



23  
2o. J.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*División S. U. A.*

" ESTUDIO SOBRE LA REPERCUSION DEL  
CANCER CERVICOUTERINO Y SUS  
TRATAMIENTOS EN LA EXPRESION DE  
LA SEXUALIDAD FEMENINA "

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

*LICENCIADA EN PSICOLOGIA*

**P R E S E N T A :**

**MARIA DEL CARMEN CALDERON BENAVIDES**

*Asesora de Tesis: Lic. María del Carmen Montenegro  
Nuñez*

MEXICO, D. F.

1992



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

## C O N T E N I D O

Página

### INTRODUCCION.

CAPITULO I. ANTECEDENTES.....1

### CAPITULO II. MARCO TEORICO.

A. SEXUALIDAD FEMENINA.....15

#### 1. Enfoque Psicoanalítico:

a) Sigmund Freud.....16

b) Marie Langer.....20

c) Helene Deutsch.....23

#### 2. Enfoque Biológico:

a) Alfred Kinsey.....28

b) Masters - Johnson.....29

#### 3. Enfoque Sociocultural:

a) Margaret Mead.....31

b) John H. Baynon.....34

c) Simone de Beauvoir.....36

## B. EL CANCER.

1. Consideraciones Generales.....	39
2. Las Metástasis.....	41
3. Tipos de Tumorações.....	43
4. Cáncer Cervicouterino.....	45
5. Factores Personales de Alto Riesgo.....	45
6. Factores Externos de Alto Riesgo.....	46
7. Clasificación del Cáncer Cervicouterino.....	48
8. Tratamiento del Cáncer Cervicouterino.....	50
9. Efectos Colaterales.....	51

## CAPITULO III. METODOLOGIA.

A. Planteamiento del problema.....	52
B. Objetivos.....	52
C. Hipótesis.....	52
D. Variables.....	52
E. Sujetos.....	52
F. Muestreo.....	53
G. Escenario.....	53
H. Instrumento.....	53
I. Procedimiento.....	54
J. Diseño.....	55
K. Tratamiento Estadístico.....	55

**CAPITULO IV. RESULTADOS.**

A. Tratamiento Estadístico y Análisis de Resultados.....	56
B. Discusión.....	88
C. Conclusiones.....	90

**CAPITULO V. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

A. Limitaciones.....	91
B. Sugerencias.....	91

**BIBLIOGRAFIA.**

Anexo A. GLOSARIO.

Anexo B. CUESTIONARIO.

Anexo C. TABLA DE WILCOXON.

Anexo D. TABLA DE KRUSKALL WALLIS.

Anexo E. TABLA DE U DE MAN WITNEY.

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

El paciente oncológico, al vivir y enfrentar una enfermedad como lo es el cáncer, sufre, a la par que alteraciones orgánicas, otras de índole emocional que conjuntamente afectan su vida en todos los niveles; las relaciones interpersonales, de pareja y el desempeño laboral, tiene cambios que se manifiestan desde un intento de adaptación a su nuevo estado, hasta la incapacidad total de realizar actividades cotidianas, surgiendo trastornos emocionales de tipo adaptativo o brotes psicóticos que lo defienden de su amenazante realidad, dependiendo de su estructura psíquica o de su fuerza yoica.

El impacto emocional que el diagnóstico origina, hace que se presenten alteraciones de tipo conductual que motivan los cambios en la calidad de vida, sin considerar que, dependiendo del tipo y estadio clínico del cáncer, puede darse o no, un pronóstico favorable con respecto a la recuperación de la salud.

Tal es el caso del cáncer cervicouterino, en torno al cual se centra el interés de este estudio, por ser la neoplasia más frecuente y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres (1) y por afectar directamente los órganos sexuales, deteriorando la calidad de vida de quien lo padece al alterar el manejo de su sexualidad biológica.

Dado que el cáncer cervico-uterino es un padecimiento exclusivo de la mujer, el punto de conjunción se establece en la forma en que dicha enfermedad afecta la sexualidad femenina en cuanto a sus manifestaciones biológicas y a la repercusión que éstas tienen en el ámbito psicológico y lo que todo esto representa en la calidad de vida y el manejo de su sexualidad a partir del momento en que conoce el diagnóstico y posterior al tratamiento.

El cáncer cervico-uterino, como todas las enfermedades, tiene etapas o grados de evolución que determinan su tratamiento, el cual puede ser conservador -la radioterapia-, o mutilante -la histerectomía y la exenteración- ante cuyas diferencias se pretende realizar la comparación de sus repercusiones en las relaciones interpersonales de las mujeres de la muestra.

(1) Revista Médica del Hospital General de México, Vol. 49, No.4, 1986.

Se eligieron dos tipos de relaciones para investigar los cambios que puedan originarse: en la relación con su pareja y en la relación con sus hijos. Ya que en la búsqueda y desempeño de estos roles se ha establecido social y culturalmente la expresión de la sexualidad, no sólo de la mujer sino del ser humano, que trata de establecer una relación de pareja permanente y la procreación como tareas a alcanzar, propias de su evolución.

Ser madre y ser pareja, son dos aspectos que se valoraron dada la afectación biológica. Qué pasó en estas relaciones a partir del diagnóstico de su enfermedad?

La información se obtuvo a través de un cuestionario que valoró los aspectos mencionados a partir del particular punto de vista de las encuestadas. Si bien ésta ha sido sólo una aproximación a un padecimiento que puede tener una gran variedad de repercusiones en todas las áreas del individuo que las padece, el particular interés se centra en las relaciones familiares más importantes: madre y esposa.

El presente trabajo es un estudio exploratorio que pretende aproximarse al conocimiento de las alteraciones conductuales que el cáncer cervicouterino origina en las relaciones de pareja y de madre, y que si bien no es el propósito que en base a él se genere un programa de apoyo psicológico, si pretende servir en la aportación y difusión de elementos que los profesionistas interesados tomen en cuenta para una mejor comprensión y por consiguiente, un mayor apoyo a las mujeres con este padecimiento, propiciando una relación médico-paciente que les ayude a enfrentar su problemática.

Además, se pretende promover una participación más activa del psicólogo en el manejo de este tipo de padecimientos, a fin de desarrollar una intervención preventiva además de terapéutica, cuyo objetivo sea evitar un deterioro emocional mayor del que ya la propia enfermedad origina, tanto en el enfermo como en su familia.

## CAPITULO I.

### A. ANTECEDENTES

Se ha considerado al cáncer como una enfermedad cuantitativamente importante y cualitativamente temida en nuestra sociedad no sólo por el impacto emocional que ocasiona sino por la repercusión económica y social que produce, ya que afecta principalmente a los grupos que se encuentran en la edad media de la vida, la de mayor productividad del ser humano y que actúa como un factor desintegrador y desestabilizador de la base de la sociedad: la familia. (1)

Esta enfermedad, en la actualidad tiende a incrementarse ya que los factores de riesgo reconocidos cada día son mayores y el individuo se encuentra expuesto con mayor frecuencia a ellos, (2) y cuya terapéutica, a pesar de los grandes avances que han habido, aún no cura todos los tipos de cáncer que el ser humano puede desarrollar, por lo cual, la investigación en torno a él abarca todos los aspectos y todos los niveles.

De esta manera se han podido establecer generalizaciones y rasgos comunes de tipo estadístico, geográfico, ambiental y comportamental referentes a la etiología del cáncer, de entre los cuales Stjernsward (1981) estima que en 1978, el 15% de todas las muertes que se produjeron en el mundo fueron debidas al cáncer, lo que representa que anualmente mueren de esta enfermedad unos 7 millones de personas. Cada año 9 millones de individuos se ven afectados por nuevos cánceres y se calcula que en total existen afectados por esta enfermedad alrededor de 37 millones de seres humanos (3).

A nivel comportamental se ha asociado el desarrollo del cáncer a diferentes factores que incrementan el riesgo como son el consumo del tabaco, Scautres (1982) atribuyó entre el 80% y el 85% de todas las muertes acaecidas por cáncer pulmonar a este factor; también se ha atribuido responsabilidad en la etiología de los cánceres de la piel a la exposición a los rayos solares (broncaudc), lo que representa que en E.E.U.U. surjan cerca de 400 000 nuevos casos anuales Doll y Peto (1981), los mismos autores atribuyen el 7% de los cánceres humanos como resultado de la conducta sexual, resaltando entre ellos, el cáncer del cérvix uterino. Se menciona también la importancia de la dieta alimentaria en la aparición del cáncer, Peto atribuye el 35% de los cánceres humanos a los hábitos alimentarios. (4)

(1) Bayès, Ramón, Psicología Oncológica, Ed. Martínez Roca, Barcelona España, 1985.

(2) idem. pág. 13

(3), (4), idem.

No obstante es de suma importancia el mencionar que la aparición del cáncer no depende de un solo factor sino que es el resultado de la conjugación de múltiples elementos, con lo que han estado de acuerdo los autores.

Por otra parte, con respecto a lo que el cáncer suscita en la personalidad de los enfermos se han realizado incontables investigaciones, entre las que se encuentran las referentes a la ansiedad y la depresión, el autoconcepto y la relación médico-paciente. Dentro de esta última es conveniente señalar la polémica que ha originado el dilema de lo que se debe comunicar o no al paciente con respecto a su enfermedad, el cuándo, el cómo y el cómo, han sido las cuestiones que integran el debate, llegando a concluir que las condiciones particulares de cada paciente determinarán su manejo.

La relación médico-paciente, sobre todo tratándose del paciente canceroso, debe tratar de establecer la comunicación suficiente para disminuir la ansiedad preexistente. Disipar las dudas acerca de su diagnóstico, conocer el nombre de su médico y los efectos secundarios del tratamiento son factores generalmente descuidados por el personal médico. (1)

Una queja frecuente de los pacientes es que no se les da suficiente información de su enfermedad.

Reader, Skipper, Pratt, Burling, Ley & Spelman han documentado el hecho de que los pacientes desean mucha más información acerca de su enfermedad que la que reciben. (2)

Paterson & Aitken-Swan (1987) encontraron que el 40% de las mujeres piensan que el médico debía decirle al paciente que tiene cáncer, mientras que el 82% de los pacientes no cancerosos desearían saberlo si lo tuvieran. (3)

Aitken-Swan & Eason (1981) encontraron que las dos terceras partes de los pacientes con cánceres curables, se mostraron tranquilos de haber conocido su diagnóstico, otros estudios sugieren que aquellos pacientes con cánceres incurables también desean saberlo. (4)

(1) "Características Psicológicas de pacientes con cáncer broncogénico" Robles y García. Tesis de Lic. U.N.A.M.

(2) Idem.

(3) Idem.

(4) Idem.

Con respecto a la autoimagen Schain & Howards (1967) encontraron que aquellas personas que tuvieron algún cáncer relacionado con un órgano sexual, produce más angustia, stress y culpa que si el tumor estuviera situado en otro órgano, además que la cultura influye mucho para el origen de miedos y mitos como la pérdida de la femineidad y capacidad de seducción. Se comprobó que la "psique" tuvo una gran fuerza en las respuestas sexuales después de una operación de este tipo. (1)

Compim M.J. (1988) refiere en su estudio que las neoplasias genitales no sólo alteran la vida de la mujer sino también su autoconcepto, autoimagen y sexualidad "se demostraron cambios significativos hacia el sexo y su pareja sexual, su conducta y respuesta ante la relación sexual. Hay un decremento importante en el deseo sexual y un aumento significativo en sentimientos negativos hacia la pareja y la relación sexual. Esos cambios fueron más significativos en las mujeres jóvenes. (2)

Arbitbol & Davenport (1974) realizan un estudio sobre la sexualidad en mujeres con cáncer cervico-uterino comparando la respuesta ante la cirugía y la radioterapia. Se encontró que un 25% de las mujeres radiadas terminaron con su actividad sexual, mientras que un 34% solamente disminuyó su frecuencia. De las mujeres tratadas con cirugía sólo el 6% disminuyó o terminó con su actividad sexual. (3)

- (1) Características Psicológicas de pacientes con cáncer broncogénico, Robles- García. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M.
- (2) Idem.
- (3) Idem.

## ANTECEDENTES EN MEXICO

Poco se ha hecho en nuestro país en relación a los factores psicológicos asociados al cáncer, lo cual ha dado como consecuencia que la literatura nacional relacionada con esta tema sea limitada, constituyendo un estímulo para desarrollar más este campo y averiguar como funcionan en nuestro país los métodos e instrumentos empleados en otros países, permitiéndonos conocer y definir características específicas de nuestra población.

En 1963, Emelia Vargas Tentori realizó el estudio "Aspectos Psicológicos de la personalidad de la mujer con cáncer", en el cual se incluyeron a 50 mujeres, 25 con cáncer cervico-uterino y 25 con cáncer de mama y cabeza y cuello. El propósito de esta investigación fue el de conocer si existían diferencias entre los dos grupos, para lo cual se utilizaron una entrevista y el test de Rorschach.

Los resultados fueron:

En el grupo no cerviceo, el ambiente familiar lo viven sin gratificaciones, mientras que en el grupo cerviceo la relación con el medio familiar es dependiente.

El grupo no cerviceo, ante sus necesidades afectivas expresa agresión y hostilidad, probablemente por temor a caer en dependencia, tratan de mantener una imagen reservada, obsesivo-compulsiva. Manifiestan procesos de disturbio o alteración ante la imagen de sí mismo. Mientras que el grupo cerviceo expresa preocupación autodestructiva en relación con la imagen de sí mismo y sentimientos de culpa, con respecto a la etiología de su enfermedad; conflicto y rechazo ante la aceptación de sus funciones biológicas femeninas y autoimagen.

El grupo no cerviceo expresa que su relación con el medio ambiente es limitada, probablemente su preocupación somática resta fuerza e interés para actuar en forma libre y espontánea, si lo hacen, es a través de hostilidad y agresión, encontrándose las mismas características en sus relaciones interpersonales, su actuación básicamente es hostil-agresiva. En el grupo cerviceo, su pensamiento es perseverativo, están en contacto con su realidad interna, es decir, con su condición somática a tal grado, que no pueden ser objetivas con su medio ambiente; expresan interés por sus necesidades afectivas receptivo-dependientes, su actuación y relaciones interpersonales básicamente son dependientes, su agresión es pasiva.

En ninguno de los dos grupos se encontró angustia en el psicodiagnóstico del Rorschach, debido probablemente a que se encuentra canalizada en su padecimiento.

En 1978, Bianca Robles e Ismael García, realizaron la tesis "Características psicológicas de pacientes con cáncer broncogénico", en el que incluyeron a 20 pacientes con dicha enfermedad y a 20 pacientes tuberculosos, con el propósito de compararlos. En este estudio, los autores intentaban descubrir la posibilidad de un trabajo conjunto médico-psicólogo para la toma de decisiones en cuanto a la información dada al paciente; la existencia o no de características de personalidad comunes a los pacientes con cáncer; la posible influencia de factores emocionales sobre la velocidad del desarrollo de la enfermedad; la necesidad de ayuda psicoterapéutica a tales pacientes y la posibilidad de desarrollar perfiles de personalidad del paciente canceroso. Los instrumentos utilizados fueron el test de colores de Luscher, el test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática y una entrevista. Los datos obtenidos se sometieron a tratamiento estadístico para verificar la significatividad de las diferencias entre ambos grupos.

Los resultados fueron:

- a) Es necesaria la labor conjunta médico-psicólogo para el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente, a fin de incrementar la posibilidad de brindar información al paciente.
- b) Existen características de personalidad comunes a los pacientes de cáncer broncogénico.
- c) Los datos obtenidos no son suficientes para investigar el papel de los factores emocionales en la velocidad de desarrollo del cáncer, por lo que se sugiere un estudio de seguimiento de los casos; es necesario el trabajo del psicólogo en la determinación de los casos psicológicamente graves que requieren de atención psiquiátrica o de psicoterapia.
- d) Es posible la formación de perfiles de personalidad. Las características psicológicas más importantes encontradas en este estudio fueron: malas relaciones con las figuras autoritarias, pasividad, inseguridad, metas positivas a corto y mediano plazo, pensamiento mágico, pobre salida de descarga emocional, negación, represión de necesidades de afecto, sentimientos de soledad y depresión.

Ma. Elena Montaño Cuadra, en 1979, realiza el trabajo "Estudio bibliográfico de algunos factores psicodinámicos presentes en el cáncer", en el cual establece que el cáncer ha sido visto por los médicos y por el público como una enfermedad a la que se le debe temer más que a ninguna otra. El concepto de que el cáncer es una enfermedad incurable ha sido difícil de combatir. Con respecto al cuidado del paciente con cáncer, el objetivo no es simplemente la administración de terapias convencionales y el dar medicamentos para el dolor en el momento más apropiado, aunque esto es, en verdad, la mayor parte del cometido. Más bien, los aspectos físicos y emocionales del paciente están vinculados y por lo tanto deben relacionarse para todo el rango de las reacciones del paciente, de los familiares y del mismo médico. Cuando el paciente se enfrenta al diagnóstico de cáncer, también se enfrenta con problemas que no sólo infringen su propia vida, sino también la vida de los miembros de su familia. Por otra parte, para que el tratamiento sea efectivo y exista una máxima rehabilitación debe establecerse una relación de confianza entre el paciente y el médico tratante. Esta relación debe ser tal, que ambos se sientan confidentes en relación al objetivo que tratan de lograr, que es, por parte del médico, el poner todo lo que esté al alcance de su mano y por parte del paciente, ser suficientemente cooperativo. Una comunicación exitosa es esencial en esta relación.

La confirmación del diagnóstico causa un trauma en la mente del enfermo. Muchos reaccionan con incredulidad y choque, otros con ira o negando, algunos otros reaccionan con intelectualización. Se le debe dar a entender al paciente que ni está solo ni sin ninguna esperanza. Si el médico puede hablar claramente con su paciente acerca de la malignidad del diagnóstico, sin que necesariamente trate de igualarlo a la amenaza de muerte, le hará un gran servicio. El médico, al mismo tiempo, deja la puerta abierta para una esperanza, mencionando nuevas posibilidades de tratamientos, insistir en que no todo está perdido y que no debe dejar de atenderse por el diagnóstico, que es una batalla en la que van a pelear juntos, paciente, familia y médico, no importando cuales sean los resultados, de esta forma el enfermo no sentirá miedo al aislamiento, al engaño, al rechazo y continuará teniendo confianza y esperanza.

La familia, lo mismo que el paciente, es frecuentemente traumatizada por el diagnóstico de cáncer. Los familiares juegan un papel muy importante durante el transcurso de la enfermedad y sus reacciones contribuirán en su mayoría a las respuestas del paciente a su enfermedad. Familias unidas, que se aman, sin que ningún miembro de la familia tenga cáncer, cuando se enfrentan a esta enfermedad tienen mayor potencial para cooperar con el paciente. Una gran necesidad para el paciente por parte de su familia es el tener una comunicación abierta y honesta. El miedo, la ansiedad y la pérdida de la autodeterminación creados por el diagnóstico de cáncer son frecuentemente incrementados por los procedimientos del tratamiento y sus

efectos en el cuerpo, en la personalidad y en la imagen social. Actualmente, existen tres procedimientos usados como medidas tanto curativas como paliativas en el tratamiento de pacientes con cáncer y que son : cirugía, terapia de radiación y quimioterapia.

Las preocupaciones básicas de los pacientes que van a ser sometidos a cirugías son: miedo a la pérdida de la función normal del cuerpo y miedo a la amputación. Agregándose a este miedo y ansiedad, habrá una pena intensa y la profunda necesidad de un reajuste psicológico, para poder mantener una vida más productiva dentro de sus limitaciones.

Los tratamientos con radioterapia y quimioterapia deben ser explicados detenidamente en una forma en que el paciente entienda los procedimientos y sea preparado para cualquiera de los efectos colaterales como náuseas, vómitos, halopecia y neuropatías periféricas.

Es de vital importancia que los profesionales que tienen la responsabilidad de asistir a los pacientes con cáncer tomen conciencia que tales pacientes luchan con problemas físicos psicosociales, espirituales y financieros, que no pueden manejar por sí solos. El intervenir terapéuticamente experimentando en una de estas áreas, significa olvidar que el paciente es un todo, una persona integrada y debe ser asistido como tal. Un mejor desarrollo en la rehabilitación debería ser el utilizar un equipo para un abordaje mayor integrado por varias disciplinas como serían medicina, psicología y trabajo social, abordando al individuo como un todo en términos de su medio ambiente y su problemática.

Asimismo, debería de plantearse un programa para la completa rehabilitación del paciente, empezando con la forma en que se le diera a conocer su diagnóstico. Si cada miembro del equipo trabajara con el paciente y con su familia hacia una meta común y se planean necesidades tanto físicas, como psicosociales y financieras, en tal caso, el proceso catastrófico de la enfermedad se reduciría al mínimo y el resultado del diagnóstico se aceptará en una forma más positiva.

En 1982, la doctora Laura Margarita León León, en su tesis de especialidad "Psicopatología de la Mujer Histerectomizada" realizó un estudio bibliográfico referente a la problemática emocional surgida en la mujer a partir de la histerectomía, que es una cirugía consistente en la extirpación del útero. Según esta revisión, la autora concluye que el útero es para la mujer un órgano de la mayor significación psicológica y que la extracción de éste representa para ella una agresión que repercute a nivel psíquico.

Enfatiza la importancia que tiene el factor educacional, ya que a la mujer mexicana se le educa para ser madre, ama de casa y para atender al hombre como un ser superior, por lo que se tiene al papel reproductivo un alta estima, resintiéndose aun más las consecuencias de quedarse sin ese órgano que las identifica llamado útero, poniendo en conflictiva el papel que le queda, la identificación femenina, el papel sexual, la capacidad de respuesta ante la estimulación sexual, la aceptación y la valoración de la pareja, todo esto expresado psicopatológicamente con un síndrome de depresión en su forma menos severa, o bien, este síndrome acompañado de manifestaciones más variadas llamado síndrome posthisterectomía o síndrome de respuesta al stress.

