



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ANSIEDAD Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN
PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO TRATADAS
CON BRAQUITERAPIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGIA DE MEXICO".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CARMEN CRISTINA RODRIGUEZ RIVERA

DIRECTOR DE TESIS: DR. BENJAMIN DOMINGUEZ

ASESOR DE TESIS: MTRA. IRMA ZALDIVAR.

ASESOR ESTADISTICO: LIC. MARIA DE LOURDES MONROY

ASESOR IN SITU INCAN: PSIC. ONC. SALVADOR ALVARADO

ASESOR RADIOTERAPIA: DR. ALBERTO GUADARRAMA



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

JULIO-2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Primero que nada GRACIAS a DIOS, por todo lo que me ha permitido vivir

Gracias a la UNAM por darme la oportunidad de ser parte de ella: ORGULLOSAMENTE UNIVERSITARIA.

GRACIAS a mis padres, por su dedicación, esfuerzo y amor incondicional; este logro también es suyo, los amo mucho.

A ti mamita, por tu energía, decisión, alegría, entrega y todo lo que no puedo decir con palabras, pero que es más fácil describir con lagrimas de emoción en agradecimiento porque en cada acción tuya pude y puedo leer tu amor por cada uno de tus hijos.

A ti papito, por la tranquilidad, tolerancia, atención, interés e inmenso amor que reflejas en tu preocupación pensativa. Espero en algo compense este logro tus expectativas en mi.

A mi abuelita por la magia que me regalo por siempre.

A mis hermanos a quienes amo por sobretodas las cosas, mi cariño y apoyo por SIEMPRE.

Guillermo, ojalá que tus sonrisas y alegría perdurarán mas y contagiarán eso que guardas aún con dolor, deja salir todo tu potencial, recuerda que puedes llegar hasta donde TU te lo pongas.

Sergio, porque tu decisión y esfuerzo para lograr el éxito fueron un ejemplo, pero aún más por tu interés y amor como hermano.

Angélica, gracias por tu confianza.

Juan Carlos, por que con tu dinamismo y alegría iluminas la casa y nuestras vidas. Además de hacerme sentir como tu hermana especial.

Mario, gracias por tu apoyo incondicional en todo momento, porque siempre has creído en mi y me impulsaste en los momentos más difíciles. Por las experiencias compartidas y los sueños contruidos con tanta emoción. GRACIAS cha, auch!, tu lo sabes.

A los angelitos que me han traído Naty, Jair, Zaira, y los que faltan!

A mis amigos de SIEMPRE: Ericka, Luis y Erik, por que hemos seguido juntos y vamos cristalizando y compartiendo las nuevas experiencias. Los amo y cuentan conmigo por SIEMPRE.

Para Alicia, Cecilia, Jacqueline, Sergio, Grisel, Claudia, Elvia, Karina, Carla y Raquel por todos los momentos de felicidad y crecimiento que hemos vivido juntos a lo largo de estos años y los que siguen, gracias por su amistad y por enriquecer mi vida, siempre estarán en mi corazón presentes.

A personas que han sido muy importantes y vienen a mi mente con mucho cariño: Samanta, Ethia, Cintia, Nelly, la maestra Carmelita, Susana, Bet-sua, Gilberto, Marisol, Elvira, Mario, Eric, Ingrith, Ana, Hugo, Mitzy, Oliver, Gaby, Fabiola, Carolina, Leslie, Martha, Lalo, Paty, a mi cuñado Rodrigo, mi compadre Jorge y a quienes en este momento se me escapan.

A mi primo Julio, por todos esos años llenos de gratos recuerdos y porque siempre has confiado en mí, con mucho cariño.

A mi prima y comadre: Lizbeth, con mucho cariño por mil historias y porque siempre has estado conmigo, te quiero.

A mis amigas y compañeras del hospital, Lilia, Abigail, Paola, Ethel gracias por compartir risas y conocimiento y porque sé que son para siempre. Con Cariño.

A toda la gente que conforma Radioterapia. Al Dr. Guadarrama por su confianza, Vicky por tu enorme capacidad de dar, a la Dra. Fuentes por su agradable presencia, a Leo por su buen humor, a la Dra. Poitevin, a los médicos residentes Nora, Maldonado, Araúz, Ordóñez, Naly, a las secretarías Silvia, Irma, Adriana, Anita, Juanita; a las enfermeras y técnicos Lucy, Emelia, Hena, etc., que se esfuerzan siempre en su trabajo y brindan apoyo a los pacientes y personal médico siendo cada uno parte importante, gracias a todos por su hospitalidad, los recordaré siempre.

