse.

Mucha presión refleja tensión posible agresión.

Poca presión ansiedad, baja energía.

VESTIMENTA

La mayoría dibuja figuras completamente vestida.

Otros puntajes reflejan narcisismo, exhibicionismo.

OJOS

Este rasgo refleja a la represión ,negación y evasión hacia la proyección como modos de enfrentar los tropiezos con la realidad.

ACENTUACION DE LA ANATOMIA

La mayoría no acentúa lo anatómico. La acentuación indica narcisismo y exhibicionismo.

OMISION DE PARTES DEL CUERPO

Se espera que no omita más de una parte en todo el protocolo. Cuando hay dos omisiones en los ocho dibujos es

indicio de una falta de crítica, un criterio de la realidad debilitada y un declive en la eficiencia intelectual.

GLOSARIO

Autoimagen: Es la representación mental de nuestra apariencia corporal.

Identificación Psicosexual: Es la propia designación que el individuo hace de sí mismo en cuanto al papel sexual ante la sociedad.

Importancia del Medio ambiente: Es la supremacía que el sujeto le da al medio ambiente. Sintiendo así mismo como inadecuado para desenvolverse en ese medio considerado como abrumador y amenazante.

Forma de enfrentarse al Medio ambiente: Es la seguridad o inseguridad con la que el individuo se enfrenta a su medio.

Evasión al Medio ambiente: Es la tendencia del individuo ante los problemas, eludiendolos en vez de enfrentarlos para tratar de resolverlos.

Concepto Realista del Yo: Es la idea que la persona tiene de sí misma en relación con la realidad.

Control de Impulsos: Es la capacidad que el individuo tiene para posponer o anular la acción espontánea e inmediata.

Agresividad: es la acción del individuo que provoca daños o hiere a terceros ya sea en forma sutil o directa ante la menor estimulación.

Depresión: Es un tono afectivo de tristeza que puede ir desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo, (infeliz, pesimista, desprecio de sí mismo, sensación de lasitud).

Ansiedad: Es un estado de agitación o inquietud de ánimo.

Fantasías: Son pensamientos no reales que el individuo hace como un mecanismo de defensa ante una situación estresante o para satisfacer en forma ilusoria algún placer prohibido.

Negación: Es un mecanismo de defensa que el individuo utiliza para disminuir la angustia ante percepciones conscientemente intolerables, éstas son ignoradas o insuficientemente apreciadas, transformando así la realidad en una "realidad" menos desagradable o dolorosa.

Represión: Es un mecanismo por medio del cual se excluyen del campo de la percepción consciente los deseos, ímpulsos, pensamientos y anhelos que serían perturbadores o incompatibles con los autorequerimientos y las motivaciones conscientes por lo que se les desplaza hacia el inconsciente.

Aislamiento: Es un mecanismo de defensa que reduce la participación del Yo, prefiriendo la pasividad para protegerse de las exigencias del medio.

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

1.- Alvarez Simón Carlos (1983) "El cáncer es de origen mental". Tesis UNAM Fac. Medicina. p.p. 17-25.

2.- Alemán Mercedes "En busca de tu identidad" Ed. Harla, México. p p 1-44.

3.- Arthur M. Sutherland , Charles E. Orbach "Psychological impact of cancer and cancer surgery" (II depressive reaction associated with surgery for cancer). (1988).

4.- Benson, Ralph Criswell (1982) "Manual de Ginecología y Obstetricia" 5a. ed. Ed. El Manual Moderno. México, p.p. 234-250.

5.- Cascajares P. (1988) "Anatomía Humana" (Fisiología e Higiene). El Manual Moderno, México, p.p. 34 48.

6.- Cober Ross Elizabeth "Sobre la muerte" Ed. Grijalbo, p.p.11-34.

7.- Coronado, Mariano L. "El conocimiento propio y la salud mental" Ed. Grijalbo, p.p. 38-46.

8.- Coster A. y otros "Enciclopedia del conocimiento Sexual". p.p. 56-69.

9.- Crouch James ``Principios de anatomía humana``. El Manual Moderno, México. p.p. 57-68.

10.- Diane W. Scott, Stewart J. Eisendrath ``Dynamics of the Recovery Process Following Initial Diagnosis``. p.p. 43-67.

11.- Escobar Ma. Eugenia (1981) ``Articulación del discurso materno en el síntoma; un estudio sobre el discurso en psicoanálisis`` Tesis Posgrado Fac. Psicología UNA, p p 10-27.

12.- Freud, S. (1938) ``Esquema del psicoanálisis`` Vol. XXIII Amorrortu Editores. Buenos Aires, p.p.143-145,199-208.

13.- Garcia Roger H. ``El cáncer enfermedad psicogenética: investigaciones psicoanalíticas``, p.p. 44-76.

14.- Gaynon John H. ``Sexualidad y cultura`` p.p. 38-64.

15.- Gruber, Alois ``La pubertad desarrollo y crisis`` p.p. 32-40.

16.- Joel J. Silverman , Kelman Cohen ``Psychological aspects of breast cancer and reconstructive surgery``. Revista Oncológica 1987. p.p. 36-56.

17.- Kaser O. & Iklé, F. (1967) "Atlas de operaciones ginecológicas", 2da. ed. Editores Toray, S/A! Barcelona, p.p. 206-210.

18.- Kinsey Alfred "Conducta sexual en la mujer". p.p. 29-41.

19.- Kronhaysen, Phyllis (1929) "Sensibilidad sexual de la mujer". p.p. 13-35.

20.- Lauerse, Niels Ginecología "Este cuerpo". p.p.25-34.

21.- Leonard R. Derogatis "Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer". Revista Oncológica (1988). p.p. 39-48.

22.- Montejo Pedro "Las zonas erógenas de la pareja". Tesis UNAM Fac. Psicología. p.p. 45-68.

23.- Morton Bard, Ph. D. Arthur M. "Adaptation to radical mastectomy". p.p. 52-64.

24.- Muldworf, Bernard (1986) "Sexualidad y femineidad" p.p. 23-54.

25.- Pérez Gallardo traducido por. "Estrés y cáncer" p.p. 51-60.

26.- Reek Theodor (1988) ''La necesidad de ser amado''.
p.p.37-52.

27.- Schilder Paul (1986) ''The concept of self''. p.p. 34-
50.

28.- Simone de Beauvoir ''El segundo sexo''. p.p.5-38.

29.- Tarlou, M. and Smalheiser ''Patrones de personalidad en
pacientes con tumores malignos en el seno y en la cervix''.
p.p. 29-54.

30.- Urrutia Elena ''Imagen y realidad de la mujer''
p.p.14-23.

31.- Vargas Tentori Emilia ''Aspectos psicológicos de la
personalidad en la mujer con cáncer'' Tesis UNAM Fac.
Psicología. p.p.43-51.

32.- Wolman B. ''Aspectos Psicológicos en ginecología'' com.
y ed. por . (1987). p.p. 67-76.

33.- Wynder, Ernest L. ''Etiología y cáncer''. p.p.26-40.