Es importante resaltar que la sintomatología variará de acuerdo a la información que la paciente tenga previa a la intervención, tanto en el sentido sexual como técnico de la intervención, preparación inmediata a la cirugía por parte del médico tratante, personalidad previa de la paciente, tipo de respuesta habitual hacia al stress, apoyo de la pareja y edad. Todos estos, parámetros son de la mayor importancia y deberán de ser tomados en cuenta por el médico tratante, aclarando la importancia que tendría que este especialista revisara a la paciente no sólo desde el punto de vista técnico y terapéutico para la enfermedad orgánica, sino de una manera más integral, preocupándose por el concepto que la paciente tiene de la histerectomía, los sentimientos que provoca la cercanía de una cirugía de estas proporciones, aclarando dudas y preocupaciones, como también las de su pareja, preparándolos para este cambio, quitando prejuicios que el hombre mexicano tiene hacia la mujer histerectomizada, pudiendo así disminuir o prevenir la psicopatología que se presenta postcirugía.

La intención de esta revisión y como conclusión de dicho estudio es el sensibilizar a los médicos al estudio y la prevención de este tipo de psicopatología posterior a la histerectomía, tan frecuente en nuestro medio.

En 1983, la doctora Ma. del Carmen Elizabeth Lara Muñoz en su tesis de especialidad "Formas de Reacción Psicológica del Paciente Cánceroso y sus correlatos demográficos, clínicos y psicológicos" realizó un estudio para investigar la forma en que los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología reaccionan a la enfermedad, hipotetizando que estas formas de reacción estarían relacionadas con variables demográficas, como sexo, edad, estado civil, escolaridad, número de hijos; con variables clínicas, como localización del cáncer, extensión y tiempo desde la realización del diagnóstico; y con variables psicológicas, como reacciones de ansiedad, depresión o algunas otras alteraciones emocionales.

La muestra se compuso por 50 pacientes cuya edad se encontraba entre los 18 y 60 años, con estado de conciencia claro y diagnóstico histopatológico de malignidad. La obtención de datos fue a través de una entrevista semiestructurada, información de los expedientes y la aplicación de la escala de depresión de Zung.

Los resultados indicaron que 47 pacientes se refirieron a su enfermedad como cáncer, tumor canceroso, tumor maligno. Para la mayoría de los hombres (11 de 16) la principal preocupación se relacionaba con aspectos de su enfermedad (dolor, curación, temor a quedar desfigurado, a las radiaciones); mientras que de las mujeres en quienes se obtuvo este dato 19 manifestaron que su preocupación principal eran sus hijos y solamente tres se encontraban preocupadas por algún aspecto de su enfermedad. Tanto para hombres como para mujeres, el área principal de cambio debido a la enfermedad, fue el área laboral, ya que tuvieron que dejar de trabajar.

En cuanto al análisis de la escala depresiva se encontró que 18 de los 50 pacientes presentaban sintomatología depresiva.

La doctora Lilia Albores Gallo, en 1987 realiza el trabajo "El niño y el cáncer" en el que aborda el planteamiento de qué necesidades de información tienen los niños y adolescentes con cáncer entre 8 y 18 años de edad y qué necesidades de información piensan los médicos que requieren los pacientes en este grupo de edad.

Se seleccionaron 16 médicos que estuvieran en contacto con los pacientes estudiados, es decir, pediatras, oncólogos y cirujanos, con diferencias en jerarquías y antigüedad en el hospital. Los cuestionarios fueron autoaplicados.

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: pacientes con neoplasias malignas entre 8 y 18 años de edad, que concierdan su diagnóstico. Los resultados se obtuvieron en cuanto al análisis de la discrepancia entre las respuestas de médicos y pacientes, considerando la discrepancia como estadísticamente significativa. A las preguntas que se referían a la prevención de cáncer, los pacientes mostraron mayor interés, así también mostraron interés en cuanto a los exámenes clínicos, el tratamiento y su papel en la familia, ahora que se encuentra enfermo. Otro factor de importancia resultó ser la forma en que la enfermedad afectará a otros miembros de la familia y los gastos que implica la enfermedad y el tratamiento, siendo todos estos elementos enfatizados por los pacientes.

De los puntos considerados como muy importantes por médicos y pacientes sólo coinciden en los aspectos de cuándo llamar

al médico, lo referente a la rehabilitación y el uso de piernas artificiales.

Se encontró que existen diferencias considerables entre lo que los médicos y los pacientes consideran importante respecto a la enfermedad y que deben realizarse mayores esfuerzos para promover la comunicación en la relación médico-paciente.

En 1983, el doctor Ricardo Secín Diep, efectuó el trabajo "Eventos de la Vida y Cáncer" con el propósito de contribuir a la objetivización de conocimientos empíricos que existen en torno a este tema y que postulan que situaciones tensionantes en la vida predisponen o precipitan la enfermedad, además, conocer aspectos específicos de la población mexicana relacionados con eventos de la vida y cáncer mamario y cervicouterino.

Se estudiaron a 30 pacientes del sexo femenino, hospitalizadas en el Instituto Nacional de Cancerología, 15 padecían cáncer cervicouterino y 15 cáncer mamario, cuyas edades oscilaban entre los 26 y 55 años. El instrumento utilizado fue una modificación del cuestionario de Holmes y Rahe, por lo que, debido a su complejidad y las características socioculturales de la muestra, significaron un abstráculo en la obtención de resultados confiables, ya que las correlaciones estadísticas solamente aportaron que conforme aumentó el número de eventos el diagnóstico fue más severo y que a mayor número de eventos, la severidad psiquiátrica fue mayor. Sin embargo, el que casi un 30% de los eventos no estuvieran presentes en ningún sujeto, hace suponer que ésta escala no está reflejando adecuadamente los eventos previos que ocurrieron al sujeto y que es posible que adecuandola al nivel social al que sea dirigida, proporcione resultados diferentes.

En 1984, la Psicóloga Beatriz Taladríd Cruz realizó en la Unidad de Oncología del Hospital General de México el estudio "Características de personalidad en el paciente con cáncer", para lo cual reunió a un grupo experimental de pacientes con cáncer y un grupo control de sujetos considerados sanos. Ambos grupos fueron mixtos y les fueron aplicadas las pruebas MMPI y el test de Frases Incompletas, también se realizó una entrevista individual en la que se exploraron sentimientos en torno a la infancia, la adolescencia y la etapa adulta. Como dato importante se destaca que tanto las pruebas psicológicas como la entrevista les fueron realizadas a las pacientes antes de informarles acerca de su diagnóstico de cáncer.

De acuerdo a los resultados obtenidos parece existir una tendencia del paciente con cáncer hacia una personalidad de tipo depresivo, causada principalmente por pérdidas objetales sufridas en la infancia. Problemas para relacionarse con el medio que lo rodea por lo que el paciente oncológico tiende hacia la introversión y hacia una particular necesidad por crear un mundo propio (personalidad esquizoide) en donde pueda sentir seguridad y logre como defensa negar y protegerse de cualquier hecho externo que experimente como amenazante. Los sentimientos de hipocondriasis que se presentan en este tipo de pacientes, son producto de una necesidad inconsciente, por parte del enfermo con cáncer, de somatizar una conflictiva psíquica importante, a la cual no logró nunca enfrentar y resolver.

En 1987, en el Instituto Nacional de Cancerología, se llevó a cabo un estudio titulado "Estudio comparativo de un grupo de adolescentes con cáncer y un grupo de adolescentes sin cáncer a través del MMPI".

El grupo experimental se integró con 54 adolescentes con cáncer, 36 hombres y 18 mujeres, específicamente con linfomas y leucemias. La edad promedio fue de 18 años. El grupo de comparación fue de 54 adolescentes que no padecían cáncer, de los cuales 36 eran hombres y 18 mujeres, con las mismas características de edad, sexo y nivel socioeconómico.

Los resultados de la investigación encontraron que las diferencias significativas entre mujeres con y sin cáncer, se obtuvieron en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria, esquizofrenia y ansiedad.

En las comparaciones entre hombres con y sin cáncer las únicas diferencias encontradas fueron en las escalas de hipocondriasis y en la de manía.

En general, tanto las mujeres como los hombres mostraron una marcada preocupación por su estado físico, lo cual era de esperarse ya que en la escala de hipocondriasis hay varias preguntas relacionadas con malestares físicos que en el caso del paciente con cáncer son molestias reales y no preocupaciones somáticas ni malestares imaginados como sucede en el caso de la hipocondría.

En los pacientes hombres se encontró menos depresión que en las mujeres, lo cual puede deberse a factores culturales, ya que es muy conocido que en nuestra cultura se acepta que la mujer exprese sentimientos de tristeza, llanto y quejas, más fácilmente que los hombres, a quienes se les asigna un papel que tiene que ver con mayor fortaleza emocional. Aunado a esto se encontró una elevación marcada en la escala de manía, por lo que

se puede deducir que el muchacho tiende más a negar sus sentimientos mostrándose más energético, activo y entusiasta para así compensar los sentimientos de depresión que sería normal que tuviera. Además, los muchachos con cáncer obtienen un puntaje menor que los muchachos sin cáncer en la escala de depresión, lo cual comprueba el uso de la negación como principal mecanismo de defensa.

Se encontró también que las mujeres con cáncer mostraron un grado de depresión que nos habla de un trastorno de adaptación con depresión severa ante la cual hay que estar alerta ya que requiere de atención inmediata y que además puede interferir con los tratamientos médicos.

En cuanto a la duración de la enfermedad, se encontró que se da un proceso de adaptación distinto en hombres que en mujeres. Ellas, parece que van afrontando paulatinamente el impacto con mayor posibilidad de exteriorizar sus sentimientos, lo cual permite tener una visión un poco más realista de su estado y por lo tanto, una mayor tendencia a irse deprimiendo, así se vuelven más dependientes de la gente que las rodea y les resulta más fácil adherirse a los tratamientos y aceptar ayuda de los demás. En cambio, los hombres, conforme avanza el mal y aumenta la ansiedad, se adaptan negando la situación que les es tan amenazante y de ahí que manifiesten conductas maníacas.

En cuanto al tipo de padecimiento, no se encontró ninguna diferencia entre el grupo de leucemia y el grupo de linfoma, por lo tanto, se concluye que por ser padecimientos con implicaciones tan similares, el impacto emocional tanto en unos como en otros, suele ser muy parecido. Tampoco se apreciaron diferencias entre los pacientes con la enfermedad en actividad, bajo tratamiento y los que estaban en remisión.

Respecto al factor edad, los pacientes más jóvenes mostraron mayor dificultad en comprender la prueba aplicada y en general, presentaron cuadros de mayor perturbación emocional. Esto concuerda con el hecho de que en estas edades (13-17 años) el conflicto adolescente es más intenso.

Con respecto al tratamiento psicológico de los pacientes con cáncer Ma. de Fátima García Dource realizó en 1988 una revisión bibliográfica con el título "Algunas alternativas para el tratamiento emocional del paciente con cáncer", mediante la cual establece que hay técnicas psicoterapéuticas que pueden emplearse en el caso del paciente con cáncer y que, aunadas a los métodos médicos ortodoxos le pueden ayudar al paciente a vivir su enfermedad con una mejor calidad y dignidad de vida posible. Enfatiza también la importancia de la relación médico-paciente,

en la cual la comunicación debe darse de una forma humana, teniendo siempre presente la condición del paciente, no sólo desde el punto de vista orgánico, sino también psicológico por las alteraciones emocionales de su enfermedad ocasional.

En cuanto a las técnicas psicoterapéuticas que la autora sugiere, se menciona que el psicoanálisis en su forma estricta resulta inadecuada por las características que el método requiere y que son entre otras, la disposición y colaboración en la asociación de ideas y en la interpretación de los acontecimientos, procesos que en el paciente con cáncer se encuentran por naturaleza interferidos. Sin embargo, es posible el manejo de la transferencia para la ayuda psicológica de estos pacientes, ya que el psicólogo puede significar a la madre benevolente apoyándolo en su ambivalencia y en sus regresiones, promoviendo la catarsis y canalizando la conflictiva emocional.

Al tratar el punto de la terapia grupal, menciona que no hay referencias específicas sobre los procedimientos óptimos, pero que el hecho de establecer relaciones con personas que enfrentan una problemática común, discutiendo en busca de alternativas, constituye un apoyo terapéutico pues propicia la disminución de sentimientos y pensamientos negativos.

En 1979, el doctor Enrique Alberto Avilés Aceves presentó el trabajo "Elementos Afectivos y Cognoscitivos en la relación médico-paciente encontrados en la entrevista informativa de la necesidad de histerectomía". El enfoque del autor se dirige a la relación médico-paciente y al impacto que origina en las mujeres el perder el útero, y menciona, citando a Vasicka que "el buen médico ya no puede estar contento, sin el conocimiento de que su objeto no es sólo salvar la vida, sino también ayudar a hacer que valga la pena vivirla". Por tanto, es de suma importancia para los que están relacionados con este tipo de problemas que se estudien las reacciones que se dan en la relación médico-paciente y en particular la respuesta emocional de la paciente ante su futuro sexual, cuyo propósito sea el brindar una atención integral, considerando los aspectos que desde el proceso preoperatorio afectan la vida de la paciente y que repercuten al enfrentar la cirugía.

Menciona también la utilidad de organizar pláticas informativas para disipar las dudas de las pacientes con respecto a lo que ocurre durante la histerectomía, así como de los cambios que pueden presentarse después de la operación, tratando, en lo posible de incluir a las parejas de las pacientes, para contrarrestar las creencias populares y porque pueden ser el apoyo más significativo para la paciente.

La creación de grupos de autoayuda puede ser valiosa ya que -las mujeres podrían ventilar sus problemas personales surgidos a raíz de la intervención con objeto de obtener apoyo mutuo y orientación especializada y podrían relacionarse desde el preoperatorio con pacientes en su misma situación.

Margarita Caballero, en su tesis de licenciatura en 1992, aborda el tema: " Trastornos de la Autoimagen en Mujeres Mastectomizadas", mediante entrevistas semidirigidas pre y post cirugía y la prueba proyectiva de papel y lápiz de Caligor, llegando a los siguientes resultados: se encontraron cambios significativos en el incremento de la agresividad, ansiedad, fantasías y manejo de negación.

En cuanto a la autoimagen, identificación psicosexual, importancia al medio ambiente, evasión, concepto realista del yo, control de impulsos, depresión y aislamiento no se observaron cambios significativos, no influyendo el estado civil.

En el Área de autoimagen, las pacientes en unión libre presentaron mayor disconformidad con su imagen corporal, tanto antes como después de la prueba. En la identificación psicosexual fueron las pacientes solteras y las que viven en unión libre las que mostraron confusión en su identificación psicosexual.

## CAPITULO II.

### MARCO TEORICO

#### A. SEXUALIDAD FEMENINA

Realizar un trabajo que tenga como tema central a la mujer lo reviste de consideraciones que dentro de un marco psicosocial han determinado históricamente su evolución. A la mujer se le ha denominado de varias y extrañas formas: desde el "continente negro", "el sexo débil" o "el segundo sexo", mismas que describen que su lugar tiene una importancia determinante, aunque secundaria y difusa, en el funcionamiento de nuestra sociedad.

Socialmente muchos han sido los autores interesados en investigar y describir el papel de la mujer y las razones por las que ella ha adoptado, aparentemente con pasividad, el rol asignado. Y decimos "aparentemente con pasividad" porque ese "continente negro", "sexo débil" o "segundo sexo" no ha hecho más que aceptar el producto o resultado de su función natural: la maternidad. Pero encontramos que engendrar y criar no son actividades, sino funciones naturales; ningún proyecto les es referido y por eso la mujer no encuentra en ello el motivo de una afirmación de su existencia y sufre pasivamente su destino biológico.

En una sociedad "falocéntrica" cuya evolución histórica ha pretendido la supremacía masculina, la mujer ha carecido de las oportunidades que le permitan desarrollarse en todos los aspectos, por lo que ha asumido, en los últimos tiempos, la posibilidad de desenvolver laboral o profesionalmente, sólo las actividades que se conjuguen con su rol natural de madre.

Pero ese rol "natural de madre" ha de desempeñarse dentro de un marco social preestablecido, en un seno familiar y con una pareja que sea su esposo. Encontramos entonces que esa "función natural" tiene normas y estatutos a través de los cuales se puede alcanzar y sólo así, ser valorada como mujer y socialmente aceptada como madre.

La sexualidad femenina es expresada y reforzada a partir de tener esposo e hijos, lo cual representa un objetivo a alcanzar desde etapas tempranas, para el que se le prepara esmeradamente desde la infancia; con expectativas mayores a la superación personal, equiparado a una carrera profesional y para lo que hay prepararse cualitativamente con la adquisición de actitudes y conductas encaminadas al buen desempeño del rol de esposa y madre.

El interés de esta revisión teórica consiste en sustentar las alteraciones conductuales subyacentes al impacto emocional que produce el cáncer cervico-uterino por ser una enfermedad que afecta directamente a los órganos a través de los cuales se puede alcanzar o mantener el estatus idealmente preestablecido, así como la expresión de la sexualidad.

Se ha elegido a autores para que, desde tres puntos de vista: Psicoanalítico, Biológico y Social, se enfoque a la sexualidad femenina en su totalidad.

## ENFOQUE PSICOANALITICO SIGMUND FREUD

En 1932, Freud publicó Nuevas aportaciones al Psicoanálisis, donde figuraba un artículo titulado La femineidad. En este artículo exponía sus últimos pensamientos sobre la evolución psicosexual femenina. Estos pensamientos pueden sintetizarse así:

El primer objeto amoroso de la niña, como el del niño, es la madre. Las primeras cargas afectivas se desarrollan sobre la base de la satisfacción de las primitivas necesidades vitales y los cuidados prodigados al sujeto infantil. Al llegar a la situación de Edipo, el objeto amoroso de la niña, es ya el padre, así que la evolución femenina implica un cambio de objeto y de zona erógena, cambio que en el niño no es necesario. Freud afirmaba que no es posible conocer a la mujer si no se tiene en cuenta su vinculación con la madre, anterior al complejo de Edipo.

Las relaciones libidinosas de la niña con la madre son varias. Como se extienden a través de las tres fases de la sexualidad infantil, toman las características de cada una de ellas y se manifiestan con deseos orales, sádico-anales y fállicos y son de naturaleza ambivalente (odio-amor).

En la fase fállica son comunes las fantasías en las cuales la niña quiere hacerle un niño a la madre o tenerlo de ella.

La vinculación madre-hija tiene por destino desaparecer para dejar paso a la vinculación padre-hija. El apartamiento de la madre se resuelve bajo el signo de la hostilidad, el cual puede hacerse muy evidente, perdurar toda la vida o ser más tarde supercompensado.

De los reproches posteriores que las mujeres suelen dirigir a su madre, el que más atrás se remonta es el de haberla criado poco tiempo a sus pechos, lo cual es refutado, por las mismas, como falta de cariño. Otra acusación contra la madre, surge cuando, ante la aparición de un hermano, relacionan tal suceso con la privación del seno materno y las niñas suelen llegar a pensar que se les ha retirado el pecho para dárselo a otros.

La privación del seno materno apareja, pues, un estado agresivo contra la madre, pero, advierte Freud, la agresión tanto contra ésta como contra el nuevo intruso, tiene, también, otras causas. Ante los cuidados y atenciones prodigadas al nuevo hijo, la niña se siente destronada, desatendida, vulnerada en sus derechos, etc. y los celos, el odio y la agresión llegan a una gran intensidad.

Finalmente, los deseos sexuales infantiles, distintos en cada fase de la libido, y que, en su mayor parte, no pueden ser satisfechos, constituyen a una nueva fuente de agresión contra la progenitora. Ahora bien, Freud observó que todos los factores enunciados se dan también en el niño y sin embargo, por lo general, no son suficientes para apartar al varón de su madre, por lo que se dedicó a buscar el factor específico causante de tal apartamiento en la niña y llegó a la conclusión de que tal factor no podía ser otro que el complejo de castración. La niña, afirma, hace responsable a la madre de su carencia de pene y no le perdona tal desventaja.

Según Freud, cuando la niña se da cuenta que carece de pene, no acepta de buen grado tal situación y durante mucho tiempo alienta la esperanza de poseerlo. El descubrimiento de la carencia puede llevar a la criatura a anormales situaciones: a una inhibición sexual o a una neurosis, o a una modificación del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad.

A la primera situación se llega de la siguiente manera: la niña que hasta entonces había vivido masculinamente, procurándose placer mediante la excitación clitoridiana y relacionando tal actividad con sus deseos sexuales orientados hacia la madre, deja que la envidia del pene le eche a perder el goce de su

sexualidad, rechaza el amor hacia la madre y renuncia a la satisfacción masturbatoria. El objeto de su amor era la madre fálica, cuando descubre que la madre tampoco posee un pene la abandona definitivamente como objeto amoroso y la hostilidad se hace más manifiesta. Con el abandono de la masturbación clitoridiana, la pasividad se hace dominante y el viraje hacia el padre queda cumplido, con el apoyo, sobre todo, de impulsos instintivos pasivos. El deseo con que la niña se orienta hacia el padre, es quizá, originariamente, el de conseguir un pene de él, pene que la madre le ha negado. Posteriormente este deseo se transforma por el de tener un niño del padre. Con la transferencia del deseo niño-pene al padre, entra la niña en la situación del complejo de Edipo. La hostilidad hacia la madre se intensifica pues la niña pasa a ser ahora la rival que recibe del padre todo lo que la niña desea de él. Ahora bien, si en el niño el factor castración contribuye a destruir el complejo de Edipo, en la niña ocurre al revés, el complejo de castración prepara el complejo de Edipo. Ya en él, como en las mujeres no hay temor a la castración, permanecen en tal situación indefinidamente y sólo más tarde e incompletamente, lo superan. En esas circunstancias, la formación del super-yo tiene forzosamente que padecer: no puede alcanzar la robustez necesaria y la independencia que le confiere su valor cultural...