Al Psic. Salvador Alvarado por la oportunidad y confianza que me brinda, infinitas gracias.

A los y las pacientes por su confianza y compartir su experiencia, GRACIAS!

A la Mtra. Cristina Heredia por su apoyo en el anteproyecto de este trabajo.

Al Dr. Benjamín Domínguez, gracias.

A la Mtra. Irma Zaldivar, gracias por su apoyo, entusiasmo y colaboración en todo momento.

Al Mtro. Leonardo Reynoso y la Lic. Alma Mireia López-Arce, gracias por su disponibilidad.

A mi amiga y maestra Damariz García.

Índice

Resumen

1. Afrontamiento	1
1.1 Estrés	1
1.2 Estrés y Afrontamiento	2
1.3 El proceso de la evaluación cognitiva.....	3
1.3.1 Factores que influyen sobre la evaluación cognitiva	4
1.4 Concepto de Afrontamiento	6
1.4.1 Afrontamiento dirigido a la solución de problemas	7
1.4.2 Afrontamiento dirigido a la regulación emocional	7
1.4.3 Estrategias de Afrontamiento	8
1.5 Moduladores del Afrontamiento	9
1.6 Evaluación del Afrontamiento	11
1.7 Aplicaciones del estudio del afrontamiento.....	12
2. Aspectos médicos del cáncer	16
2.1 Definición del cáncer	16
2.2 Incidencia	16
2.3 Etiología	19
2.4 Factores de riesgo	20
2.5 Detección y diagnóstico	22
2.6 Tratamientos	24
2.6.1 Cirugía	24
2.6.2 Radioterapia	24
2.6.3 Quimioterapia	29
2.7 Prevención	30
2.8 Cáncer cérvico-uterino	31
3. Psico-oncología	39
3.1 Aspectos psicológicos del paciente con cáncer	40
3.2 Impacto psicológico del diagnóstico	40
3.2.1 Las fases del impacto psicológico	41
3.3 Aspectos psicosociales	45
3.3.1 La familia	45

3.3.2	Los amigos	48
3.3.3	La pareja	48
3.3.4	Impacto en la sexualidad	49
3.4	Aspectos socioculturales	54
3.5	Trastornos psicológicos asociados a la enfermedad	58
3.6	Alternativas de tratamiento	62
4.	Método	66
4.1	Planteamiento del problema	66
4.2	Pregunta de investigación.....	66
4.3	Hipótesis.....	66
4.4	Variables.....	67
4.5	Definición conceptual.....	67
4.6	Definición operacional.....	67
4.7	Tipo de estudio.....	68
4.8	Tipo de diseño.....	68
4.9	Tipo de muestra.....	68
4.10	Instrumentos.....	69
4.11	Escenario.....	69
4.12	Procedimiento.....	69
4.13	Tratamiento estadístico.....	70
5.	Resultados.....	71
	Discusión y Conclusiones	91
6.	Limitaciones y Sugerencias.....	100
7.	Referencias.....	101
8.	Anexo 1	
9.	Anexo 2 "Entrenamiento en relajación"	

Resumen

En el presente trabajo se abordaron principalmente 2 temas: la ansiedad y los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cérvico uterino. Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo el presente estudio fueron el cuestionario de Ansiedad Cognitiva y Somática de Schwartz, Davidson y Goleman (2003) y el cuestionario de Modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Dicho estudio se realizó con la finalidad de conocer cual era el nivel de ansiedad que presentaban las pacientes, así como que estrategias ponían en funcionamiento ante el diagnóstico del cáncer, además se buscó determinar si existía relación entre ambas variables. De lo anterior los resultados más sobresalientes fueron: respecto a la ansiedad no existen en términos estadísticamente significativos diferencias entre los niveles de ansiedad cognitiva y somática, además el nivel de ansiedad en términos generales se ubicó en "poca ansiedad". Cabe resaltar que posteriormente a través de un análisis de promedios sí se identificaron ciertas diferencias.

En cuanto a la segunda variable, el afrontamiento, no predominó estadísticamente el uso de uno u otro tipo (afrontamiento enfocado a la solución de problema y enfocado a la regulación emocional) sin embargo al realizar un análisis en términos de porcentajes si se pudieron identificar reactivos, estrategias y subescalas que se utilizaron en mayor medida.