El proceso más importante que se desarrolla durante la etapa genital es el conocido con el nombre de complejo de Edipo, que se produce también en las mujeres con algunas variantes determinadas por diferencias constitucionales. Por un lado, la niña ama a su padre y abriga hostilidad hacia su madre, por el otro, el complejo de Edipo de la niña es mucho más unívoco que el del niño y va muy pocas veces más allá de la situación de la madre y de la actitud femenina respecto al padre. Su complejo de Edipo culmina con el deseo de recibir como regalo de su padre un niño, es decir, tener un hijo de él.

El complejo de Edipo es abandonado lentamente porque este deseo no llega a cumplirse. Este deseo, más que el de tener un pene, perduran en el inconsciente y ayudan a preparar a la mujer para su ulterior papel sexual.

En la fantasía de la niña, la idea de "pene" es suplantada por la idea de "niño" y el clitoris, como zona rectora, puede de nuevo ser reemplazada regresivamente, por exigencias anales y especialmente orales, es decir, receptivas. Normalmente prepara para la sexualidad vaginal futura.

La segunda situación posible en que puede desembocar el descubrimiento de la carencia de pene es, como ya dijimos, el desarrollo de un complejo de masculinidad. Cuando tal cosa ocurre, la niña se niega a admitir la ingrata realidad, exagera su masculinidad, mantiene su actitud clitoridiana y busca un refugio en una identificación con la madre fálica o con el padre. ¿Es la pregunta Freudiana que sucede tal

desenlace? No puede ser otro, se respondía, que un factor constitucional, una magnitud de actividad característica del macho. Lo principal de este proceso, continuaba, es pues, que en este lugar de la evolución es evitado el incremento de la pasividad que inicia el viraje hacia la femineidad. El rendimiento máximo de este complejo de masculinidad parece ser su influencia en la elección de objeto en el sentido de una homosexualidad manifiesta .

Derivadas de sus estudios finales sobre la evolución psicosexual de la mujer, Freud llegó a las siguientes conclusiones:

El desarrollo de la femineidad está expuesto a perturbaciones por parte de los fenómenos residuales del periodo prehistórico de la masculinidad.

En la femineidad se registra un elevado montaje de narcisismo, el cual influye en la elección de objeto, de manera que para la mujer, es más importante ser amada que amar.

En la vanidad que a la mujer inspira su físico, participa aún la acción de la envidia del pene, pues la mujer estima más sus atractivos, cuanto que los considera una compensación ulterior de su inferioridad sexual original.

El pudor, que aparentemente es una condición femenina pura, tiene por misión, según Freud, encubrir la defectuosidad de sus genitales.

Finalmente, Freud atribuye el escaso sentido de justicia registrado en las mujeres, al predominio de la envidia en su vida anímica, a la debilidad de sus intereses sociales, al carácter disocial de las relaciones sexuales, a su menor capacidad de sublimación de los instintos y a que la libido ocupa en ellas posiciones definitivas, prácticamente imposibles de modificar.

## MARIE LANGER

La autora enfoca el problema de la mujer y su femineidad como un conflicto establecido entre su instinto maternal y su labor profesional o desarrollo individual. Refiere que antiguamente, la mujer centraba toda su realización en ser madre y ama de casa. Sus actividades se limitaban a funcionar en su papel de crianza hacia sus hijos y el mantenimiento del hogar, su organización y todo tipo de actividades domésticas, por lo que su vida estaba por entero destinada a servir a los suyos, pero su desarrollo individual no era posible, lo que daba origen a trastornos neuróticos, principalmente de tipo histérico.

Curiosamente, la evolución social ha permitido que la mujer pueda desenvolverse en otros campos, como el profesional o el laboral. De esta manera se encuentra en posibilidades de realizarse con mayor integridad. La mujer moderna es capaz de realizar actividades antes negadas para su sexo, y dedicarse a lo que desee sin temor al repudio social, al contrario: socialmente es alentada y reforzada a incursionar en áreas antaño prohibidas. Pero es aquí donde Marie Langer ubica el conflicto: la mujer que se realiza en actividades de logro, laboral y profesionalmente, incurre en el descuido de su expresión instintiva como mujer, concretamente como madre. Ahora que se dedica más a sí misma, a la mujer le resulta difícil conjugar su trabajo con la función de ser madre, ya que el primero le absorbe significativamente y le impide desempeñarse en el segundo.

Surge entonces la somatización en las funciones procreativas, que son el objeto de estudio de la autora. Ella indica:

"Antaño la sociedad imponía a la mujer severas restricciones en el terreno sexual y social, pero favorecía el desarrollo de sus actividades y funciones maternales. Las consecuencias de estas restricciones fueron la gran frecuencia de la histeria y otras manifestaciones psicósomáticas de la mujer. Pero parece haber sufrido poco el trastorno psicósomático en las funciones procreativas. Actualmente, el cuadro ha cambiado. La mujer ha adquirido una libertad sexual y social, en cambio, las circunstancias culturales y económicas imponen grandes restricciones a la maternidad. Como consecuencia de esta situación disminuyen los cuadros neuróticos típicos, pero aumentan los trastornos psicósomáticos mencionados en la menstruación, la concepción, la fertilidad, la lactancia, etc." (1)

(1) Langer, M., *Maternidad y Sexo*. Ed. Paidós. México 1990.

Marie Langer, en su libro "Maternidad y Sexo" afirma que las condiciones de orden cultural y económico han orillado a la mujer a rechazar el embarazo, debido primordialmente a que no le es permitido gozar a sus hijos y a su maternidad, por lo que recurre a prácticas anticonceptivas y a abortos.

" La mujer actual que se adapta totalmente a una sociedad antiinstintiva y antimaternal sufrirá, de alguna manera las consecuencias siempre que no sepa integrar su logro profesional con su vida amorosa y de madre, y esta integración a menudo no será fácil de lograr" .

Lo anterior se refiere al tipo de mujer que necesita o desea trabajar. Pero también existe la que prefiere ser ama de casa y sus condiciones se lo permiten, aunque no por serlo, su maternidad o expresión femenina sea gratificante. A este tipo de mujer, pronto se le devalúa equiparando su desempeño doméstico a la desocupación y nula productividad. Al dedicarse por entero a sus hijos y esposo, se olvida de sí misma, pero a la vez se siente vacía y olvidada, ya que su familia, tanto hijos como marido, al desempeñar funciones profesionales, se independizan y la abandonan, incrementando así su sentimiento devaluatorio y cuestionándose con insistencia, provocando, con todo esto, alteraciones emocionales y conductuales.

La mujer que está en conflicto como tal, puede expresar, sin tener conciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos. Puede tener dificultades con sus hijos, puede sufrir de distintos trastornos en su vida procreativa o puede, si el conflicto es demasiado grande, esquivar la maternidad.

De las tres maneras expresa su rechazo de ser madre. Y este rechazo implica un hecho de suma importancia, porque significa que está en desacuerdo con su propio sexo y por lo tanto con su propia existencia. ¿Puede sujetar a esto que como ser humano puede ser mujer y estar satisfecha de su vida sexual sin llegar a ser madre. Es eso realmente posible? La maternidad es realmente parte fundamental de su vida instintiva?

En la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquía hasta la menopausia se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad.

Langer afirma que, a pesar de que conscientemente se utilicen anticonceptivos y todo tipo de precauciones durante el acto sexual, la mujer siempre anhela a nivel inconsciente la maternidad. Menciona también que la mujer sin hijos logra ser feliz al hacer uso de la sublimación, pero que siempre existirá frustración al no haberse realizado como madre. (1)

" Si la mujer queda limitada, por no poder integrarse plenamente, si se siente frustrada en sus aspiraciones instintivas y culpable, lo serán con ella también su marido y sus hijos. Únicamente una mujer frente a su conciencia, se volverá neurótica y desgraciada. Y si es madre feliz y en paz consigo misma, está capacitada para criar y educar hijos felices. Sabrá darles la seguridad básica que se necesita y adquiere en la primera infancia y que es tan importante para ellos, para que el día de mañana, sepan desempeñarse en este mundo tan inseguro".(2)

Por lo tanto: el remedio no consiste en suprimir su actividad social, sino por el contrario, en educarla de tal forma, que de adulta sea capaz de sublimar una parte de sus instintos maternales. Eso le permitirá aceptar su femineidad, realizar la gratificación del remanente instintivo en una vida sexual satisfactoria y en una maternidad más feliz y más libre de trastornos psicósomáticos.

(1) Langer, M., Maternidad y Sexo. Ed. Paidós México 1990.

(2) Idem.

## HELENE DEUTSCH

El trabajo realizado por Helene Deutsch, con respecto a la maternidad y su vinculación con trastornos psicósomáticos, nos plantea una revisión y reflexión por demás interesante. La autora menciona definiciones acerca de las características predominantes en cada mujer, como la manifestación principal de su personalidad que de particular manera se expresan.

De esta manera, se establecen dos grupos:

### Tipo maternal.

Cuyo componente principal es la ternura y su canalización se dirige hacia el cuidado y el amor a los hijos y/o sus sustitutos. Está clase de mujeres que dedican su vida a sus hijos y a su marido, renunciando a sí mismas y volcándose tiernamente y con renunciación a ellos, quedando en otro nivel, frecuentemente olvidada, su expresión sexual.

### Tipo erótico.

La mujer en la que la expresión sexual ocupa predominio en su vida y a través de ella, vive y goza los placeres sensuales de su sexo, pero que renuncia a la maternidad por no ser conciliables.

Según Deutsch, los dos tipos de mujeres se encuentran insatisfechos, ya que ambos componentes deben ser parte igualmente importante de cada mujer, y sin restarle atención a ninguno, deben integrarse para formar lo que ella denominó la "mujer femenina" como: "un juego armónico entre las tendencias narcisistas y la disposición masoquista para sacrificarse y amar dolorosamente".

Esta carencia de armonía, ha llevado a la mujer a sufrir alteraciones psicósomáticas como resultado de su conflicto interno. Alteraciones que se manifiestan primordialmente en las funciones relacionadas con la actividad reproductora y con la expresión de la maternidad.

Ubica diversas manifestaciones conductuales en ciertas mujeres que, debido a su historia personal y vivencias tempranas, deciden inconscientemente dedicarse a profesiones o actividades en las que expresan sus conflictos internos o los subliman. Canalizando sus fantasías, encontramos a mujeres dedicadas al cuidado de niños, enfermos o desvalidos, en quienes vierten la ternura y dedicación de su maternidad no alcanzada por temores o culpas.

innumerables mujeres que, debido a su temor a la sexualidad, sólo pueden satisfacer su tendencia maternal dando un rodeo. Muchas de ellas eligen profesiones que les dan la oportunidad de satisfacer su necesidad maternal y delegan en otras mujeres los requisitos sexuales y la experiencia de la reproducción.

La mujer madura para la maternidad puede renunciar tan sólo conscientemente a sus temores relacionados con la naturaleza, significación y peligros del parto; pero su inconsciente puede estar lleno de reminiscencias infantiles que se oponen a la realización de sus deseos de mujer.

La autora menciona que el origen de esta dualidad siempre insatisfecha se encuentra en la relación que la mujer establece con su madre desde su infancia y dice:

" En nuestra civilización, las mujeres que no han recibido amor maternal en su infancia -de sus madres o sustitutas- presentan menor tendencia maternal que las otras. Muchas veces su propio rechazo de la madre inhibe sus sentimientos maternales. Sin embargo, conocemos también el tipo de madres muy indulgentes, que en oposición al tipo rígido, desean dar a sus hijos un exceso de lo que les ha sido negado en su infancia". (1)

Sin embargo, la tendencia maternal predomina en la mujer, aunque manifestándose de diferentes maneras, pero no deja nunca de significar el eje central de su vida. A través de la maternidad, la mujer experimenta un sentido de la inmortalidad y preservación de su especie. También es cierto que a lo largo de la historia, la maternidad se ha contrapuesto tanto a la expresión erótica como al desempeño y/o desarrollo personal, tan sonado actualmente, generando así la conflictiva psicósomática en las funciones relacionadas con los órganos sexuales. Encontramos que la frigidez, los abortos, el vaginismo, los dolores coitales o menstruales, los abortos involuntarios, los abortos inducidos, etc., se originan precisamente en el intento de descargar la ansiedad que causa el conflicto señalado.

(1) Deutsh, H. La Psicología de la Mujer, Ed. Lozada. Buenos Aires 1952.

Finalmente, Helene Keller indica:

"No todas las mujeres psicóticamente sanas experimentan la tendencia maternal del mismo modo. Pero en las innumerables variaciones individuales pueden descubrirse dos grupos: un tipo es la mujer que descubre a una nueva vida a través de su hijo, sin tener el sentimiento de una pérdida. Tales mujeres desarrollan su belleza y sus encantos tan solo después de que su primer hijo ha nacido. El otro tipo es la mujer que desde el principio tiene una especie de despersonalización en la relación con su hijo. De ordinario tales mujeres dedican sus afectos a otros valores (erotismo, arte o aspiraciones masculinas) y este afecto es demasiado pobre o ambivalente en su origen y no puede tolerar una nueva carga emotiva. El primer tipo experimenta su yo a través del niño, el segundo se siente limitado y enajenado. Las condiciones materiales de vida, el nivel social y las antiguas y nuevas experiencias producen en los diferentes tipos variaciones individuales. La relación de la mujer con su marido y su familia, su situación económica y la posición del niño en su existencia, dan un matiz personal a la tendencia maternal de cada mujer". (1)

(1) Deutsh, H., La Psicología de la Mujer, Ed. Lozada, Buenos Aires 1952.

## ENFOQUE BIOLÓGICO

ALFRED KINSEY

La obra de Kinsey concibe la conducta sexual de ambos sexos como bastante similar en los comienzos y gradualmente divergente, se acepta la sexualidad infantil como un hecho y de manera incuestionable que la capacidad para el orgasmo está presente al menos en algunas mujeres en una edad muy temprana. Los investigadores del equipo de Kinsey encontraron que las curvas masculinas y femeninas de incidencia acumulativa de escarceo sexual coincidían totalmente, pero no las de incidencia acumulativa del orgasmo. Estos resultados fueron interpretados como índices de que la participación femenina en el escarceo sexual proviene más de motivaciones sociales que sexuales. La curva del orgasmo femenino asciende lentamente, no llega a su cima hasta los treinta, y desciende poco después; la curva masculina alcanza su máximo entre los 16 y los 18 años, y después de un fuerte elevación muestra un gran descenso en relación con la edad.

Las curvas del orgasmo para hombres y mujeres en los datos de Kinsey cotejaban sutilmente las curvas para cada sexo de la excreción urinaria de 17 testosteroides, que es una medida de andrógenos de las gónadas y el córtex suprarrenal, algunos datos han puesto de manifiesto que estas hormonas mantienen el impulso para la actividad sexual, aunque no existe un acuerdo total en este punto, puesto que el nivel de andrógenos es más alto en los varones, probablemente tienen un impulso sexual más fuerte (el impulso sexual se refiere a la motivación para el sexo y no a la capacidad para el orgasmo) (Kane, Lipton y Ewing).

Kinsey y sus colegas encontraron que las mujeres se sienten menos estimuladas sexualmente que los hombres por toda una serie de factores, tales como la observación del sexo opuesto, del propio sexo, de representaciones gráficas de figuras desnudas, las bellas artes eróticas, la observación de los genitales, el exhibicionismo, el interés por técnicas genitales, la observación de espectáculos de variedades y atracciones, de un acto sexual, de animales durante el coito, el voyerismo, la actividad sexual a la luz, las fantasías relativas al sexo opuesto, al propio sexo y a la masturbación, los sueños nocturnos sexuales, las historias eróticas, los escritos y pinturas eróticas, las inscripciones en las paredes, las discusiones sobre el sexo, las historias sadomasoquistas, el fetichismo y el travestismo.

Las mujeres son estimuladas por un mismo grado o ligeramente más por la observación de películas comerciales, material literario y al ser mordidas.

A partir de estos hallazgos, se llega a la deducción de que las mujeres se sienten menos estimuladas por factores psicológicos que los hombres, y que por esto están más difícilmente condicionadas a estímulos sexuales. Esto hace pensar que no se trata de que las mujeres sean más morales que los hombres, sino que se sienten menos provocadas. El hecho de que de un 2 a un 3 por ciento de las mujeres sean consideradas más sensibles a los estímulos psíquicos que los hombres, un tercio igual y el resto menos sensible, demuestra que la diferencia según el sexo no es categórica. La frase "menos sensible a factores psíquicos" se ha escogido para evitar conceptos falsos sobre la opinión de que, con estimulación física continua y efectiva las mujeres son tan capaces de respuesta sexual como los hombres, y en la misma cantidad de tiempo; las mujeres tienen incluso una capacidad mayor que el hombre en términos de rapidez de repetición de la respuesta orgásmica. (KINSEY, L965).

#### Orgasmo

El tema de la capacidad orgásmica femenina ha sido extensamente debatido; la discusión se extiende incluso al hecho de si la capacidad física para el orgasmo existe en todas las mujeres. El informe Kinsey encontró que un 10% de mujeres no experimentaban el orgasmo en la relación matrimonial y se estimó que el término medio de mujeres tenían orgasmo en un 70 a 77% de los coitos maritales, aumentando de un 63% el primer año a un 85% a los veinte años de matrimonio.

El informe Kinsey sostiene que no tiene sentido hablar de un orgasmo vaginal, ya que el orgasmo implica a todo el cuerpo, no sólo al clitoris o la vagina. El orgasmo es en esencia el resultado de una estimulación rítmica, se enfatiza en que no se puede señalar la distinción entre un orgasmo clitorico y un orgasmo vaginal. Sin embargo, se puede hablar correctamente de orgasmo de estimulación clitorica como opuesto a orgasmo de relación intravaginal. El término orgasmo coital parece adecuado para describir esta última. En su mayoría, los analistas, partiendo de Freud, creen que exceptuando los factores físicos, las mujeres que no pueden alcanzar el orgasmo coital son anormales y no aceptan su feminidad. El estudio Kinsey plantea si el hecho de que la vagina responda o no a la estimulación es el auténtico centro de la cuestión, ya que en algunos casos, las mujeres están tan paralizadas por el miedo a la penetración que es imposible una respuesta placentera de ningún tipo.

El informe Kinsey ha subrayado que hay grandes diferencias individuales entre las mujeres comparadas con los hombres respecto a la fuerza y continuidad de sus necesidades sexuales. Aunque la información sobre los efectos de la abstinencia no es muy completa, Kinsey observó que muchas mujeres tenían largos periodos de inactividad sexual, un hecho poco corriente entre los hombres.

Es posible que las mujeres no necesitan imprescindiblemente el orgasmo o la estimulación sexual, pero hay pruebas evidentes de que la estimulación sexual sin orgasmo es desagradable para muchas mujeres y puede incluso ser perjudicial. Kinsey encontró que entre mujeres que practicaban el escarceo sexual y no lograban el orgasmo, un 26% informaban de dolor en la ingle y un 51% de nerviosismo.

## MASTERS & JOHNSON

En la década de 1950, el ginecólogo William Masters y la psicóloga Virginia Johnson empezaron a estudiar la conducta sexual humana en su laboratorio. Al principio, pagaron prostitutas para que tuvieran diversas experiencias sexuales (principalmente masturbación), mientras diversos aparatos registraban sus respuestas fisiológicas. Posteriormente estudiaron personas que realizaban el coito heterosexual y otras actividades sexuales, y le hicieron a cada persona mediciones fisiológicas simultáneas antes, durante y después del orgasmo. Aunque las personas varían mucho en las maneras específicas de satisfacer sus impulsos sexuales, Masters y Johnson descubrieron que el cuerpo humano sexualmente excitado, presenta una pauta constante de respuestas fisiológicas. Esta pauta puede dividirse en cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Durante la fase de excitación, el impulso sexual se presenta rápida o lentamente, según el grado de estimulación en que se encuentre la persona. Al mismo tiempo hay tensión muscular y congestión de sangre en los vasos, como respuesta a la estimulación sexual. Cambios fisiológicos, como erección en el hombre, expansión y lubricación vaginal en la mujer, preparan al cuerpo para el acto sexual. En la fase de excitación femenina, la vagina se humedece rápidamente con gotas de fluido poco denso y los dos tercios superiores se hinchan, los pezones de los pechos normalmente se ponen erectos y el clitoris a menudo aumenta de tamaño.

Sigue la etapa de meseta. Los músculos del cuerpo siguen tensos y frecuentemente afluye sangre a la superficie del cuerpo. El hombre presenta una pauta invariable: la excitación llega a un punto máximo, se nivela allí y se conserva así durante lapsos de tiempo variables. Las mujeres presentan varias pautas posibles; es posible que lleguen a una meseta, como el hombre, o que lleguen directamente al orgasmo, o bien que permanezcan en la etapa de meseta, hasta la resolución, sin orgasmo. En esta fase, que puede tener de 30 segundos a tres minutos de duración, la piel se sonroja; los pechos se hacen alrededor de un 25% más grandes; el eje del clitoris se retrae a su prepucio; la vagina se hincha más y su trasudación se hace más abundante; el útero se contrae como en el parto, todo ello acompañado de hiperventilación.

El orgasmo dura varios segundos, y parece desempeñar la misma función física en hombres y mujeres. Mitiga y da alivio a las zonas irritadas y a los músculos tensos, que de otra manera provocarían malestar. Los varones tienen orgasmos fisiológicamente semejantes. Masters & Johnson piensan que las mujeres también tienen un tipo específico de reacción orgásmica que varía mucho en duración e intensidad; ya que el punto de vista tradicional había sido que las mujeres no necesitaban experimentar el orgasmo. Se argüía que, al fin y al cabo, muchas

mujeres no lo sentían, y sin embargo disfrutaban de la relación sexual. Masters y Johnson replicaron que el doble estándar había interferido con la capacidad de muchas mujeres de tener experiencias fisiológicas sexualmente satisfactorias, y que las mujeres también requerían de orgasmo físico, igual que los hombres, y que eran plenamente capaces de gozarlo. Indican que la capacidad de la mujer para tener orgasmo depende de parámetros muy sencillos y claros, tales como la felicidad conyugal, la duración del juego sexual anterior al coito y de la duración de la introducción del pene. Cuando la introducción dura 16 minutos o más, sólo el 5.1% de las mujeres informa no haber tenido el orgasmo; en estas condiciones, más del 80% de las mujeres informaron haber tenido orgasmo por lo menos la mitad de las veces. Al parecer, las mujeres son especialmente sensibles a las distracciones psíquicas durante el acto sexual, y deben concentrarse mucho en la experiencia sexual para estar muy excitadas.

La última etapa de la respuesta sexual humana es la resolución, de 10 a 15 minutos de duración, supone la vuelta de los órganos a su estado inicial. Se considera que los dos signos infalibles de la presencia de un orgasmo son la tumescencia y arrugamiento de las areolas de los pechos y las contracciones involuntarias del tercio exterior de la vagina. Durante la etapa de la resolución, el cuerpo vuelve a su estado normal, después del alivio de la congestión sanguínea, se relajan los músculos que se habían puesto tensos.

Estos autores expresaron que hay algunos factores que afectan el orgasmo y que no deberían de ser olvidados: la fatiga y la preocupación, son los dos factores más importantes que disminuyen la sensibilidad sexual femenina, asimismo señalaron que la estimulación sexual sin orgasmo es desagradable para muchas mujeres y puede incluso, ser perjudicial, y daban cuenta de 20 horas de vasocongestión subsiguiente a excitación sexual sin orgasmo.

Aunque el impulso sexual humano es innato, no lo son las pautas de conducta que lo satisfacen. La conducta sexual humana es determinada activamente por experiencias particulares en el seno de una cultura particular. Por lo común, la sociedad enseña a sus integrantes que hábitos sexuales son aceptables, esto es: cuando, dónde, cómo, en qué circunstancias y con qué personas puede gozar de su sexualidad el individuo.

MARGARET

MEAD

Muchos, si no todos los rasgos de la personalidad que llamamos femeninos o masculinos, se hallan tan débilmente unidos al sexo como lo está la vestimenta, las maneras y la forma del peinado que se asigna a cada sexo, según la sociedad y la época. Estamos obligados a deducir que la naturaleza humana es maleable de una manera casi increíble y responde con exactitud y de forma igualmente contrastante a condiciones culturales distintas y opuestas. Las diferencias que existen entre los miembros de diferentes culturas, así como las que se dan entre individuos de una misma cultura, pueden apoyarse casi enteramente en las diferencias de condicionamiento especialmente durante la primera infancia, y la forma de ese condicionamiento se halla determinada culturalmente. Las diferencias tipificadas de la personalidad que se dan entre los sexos, son de este orden, consisten en creaciones culturales, educándose a los hombres y mujeres de cada generación para adaptarse a ellos. Persiste, sin embargo, el problema de origen de estas diferencias socialmente estandarizadas. No es posible relacionar con el sexo rasgos como la pasividad o la agresividad, la objetividad o una preocupación por las relaciones personales, la respuesta complaciente a las necesidades de los jóvenes y de los débiles o la hostilidad hacia los mismos, la tendencia a iniciar relaciones sexuales o simplemente a responder a los dictados de una situación o a los avances de otra persona.

Al mencionar estas características desarrolladas en los seres humanos, surge la inquietud por establecer su relación con el temperamento, y si son o no potencialidades de todos los temperamentos, que se pueden desarrollar según los distintos tipos de condicionamiento social y que no aparecerán si no se da el condicionamiento necesario.

Existen personalidades sociales de los dos sexos. Los rasgos que se presentan en algunos miembros de cada sexo, se asignan especialmente a un sexo y se prohíben al otro. La historia de la definición social de las diferencias sexuales está llena de tales arreglos arbitrarios en el campo intelectual y artístico pero a causa de la supuesta congruencia establecida entre la base fisiológica del sexo y las características emocionales, estamos menos capacitados para aceptar que se ha hecho también una selección similar y arbitraria entre los rasgos emocionales. Hemos supuesto que porque es conveniente que una madre desee cuidar a su niño, éste es el rasgo con el que se ha dotado más generosamente a las mujeres, por un proceso de evolución cuidadosamente teleológico. Hemos supuesto que porque los hombres se han dedicado a la caza, actividad que requiere arrojo y valentía, se les ha otorgado estas aptitudes como parte de su temperamento sexual. Las sociedades han hecho estas suposiciones tanto de manera manifiesta como implícita.

Ciertos rasgos humanos han sido socialmente especializados para constituir las actitudes y la conducta apropiadas para uno de los sexos, mientras otros rasgos humanos se han asignado al sexo opuesto. Lo masculino y lo femenino son, por supuesto, rasgos biológicos, pero también son papeles sociales. Las expectativas sociales, reflejadas en la organización social y en la educación de los niños, determinan en gran medida las maneras de pensar, de sentir y de comportarse que manifiestan los hombres y las mujeres de una sociedad dada. La conducta que la sociedad impone es normal para un sexo y anormal para el otro, y el inadaptado lo es a causa de un defecto glandular o un accidente ocurrido en su desarrollo.

La autora resume sus descubrimientos relativos al temperamento sexual efectuados en tres sociedades de Nueva Guinea. Su comprobación de que las tres culturas mencionadas varían ampliamente en cuanto al temperamento que aprueban para cada sexo, destaca la importancia que el condicionamiento social de este aspecto de la conducta.

Los arapesh -hombres y mujeres- desarrollan una personalidad que en base a nuestras preocupaciones históricamente limitadas, llamaríamos maternal, en lo que concierne a la atención a los niños y femenina en sus aspectos sexuales. Se educa por igual a los individuos de ambos sexos para que sean cooperativos y pacíficos, y para que respondan a las demandas y necesidades de los otros. No consideran el sexo como una fuerza propulsora, tanto en los hombres como en las mujeres.

En marcado contraste con estas actitudes, se encontró que entre los mundugumor, que hombres y mujeres llegan a ser crueles, agresivos, positivamente sexuales, con un mínimo de ternura maternal en su personalidad. Los dos sexos se acercan a un personalidad tipo que, en nuestra cultura, sólo encontraríamos en un hombre indisciplinado y muy violento. Ni los arapesh ni los mundugumor han aprovechado el contraste entre los sexos. El ideal arapesh lo constituye el hombre tranquilo y receptivo, casado con una mujer de igual condición. El ideal mundugumor es el del hombre agresivo y violento, cuya esposa posee el mismo temperamento.

En la tercera tribu, los tchambuli, se encontró un verdadero reverso de las actitudes hacia el sexo que rige en nuestra cultura, mientras que la mujer domina, tiene un comportamiento impersonal y es la que dirige, el hombre es el menos responsable y se halla subordinado desde el punto de vista emocional.

Estas tres situaciones sugieren una clara conclusión: si estas actitudes temperamentales que se han considerado tradicionalmente femeninas, -pasividad, sensibilidad, receptividad y la disposición afectuosa para los niños- pueden ser fácilmente establecidas como correspondientes al sexo masculino en una tribu, y en otra proscrita tanto para la mayoría de los hombres como de las mujeres, carecemos de base para relacionar con el sexo tales aspectos de la conducta. Y esta conclusión se afirma al presenciar, entre los tchambuli la inversión efectiva de la posición de dominio en los dos sexos, a pesar de la existencia de instituciones patrilineales socialmente establecidas.

## JOHN H. GAYNON

Toda persona nace biológicamente determinada, su estructura física es de varón o de mujer y sufrirá transformaciones por estar configurada con ciertas potencialidades que se desarrollan con el paso del tiempo, como lo es el crecimiento y la maduración de los órganos. El sexo biológico de un individuo se desarrolla con el tiempo en dos brotes de actividad, uno prenatal y otro al llegar la pubertad, y se basan en la composición cromosómica, genitales internos y externos, ovarios o gónadas, naturaleza hormonal y características sexuales secundarias: vello del cuerpo, tono de voz, etc. Decimos que una hembra tiene 46 cromosomas xx y órganos genitales femeninos, y que un varón tiene 46 cromosomas xy y órganos genitales masculinos.

Pero la estabilidad del sentido del yo como varón o como mujer no depende sólo de diferencias biológicas al nacer, sino del hecho de que las situaciones cotidianas del niño continuamente estabilizan su sentido de ser varón o hembra. Puesto que los hombres y las mujeres tienen cada uno diferentes historias de aprendizaje social, encontramos diferencias de sexo en los comportamientos y valores de los niños y los adultos varones y mujeres.

Para comprender nuestra propia sexualidad, debemos observar las clases de disposiciones que hemos hecho sobre la forma en que se supone que los hombres y las mujeres deben comportarse en nuestra sociedad, y sobre la forma en que se conciben a sí mismos. Si una persona se concibe como mujer y es colocada en circunstancias en que los individuos de su sociedad reaccionan en determinada forma, el hecho de que piense en sí misma como mujer conforma la manera en que reacciona a dichas circunstancias. Así pues, en una sociedad hay siempre dos factores que afectan el comportamiento del papel del sexo: las demandas de la situación social y la

Lo que ocurre es que las niñas y los niños llegan a saber que algún día van a casarse y a ser mamá o papá. No conocen lo que sucede entre ahora y entonces, ni el proceso mediante el cual el individuo pasa de tener cinco o diez años a ser una madre o un padre adulto. Lo que los niños captan es el deseo de ser padres casados y ese deseo es fuertemente estimulado. Durante la etapa de los cinco a los once años, en la vida del niño hay otras influencias que empiezan a adquirir mayor importancia. Hasta entonces, los padres controlan la existencia de su hijo y son las figuras sobresalientes en ella. Cuando éste entra a la escuela, el lugar de control cambia. Otros adultos (maestros), y niños ajenos al círculo de la vecindad y la familia, contribuyen a

definiciones de masculinidad y feminidad, y premian o castigan al niño por su conformidad o su desviación. Además, éste se halla expuesto a descripciones de los medios de comunicación que contienen mensajes obvios y sutiles acerca de cómo ser niña o niño, hombre o mujer.

La identificación de sexo empieza en cierto grado, aún antes de que el niño nazca, cuando sus padres especulan con respecto al sexo de su hijo y preparan el tipo de ropa, según sus preferencias. Durante la infancia se promueven valores y conductas propias de niños y niñas, así, los varones se ven estimulados a la competencia y al desarrollo de la destreza física, mientras que las niñas fomentan actitudes pasivas y dependientes.

El juego constituye también un determinante en la adquisición del rol sexual en lo que socialmente es permitido y estimulado en niños y niñas; por ejemplo: los niños se comprometen en audaces juegos de grupo, con reglas bastante elaboradas, de policías y ladrones, de guerra, de vaqueros, indios, etc. Las niñas, por otra parte, se comprometen en juegos menos aventureros y más individuales, en pro de mayor protección y seguridad.

Nada de esto constituye conocimiento sexual en el sentido estricto, pero condiciona lo sexual. Si decimos a las niñas que quizá un día quieran ser mamá, se empiezan a conformar todas las cosas que las pequeñas hacen y anhelan.

La imagen de masculinidad que desarrolla el niño durante los días de escuela, es la de aumentar la afición al logro, a la competencia y al deseo de una ocupación. Por el contrario, la imagen de feminidad para la niña es la de ser obediente y pasiva. Surge aquí el cuestionamiento sobre la exactitud de esas imágenes del niño y la niña en desarrollo. Las niñas son mejores que los niños en la escuela hasta la pubertad. Sin embargo, los adultos tienden a disociar los hechos con el fin de apoyar el punto de vista de que los varones están más orientados a la realización que las mujeres. Las buenas calificaciones de las niñas no se consideran como resultado de un trabajo duro, del deseo de logro, o de competencia, sino como consecuencia de su conformidad con los deseos del adulto. Se puede apreciar desde ese enfoque la tendencia a que la mujer adopte actitudes pasivas y dependientes, mientras que al varón se le exalta contrariamente.

## SIMONE DE BEAUVIDOR

Desde el nacimiento hasta la muerte, los ambientes en que vivimos nos hablan de que las mujeres y los hombres han de aprender a comprender y a actuar dentro del marco de tales diferencias de papeles. Este proceso involucra la creación de una idea sobre el yo y el pasar de niña a mujer y de niño a hombre requiere arreglos sociales que constantemente afirman y sostienen esa idea. Las diferencias psicológicas y sociales entre mujeres y hombres, (y de la conducta sexual basada en ellas), emergen sólo indirectamente de estados genéticos u hormonales. Cuanto más se acerquen a la concepción, mayor es el hincapié que debe hacerse sobre estas fuerzas biológicas, pero su influencia va disminuyendo con la formación de experiencias de aprendizaje, todas con diferencias de sexo clasificadas dentro de ellas.

La identidad del sexo se vuelve más compleja con el tiempo e incluye más dominio del comportamiento a medida que los papeles que están vinculados con el sexo se hacen mayores. En la pubertad se produce una segunda oleada de acontecimientos biológicos. El efecto de estos cambios físicos es regulado tanto por la identidad del sexo del niño como por las reacciones de otras personas. Para el fin de la adolescencia, durante la cual se reúnen, por lo general, los elementos de la conducta sexual, ya se ha desarrollado una identidad sexual de adulto razonablemente aceptable.

La identidad de sexo se refiere al estado psicológico en el que una persona llega a pensar "soy hombre" o "soy mujer". Esta es la primera etapa en el desarrollo sexual. En la mayor parte de los casos, el sexo biológico y la identidad del sexo se corresponden: es decir, el niño que sea cromosómicamente hembra y tenga genitales femeninos, se clasifica a sí misma como niña, y el que es cromosómicamente varón y tiene genitales masculinos, lo hace como niño.

En los tres o cuatro primeros años, no hay diferencia entre la actitud de las niñas y la de los varones, todos ellos intentan perpetuar el dichoso estado que ha precedido al destete, y tanto en unas como en otros encontramos conductas de seducción y de ostentación: los varones se muestran tan deseosos como las niñas de agrandar y provocar sonrisas y hacerse admirar.

La pasividad que caracterizará esencialmente a la mujer "femenina" es un rasgo que se desarrollará en ella desde sus primeros años. Pero es falso pretender que ese es un hecho biológico; en verdad, es un destino que le imponen sus educadores y la sociedad.

En la mujer, hay desde el principio un conflicto entre su existencia autónoma y su "ser otro"; le han enseñado que para agradar hay que intentar agradar y hacerse objeto, por lo cual, tiene que renunciar a su autonomía. Es tratada como una muñeca viviente y le niegan la libertad, con lo que se anuda un círculo vicioso, pues cuanto menos ejerza su libertad para comprender, captar y descubrir el mundo que la rodea, menos recursos encontrará en sí misma y menos se atreverá a afirmarse como sujeto. Si la estimulasen, en cambio, podría manifestar la misma exhuberancia, el mismo espíritu de iniciativa, la misma audacia que un varón.

Poco a poco, a través de modelos y fantasías, la niña crece y aprende de cuentos y realidades que para ser dichosa hay que ser amada, y para ser amada, hay que esperar el amor. La mujer es la Bella Durmiente, la Cenicienta, Blanca Nieves, la que recibe y sufre. La suprema necesidad de la mujer es encontrar a un corazón masculino, por intrépidas y aventureras que sean, es la recompensa a la cual aspiran todas las heroínas, y casi nunca se les pide más virtud que la belleza. Se comprende que el cuidado de su apariencia física puede llegar a ser para la niña una verdadera obsesión, y ya sea princesa o pastora, tiene que ser siempre hermosa para conquistar el amor y la dicha.

Al casarse, la mujer recibe una serie de garantías legales que la defienden contra los caprichos del hombre, pero se convierte en su vasalla. Económicamente, el jefe de la comunidad es él y por lo tanto, es quien la encarna ante los ojos de la sociedad. Ella toma su nombre, es asociada a su culto e integrada a su clase y a su medio; pertenece a su familia y se transforma en su mitad. Le sigue allí donde su trabajo la llama y el domicilio conyugal se fija de acuerdo con el lugar donde él trabaja; la mujer rompe más o menos brutalmente con su pasado y es anexada al universo de su esposo, a quien da su persona: da su virginidad y le debe una fidelidad rigurosa.

La mujer está destinada al mantenimiento de la especie y la conservación del hogar, pero no tiene otra tarea que la de mantener y conservar en su pura e idéntica generalidad; perpetúa la especie inmutable, asegura el ritmo igual de los días y la permanencia del hogar, cuyas puertas conserva cerradas; no se le ofrece ninguna aprehensión directa del porvenir y del universo y sólo se trasciende hacia la colectividad por intermedio del esposo.

El trabajo que la mujer realiza en el interior de un hogar no le confiere ninguna autonomía; no es directamente útil a la colectividad, no desemboca en ningún porvenir y no produce nada. A la mujer no se le permite hacer una obra positiva, por lo tanto, hacerse reconocer como una persona completa. Por respetada que sea es subordinada. La dura maldición que pesa sobre ella consiste en que no tiene en sus manos el sentido mismo de su existencia. Por eso los éxitos y los fracasos de su vida conyugal son mucho más graves para ella que para el hombre que es un ciudadano y un productor antes de ser un marido, en tanto que ella es antes que todo, y a menudo exclusivamente, una esposa; su trabajo no la libera de su condición, sino que ésta, por el contrario, determina o no el valor de aquél.

Atrapar un marido es todo un arte y retenerlo es un oficio. Hace falta mucho tacto. Está en juego lo más serio que hay: la seguridad material y moral. La mujer comprende pronto que su atractivo erótico es la más débil de sus armas, pues se disipa con la costumbre, y que hay en el mundo otras mujeres deseables; por lo tanto, se preocupa por ser seductora y agradar.

Hay mujeres que intentan conquistar una libertad positiva, pero son raras las que perseveran mucho en sus estudios u oficios pues saben que los intereses de su trabajo serán sacrificados a la carrera de su marido. Además, el nacimiento de un hijo las obliga casi siempre a limitarse a su papel de criadoras y resulta muy difícil conciliar el trabajo con la maternidad.

Precisamente el hijo es quien la dispensa de consagrarse a ninguna otra finalidad. Si en función de esposa no es un individuo completo llega a serlo como madre; el hijo es su dicha y justificación. Por intermedio de él es que termina de realizarse sexual y socialmente y también por él la institución del matrimonio adquiere su sentido y alcanza su objetivo.

## B. EL CÁNCER

### Consideraciones Generales.

En todo organismo superior hay un gran número de células. Estas células están coordinadas: su proliferación y su división, están en relación con las demandas del organismo; constituyen pues, una sociedad bien organizada; son informadas por unas señales determinadas, de la necesidad de dividirse o de dejar de hacerlo. Ahora bien, puede pasar que una de estas células se transforme, que se haga autónoma, que sus divisiones ya no sean controladas por el organismo, sino que se produzcan de forma casi automática. Cuando hablamos de cáncer debemos entender que éste está constituido por una familia de células. En la mayoría de los tumores, cuando se han podido realizar estos estudios, se ha logrado comprobar que todas las células del cáncer derivan de una única célula inicial. Por lo tanto, cuando se produce un cáncer se dan dos grandes fenómenos. El primero es la transformación de una célula normal en célula maligna. El segundo es la proliferación de esta célula y que da lugar a una masa considerable, integrada por varios miles de millones de células, todas ellas pertenecientes a la misma familia, y que constituyen el cáncer en el sentido clínico del término: es decir, algo visible, palpable, una masa de células que puede ser diseminada o localizada en el organismo. El primer fenómeno, por tanto, es la transformación de una célula normal en célula maligna. Es una enfermedad de la célula. La célula cancerosa no es una supercélula, es una célula enferma, una célula que no recibe correctamente la información del exterior y que tiene un comportamiento autónomo, sobre todo por lo que se refiere a las divisiones.

Las causas de la transformación de células normales en células cancerosas son muy numerosas: puede haber una transformación provocada por virus cancerígenos. Se trata de microorganismos que transmiten su información genética, es decir, el conocimiento de la fabricación de las proteínas al genoma, es decir, al material genético de la célula. Esta célula transformada ya no se integra en el organismo y adquiere, sobre todo la característica autonomía de división.

Otros factores pueden ser de naturaleza química, pues hay sustancias llamadas cancerígenas que pueden alterar la información genética de una célula y transformarla en célula maligna. Se habla de muchas sustancias cancerígenas y naturalmente, al conseguir detectarlas en el ambiente externo y en la alimentación, es un factor de gran importancia para prevenir

la aparición de un cáncer. Otros factores que pueden causar el cáncer son las radiaciones ionizantes. Se sabe que los radioterapeutas y los radiólogos de hace unos 40 años que se protegían mal, eran afectados con frecuencia por cáncer en las manos.

Otros muchos factores pueden provocar el cáncer, pero los tres de mayor importancia son el viral, el químico y el físico. Los factores genéticos son de gran importancia, pero el cáncer parecería ser la suma de varias causas, algunas de las cuales no son necesarias ni suficientes, pero que al sumarse con otras llegan a provocar esa transformación de la célula normal en célula cancerosa. Para que este incidente sea capaz de producir un cáncer es preciso que la célula se vea afectada pero que no muera. Si la célula muere, evidentemente no habrá cáncer. Por tanto, deben entrar en juego los factores llamados exógenos, es decir, aquéllos que podemos encontrar en la vida y también el modo en que los acogemos, así como la forma en que reaccionamos ante ellos.

Es muy difícil evidenciar en el hombre los factores genéticos, hay algunos, de vez en cuando, pero el gran número de genes que juegan un papel importante en pro y en contra de la aparición de ciertos cánceres hacen que las tendencias a enfermar sean muy difíciles de evidenciar, algo muy marginal. Se suele prestar atención a las familias en las cuales muchos individuos han muerto de cáncer, pero nunca se piensa en las familias en las cuales durante generaciones y generaciones, ningún sujeto ha muerto de cáncer y eso que el cáncer es una causa muy frecuente de muerte si se considera que tres de cada diez sujetos fallecen por esa enfermedad.

Por otra parte, hay ciertos tipos raros de cáncer, en los cuales estos factores genéticos aparecen de forma más clara, y que parecen estar condicionados en gran medida por un solo factor hereditario, y en los cuales por tanto, de generación en generación se encuentran los mismos tipos de cáncer. En todos los casos hay una suma de factores exógenos y endógenos, ahora consideramos que serán necesarios dos acontecimientos celulares: un gen defectuoso, una mutación adquirida en el momento de la concepción, por uno de los padres, y un segundo acontecimiento que es fortuito; si el primer acontecimiento se ha producido naturalmente, hay mayores probabilidades de que aparezca un cáncer, pero el segundo acontecimiento es necesario. Ambos acontecimientos se pueden producir incluso más allá de todo adquirido desde el nacimiento y sumarse a la misma célula por casualidad.