Finalmente no se encontró a nivel general relación estadísticamente significativa, encontrándose dicha correlación solo entre algunos reactivos de afrontamiento con ansiedad total, ansiedad cognitiva y ansiedad somática. Así mismo se encontró relación significativa entre la estrategia de distanciamiento y la subescala de ansiedad somática.

1. AFRONTAMIENTO

1.1 Estrés

Habitualmente estamos acostumbrados a vivir con prisas, rutinas de trabajo, cumplir horarios y con un sin fin de tareas que podemos denominar "estresores cotidianos", y quizá no tan frecuentemente podemos estar expuestos a situaciones que nos hagan sentir muy vulnerables, como ser víctima de un asalto, accidente, desastre natural o al ser diagnosticados con una grave enfermedad, a lo cual podríamos llamarle "estresor crónico" debido al impacto y gravedad. En fin determinar la causa del estrés es difícil de identificar de primera mano ya que puede atribuirse al ambiente que pone en peligro al individuo o responsabilizar al individuo que reacciona con signos de ansiedad por sus características o una tercera opción deberse a la interacción del individuo y el ambiente y es esto precisamente sobre lo que han versado las distintas teorías que con el paso del tiempo han tratado de definir qué es el estrés.

El estrés ha sido vinculado con el proceso salud-enfermedad debido a que en algunas ocasiones es el origen de conductas de riesgo y en otras influye en la percepción de síntomas y conductas relacionadas con la enfermedad.

El primero que intentó definir el estrés fue Cannon y lo describió en términos de respuesta de "lucha-huida" incorporando además elementos fisiológicos, es decir, el organismo emite la respuesta de huir o evitar el estímulo amenazante de forma automática con ayuda de activación corporal que le da energía y fuerza para reaccionar ante el peligro o situación amenazante que puede ser externa o interna (Sandín, 1995).

Después Selye (1936) elabora un modelo del estrés y formula el llamado Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual clasifica la respuesta del organismo ante las demandas (o estresores) en tres etapas:

Alarma	Resistencia	Agotamiento
Ante un evento hay una movilización general del organismo para actuar. Se genera un choque que provoca una activación fisiológica.	Disminuyen los síntomas de la activación comenzando la adaptación.	Si la demanda continua los recursos llegan a agotarse quedando indefenso ante el daño o enfermedad. Pueden reaparecer los síntomas.

Para Selye los estresores que demandaban al individuo pasaban por este proceso de forma que solo en un caso extremo se llegaba al agotamiento, lo cual a su vez generaba la enfermedad.

Fue Wolf en 1950 quien comenzó a dar cuenta que un estímulo que desencadena el SGA debía contar con ciertas características psicológicas específicas. Mason en 1971 propone que los estímulos estresores debían generar una emoción para desencadenar el SGA, es decir, la respuesta de estrés es generada por estados o estímulos emocionales.

1.2 Estrés y afrontamiento

"Todo individuo desarrolla sus propios medios para enfrentarse a la desgracia o al fracaso, medios que se traducen por una serie de reacciones más o menos útiles. Por esto mismo, las reacciones del enfermo a las malas noticias representan generalmente un ejemplo de su forma habitual de reaccionar al estrés. Es de esperar, una mezcla de reacciones que dependerán fundamentalmente de la forma habitual que tiene el enfermo de afrontar los problemas serios, fruto de años de influencias familiares, de experiencias en la infancia, de los éxitos y fracasos de la edad adulta, etc."(Gómez, pp.900)

Por otra parte hay otros autores que conciben el origen del estrés en el entorno, como una condición estimular característica de determinadas situaciones. Lazarus en 1966 concibe al estrés como una transacción entre el sujeto y el ambiente, y lo define como: "conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que agota o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal" (Sandín, en Belloch, 1995, p. 10).

Entre los modelos orientados psicológicamente, el más conocido y citado (y al cual se adhiere el presente trabajo) es sin duda el de Lazarus (Ferreiro en Barreto, 1998; Sandín, 1995). El propone que los efectos de cualquier relación entre la persona y el ambiente están modulados por dos tipos de procesos:

- a) la valoración cognitiva
- b) el afrontamiento

La valoración o evaluación se divide en primaria y secundaria, la primera de ellas consiste en que el individuo evalúa la situación o estímulo como benigno, irrelevante o estresante;

en este último caso, puede tomar la forma de amenaza, pérdida o desafío y se analizan las posibles consecuencias presentes o futuras.