Todo esto se refiere únicamente al primer acontecimiento: a la transformación de una célula normal en célula maligna, pero entre el primer acontecimiento y la aparición del cáncer, es decir, de la enfermedad en su nivel visible, macroscópico, hay un lapso muy largo. Para los cánceres que evolucionan muy rápidamente puede que sea de algunos meses, pero para algunos cánceres será cuestión de años. Algunos cánceres pueden estar en periodo de latencia, por así decirlo, durante más de diez años, esto significa que pueden pasar más de diez años entre el primer acontecimiento y el cáncer evidente. Pero cuando ha llegado a una masa suficiente, por regla general el cáncer ya no retrocede, porque el organismo no es capaz de eliminar un número suficiente de células, antes elimina muchas, pero la producción excede la destrucción, y el cáncer progresa hacia su crecimiento y hacia la muerte del organismo. También hay que recordar que el cáncer es una población de células enfermas: no son células que tienen ventajas sobre las células normales, en el sentido del rendimiento, por el contrario, tienen grandes desventajas, muy a menudo, las células cancerosas se dividen más rápido que las células normales, pero sus descendientes son más frágiles. Los descendientes de una célula normal son dos células normales que por lo general sobreviven. Cuando el cáncer produce cien células cancerosas generalmente el 80% de ellas muere espontáneamente. Pero el punto esencial es que estas divisiones desordenadas, que a menudo dan lugar a células muertas, son producidas por células autónomas y no se detienen, por el contrario, las células normales se dividen más lentamente y cuando han alcanzado un número determinado, el que corresponde, el que corresponde a las necesidades del organismo, las divisiones se detienen; por el contrario, las células cancerosas se dividen rápida e imperfectamente, pero no se detienen. Es esta autonomía la que determina, después de meses o años, la posibilidad de invasión del organismo entero.

## L A S   M E T A S T A S I S

Las metástasis constituyen el otro elemento peculiar del tejido canceroso. Las células normales regulan su reproducción por factores inhibitorios, especialmente la inhibición de contacto. El hecho de estar en contacto con otras células normales cuando el número es demasiado grande, provoca que la división se detenga. En cambio, las células cancerosas han perdido esa capacidad.

Si se hacen proliferar células normales en un ambiente artificial, como en un recipiente de laboratorio, las células normales tienden a cubrir el conjunto de las superficies que tienen a su disposición con una película del grosor de una célula, pero cuando han tapado toda la superficie dejan de dividirse. En cambio, las células cancerosas, al carecer de esta regulación por inhibición de contacto, tienden a formar varios estratos, que se distribuyen de modo anárquico y tienden a invadir los tejidos próximos. Normalmente, las células de un tejido dado, cuando entran en contacto con otro tejido son inhibidas; no pueden invadir los tejidos próximos. En cambio, las células cancerosas siguen proliferando e invaden distintos tejidos, esto, por lo que se refiere al desarrollo local.

Además, las células normales, por así decirlo, no viajan, no invaden vasos, ni los linfáticos ni los sanguíneos, que están protegidos por sus propias paredes. En cambio, las células cancerosas pueden invadir los vasos sanguíneos, las células son así liberadas en los vasos, siguen la corriente linfática y encuentran unas estaciones, que son los ganglios linfáticos. Una vez que penetran en los ganglios, que no son filtros pasivos, sino que pueden destruir a las células anormales, pueden morir ahí. Pero también puede suceder que las células cancerosas proliferen en el ganglio que a su vez, se convierte en metastásico, y que estas células, a partir del ganglio, invadan los tejidos circundantes. Esta es la diseminación linfática; hay un punto fundamental en este tipo de invasión: conocemos el recorrido pues está regulado por las vías linfáticas. A partir de estos ganglios, las células cancerosas pueden seguir su recorrido a otros ganglios. La invasión se hace etapa por etapa: ya no es local porque las células han abandonado el sitio del tumor primario, sino que es regional. Desde el punto de vista anatómico, se pueden definir las superficies invadidas y el volumen de los ganglios invadidos. Es una invasión regional, que puede llevarse sólo etapa por etapa.

Por el contrario, cuando el cáncer invade los vasos sanguíneos, las células son enviadas a la corriente circulatoria: la mayoría muere, porque no encuentra su ambiente ideal, pero algunas pueden encontrar tejidos en los cuales adaptarse. La invasión por vía sanguínea se produce, por tanto, de modo generalizado, porque los vasos alcanzan todos los rincones del organismo y no hay ganglios que detengan las células, por lo que es posible la generalización del cáncer; sin embargo, entran en juego todavía los factores anatómicos, por ejemplo, para los tumores de mama, las células entran en la circulación pulmonar y a menudo son bloqueados por los capilares de los pulmones, en estos casos se suelen producir metástasis en los pulmones, esto es, colonias de células cancerosas en los pulmones. Está claro que en el desarrollo del cáncer hay diferentes fases que tienen que ver con la anatomía y la fisiología: la transformación de una célula normal en

cancerosa, el desarrollo local, la invasión de los tejidos que rodean el órgano afectado localmente, la invasión metastásica por vía linfática, metástasis ganglionares, inicialmente y que después pueden alcanzar la circulación general, y diseminarse por vía sanguínea), y la invasión por la vía sanguínea directa, en la cual las metástasis tienen lugar por todo el organismo.

Toda esta historia natural del cáncer, puede producirse antes de que la lesión primitiva se pueda detectar. Cuando se detecta un cáncer, éste puede haber conocido sólo la primera fase de su desarrollo (cuando todas las células están agrupadas en el tumor); y es posible entonces destruirlo mediante la cirugía o con radioterapia, o con ambos procedimientos, porque el cáncer es local. Pero también puede darse que ya se haya producido la invasión linfática, y entonces ya no hay que tratar sólo el tumor, sino también los ganglios linfáticos que los drenan. Pero también puede pasar, en una fase más tardía, que ya se haya producido la invasión sanguínea y entonces, si hay metástasis diseminadas en el organismo, ni la cirugía ni las radiaciones locales y regionales pueden vencer el cáncer; la única esperanza de curación es la de un tratamiento general. Los fármacos más importantes empleados en este tratamiento son los preparados que eliminan las células que se quieren subdividir (en el caso de las células cancerosas, porque si no se dividieran, no serían peligrosas), estos fármacos se administran por vía general: es la quimioterapia.

## TIPOS DE TUMORACIONES

La diferencia en la evolución de los distintos tipos de tumoraciones está en lo que se ha llamado historia natural del tumor. Hay cánceres que durante mucho tiempo se quedan localizados. Hay células malignas, desde el punto de vista de la definición celular y tisular y se trata de células que se dividen de modo autónomo, que invaden los tejidos vecinos, pero este tipo de cáncer queda localizado durante mucho tiempo, tiene muchas dificultades en crear metástasis a distancia, por vía sanguínea o linfática. A menudo se trata de cánceres fácilmente detectables. Así, el 90% de los cánceres de piel se curan porque es fácil detectarlos precozmente, ya que tienen una tendencia débil a crear metástasis y porque se les puede tratar localmente, antes de que hayan invadido al organismo. Hay algunos cánceres que no son tan sencillos. Algunos son más o menos malos, hay algunos cánceres de mama que se desarrollan durante un período largo, de modo sólo local, son tratados localmente y si no hay metástasis ganglionares ni sanguíneas, se pueden curar.

Por el contrario, otros cánceres de mama son detectados muy precozmente: hay un nódulo pequeñísimo del que se ha dado cuenta la misma enferma, procediendo a la palpación de sus senos; y este pequeño nódulo que sólo mide un centímetro, puede haber recorrido etapas esenciales en la vida de un cáncer. Cuando se extirpan los ganglios de la axila, se comprueba que ya han sido invadidos y que sobre todo en los meses o semanas que siguen se ve como se desarrollan metástasis en los pulmones, los huesos y el hígado. Este pequeño cáncer ya ha recorrido todo su ciclo de invasión que otros tumores no han realizado. Pero también hay otra diferencia por lo que se refiere a los cánceres, ésta puede estar relacionada con la sensibilidad del cáncer al tratamiento y con las posibilidades anatómicas de una intervención quirúrgica o de radioterapia. Si los cánceres de bronquios son tan peligrosos es porque se desarrollan en un lugar crítico, en donde pasan vasos grandes y también porque muy rápidamente producen metástasis. También los cánceres de estómago son, a menudo, muy malignos, porque se detectan bastante tarde y porque dan lugar a invasiones linfáticas bastante rápidamente. Hay otros cánceres muy peligrosos porque no se puede actuar localmente con ellos. Por ejemplo, los cánceres de páncreas suponen graves problemas quirúrgicos, ya que es muy difícil poder practicar la extirpación de un cáncer de páncreas. Por el contrario, hay algunos cánceres que tienen un pronóstico mejor porque son más sensibles a los tratamientos quimioterápicos en cuyo campo se han registrado últimamente algunos progresos.

Así, los cánceres de placenta son raros pero sumamente sensibles a la quimioterapia. También el cáncer del cuello del útero, merced a los exámenes médicos preventivos, se ha convertido en un cáncer menos nefasto desde el punto de vista de los porcentajes de curación, a condición, claro está, de que la mujer se someta a los métodos de detección de los que actualmente se dispone en forma periódica y acuda al médico especialista en cáncer, aplicándose un tratamiento precoz. Es un cáncer del que se conoce también el estado precanceroso: infección crónica del cuello, principalmente viral y las displasias, que permite prevenir de modo cierto la aparición del cáncer. Por el contrario, el cáncer de ovario, que se desarrolla durante mucho tiempo en forma asintomática, provoca metástasis a menudo en el peritoneo y así, hoy en día, hay más mujeres que mueren por cáncer de ovario, que mujeres que mueran por cáncer de cuello de útero, en países altamente industrializados como los Estados Unidos.

## CANCER CERVICO-UTERINO

El cáncer cervico-uterino constituye la causa más común de cáncer en la República Mexicana, donde ocupa el 27% de todas las neoplasias del Registro Nacional de tumores de la Secretaría de Salud y representa la neoplasia que ocasiona mayor número de muertes por cáncer en la mujer mexicana; es una enfermedad considerada como un problema nacional de salud, por lo que a la mujer de nuestro país, sobre todo la clase social débil, se le cataloga de alto riesgo para su desarrollo.

Los continuos avances en el campo oncológico sitúan en la época actual a la etiología del cáncer cervico-uterino, dentro de un terreno multifactorial en el que la acción específica de algunos factores, se lleva a cabo bajo el ambiente propicio generado por otros, con resultados evidenciables a mediano o a largo plazo a través del desarrollo de la enfermedad.

### FACTORES PERSONALES DE ALTO RIESGO

Los factores personales que incrementan el riesgo para el desarrollo de cáncer cervico-uterino, incluyen la edad, la inmunodeficiencia, el inicio de la actividad genital a edad temprana, la promiscuidad sexual, la paridad durante la segunda década de la vida y la multiparidad. (1)

**EDAD.** El cáncer cervico-uterino comúnmente ocurre a partir de los 40 años por lo que el factor edad, constituye un factor de riesgo para su desarrollo. Las pacientes con displasias del cérvix tienen en promedio 30 años, las pacientes con carcinoma in situ tienen en promedio 40 años, y las pacientes con carcinoma invasor tienen alrededor de 50 años.

**INMUNODEFICIENCIA.** Se ha demostrado que cualquier deficiencia en el sistema inmune del organismo va a verse asociada con un incremento en la frecuencia de neoplasias malignas. En el caso del cáncer cervico-uterino, el incremento del riesgo reportado en las pacientes es de 14 veces.

(1) Revista Médica del Hospital General de México, Vol.49, No. 4 1956.

**INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD GENITAL.** Durante los últimos años se ha postulado que la zona de transformación del cuello uterino, sufre notable proliferación durante la época de la pubertad y de la adolescencia por lo que durante estas etapas de la vida dicha estructura es especialmente susceptible a alteraciones genéticas las que pueden ser inducidas a través del contacto sexual. Por esta razón se afirma que el inicio de la actividad sexual a temprana edad, constituye uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer cervico-uterino.

**PROMISCUIDAD SEXUAL.** La actividad sexual con muchos compañeros aumenta el riesgo para el desarrollo de cáncer cervico-uterino. Se ha reportado que en mujeres que ejercen la prostitución se incrementa hasta cuatro veces en relación a observado para los grupos control:

**EMBARAZOS A TERMINO A EDAD TEMPRANA Y MULTIPARIDAD.** Estudios epidemiológicos recientes, concluyen que un primer embarazo a término obtenido a temprana edad de la mujer, incrementa en forma significativa el riesgo de cáncer cervico-uterino. Se ha sugerido que los cambios proliferativos del cervix que acompañan a los embarazos logrados durante la adolescencia, tienen un efecto favorable para el desarrollo de esta neoplasia. Un primer embarazo antes de los 15 años aumenta el riesgo de cáncer cervico-uterino 12.1 veces; un primer embarazo antes de los 20 años y un total de cinco embarazos, 3.2 veces; un período menor a dos años entre un embarazo y otro, 3.2 veces; y siete o más embarazos, 2.7 veces. Las mujeres con cáncer cervico-uterino que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital General de México, S.S., tienen un promedio de siete embarazos.

#### **FACTORES EXTERNOS DE ALTO RIESGO**

Los factores de riesgo procedentes del medio externo incluyen deficiencias nutricionales como aporte insuficiente de vitamina A, el tabaquismo, el antecedente de cáncer de pene en el cónyuge, las infecciones virales del cuello uterino, y otros. (1)

(1) Revista Médica del Hospital General de México, Vol. 49 No. 4 1986.

**TABAQUISMO.** La influencia ejercida por el tabaquismo en la etiología del cáncer cervico-uterino, se ha documentado en observaciones epidemiológicas y en hallazgos de laboratorio. La Tercera Encuesta Nacional de Cáncer, demostró en nueve comunidades diferentes de la Unión Americana una elevada correlación epidemiológica en la presentación de los cánceres de la tráquea, bronquios y pulmón del varón y del cáncer cervico-uterino en la mujer; situación que sugería una influencia ambiental común que pudiera estar relacionada con la etiología de estas neoplasias. Conocido el papel del tabaco en la etiología de los cánceres epidermoides de las vías aéreo-digestivas altas y de los bronquios, se ha considerado en los últimos años su efecto carcinogénico actuando al nivel de las células epiteliales del cuello uterino.

El tabaco ejercería su acción a nivel del cuello uterino a través de tres posibles mecanismos: efecto directo de sus agentes cancerígenos en las células epiteliales del cérvix, disminución de la reserva inmunológica de las pacientes y mediante el desarrollo de un campo propicio para la acción neoplásica de agentes virales.

Epidemiológicamente, se ha demostrado que el tabaquismo antes de los 15 años incrementa el riesgo de cáncer cervico-uterino 4.8 veces y que éste va en aumento en función de la cantidad y el tiempo de duración del hábito de fumar.

**CANCER DE PENE EN EL CONYUGE.** El antecedente de cáncer de pene en el cónyuge, constituye un factor que incrementa el riesgo para el desarrollo de cáncer cervico-uterino, lo que sugiere la presencia de factores etiológicos comunes para ambas neoplasias. Se ha publicado que esposas de enfermos con cáncer de pene tienen un riesgo 3.2 veces mayor que los grupos control para el desarrollo de cáncer cervico-uterino.

**INFECCIONES DEL CUELLO UTERINO.** La estrecha relación encontrada entre el cáncer cervico-uterino y algunas infecciones virales del cérvix, han determinado que actualmente se sitúe la etiología del cáncer cervico-uterino en un terreno multifactorial dentro del que las infecciones virales de carácter venéreo ocupan un lugar preponderante. Si bien algunos estudios apoyan cierta participación del citomegalovirus, los directamente involucrados son el virus del herpes genital tipo II (VHG-2) y el virus del papiloma humano (VPH). En la época actual se estima que las infecciones por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma humano, tienen una influencia definitiva en la transformación neoplásica de las células de la unión escamocolumnar del cérvix.

**CLASIFICACION DEL CANCER  
CERVICO--UTERINO**

**Etapa 0- In Situ.-** Tumor primitivo, no evidente, carcinoma preinvasivo, asintomático, diagnosticado sólo mediante colposcopia y citología.

**Etapa I.** Tumor limitado al cérvix.

- Ia. Carcinoma microinvasivo.
- Ib. Carcinoma clínicamente invasivo.

En su etapa inicial es asintomático, la sintomatología aparece al convertirse en invasivo y consiste en sangrado extramenstrual intermitente y frecuentemente postcoital, así como leucorrea maloliente y dispareunia.

**Etapa II.** Carcinoma extendido fuera del cérvix, pero no hasta la pared pélvica y/o carcinoma extendido a la vagina, pero no al tercio inferior.

**Etapa IIa.** Carcinoma sin infiltración al parametrio.

**Etapa IIb.** Carcinoma con infiltración al parametrio.

La sintomatología consiste en sangrado extramenstrual intermitente y frecuentemente postcoital, leucorrea maloliente y dispareunia.

**Etapa III.** Carcinoma extendido al tercio inferior de la vagina y/o a la pared pélvica. Sin espacio libre entre el tumor y la pared pélvica.

**Etapa IIIa.** Carcinoma extendido al tercio inferior de la vagina.

**Etapa IIb. Carcinoma extendido a la pared pélvica y/o dilatación del riñón por retención de orina o exclusión funcional del riñón por estrechamiento ureteral causado por el tumor.**

Estas pacientes cursan con sintomatología urinaria baja y la invasión del plexo sacro suele originar dolor que llega a incapacitar a las pacientes.

La obstrucción venosa y linfática por células tumorales a nivel de los parametrios suele acompañarse en algunas de estas pacientes de aumento de volumen en alguna de las extremidades pélvicas por linfedema.

**Etapa IVa. Carcinoma extendido a la mucosa de la vejiga o del recto y/o extendido fuera de la pelvis.**

**Etapa IVb. Carcinoma con metástasis a distancia.**

La sintomatología corresponde a la fase avanzada: dolor pélvico unilateral, irradiado a la cadera y al muslo, la emisión de orina y/o de heces por la vagina, la anemia, el edema de los miembros inferiores y hemorragia aguda vaginal.

## T R A T A M I E N T O

La cirugía y la radioterapia, ya sean solas o en asociación, son las dos modalidades terapéuticas del carcinoma del cuello uterino. La cirugía se emplea en el tratamiento de las etapas 0-Ia-Ib-IIa; la radioterapia es teóricamente eficaz en todas las etapas; se emplea en las etapas Ib- IIa- IIB- IIIa- IIIb- IVa-IVb.

El cáncer in situ se puede tratar conservadoramente en pacientes en las que es necesario conservar la fertilidad, con resultados altamente satisfactorios, la criocirugía y la laserterapia pueden producir efectos curativos en más del 95% de los casos.

### Tipos de cirugía.

1. Histerectomía ampliada. Puede ser efectuada preferentemente por vía abdominal o por vía vaginal. Consiste en la extirpación del útero, trompas, ovarios, parametrios y tercio superior de la vagina.

2. Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. Consiste en la extirpación del útero, trompas, ovarios, parametrios, tercio superior de la vagina y en la linfadenectomía en bloque de las cadenas linfáticas pélvicas.

3. Exenteración pélvica. Consiste en la extirpación de la vejiga y uretra (exenteración anterior), con la creación de un conducto urinario sigmoideo; del recto-sigma (exenteración posterior), con la creación de una colostomía. La exenteración pélvica es una intervención altamente mutilante asociada a altos riesgos operatorios y postoperatorios.

### Radioterapia

La radioterapia representa el mejor método de tratamiento del carcinoma del cérvix. Todos los estadios de la enfermedad pueden ser tratados con éxito mediante radioterapia, existiendo menos contraindicaciones a la radioterapia de las que existen para la cirugía.

### Efectos colaterales.

Posquirúrgicas. La mortalidad de la cirugía radical es inferior al 1%, y la morbilidad posquirúrgica es de 5%, la complicación más frecuente es la aparición de fistulas.

Posradioterápicas. Las complicaciones de la radioterapia se dividen en inmediatas y tardías; tanto las unas como las otras son más frecuentes si la paciente ha sido sometida a una intervención quirúrgica por su enfermedad. Las complicaciones inmediatas aparecen durante o en el plazo de un mes de finalizada la radioterapia. Están representadas fundamentalmente por las hemorroides, enterocolitis con diarrea, proctosigmoidopatías agudas y cistopatías agudas con tenesmo. Las complicaciones tardías aparecen entre un mes y cinco años de concluida la radioterapia. Están representadas por: castración, estenosis cervical con el consiguiente píometra, estenosis vaginal con dispareunia, rectopatías y/o cistopatías, fistulas rectovaginales y/o vesicovaginales, obstrucción intestinal y fistulas entéricas.

(1)

(1) Bonnadona, G., Robustelli de la Cuna, Manual de Oncología Médica. Ed. Masson España 1983.

CAPITULO III  
M E T O D O L O G I A

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cómo repercute el cáncer cervicouterino en la calidad de vida de la mujer, específicamente en su relación de pareja y con sus hijos.

B. OBJETIVOS.

1. Investigar la repercusión que el cáncer cervicouterino tiene en las relaciones de pareja y de madre como consecuencia de la afectación biológica.
2. Realizar un estudio comparativo de esa repercusión en mujeres sometidas a los tres tratamientos (histerectomía, radioterapia y exenteración) estableciendo semejanzas y/o diferencias. (ver Glosario).

C. HIPOTESIS.

1. Las pacientes con cáncer cervico uterino perciben cambios en su calidad de vida después del tratamiento.
2. Existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre las pacientes con cáncer cervico uterino según el tipo de tratamiento recibido (histerectomía, radioterapia o exenteración).

D. VARIABLES.

1. Variable Independiente. Las tres categorías de tratamiento a las que es sometida la mujer a la que se le diagnostica cáncer cervicouterino: histerectomía, radioterapia y exenteración.
2. Variable Dependiente. Los cambios conductuales ocurridos en las relaciones de la paciente, subsecuentes a las alteraciones emocionales originadas por el cáncer cervicouterino.

E. SUJETOS.

Se utilizaron 53 pacientes con cáncer cervicouterino, cuya edad osciló entre 25 y 50 años.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

#### F. MUESTREO.

Fue un muestreo de tipo intencional de pacientes subsecuentes de cáncer cervicouterino que acudieron a sus citas de control. Se eligieron 20 pacientes que fueron sometidas a histerectomía y a 20 que recibieron radiaciones con quienes se formaron dos grupos de la muestra.

El tercer grupo de estudio correspondiente a las pacientes sometidas a exenteración pélvica, sólo se pudo integrar por 13 sujetos. Se realizó la revisión de expedientes de los últimos cinco años, seleccionando a quienes cubrían los requisitos para pertenecer a la muestra (tener de 25-50 años y contar con pareja e hijos en el momento del diagnóstico), enviándoles telegramas y mediante llamadas telefónicas para solicitarles su presencia y colaboración. A pesar de lo anterior, el grupo no pudo completarse, pues no se presentaron todas las pacientes citadas, esto puede explicarse debido al elevado índice de mortalidad de este tipo de pacientes.

#### G. ESCENARIO.

Este trabajo se realizó en la Unidad de Oncología del Hospital General de México. Se utilizó el consultorio de Psicología que consta de 4 x 5 m, integrado por un escritorio, 10 sillas, luz artificial y con regular ventilación.

#### H. INSTRUMENTO.

Se elaboró un cuestionario para valorar los aspectos planteados en la investigación: las alteraciones de la relación de pareja e hijos, el autoconcepto y la relación médico-paciente como parte de la vivencia de la enfermedad. La validación fue hecha por jueces y la aplicación se realizó grupalmente, en un tiempo aproximado de 40 minutos.

Las áreas que integraron este instrumento fueron resultado del trato directo con este tipo de pacientes y de las entrevistas que cotidianamente se realizan para su atención psicológica en la unidad de Oncología del Hospital General de México.

Las áreas que lo integraron y los indicadores fueron:

AREAS	INDICADORES
Relación Médico-Paciente	Información que tiene respecto a su enfermedad, comunicación con su médico, expectativas, reactivos 6, 17, 23, 27
Relación de Pareja	Convivencia- comunicación, reactivos 1, 34, 13, 24. Relaciones Sexuales, reactivos 40, 20, 4, 31. Percepción de la pareja hacia la problemática de la paciente, reactivos 18, 36, 10, 28.
Relación con los hijos	Convivencia-comunicación, reactivos 21, 5, 32, 11. Apoyo y participación en las actividades de los hijos, reactivos 35, 8, 25, 14. Percepción de los hijos hacia la problemática de la paciente, reactivos 29, 2, 37, 19.
Autoconcepto	Propias capacidades, reactivos 9, 30, 16, 26. Culpas, reactivos 3, 12, 33, 38. Temores, reactivos 7, 15, 22, 39.

#### I. PROCEDIMIENTO.

A partir de la revisión de expedientes, se seleccionó a las pacientes que reunieron los requisitos establecidos para formar parte de la muestra, solicitando la autorización del Servicio de Ginecología Oncológica para la captación de pacientes durante la consulta externa.

Una vez captadas las pacientes se solicitó su colaboración y se procedió a aplicar el cuestionario.

Al tener la recopilación de datos de la muestra, se sumaron los reativos del instrumento, por cada indicador para tener un puntaje de cada uno y realizar en análisis de varianza no paramétrico de Kruskal Wallis, por tener escala de tipo ordinal, con la que se compararon las categorías de los tratamientos: Radioterapia, histerectomía y exenteración pélvica.

#### J. DISEÑO.

Se realizó un estudio de tipo exploratorio y ex post facto con un diseño de contrastaciones de tres grupos independientes con posttest.

#### K. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis de varianza no paramétrico con la prueba de Kruskal Wallis, que se eligió porque sirve para la comparación de tres grupos independientes con escala ordinal, y que se aplica cuando se desconoce el tipo de distribución. Y también el análisis de contrastación de antes y después con la prueba de Wilcoxon. Todo el tratamiento estadístico se realizó con el paquete computacional SPSS.

CAPITULO IV  
R E S U L T A D O S

1a. Parte.

Para responder a la primera hipótesis sobre los cambios en la calidad de vida post-tratamiento de las mujeres con cáncer cervicouterino se procedió de la siguiente manera:

Se presenta un cuadro que resume los resultados obtenidos de la comparación antes-después por medio de la prueba estadística de Wilcoxon. (ver Anexo C).

EL análisis de resultados se realizó comparando las medias de los dos reactivos, siendo la Z el estadístico que nos marca el tamaño de la diferencia, de acuerdo a su significancia  $\alpha$ , mismos que a continuación se presentan:

AREA DE PAREJA.

Convivencia.

Las diferencias significativas indican que la convivencia se vio afectada después del tratamiento ya que contaba con mayor calidad antes del diagnóstico.

$$Z = -4.3125 \quad \alpha = .00001 \quad \bar{X} = \begin{matrix} V1 \\ \text{antes} \\ 2.274 \end{matrix} \quad \bar{X} = \begin{matrix} V34 \\ \text{después} \\ 2.132 \end{matrix}$$

Comunicación.

Las diferencias significativas indican que a nivel de la comunicación hubo deterioro, pues contaba con mayor calidad antes del diagnóstico que después del tratamiento.

$$Z = -2.0191 \quad \alpha = .0435 \quad \bar{X} = \begin{matrix} V13 \\ \text{antes} \\ 2.566 \end{matrix} \quad \bar{X} = \begin{matrix} V24 \\ \text{después} \\ 2.583 \end{matrix}$$

#### RELACIONES SEXUALES.

Los resultados estadísticos indican que en este aspecto las pacientes de la muestra presentaron deterioros considerables, ya que tanto la satisfacción como el deseo sexual disminuyeron a partir del diagnóstico y el tratamiento.

$Z = -5.1594$	$\alpha = .00001$	$\bar{X}$ <sup>V40</sup> antes = 2.604	$\bar{X}$ <sup>V20</sup> después = 1.642
---------------	-------------------	--	--

$Z = -4.4347$	$\alpha = .00001$	$\bar{X}$ <sup>V4</sup> antes = 2.491	$\bar{X}$ <sup>V31</sup> después = 1.660
---------------	-------------------	---------------------------------------	--

#### PERCEPCION DE LA PAREJA HACIA LA PROBLEMATICA DE LA PACIENTE.

De las dos parejas de reactivos que integraron este indicador, solamente en una, del grupo I se encontró diferencia significativa, indicando que el interés de la pareja de la paciente hacia ella fue mayor antes de que se manifestara la enfermedad que después de ésta y el tratamiento.

$Z = -1.6985$	$\alpha = .0894$	$\bar{X}$ <sup>V18</sup> antes = 2.509	$\bar{X}$ <sup>V36</sup> después = 2.321
---------------	------------------	--	--

$Z = -1.4890$	$\alpha = .1365$	$\bar{X}$ <sup>V10</sup> antes = 2.453	$\bar{X}$ <sup>V28</sup> después = 2.264
---------------	------------------	--	--

## RELACION CON LOS HIJOS

### Convivencia.

Los resultados estadísticos indican que a nivel de la convivencia se encontró que hubo incremento después de la enfermedad y su tratamiento.

$$Z = -2.7566 \quad \alpha = .0058 \quad \begin{array}{l} \bar{X} \\ \text{antes} \\ = 2.585 \end{array} \quad \begin{array}{l} \bar{X} \\ \text{después} \\ = 2.887 \end{array}$$

### Comunicación.

Con respecto a la comunicación los resultados indican que no hubieron diferencias significativas, manteniéndose los mismos niveles de comunicación entre la paciente y sus hijos antes y después del tratamiento.

$$Z = -0.2197 \quad \alpha = .8261 \quad \begin{array}{l} \bar{X} \\ \text{antes} \\ = 2.698 \end{array} \quad \begin{array}{l} \bar{X} \\ \text{después} \\ = 2.717 \end{array}$$

## APOYO Y PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE LOS HIJOS.

### Participación.

Las respuestas de las mujeres de la muestra indican que la participación en las actividades de los hijos no presentó alteraciones significativas.

$$Z = -0.5241 \quad \alpha = .6002 \quad \begin{array}{l} \bar{X} \\ \text{antes} \\ = 2.755 \end{array} \quad \begin{array}{l} \bar{X} \\ \text{después} \\ = 2.717 \end{array}$$

**Apoyo.**

Los resultados estadísticos indican que en el aspecto del apoyo hacia sus hijos se manifestó la tendencia a disminuir después del tratamiento.

		V24	V14
		antes	después
$Z = -3.4206$	$\alpha = .0006$	$\bar{X} = 2.604$	$\bar{X} = 2.283$

**PERCEPCION DE LOS HIJOS CON RESPECTO A LA PROBLEMÁTICA DE LA PACIENTE.**

Los resultados indican que el interés de los hijos de las pacientes hacia ellas no sufrió modificaciones, manteniendo un mismo nivel post- tratamiento.

		V29	V2
		antes	después
$Z = -1.6095$	$\alpha = .1075$	$\bar{X} = 2.566$	$\bar{X} = 2.717$

Con respecto a la comprensión hacia la problemática de la paciente por parte de sus hijos, ésta tendió a incrementarse después del tratamiento, en el grupo 3.

		V37	V19
		antes	después
$Z = -1.8509$	$\alpha = .0642$	$\bar{X} = 2.209$	$\bar{X} = 2.198$

**AUTOCONCEPTO.**

**Propias Capacidades.**

Los resultados estadísticos indican que las mujeres de la muestra manifestaron deterioro en la valoración hacia sus propias capacidades después del tratamiento.

$Z = -4.2161$	$\alpha = .00001$	$\bar{X} = 2.792$	$\bar{X} = 2.189$
		V9 antes	V30 después
$Z = -1.7079$	$\alpha = .0877$	$\bar{X} = 2.566$	$\bar{X} = 2.321$
		V16 antes	V26 después

## 2a. Parte.

Para responder a la segunda hipótesis sobre las diferencias de la percepción en la calidad de vida entre las pacientes con cáncer cervicouterino según el tipo de tratamiento recibido: histerectomía, radioterapia o exenteración, se procedió de la siguiente manera:

Se presenta un cuadro que resume los resultados obtenidos por medio de la prueba de comparación Kruskal Wallis. Anexo D.

Se presenta un cuadro que resume los resultados obtenidos en la comparación intergrupala que se realizó en un análisis post hoc con la prueba U de Man Whitney. Anexo E.

Finalmente se analiza cual de estos tres grupos se ha visto más afectado en su calidad de vida como consecuencia del cáncer cervicouterino.

COMPARACION INTERGRUPAL.

V1. Antes de estar enferma:

3. Frecuentemente estaba con mi pareja.
2. Rara vez estaba con mi pareja.
1. Nunca estaba con mi pareja.

V34. Desde que me enfermè:

3. Estoy más tiempo con mi pareja, compartiendo todo, viendo tv y platicando.
2. Raras veces estoy con mi pareja.
1. Nunca estoy con mi pareja.

Grupo 1  
Histerectomía

Grupo 2  
Radioterapia

Grupo 3  
Exenteración

Tipos de respuestas.

	3	2	1
1	15	5	0
34	7	9	4

	3	2	1
	15	4	1
	7	7	6

	3	2	1
	12	1	0
	7	2	4

Comparación U de Man Witney:

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V1	z = -.0898	z = -1.2403	z = 1.2644
	$\alpha$ = .9284	$\alpha$ = .2148	$\alpha$ = .2061
V34	z = -.3753	z = -.4140	z = -.6494
	$\alpha$ = .7075	$\alpha$ = .6789	$\alpha$ = .5161

V13. Cuando estaba sana, la comunicación con mi pareja:

3. Frecuentemente era buena, ya que nos teniamos confianza para platicarnos casi todo.
2. Rara vez existia.
1. Nunca existia.

V24. A partir de mi enfermedad, la comunicación con mi pareja:

3. Frecuentemente es buena, ya que nos tenemos mucha confianza.
2. Rara vez es buena.
1. No es buena, ya que no nos tenemos confianza.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3    2    1	3    2    1	3    2    1
13	15   3   2	11   7   2	9    3   1
24	10   4   6	10   7   3	8    1   4

Comparación U de Man Witney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V13	z = 1.1563 α = .2475	z = -.2832 α = .7770	z = -.7660 α = .4437
V24	z = -.4418 α = .6586	z = -.4101 α = .6817	z = -.1020 α = .9187

Relaciones Sexuales.

Satisfacción sexual.

V40. Antes de mi enfermedad, mi vida sexual:

3. Frecuentemente era satisfactoria.
2. Raras veces era satisfactoria.
1. Nunca era satisfactoria.

V20. Desde que me enfermé mi vida sexual:

3. Frecuentemente me satisface.
2. Raras veces me satisface.
1. No me satisface.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3	2	1
40	15	9	10
	5	9	3
20	7	4	2
	7	14	1
	0		10

Comparación U de Man Witney

GPD.1-GPD.2  
 V40  $z = -.1240$   
 $\alpha = .0412$   
 V20  $z = -2.5626$   
 $\alpha = .0104$

GPD.1- GPD.3  
 $z = -.1240$   
 $\alpha = .9013$   
 $z = -2.2948$   
 $\alpha = .0104$

GPD.2-GPD.3  
 $z = -1.8788$   
 $\alpha = .0603$   
 $z = -.2829$   
 $\alpha = .7773$

**Deseo Sexual**

V4. Cuando estaba sana:

3. Frecuentemente me gustaba tener relaciones sexuales.
2. Raras veces me gustaba tener relaciones sexuales.
1. No me gustaba tener relaciones sexuales.

V31. A partir de la enfermedad, el sexo para mí:

3. Frecuentemente es agradable.
2. Raras veces es agradable.
1. No es agradable.

Grupo 1  
Histerectomía

Grupo 2  
Radioterapia

Grupo 3  
Exenteración

Tipos de respuestas.

	3	2	1	3	2	1	3	2	1
4	9	9	2	11	9	8	8	5	0
31	6	8	6	2	5	13	1	4	8

Comparación U De Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V4	z = -.8858 α = .3757	z = -1.1003 α = .2712	z = -.3657 α = .7146
V31	z = -2.2578 α = .0240	z = -1.9391 α = .0525	z = -.1301 α = .8965

PERCEPCION DE LA PAREJA HACIA LA PROBLEMATICA DE LA PACIENTE.

V18. Cuando estaba sana:

3. Frecuentemente mi pareja se interesaba en mí, en mis actividades y en mis problemas.

2. Raras veces mi pareja se interesaba en mí.

1. Mi pareja nunca se interesa en mí.

V36. A partir de que estoy enferma, mi pareja:

3. Con frecuencia se interesa en mí, en mis actividades y en mis problemas.

2. Esporádicamente se interesa en mí.

1. No se interesa en mí.

Grupo 1  
Histerectomía

Grupo 2  
Radioterapia

Grupo 3  
Exenteración

Típos de respuestas.

	3	2	1
18	14	3	3
36	8	8	4

	3	2	1
	11	7	2
	11	7	2

	3	2	1
	7	6	0
	6	5	2

Comparación U de Man Witney

GPD.1-GPD.2  
V18  $z = -.7081$   
 $\alpha = .4789$   
V36  $z = -.3979$   
 $\alpha = .2872$

GPD.1-GPD.3  
 $z = -.5204$   
 $\alpha = .6028$   
 $z = -.3979$   
 $\alpha = .6907$

GPD.2-GPD.3  
 $z = -.1881$   
 $\alpha = .8508$   
 $z = -.5512$   
 $\alpha = .5815$

V10. Antes de mi enfermedad, mi pareja:

3. Con frecuencia era tolerante y cariñoso conmigo.
2. Raras veces era tolerante y cariñoso conmigo.
1. No era tolerante ni cariñoso conmigo.

V28. Desde que me enfermé, mi pareja:

3. Con frecuencia es tolerante y cariñoso conmigo.
2. Raras veces es tolerante y cariñoso conmigo.
1. No es tolerante ni cariñoso conmigo.

Grupo 1  
Histerectomía

Grupo 2  
Radioterapia

Grupo 3  
Exenteración

Típos de respuestas.

	3	2	1
10	12	4	4
28	11	5	4

	3	2	1
10	11	7	2
28	8	8	4

	3	2	1
10	9	2	2
28	7	2	4

Comparación U de Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V10	$z = .0000$ $\alpha = 1.0000$	$z = -.5171$ $\alpha = .6051$	$z = -.5720$ $\alpha = .5673$
V28	$z = -.7037$ $\alpha = .4816$	$z = -.3061$ $\alpha = .7595$	$z = -.2377$ $\alpha = .8121$

## ANALISIS DE RESULTADOS.

### GRUPO 1. PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.

La calidad de la relación de pareja en este grupo presentó alteraciones en todos los aspectos explorados. Las pacientes manifestaron que la convivencia y la comunicación decrecieron cualitativamente entre ellas y sus parejas, ocurriendo lo mismo en cuanto al interés manifiesto hacia ellas por parte de sus parejas.

El área de relaciones sexuales presentó serios deterioros, ya que las pacientes manifestaron que su deseo y su satisfacción sexual disminuyeron después de la cirugía.

### GRUPO 2. PACIENTES RADIADAS.

El grupo manifestó cambios negativos en su relación de pareja posteriores al tratamiento, específicamente en los aspectos de convivencia, comunicación y relaciones sexuales. Resaltan en este tipo de pacientes las alteraciones relacionadas con el deseo y la satisfacción sexual, subsecuentes a las radiaciones, así como los temores hacia el restablecimiento de su vida sexual.

El deterioro en su relación de pareja se manifestó significativamente superior en este grupo, comparado con el de las pacientes histerectomizadas. Dadas las repercusiones fisiológicas que encontramos en estas pacientes, los resultados se explican a través de la disfunción sexual originada por la radioterapia y sus efectos secundarios, ya que produce fibrosis, resequedad y estrechez vaginal, lo cual dificulta la penetración y produce dolor intenso. Esto puede ser contrarrestado mediante jaleas que posibiliten la lubricación requerida en el acto sexual, lo cual no siempre es debidamente informado a las pacientes, con la consecuente elevación de los niveles de ansiedad que produce tal desconocimiento.

### GRUPO 3. PACIENTES EXENTERADAS.

En este grupo la relación de pareja presentó un deterioro superior al de los grupos anteriores, al verse afectadas significativamente la comunicación, la convivencia y sobre todo las relaciones sexuales. Las pacientes manifestaron que el interés de sus parejas hacia ellas también disminuyó después del tratamiento.

RELACION CON LOS HIJOS.

Convivencia y Comunicación.

V21. Antes de estar enferma:

3. Convivia frecuentemente con mis hijos, jugando, viendo tv, haciendo tareas.

2. Raras veces convivía con mis hijos.

1. No convivía con mis hijos.

V5. Ahora que estoy enferma:

3. Frecuentemente estoy con mis hijos.

2. Raras veces estoy con mis hijos.

1. No estoy con mis hijos.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3	2	1
V21	14	6	0
	3	2	1
V5	18	1	1
	3	2	1
	11	8	1
	3	2	1
	18	1	1
	3	2	1
	8	4	1
	3	2	1
	13	0	0

Comparación U de Man Withey

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V21	$z = -1.0568$	$z = -.6271$	$z = -.2744$
	$\alpha = .2906$	$\alpha = .5306$	$\alpha = .7773$
V5	$z = .0000$	$z = -1.1579$	$z = -1.1579$
	$\alpha = 1.0000$	$\alpha = .2469$	$\alpha = .2469$

V32. Cuando estaba sana:

3. Con frecuencia habla confianza y comunicación con mis hijos.
2. Raras veces habla confianza y comunicación con mis hijos.
1. No habla confianza ni comunicación con mis hijos.

V11. A partir de mi enfermedad:

3. Platico frecuentemente con mis hijos.
2. Raras veces platico con mis hijos.
1. No platico con mis hijos.

	Grupo 1 Histerectomía			Grupo 2 Radioterapia			Grupo 3 Exenteración		
	Tipos de respuestas.								
	3	2	1	3	2	1	3	2	1
32	16	3	1	14	3	3	11	2	0
11	14	4	2	15	4	1	12	1	0

Comparación U de Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.2	GPO.2-GPO.3
V32	$z = -.8211$	$z = -.3848$	$z = -1.0817$
	$\alpha = .4146$	$\alpha = .7004$	$\alpha = .2794$
V11	$z = -.4153$	$z = -1.5513$	$z = -1.2644$
	$\alpha = .6779$	$\alpha = .1208$	$\alpha = .2061$

APoyo Y PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES DE LOS HIJOS.

V35. Antes de estar enferma:

3. Con frecuencia participaba en las actividades de mis hijos.
2. Raras veces participaba en las actividades de mis hijos.
1. No participaba en las actividades de mis hijos.

VB. A partir de mi enfermedad:

3. Participo con frecuencia en las actividades de mis hijos.
2. En raras ocasiones participo en las actividades de mis hijos.
1. No participo en las actividades de mis hijos.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			

	3	2	1		3	2	1		3	2	1
35	17	3	0		12	7	1		12	1	0
8	16	2	2		16	2	2		11	1	1

Comparación U de Man Witney

	GPD. 1-GPD. 2	GPD. 1-GPD. 3	GPD. 2-GPD. 3
V35	z = -1.7930 α = .0730	z = -.6189 α = .5360	z = -2.0188 α = .0435
VB	z = .0000 α = 1.0000	z = -.3291 α = .7421	z = -.3291 α = .7421

V25. Cuando estaba sana:

3. Frecuentemente ayudaba a mis hijos, en sus tareas de la escuela o del trabajo.
2. Raras veces ayudaba a mis hijos.
1. Nunca ayudaba a mis hijos.