La valoración secundaria es el proceso a través del cual el sujeto evalúa qué opciones de afrontamiento están disponibles, cual es la mejor, que probabilidades hay de que de resultado y cuales serán las consecuencias (Ferreiro et al, 1998).

De acuerdo con Buela-Casal (1991) el afrontamiento es el proceso de ejecutar la respuesta planeada o como reportan Lazarus y Folkman (1986) la reevaluación es un cambio ejecutado en la evaluación a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o entorno.

A continuación de manera esquemática se representa lo mencionado anteriormente.

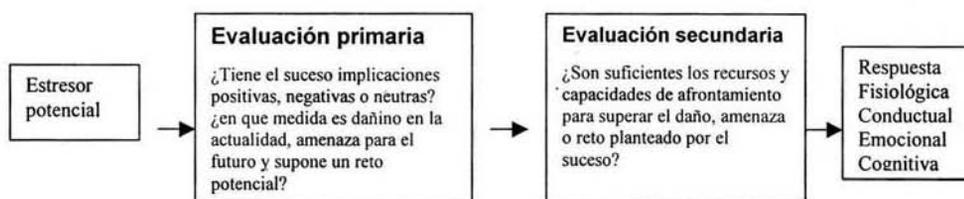


Figura 1. Tomado de Bulbena y Bérrios (2000)

1.3 El proceso de evaluación cognitiva

De acuerdo con Lazarus (citado por Sandín 1995) la idea central de esta perspectiva o aproximación cognitiva se focaliza en el concepto cognitivo de *evaluación*. La *evaluación* es definida por el autor como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés. La evaluación cognitiva es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente el significado de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal. Así, la relación individuo-ambiente será estresante o no según la evaluación cognitiva del sujeto, es decir, según evalué el significado e importancia de la situación para su bienestar.

Lo que diferencia al modelo de Lazarus de otras aproximaciones es la relevancia que se asigna a la evaluación cognitiva. En gran parte, es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto. Esto supone enfatizar la importancia de la persona como algo activo, interactuando con el medio (Sandín en Belloch, 1995).

Weiss (citado en Sandín 1995) indica que la respuesta de estrés depende del control (o percepción de control) que el sujeto tiene sobre el estresor, más que de las características físicas de éste. De manera similar Bulbena y Berrios (2000) dicen que dependiendo de la forma en que el sujeto evalúe las dimensiones del evento, puede variar el efecto de dicho evento. Por ejemplo, cuando el sujeto percibe los sucesos como negativos, incontrolables, impredecibles, independientes o indeseables, se perturba la salud. Aunque el individuo puede evaluar cada elemento situacional, también la situación puede condicionar determinadas formas de evaluación cognitiva.

1.3.1 Factores que ejercen influencia sobre el proceso de evaluación cognitiva.

Hay características que hacen que los acontecimientos sean estresantes y habrá variaciones en el grado en que tal acontecimiento sea evaluado como estresante, estas variaciones se deben a factores individuales y determinan la importancia personal de la situación.

Los procesos de valoración cognitiva se verán influidos tanto por factores personales como situacionales. Refiriéndose a los primeros Lazarus y Folkman (1986) toman en consideración los compromisos y las creencias. Y respecto a los aspectos situacionales que influyen en la probabilidad de que una situación sea evaluada como estresante están: el grado de novedad, nivel de incertidumbre sobre la ocurrencia del evento, predictibilidad, el momento del ciclo vital y la concurrencia de eventos evaluados como estresantes. A continuación se hará referencia a cada uno de estos.

Predictibilidad	La predictibilidad indica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Lo cual proporciona un "aviso" y de alguna manera "control" que según la situación puede brindar beneficio porque de esta forma se prepara la forma de afrontar el evento estresante, este concepto va muy ligado con el siguiente.
------------------------	--