V14. Desde que me enfermé:

3. Ayudo frecuentemente a mis hijos en sus tareas de la escuela o del trabajo.
2. Raras veces ayudo a mis hijos.
1. Nunca ayudo a mis hijos.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3	2	1
25	14	4	2
14	10	8	2
	3	2	1
	12	7	1
	10	4	6
	3	2	1
	10	2	1
	6	4	3

Comparación U de Man Whitney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V25	$z = -.4834$ $\alpha = .6288$	$z = -.4249$ $\alpha = .6709$	$z = -.8688$ $\alpha = .3849$
V14	$z = -.5901$ $\alpha = .5551$	$z = -.5241$ $\alpha = .6002$	$z = -.0379$ $\alpha = .9682$

PERCEPCION DE LOS HIJOS CON RESPECTO A LA PROBLEMÁTICA DE LA PACIENTE.

V29. Antes de enfermarme:

3. Mis hijos se interesaban en mí con frecuencia.
2. A veces mis hijos se interesaban en mí.
1. Mis hijos no se interesaban en mí.

V2. Desde que me enfermé:

3. Mis hijos se interesan en mí constantemente.
2. Esporádicamente mis hijos se interesan en mí.
1. Mis hijos no se interesan en mí.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3    2    1	3    2    1	3    2    1
29	14   4    2	11   7    2	9    4    0
2	15   4    1	4    4    12	2    2    9

Comparación U de Man Whitney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V29	$z = -.8522$ $\alpha = .3941$	$z = -.1374$ $\alpha = .8908$	$z = -.9632$ $\alpha = .3355$
V2	$z = -.5010$ $\alpha = .6164$	$z = -1.9231$ $\alpha = .0545$	$z = -2.1392$ $\alpha = .0324$

V37. Cuando estaba sana:

3. Mis hijos me comprendían frecuentemente.
2. En raras ocasiones mis hijos me comprendían.
1. Mis hijos no me comprendían.

V19. Mi enfermedad ha originado:

3. Que mis hijos me comprendan con mayor frecuencia.
2. Que en raras ocasiones mis hijos me comprendan.
1. Que mis hijos nunca me comprendan.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3    2    1	3    2    1	3    2    1
37	13   4    3	12   6    2	7    6    0
19	15   2    3	15   4    1	11   2    0

Comparación U de Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V37	$z = -.2341$ $\alpha = .8750$	$z = -.2341$ $\alpha = .8149$	$z = -.0844$ $\alpha = .9327$
V19	$z = -.1785$ $\alpha = .8583$	$z = -.8006$ $\alpha = .4234$	$z = -.6997$ $\alpha = .4841$

## **ANALISIS DE RESULTADOS.**

### **GRUPO 1. PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.**

En su relación como madres, las pacientes de este grupo no virtieron respuestas que se pudieran traducir como alteraciones negativas. Ellas manifestaron satisfacción en su relación madre-hijos, tanto previa como posterior al tratamiento.

### **GRUPO 2. PACIENTES RADIADAS.**

En contraste con la relación de pareja, la relación madre-hijo presentó la tendencia a incrementar los niveles de los aspectos explorados, así, encontramos que la convivencia y la comunicación con sus hijos aumentó después del tratamiento, ocurriendo lo mismo en la participación de la paciente en las actividades de sus hijos.

En comparación con el grupo de pacientes sometidas a histerectomía, diremos que mientras que en el primero la relación madre-hijos conservó su calidad después del tratamiento, el grupo de pacientes sometidas a radioterapia presenta la tendencia a incrementar cualitativamente la relación en todos los aspectos.

### **GRUPO 3. PACIENTES EXENTERADAS.**

La relación madre-hijo, al igual que en el grupo de pacientes radiadas, presentó la tendencia a incrementar los niveles de convivencia y comunicación. Encontramos un ligero descenso en el apoyo hacia sus hijos, lo cual puede atribuirse a las condiciones físicas de la paciente, quien por la presencia de sus estomas, se ve afectada física y emocionalmente.

**AUTOCONCEPTO.**

**Propias Capacidades.**

**V9. Cuando estaba sana:**

3. Frecuentemente era valiente.
2. A veces era valiente.
1. No era valiente.

**V30. Desde que estoy enferma:**

3. Frecuentemente soy valiente.
2. Raras veces soy valiente,
1. No soy valiente.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3    2    1	3    2    1	3    2    1
9	17   2    1	17   2    1	11   1    1
30	11   7    2	6    7    7	5    5    3

**Comparación U de Man Whitney**

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V9	z = .0000 α = .0502	z = -.0591 α = .9529	z = -.0591 α = .9529
V30	z = 1.9581 α = .0502	z = -1.0885 α = .2764	z = -.1301 α = .4815

V16. Antes de mi enfermedad:

3. Frecuentemente podía bastarme a mi misma.
2. Algunas veces me bastaba a mi misma.
1. No me bastaba a mi misma.

V26. A partir de mi enfermedad:

3. Puedo bastarme a mi misma con frecuencia.
2. Raras veces me basto a mi misma.
1. No me basto a mi misma.

	Grupo 1 Histerectomía	Grupo 2 Radioterapia	Grupo 3 Exenteración
Tipos de respuestas.			
	3   2   1	3   2   1	3   2   1
16	14   5   1	12   5   3	9   3   1
26	15   3   2	7   7   6	7   2   4

Comparación U de Man Witney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V16	z = -.8030 α = .4220	z = -.0916 α = .9270	z = -.6050 α = .5452
V26	z = -2.4638 α = .0137	z = -1.3923 α = .1638	z = -.6494 α = .5161

### CULPAS.

Para el análisis de contrastación de tres grupos en los reactivos restantes se utilizó la prueba de Kruskal Wallis, ya que no presentan la comparación antes-después y el análisis post hoc con la prueba U de Man Witney, cuyos resultados se muestran a continuación:

VS. Pienso que me enfermè por portarme mal:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

#### Tipos de respuestas.

	3	2	1
Grupo 1	3	4	13
Grupo 2	4	4	12
Grupo 3	2	2	9

Kruskal Wallis

CHI CUADRADA = .2204  
 $\alpha = .8957$

#### Comparación U de Man Witney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
VS.	$z = -.3766$ $\alpha = .7060$	$z = -.1989$ $\alpha = .8423$	$z = -.5171$ $\alpha = .6051$

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

V12. A causa de mi enfermedad mi pareja me rechaza:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1
Grupo 1	3	5	12
Grupo 2	5	2	13
Grupo 3	4	1	8

Kruskall Wallis

CHI CUADRADA = .0668  
 $\alpha$  = .9672

Comparación U de Man Witney

GPO.1-GPO.2

GPO.1-GPO.3

GPO.2-GPO.3

V12  $z = -.0157$   
 $\alpha = .9875$

$z = -.2743$   
 $\alpha = .7839$

$z = -.2602$   
 $\alpha = .7947$

V33. A partir de mi enfermedad mi pareja se acerca a mi:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1
Grupo 1	13	4	3
Grupo 2	10	8	2
Grupo 3	6	3	4

Kruskall Wallis

CHI CUADRADA = 1.2099  
 $\alpha = .5461$

Comparación U de Man Witney

GPD.1-GPD.2  
 $z = -.6732$   
 $\alpha = .5008$

GPD.1-GPD.3  
 $z = -1.1601$   
 $\alpha = .2460$

GPD.2-GPD.3  
 $z = -.7220$   
 $\alpha = .4703$

V38. Mi enfermedad ha originado que mis hijos tengan problemas.

3. Si.
2. No sé.
1. No.

Tipos de respuestas.

	3	2	1
Grupo 1	5	3	12
Grupo 2	9	1	10
Grupo 3	4	1	8

Kruskal Wallis

CHI CUADRADA = .1561  
 $\alpha = .9249$

Comparación U de Man Witney

GPD.1-GPD.2  
 $z = -.4360$   
 $\alpha = .8552$

GPD.1-GPD.3  
 $z = -.4360$   
 $\alpha = .6629$

GPD.2-GPD.3  
 $z = -.7220$   
 $\alpha = .7744$

TEMORES.

V7. Desde que me enfermé les tengo miedo a las relaciones sexuales:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1
Grupo 1	10	6	4
Grupo 2	18	1	1
Grupo 3	11	1	1

Kruskall Wallis

CHI CUADRADA = 5.1638  
 $\alpha = .0756$

Comparación U de Man Witney

GPO.1-GPO.2  
V7  $z = -2.6504$   
 $\alpha = .0080$

GPO.1-GPO.3  
V7  $z = -1.8975$   
 $\alpha = .0578$

GPO.2-GPO.3  
V7  $z = -.4551$   
 $\alpha = .6491$

V15. A partir de mi enfermedad tengo miedo que mi pareja me abandone:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1	
Grupo 1	9	3	8	Kruskall Wallis CHI CUADRADA = .2128 $\alpha$ = .8991
Grupo 2	8	2	10	
Grupo 3	6	1	6	

Comparación U de Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V15	$z = -.5045$ $\alpha = .6139$	$z = -.1417$ $\alpha = .8874$	$z = -.2866$ $\alpha = .2744$

V22. Ahora que estoy enferma temo haber perdido mi valor como mujer:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1	
Grupo 1	7	3	10	Kruskall Wallis CHI CUADRADA = 1.6767 $\alpha$ = .4324
Grupo 2	8	0	12	
Grupo 3	6	4	3	

Comparación U de Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V22	$z = .2449$ $\alpha = .8066$	$z = -1.1857$ $\alpha = .2357$	$z = -1.2951$ $\alpha = .1953$

V39. Desde que me enfermé tengo miedo de que mi familia se desintegre:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1
Grupo 1	11	1	8
Grupo 2	10	2	8
Grupo 3	6	1	6

Kruskal Wallis

CHI CUADRADA = .7971  
a = .6713

Comparación U de Man Witney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V39	$z = -.0636$ $\alpha = .3455$	$z = -.0636$ $\alpha = .9493$	$z = -.7314$ $\alpha = .4643$

## ANALISIS DE RESULTADOS.

### GRUPO 1. PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.

Este grupo presentó la tendencia a la devaluación de sus propias capacidades y pobre autoestima. Hay ausencia de culpabilidad manifiesta en torno a su padecimiento, sus temores van dirigidos al área sexual.

### GRUPO 2. PACIENTES RADIADAS.

El grupo presenta autodevaluación y pobre autoestima, superiores al grupo de pacientes histerectomizadas. Este grupo presenta también ausencia de culpabilidad manifiesta y temores en torno a su vida sexual.

### GRUPO 3. PACIENTES EXENTERADAS.

Al igual que en las áreas anteriores, el autoconcepto presentó el mayor deterioro de los tres grupos, viéndose afectada la valoración de sus propias capacidades y en consecuencia su autoestima. No hay evidencia de culpabilidad manifiesta relacionada con la enfermedad, pero sí presentan temores dirigidos hacia el aspecto sexual y manifiestan autodevaluación después de la cirugía, esto se explica porque la imagen corporal de estas pacientes se ve alterada ante la presencia de los estomas y de la disfunción que ellos representan, así como la nula posibilidad de contacto sexual.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

V6. El médico que me habló por primera vez de mi enfermedad:

3. Lo hizo con calma y comprensión.
2. Lo hizo con indiferencia y frialdad.
1. Lo hizo con impaciencia.

Tipos de respuestas.

	3	2	1	Kruskall Wallis CHI CUADRADA = .9875 $\alpha$ = .6103
Grupo 1	13	6	1	
Grupo 2	17	1	2	
Grupo 3	11	0	2	

Comparación U de Man Whitney

	GPO.1-GPO.2	GPO.1-GPO.3	GPO.2-GPO.3
V6	$z = -1.2332$ $\alpha = .2175$	$z = -.9205$ $\alpha = .3573$	$z = -.0888$ $\alpha = .9293$

V17. Los médicos que me atienden en esta unidad me inspiran confianza:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1	Kruskall Wallis CHI CUADRADA = 1.1114 $\alpha$ = .5737
Grupo 1	16	3	1	
Grupo 2	14	6	0	
Grupo 3	12	1	0	

Comparación U de Man Witney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V17	$z = -.6107$ $\alpha = .5414$	$z = -.9763$ $\alpha = .3289$	$z = -1.5083$ $\alpha = .1315$

V23. Cuando asisto a las citas de control con los médicos de esta unidad, me explican lo que les pregunto acerca de mi enfermedad:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1	
Grupo 1	14	3	3	Kruskall Wallis CHI CUADRADA = 2.5617 $\alpha = .2778$
Grupo 2	9	6	5	
Grupo 3	5	5	3	

Comparación U de Man Witney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V23	$z = -1.4751$ $\alpha = .1402$	$z = -1.5756$ $\alpha = .1151$	$z = -.1971$ $\alpha = .8437$

V27. El trato que recibo de los médicos de esta unidad es bueno:

3. Frecuentemente.
2. A veces.
1. Nunca.

Tipos de respuestas.

	3	2	1	
				Kruskal Wallis
				CHI CUADRADA = .0004
				$\alpha = .9998$
Grupo 1	17	3	0	
Grupo 2	17	3	0	
Grupo 3	11	2	0	

Comparación U de Man Witney

	GPD.1-GPD.2	GPD.1-GPD.3	GPD.2-GPD.3
V27	$z = .0000$ $\alpha = 1.0000$	$z = -.0296$ $\alpha = .9763$	$z = -.0296$ $\alpha = .9763$

ANALISIS DE RESULTADOS.

En la relación médico-paciente los tres grupos coincidieron en la existencia de una relación médico-paciente basada en la comunicación y con una transferencia positiva que refuerza la adherencia terapéutica, lo cual sugiere la presencia de defensas elevadas ante el interrogatorio directo, a pesar de ser anónimo, ya que en la entrevista previa a la aplicación del cuestionario, la mayoría de las pacientes opinó que la comunicación con sus médicos tratantes es pobre, lo que ha dado lugar a la creación de fantasías y fantasmas con respecto a su estado, evolución y pronóstico.

## D I S C U S I O N

La mujer con cáncer cervico-uterino presenta alteraciones negativas en su relación de pareja, en su autoconcepto, esto coincide con el estudio de Comping, quien en 1998 menciona haber encontrado decremento importante en el deseo sexual y sentimientos negativos hacia la pareja y la relación sexual. Por su parte, el estudio de Schain- Harvards en 1987 establece que las personas que padecen cáncer relacionado con algún órgano sexual ven mayores incrementos en su angustia, stress y culpa que si el cáncer tuviera otra localización.

En el aspecto fisiológico, la mujer con cáncer cervico-uterino ve alterada su imagen corporal y padece los efectos secundarios de los tratamientos, lo cual se traduce en temores manifiestos hacia la relación sexual. Alfred Kinsey comprobó que cuando las mujeres están afectadas por el miedo a la penetración, es imposible una respuesta placentera de ningún tipo. A su vez, Masters-Johnson mencionan que las mujeres son especialmente sensibles a las distracciones psíquicas durante el acto sexual y que hay algunos factores que afectan el orgasmo y que no deben ser olvidados: la fatiga y la preocupación son inhibidores de la sensibilidad sexual femenina.

Al abordar la relación de las pacientes con sus hijos, encontramos que el rol de madre no presentó deterioros, por el contrario, en términos generales, la calidad de la relación tendió a incrementarse, reforzándose los criterios que se han vertido en torno a la maternidad, ya que psicológica, social y culturalmente a la mujer se le prepara desde que nace para desempeñarse como madre.

De acuerdo a la teoría psicoanalítica de desarrollo psicosexual el deseo de la maternidad se encuentra como feliz culminación del complejo edípico, dando paso a la vivencia y aceptación de la femineidad y sus funciones.

La psicoanalista Marie Langer, en su libro Maternidad y Sexo nos dice que en la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquia hasta la menopausia, se desarrollan en ella procesos destinados hacia la maternidad. Asimismo, Helene Deutsch, se refiere al tipo de mujer maternal como prototipo de la madre que vierte su amor y sus cuidados a sus hijos al grado de renunciar e incluso olvidarse de sus propias necesidades.

El papel de la mujer en nuestro medio se encuentra definido por la historia y determinado por la sociedad. Ciertamente es que, como estableció Margaret Mead en su libro Sexo y Temperamento, lo masculino y lo femenino son rasgos biológicos, pero también son papeles sociales, encontramos en nuestro estudio que el rol de madre no es afectado por el cáncer y su tratamiento, ya que la

relación con los hijos supera en calidad a la relación que como mujer mantiene con su pareja, incluso previa a la problemática explorada. La mujer en nuestra sociedad es y debe desempeñarse como una madre excelsa, pródiga y protectora. No habrá ofensas que no perdone ni sacrificio que no acepte en favor de sus hijos, ya que ellos son y deben ser el único motivo de su existencia.

Pero, y lo demás?, la mujer -madre es sólo un aspecto de la integridad femenina, que pocas veces es vista como un todo y de la cual se olvida el aspecto individual, ese que debiera estar cimentado en la realización personal y en el crecimiento propio, que fomentan la autoestima y un adecuado autoconcepto que permitan basificar un resurgimiento al enfrentarse a problemáticas severas como lo es el padecer de cáncer cervicouterino, pero que, por desgracia, en nuestra sociedad este aspecto no es todavía lo suficientemente valorado ni reforzado, la mujer es y seguirá siendo ante todo una madre, carenciada y deprimida en su aspecto personal, pero al fin y al cabo, respetada por su entorno social.

Simone de Beauvoir, en su libro El Segundo Sexo nos habla de la identidad sexual adquirida desde la infancia, que nos va a acompañar en toda nuestra vida y que está integrada por los valores de la sociedad, transmitidos de generación en generación.

Al formar parte de una sociedad que determina el papel femenino tenemos que la mujer mexicana para ser respetada debe de ser madre y además tener una pareja, no importa lo que cueste, hay que buscar un marido y conservarlo, y para ello, la sociedad prepara a la niña desde etapas tempranas.

He aquí la lógica del conflicto resultante en la relación de pareja subyacente al cáncer cervicouterino:

MUJER = UTERO = HIJOS

por lo tanto la mujer que no fecunda no sirve, no vale y es descartada mediante agresiones activas y pasivas por parte de su pareja, de ahí el distanciamiento y el desinterés que aunados con el pobre autoconcepto ya existente deterioran aún más la relación.

Así entonces tenemos a mujeres devaluadas e incapaces de ser y sentirse autosuficientes. Ciertamente, el cáncer es una enfermedad que cambia el destino de quien lo padece, pero debemos saber encontrar los medios para luchar no sólo contra los mitos que la sociedad ha creado en torno a la mujer, sino también en torno a la enfermedad.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el tratamiento estadístico podemos decir que:

1. Las mujeres con cáncer cervico-uterino presentan deterioro en su relación de pareja subsecuente al tratamiento, presentándose diversos grados, siendo más afectadas las mujeres sometidas a exenteración, seguidas de las mujeres sometidas a radioterapia y finalmente las mujeres sometidas a histerectomía.

2. Las mujeres con cáncer cervico-uterino presentan la tendencia a incrementar la calidad de su relación madre-hijos después del tratamiento, siendo mayor esta tendencia en las mujeres exenteradas, seguidas de las radiadas, y finalmente de las histerectomizadas, quienes manifestaron la tendencia a mantener los mismos niveles de la relación con sus hijos.

3. En el área de autoconcepto, los tres grupos coincidieron en la repercusión subyacente al tratamiento, presentando autodevaluación, pobre autoestima y temores enfocados a su vida sexual. Los niveles del deterioro presentan que en el grupo de las pacientes exenteradas éste es superior al de las pacientes sometidas a radiaciones, que a su vez supera al del grupo correspondiente a las pacientes histerectomizadas.

4. Las pacientes de la muestra no presentaron sentimientos de culpabilidad relacionados con su enfermedad, que pudieran tener repercusión en sus relaciones de madre y pareja. No presentando diferencias intergrupales.

5. Las pacientes de la muestra manifestaron que la relación médico-paciente es adecuada y con buenos niveles de comunicación. No presentando diferencias intergrupales.

## CAPITULO V

### LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

#### A. LIMITACIONES.

1. Una limitación importante significó sin duda no cubrir el número de pacientes exenteradas que fue preestablecido para este estudio, lo cual puede ser atribuible al alto grado de mortalidad de este tipo de pacientes.

2. El nivel socio-cultural y económico de las mujeres que integraron la muestra fue un factor fundamental en los resultados obtenidos, ya que son representativos sólo de uno de los sectores que integran a la sociedad mexicana.

#### B. SUGERENCIAS.

1. La extensión de la muestra abarcando otros niveles socioeconómicos que permitan una exploración más amplia de la sociedad mexicana, en cuanto a la repercusión que el cáncer cervicouterino y sus tratamientos tienen en las relaciones interpersonales de las mujeres que lo padecen.

2. Realizar exploraciones y estudios con mujeres que padecen cáncer cervico uterino en etapas tempranas tratadas con criocirugía y rayo laser, ya que, por el carácter curativo y conservador de estos tratamientos, las repercusiones emocionales y conductuales pueden dar una panorámica diferente de este problema.

3. Apoyar la labor de psicólogos sensibles y comprometidos, en centros de atención a pacientes oncológicos, para promover la creación de diversos programas que ayuden a estas personas en el proceso adaptativo de su enfermedad, previniendo repercusiones conductuales que alteren la calidad de vida y canalizando las alteraciones emocionales subsecuentes al diagnóstico o a los efectos secundarios del tratamiento.

4. Formar grupos de autoayuda que en lo posible apoyen la adaptación y rehabilitación del paciente oncológico, mediante diversas técnicas psicoterapéuticas dirigidas a la comprensión mutua de sentimientos e intereses y que incluyan:

- el entrenamiento en habilidades de lucha,
- la relajación profunda y el manejo del stress,
- comunicación asertiva,
- reestructuración cognitiva y solución de problemas,
- manejo de sentimientos,
- planeación de actividades placenteras.

5. Sensibilizar al médico oncólogo - cirujano o clínico - de la necesidad que tiene el paciente oncológico de ser visto como una totalidad, en la que los aspectos fisiológico, psicológico, social y cultural se conjugan con armonía, interactuando e influyéndose mutuamente.

6. Sensibilizar a los médicos de la importancia que tiene su papel en el logro de la adherencia terapéutica, ya que la comunicación clara y respetuosamente establecida con el paciente, facilitará el proceso adaptativo que le permita crear los medios para mantener su estabilidad emocional, pues el desconocimiento del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evolución conlleva a trastornos emocionales que repercuten conductualmente y deterioran aún más la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

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

1. Albores L., EL NINO Y EL CANCER. Necesidades de información sobre la enfermedad.  
Tesis de posgrado. Facultad de Medicina, U.N.A.M. 1987.
2. Alvarez Gayou J.L., ELEMENTOS DE SEXOLOGIA.  
Ed. Interamericana. México 1987.
3. Avilés Aceves E.A., ELEMENTOS AFECTIVOS Y COGNOSCITIVOS EN LA RELACION MEDICO PACIENTE.  
Tesis de posgrado. Facultad de Medicina, U.N.A.M. 1989.
4. Bayés R., PSICOLOGIA ONCOLOGICA.  
Ed. Martínez Roca. España 1983.
5. Beauvior S., EL SEGUNDO SEXO Tomos I-II  
Ed. Siglo XXI. Buenos Aires 1988.
6. Bonaparte M., LA SEXUALIDAD DE LA MUJER.  
Ed. Paidós. Buenos Aires 1961.
7. Bonnadona G., Robustelli de la Cuna, MANUAL DE ONCOLOGIA MEDICA.  
Ed. Masson. España 1983.
8. Ceballos M., TRASTORNOS EN LA AUTOIMAGEN DE LA MUJER MASTECTOMIZADA.  
Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1992.
9. Deutsh H., LA PSICOLOGIA DE LA MUJER.  
Ed. Lozada. Buenos Aires 1952.
10. Devereux G., DE LA ANSIEDAD AL METODO EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO.  
Ed. Siglo XXI. México 1987.
11. Díaz Guerrero, R., PSICOLOGIA DEL MEXICANO.  
Ed. Trillas. México 1990.

12. ENCICLOPEDIA FAMILIAR DE LA SALUD Tomo VI  
Promociones Editoriales Mexicanas 1983.
13. Fenichel, O., TEORIA PSICANALITICA DE LAS NEUROSIS.  
Ed. Paidós. México 1989.
14. Freud S., TRES ENSAYOS SOBRE LA TEORIA SEXUAL.  
Obras Completas Tomo II.  
Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1973
15. Garcia Dource M.F., ALGUNAS ALTERNATIVAS PARA EL  
TRATAMIENTO EMOCIONAL DEL  
PACIENTE CON CANCER.  
Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M.  
1988.
16. Garcia Martinez O., REACCIONES PSICOLOGICAS EN PACIENTES  
MASTECTOMIZADAS POR CA MAMARIO.  
Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.  
1977.
17. Gaynon J.H., SEXUALIDAD Y CULTURA.  
Ed. Paidós. México 1980.
18. Goligorsky E., GUIA MODERNA SEXUAL SIECUS.  
Ed. Granica. Barcelona, España 1977.
19. González Pineda, F., EL MEXICANO, PSICOLOGIA DE SU  
DESTRUCTIVIDAD  
Ed. PAX. México 1988.
20. Holland, J., HANDBOOK OF PSYCHONCOLOGY.  
Oxford University Press. 1989.
21. Horney K., PSICOLOGIA FEMENINA.  
Ed. Alianza. Madrid, España 1977.
22. Kinsey, A., SEXUAL BEHAVIOR IN THE HUMAN FEMALE AND MALE.  
by the staff of the Institute for sex research Indiana  
University. Philadelphia WB. Saunders 1953.

23. Kerlinger F.N., INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO.  
Ed. Interamericana. México 1975.
24. Langer M., MATERNIDAD Y SEXO.  
Ed. Paidós. México 1990
25. Lara Muñoz M.C., FORMAS DE REACCION PSICOLOGICA DEL  
PACIENTE CANCEROSO A SU ENFERMEDAD.  
Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. U.N.A.M. 1983.
26. León León L.M., PSICOPATOLOGIA DE LA MUJER  
HISTERECTOMIZADA.  
Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. U.N.A.M. 1982.
27. Mandolini Guardo R., DE FRUED A FROMM.  
Ed. Clordia. Buenos Aires 1969.
28. Masters- Johnson, RESPUESTA SEXUAL HUMANA.  
Ed. Intermédica. Buenos Aires 1967.
29. Masters- Johnson, EL VINCULO DEL PLACER.  
Ed. Grijalbo. México 1977
30. Mead M., SEXO Y TEMPERAMENTO.  
Ed. Paidós. Argentina 1972.
31. Montañó Cuadra M.E., ESTUDIO BIBLIOGRAFICO DE ALGUNOS  
FACTORES PSICODINAMICOS PRESENTES  
EN EL CANCER.  
Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.  
1979.
32. Reich W., LA BIOPATIA DEL CANCER.  
Ed. Nueva Visión. Argentina 1987.
33. Revista Médica del Hospital General de México.  
Vol. 47 Núm. 11-12 1984  
Vol. 50 Núm. 4 1986  
Vol. 49 Núm. 4 1987

34. Robles B., Garcia I., CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON CA BRONCOGENICO.  
Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicologia. U.N.A.M. 1978.
35. Schaeff A.W., LA MUJER EN UN MUNDO MASCULINO.  
Ed. Pax. México 1981.
36. Sherman J., LA PSICOLOGIA DE LA MUJER.  
Ed. Marova. Madrid, España 1978.
37. Secin Diep R., EVENTOS DE LA VIDA Y CANCER.  
Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. U.N.A.M. 1987.
38. Tyler, L., PSICOLOGIA DE LAS DIFERENCIAS HUMANAS.  
Ed. Marova. Madrid 1978.
39. Vargas E., ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA PERSONALIDAD DE LA MUJER CON CANCER.  
Tesis de Maestria. Facultad de Psicologia. U.N.A.M. 1963.
40. Vita T.D., PRINCIPIOS DE ONCOLOGIA.  
Ed. Salvat. México 1981.

Anexo A. GLOSARIO.

CARCINOMA. Tumor maligno.

CISTOPATIAS. Enfermedad de la vejiga, que puede ser benigna o maligna.

CITOLOGIA. Estudio celular al microscopio.

COLPOSCOPIA. Estudio realizado para la detección de lesiones en el cuello de útero.

CRIOCIRUGIA. Tratamiento por congelación.

DISPAREUNIA. Coito doloroso.

ENTEROCOLITIS. Inflamaciones del intestino.

ESTENOSIS. Estrechamiento de un conducto.

EXENTERACION. Retiro quirúrgico de todo el contenido pélvico (útero, vejiga y recto), con la colocación de estomas u orificios abdominales por los cuales deshecha excretas.

FISTULA. Comunicación de una cavidad con otra o al exterior.

HISTERECTOMIA. Extirpación del útero.

LASERTERAPIA. Forma de tratamiento con rayo laser, utilizado en el cáncer cervico uterino en su etapa temprana o en infecciones por el virus del papiloma humano.

LEUCORREA. Flujo vaginal blanco.

LINFADENECTOMIA. Retiro quirúrgico de los ganglios linfáticos.

OBSTRUCCION INTESTINAL. Incapacidad para evacuar.

**PARAMETRIO.** Espacio relativo al lado del útero

**PIOMETRA.** Material purulento en el útero.

**PLEXO SACRO.** Ramificación nerviosa a nivel del hueso sacro.

**PROCTOSIGMOIDOPATIAS.** Enfermedades del recto.

**TENESMO.** Sensación de cuerpo extraño en el recto.

ANEXO B.

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

Edad. - ----- Nombre de su enfermedad. - -----

Tipo de tratamiento. - -----

Número de hijos. - -----

Tipo de vivir con su pareja. - -----

1.- Antes de estar enferma:

- 3) Frecuentemente estaba con mi pareja.
- 2) Rara vez estaba con mi pareja.
- 1) Nunca estaba con mi pareja.

2.- Desde que me enfermé:

- 3) Mis hijos se interesan en mi constantemente.
- 2) Esporadicamente mis hijos se interesan en mi.
- 1) Mis hijos no se interesan en mi.

3.- Pienso que me enfermé por portarme mal:

- 3) Frecuentemente.
- 2) Raras veces.
- 1) Nunca.

4.- Cuando estaba sana:

- 3) Frecuentemente me gustaba tener relaciones sexuales.
- 2) Raras veces me gustaba tener relaciones sexuales.
- 1) No me gusta tener relaciones sexuales.

5.- Ahora que estoy enferma:

- 3) Frecuentemente estoy con mis hijos.
- 2) Raras veces estoy con mis hijos.
- 1) No estoy con mis hijos.

6.- El médico que me habló por primera vez de mi enfermedad:

- 3) Lo hizo con calma y me demostró comprensión.
- 2) Lo hizo con frialdad y me demostró indiferencia.
- 1) Lo hizo con brusquedad y me demostró impaciencia.

7.- Desde que me enfermé les tengo miedo a las relaciones sexuales:

- 3) Frecuentemente.
- 2) Raras veces.
- 1) Nunca.

8.- A partir de mi enfermedad:

- 3) Participo con frecuencia en las actividades de mis hijos.
- 2) En raras ocasiones participo en las actividades de mis hijos.
- 1) No participo en las actividades de mis hijos.

9.- Cuando estaba sana:

- 3) Frecuentemente era valiente.
- 2) Raras veces era valiente.
- 1) No era valiente.

10.- Antes de mi enfermedad mi pareja:

- 3) Con frecuencia era tolerante y cariñoso conmigo.
- 2) Raras veces era tolerante y cariñoso conmigo.
- 1) No era tolerante y cariñoso conmigo.

11.- A partir de mi enfermedad:

- 3) Platico frecuentemente con mis hijos.
- 2) Raras veces platico con mis hijos.
- 1) No platico con mis hijos.

12.- A causa de mi enfermedad mi pareja me rechaza:

- 3) Frecuentemente.
- 2) Raras veces.
- 1) Nunca.

13.- Cuando estaba sana, la comunicación con mi pareja:

- 3) Frecuentemente era buena, ya que nos teníamos confianza para platicarnos casi todo.
- 2) Rara vez existía.
- 1) Nunca existía.

14.- Desde que me enfermé:

- 3) Ayudo frecuentemente a mis hijos, en sus tareas escolares.
- 2) Raras veces ayudo a mis hijos.
- 1) Nunca ayudo a mis hijos.

15.- A partir de mi enfermedad tengo miedo a que mi pareja me abandone:

- 3) Frecuentemente.
- 2) Raras veces.
- 1) Nunca.

16.- Antes de mi enfermedad:

- 3) Frecuentemente podía bastarme a mi misma, física, moral y económicamente.
- 2) Algunas veces me bastaba a mi misma.
- 1) No me bastaba a mi misma.

17.- Los médicos que me atienden en esta Unidad:

- 3) Frecuentemente me inspiran confianza.
- 2) En raras ocasiones me inspiran confianza.
- 1) No me inspiran confianza.

18.- Cuando estaba sana:

- 3) Frecuentemente mi pareja se interesaba en mi, en mis actividades y en mis problemas.
- 2) Raras veces mi pareja se interesaba en mi.
- 1) Mi pareja nunca se interesaba en mi.

19.- Mi enfermedad ha originado:

- 3) Que mis hijos me comprendan con mayor frecuencia.
- 2) Que en raras ocasiones mis hijos me comprendan.
- 1) Que mis hijos nunca me comprendan.

20.- Desde que me enfermé mi vida sexual:

- 3) Frecuentemente me satisface.
- 2) Raras veces me satisface.
- 1) No me satisface.

21.- Antes de estar enferma:

- 3) Convivía frecuentemente con mis hijos (jugando, viendo t.v., platicando, haciendo tareas)
- 2) Raras veces convivía con mis hijos.
- 1) No convivía con mis hijos.

22.- Ahora que estoy enferma, temo haber perdido mi valor como mujer:

- 3) Frecuentemente.
- 2) Raras veces.
- 1) Nunca.

23.- Cuando asisto a las citas con los médicos de esta Unidad:

- 3) Frecuentemente me explican lo que les pregunto acerca de mi enfermedad.
- 2) Raras veces me explican lo que les pregunto acerca de mi enfermedad.
- 1) No me explican lo que les pregunto acerca de mi enfermedad.

24.- A partir de mi enfermedad, la comunicación con mi pareja:

- 3) Frecuentemente es buena, ya que nos tenemos mucha confianza.
- 2) Rara vez es buena.
- 1) No es buena ya que no nos tenemos confianza.

25.- Cuando estaba sano:

- 3) Frecuentemente ayudaba a mis hijos en su tarea de la escuela o del trabajo.
- 2) Raras veces ayudaba a mis hijos.
- 1) Nunca ayudaba a mis hijos.

26.- A partir de mi enfermedad:

- 3) Puedo bastarme a mi misma con frecuencia.
- 2) Raras veces me basto a mi misma.
- 1) No me basto a mi misma.

27.- El trato que recibo de los médicos de esta Unidad:

- 3) Frecuentemente es bueno y me motiva a continuar asistiendo a mis citas de control.
- 2) Raras veces es bueno.
- 1) No es bueno, y me ha hecho pensar en no volver a mis citas de control.

28.- Desde que me enfermè mi pareja:

- 3) Con frecuencia es tolerante y cariñoso conmigo.
- 2) Raras veces es tolerante y cariñoso conmigo.
- 1) No es tolerante ni cariñoso conmigo.

29.- Antes de enfermarme:

- 3) Mis hijos se interesan en mi con frecuencia.
- 2) Raras veces mis hijos se interesaban en mi.
- 1) Mis hijos no se interesaban en mi.

30.- Desde que estoy enferma:

- 3) Frecuentemente soy valiente.
- 2) Raras veces soy valiente.
- 1) No soy valiente.

31.- A partir de mi enfermedad, el sexo para mí:

- 3) Frecuentemente es agradable.
- 2) Raras veces es agradable.
- 1) No es agradable.

32.- Cuando estaba sana:

- 3) Con frecuencia había confianza y comunicación con mis hijos.
- 2) Raras veces había confianza y comunicación con mis hijos.
- 1) No había confianza ni comunicación con mis hijos.

33.- A partir de mi enfermedad:

- 3) Mi pareja se acerca a mí con frecuencia.
- 2) Raras veces mi pareja se acerca a mí.
- 1) Mi pareja ya no se acerca a mí.

34.- Desde que me enferme:

- 3) Estoy más tiempo con mi pareja compartiendo todo, viendo t.v. y platicando.
- 2) Raras veces estoy con mi pareja.
- 1) Nunca estoy con mi pareja.

35.- Antes de estar enferma:

- 3) Con frecuencia participaba en las actividades de mis hijos.
- 2) Raras veces participaba en las actividades de mis hijos.
- 1) No participaba en las actividades de mis hijos.

36.- A partir de que estoy enferma mi pareja:

- 3) Con frecuencia se interesa en mí, en mis actividades y en mis problemas.
- 2) Esporadicamente se interesa en mí.
- 1) No se interesa en mí.

37.- Cuando estaba sana:

- 3) Mis hijos me comprendían frecuentemente.
- 2) En raras ocasiones mis hijos me comprendían.
- 1) Mis hijos no me comprendían.

38.- Desde que estoy enferma tengo miedo de que mi familia -se desintegre.

- 3) Frecuentemente.
- 2) Raras veces.
- 1) Nunca.

39.- Mi enfermedad ha originado que mis hijos tengan problemas en la escuela o en el trabajo.

- 3) Si
- 2) No se
- 1) No

40.- Antes de mi enfermedad, mi vida sexual:

- 3) Frecuentemente era satisfactoria.
- 2) Raras veces era satisfactoria.
- 1) Nunca era satisfactoria.

## TABLA DE WILCOXON

REACTIVOS DEL AREA DE LA RELACION DE PAREJA	Z	SIGNIFICANCIA 2 - TAILED-P	$\bar{X}$
1 - 34	-4.3125	.00001	34     2.774 2.192
13 - 24	-2.0191	.0435	12     2.566 2.582
40 - 20	-5.1594	.00001	20     2.584 1.642
4 - 31	-4.4347	.00001	4     2.491 2.666
18 - 36	-1.6985	.0894	18     2.609 2.321
10 - 28	-1.4890	.1365	10     2.453 2.269

REACTIVOS DEL AREA DE LA RELACION CON LOS NIÑOS.	Z	SIGNIFICANCIA 2 - TAILED-P	$\bar{X}$
21 - 5	-2.7566	.0058	21     2.585 2.637
32 - 11	-0.2197	.8261	22     2.600 2.717
35 - 8	-0.5241	.6002	35     2.728 2.717
24 - 14	-3.4206	.0006	25     2.600 2.289
29 - 2	-1.6095	.1075	29     2.566 2.717
37 - 19	-1.8509	.0642	37     2.580 2.688

REACTIVOS DEL AREA DE AUTOCONCEPTO	Z	SIGNIFICANCIA 2 - TAILED-P	$\bar{X}$
9 - 30	-4.2161	.00001	9     2.782 2.189
16 - 26	-1.7079	.0877	16     2.586 2.321

## ANEXO D

## TABLA DE KRUSKAL WALLIS

REACTIVO	CHI CUADRADA	SIGNIFICANCIA
V1	.8879	.6415
V2	2.3168	.3140
V3	.2204	.8957
V4	1.1290	.5687
V5	.2889	.8655
V6	.9875	.6103
V7	5.1638	.0756
V8	.0615	.9697
V9	.0017	.9991
V10	.2781	.8702
V11	1.3012	.5217
V12	.0668	.9672
V13	1.0276	.5982
V14	.3672	.8323
V15	.2128	.8991
V16	.5181	.7718
V17	1.1114	.5737
V18	.4205	.8104
V19	.3745	.8292
V20	7.0534	.0294

## CONTINUACION

REACTIVO	CHI CUADRADA	SIGNIFICANCIA
V21	.8083	.6675
V22	1.6767	.4324
V23	2.5617	.2778
V24	.2142	.8984
V25	.5190	.7714
V26	4.8073	.0904
V27	.0004	.9998
V28	.3974	.8198
V29	.8442	.6557
V30	3.4308	.1799
V31	5.3525	.0688
V32	.7494	.6875
V33	1.2099	.5461
V34	.4189	.8110
V35	3.0943	.2128
V36	.9612	.6184
V37	.0431	.9787
V38	.1561	.9249
V39	.7971	.6713
V40	4.0451	.1323

## ANEXO E

## TABLA DE U DE MAN WITNEY

REACTIVO	GPO.1- GPO.2		GPO.1-GPO.3		GPO.2-GPO.3	
	Z	SIGNIF	Z	SIGNIF	Z	SIGNIF
V1	-0.0898	.9284	-1.2403	.2148	1.2644	.2061
V2	-0.5010	.6164	-1.9231	.0545	-2.1392	.0324
V3	-0.3766	.7065	-0.1989	.8423	-0.5171	.6051
V4	-0.8858	.3757	-1.1003	.2712	-0.3657	.7146
V5	0.0000	1.0000	-1.1579	.2469	-1.1579	.2469
V6	-1.2332	.2175	-0.9205	.3573	-0.0888	.9293
V7	-2.6504	.0080	-1.8975	.0578	-0.4551	.6491
V8	0.0000	1.0000	-0.3291	.7421	-0.3291	.7421
V9	0.0000	1.0000	-0.0591	.9529	-0.051	.9529
V10	0.0000	1.0000	-0.5171	.6051	-0.5720	.5673
V11	-0.4153	.6779	-1.5513	.1208	-1.2644	.2061
V12	-0.0157	.9875	-0.2743	.7839	-0.2602	.7947
V13	1.1563	.2475	-0.2832	.7770	-0.7660	.4437
V14	-0.5901	.5551	-0.5241	.7002	-0.0399	.9682
V15	-0.5045	.6139	-0.1417	.8874	-0.2866	.2744
V16	-0.8030	.4220	-0.0916	.9270	-0.6050	.5452
V17	-0.6107	.5414	-0.9763	.3289	-1.5083	.1315
V18	-0.7081	.4789	-0.5204	.6028	-0.1881	.8508
V19	-0.1785	.8583	-0.8006	.4234	-0.6997	.4841
V20	-2.5628	.0104	-2.2948	.0217	-0.2829	.7773

## CONTINUACION

REACTIVO	GPO.1-GPO.2		GPO.1-GPO.3		GPO.2-GPO.3	
	Z	SIGNIF.	Z	SIGNIF.	Z	SIGNIF.
V21	-1.0568	.2906	-0.6271	.5306	-0.2744	.7838
V22	-0.2449	.8066	-1.1857	.2357	-1.2951	.1953
V23	-1.4751	.1402	-1.5756	.1151	-0.1971	.8437
V24	-0.4418	.6586	-0.4101	.6817	-0.1020	.9187
V25	-0.4834	.6288	-0.4249	.6709	-0.8688	.3849
V26	-2.4638	.0137	-1.3923	.1638	-0.6494	.5161
V27	0.0000	1.0000	-0.0296	.9763	-0.0296	.9763
V28	-0.7037	.4816	-0.3061	.7595	-0.2377	.8121
V29	-0.5522	.3941	-0.1374	.8908	-0.9632	.3355
V30	-1.9581	.0502	-1.0885	.2764	-0.7038	.4815
V31	-2.2578	.0240	-1.9391	.0525	-0.1301	.8965
V32	-0.8211	.4116	-0.3848	.7004	-1.0817	.2794
V33	-0.6732	.5008	-1.1601	.2460	-0.720	.4703
V34	-0.3753	.7075	-0.4140	.6789	-0.6494	.5161
V35	-1.7930	.0730	-0.6189	.5360	-2.0188	.0435
V36	-0.3979	.2872	-0.3979	.6907	-0.5512	.5815
V37	-0.2341	.8750	-0.2341	.8149	-0.0844	.9327
V38	-0.4360	.8552	-0.4360	.6629	-0.2866	.7744
V39	-0.0636	.3455	-0.0636	.9493	-0.7314	.4645
V40	-0.1240	.0412	-0.1240	.9013	-1.8788	.0603