<p>Compromisos</p>	<p>Los compromisos son aquello importante para el individuo y que determina sus decisiones, un atleta que se compromete a ganar se tendrá que someter a un riguroso entrenamiento y alimentación, dejando de lado placeres que podrían disminuir las posibilidades de éxito, lo cual solo puede entenderse por la fuerza del compromiso, el cual puede tener dos funciones; por un lado cuanto mayor sea la fuerza de ese compromiso, mayor será el potencial de la situación para amenazarle o dañarle. Por otro lado la misma intensidad del compromiso puede impulsarle a actuar para reducir la amenaza y desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se presenten.</p> <p>Una paciente con cáncer puede establecer un compromiso con los médicos y el tratamiento que le brindan, aceptando y siguiendo detalladamente dietas, gastos, estar lejos de la familia, etc, todo por esperar buenos resultados, la fuerza de su compromiso hace que soporte cualquier cosa; sin embargo finalmente puede no funcionar y dañarle.</p>
<p>Creencias</p>	<p>Las creencias determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor.</p> <p>Las creencias existentes permiten al individuo encontrar significado y mantener su esperanza en situaciones difíciles; pueden ser afectivamente neutras, pero también son capaces de generar emociones cuando convergen con un compromiso importante, son interdependientes. Según el grado en que las evaluaciones para el control de la situación se basen en información incompleta y estén influidas por factores personales, tendrán más o menos probabilidades de ser exactas las creencias existenciales que permiten al individuo encontrar significados y mantener su esperanza en situaciones difíciles.</p> <p>Las creencias y compromisos se complementan con factores situacionales para determinar el grado en que se experimentará daño, amenaza o desafío.</p> <p>Necesitamos evaluar aquellas propiedades de la situación que la hacen potencialmente perjudicial, peligrosa, amenazante o desafiante.</p> <p>El grado en que un acontecimiento es estresante viene determinado por una confluencia de factores personales y situacionales.</p>

<p>Novedad de la situación</p>	<p>Generalmente una persona al estar en contacto con una situación nueva tratará de encontrar elementos conocidos o relacionados que le permitan inferir si eso nuevo es benigno, amenazante o dañino. La información no necesariamente es directa, puede haberse obtenido de alguna fuente (leído, escuchado); pero indudablemente una situación nueva sólo será estresante si existe previa asociación con daño o peligro.</p> <p>Un ejemplo es la asociación de dolor y muerte inminente que se hace del cáncer, cuando en realidad esto puede ocurrir, pero depende de muchos factores y en algunos casos el cáncer es curable.</p>
<p>Incertidumbre</p>	<p>Hablar de incertidumbre nos refiere al termino probabilidad, y este hace referencia a una estimación basada en porcentajes que resulta ambigua porque depende con que clase de evento se asocie. La incertidumbre genera confusión mental, ansiedad, miedo, preocupación y además tiene un efecto psicológico tal que, un 10% de probabilidad puede convertirse en un 50%, lo cual hace que todo el tiempo se consideren dos posibilidades (la objetiva y subjetiva) y sea más difícil el afrontamiento.</p>

Sean crónicos o cotidianos los estresores tienen un efecto en el organismo ya sea física o emocionalmente. Y ha sido claro que el mismo suceso estresante desencadena diferentes reacciones influido por distintos factores (del propio individuo, del ambiente y del objeto estresante). El estrés es un aspecto inevitable de la vida y lo que marca la diferencia en el funcionamiento social entre individuos es la forma en que cada uno lo afronta. Así para una persona un inconveniente puede ser muy estresante, pero para otra lo es muy poco o nada (Sandín, 1995). El mismo suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas del suceso.

1.4 Concepto de Afrontamiento

Se puede definir el Afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que agotan o exceden de los recursos de la persona" (Lazarus y Folkman 1986 p.164).

El objetivo del estudio del afrontamiento es analizar cómo se enfrenta la gente a elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos o sucesos vitales estresantes. El afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (Stone en Vázquez, et.al. 2000).

Al afrontamiento se le atribuyen principalmente dos funciones: por un lado, tratar de regular las emociones derivadas de la valoración cognitiva del evento estresante (afrontamiento centrado en la regulación emocional), por el otro, manejar la situación problemática (afrontamiento dirigido a la solución del problema).

1.4.2 Afrontamiento dirigido a la regulación emocional

Siguiendo las ideas de Lazarus (1986), las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lascivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación.

El afrontamiento dirigido a la emoción incluye estrategias de tipo cognitivo dirigidas a dominar el malestar emocional (evitación cognitiva, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, etc.), tomando a menudo la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Otras estrategias dirigidas a la emoción no son estrictamente cognitivas, tales como la expresión emocional, comer, beber, buscar apoyo social, etc.

1.4.1 Afrontamiento dirigido a la solución de problemas

Las estrategias de resolución de problemas: son aquellas dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Este tipo de Afrontamiento tiende a predominar en situaciones que la persona considera que puede hacerse algo constructivo, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Consiste en las conductas o actitudes encaminadas a definir el problema, generar alternativas, analizar el costo-beneficio y ponerlas en práctica y pueden operar sobre el propio individuo o sobre el ambiente.

En el afrontamiento dirigido al problema se engloba un conjunto de estrategias que implican un objetivo, un proceso analítico dirigido al entorno, así como estrategias que hacen

referencia al interior del sujeto. El afrontamiento dirigido a la emoción y el dirigido al problema, generalmente coexisten.

Ambas funciones de afrontamiento suelen coincidir en una misma interacción persona-ambiente, y las estrategias dirigidas a cada una de ellas bien puede facilitarse recíprocamente o interferir entre sí.

Las respuestas de afrontamiento que ponga en práctica un sujeto en una transacción con el ambiente dependerán del resultado del proceso de valoración cognitiva, pero también de otras variables: por una parte, se contemplan los llamados "recursos de afrontamiento" tales como la salud, las creencias positivas, las habilidades, el apoyo social y los recursos materiales. Por otro lado, se considera que determinadas variables limitarán el uso potencial de ciertas respuestas de afrontamiento que pueden ser personales (creencias, impulsividad, miedo al fracaso, nivel de amenaza percibido) o ambientales (presión social) (Ferreiro, et. al. 1998)

1.4.3 Estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman derivaron, por medio del análisis factorial ocho estrategias. Estas ocho estrategias comprenden 50 ítems de los 67 ítems de la versión revisada (1986). Estas estrategias son:

Confrontación	Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
Planificación	Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
Distanciamiento	Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
Autocontrol	Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
Aceptación de la responsabilidad	Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
Escape-Evitación	Empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
Reevaluación positiva	Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
Búsqueda de apoyo social:	Acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo social (Bulbena y Berrios, 2000).

El afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva. Anteriormente se habló de una evaluación primaria, donde se presenta una situación que es evaluada como positiva o negativa. Después en la evaluación secundaria el individuo analiza los recursos propios y del entorno para determinar lo que puede hacer frente a dicha situación. Entonces la forma en como éste realmente afronte la situación dependerá de su percepción. Cuando se habla de afrontamiento funcional, implica que una persona dispone de una gran variedad de recursos, pero además tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno.

1.5 Moduladores del afrontamiento

A continuación se mencionan los recursos reportados por Lazarus y Folkman (1986) que pueden potencializar o limitar el proceso de afrontamiento.

Salud y energía	El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.
Creencias positivas	Verse a uno positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento que puede servir de base para dar esperanza y favorecer el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (un médico), o un programa determinado (un tratamiento) resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia o la voluntad de Dios. Sin embargo, no todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. De forma similar, una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas.
Habilidades sociales	Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio.

<p>Apoyo Social</p>	<p>Se han reconocido varios tipos de apoyo social: emocional, social, financiero e informacional, los cuales coinciden con las funciones de adaptación. El apoyo social puede reducir el impacto del estrés, todo depende de la evaluación del apoyo social percibido y del apoyo social real (Sandín, 1995). En otras ocasiones puede generar estrés sobre las expectativas normalizadas de conducta influyendo en el pensamiento, sentimientos y actos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).</p>
<p>Recursos materiales</p>	<p>Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que facilitan el acceso más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.</p>
<p>Condiciones personales</p>	<p>Las condiciones personales hacen referencia a los valores y creencias internalizadas que proscriben ciertas formas de acción y de sentimientos. Los valores y las creencias culturales sirven como normas que determinan cuando ciertas conductas y ciertos sentimientos son apropiados o no. Indudablemente en algunas situaciones el individuo se verá influido por las normas culturales. Los individuos también difieren entre sí en el grado de aceptación de tales normas. Por consiguiente, aún dejando un amplio margen de diferencias situacionales e individuales, vemos que los valores, las creencias y las normas derivadas de la cultura actúan como importantes agentes de coacción.</p>
<p>Grado de amenaza</p>	<p>El grado de amenaza que experimenta el individuo juega un papel importante en la determinación del afrontamiento. El grado en que una persona se siente amenazada depende, en parte, de su evaluación de los recursos de que dispone frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y, en parte, de los condicionantes que limitan su aplicación. Cuanto mayor es la amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitados al abanico de los modos de afrontamiento dirigido al problema. La relación entre recursos y afrontamiento se halla mediada por las coacciones personales y ambientales y por el grado de amenaza. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo, pueden ser en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondiente en los distintos periodos de la vida. Por lo tanto la presencia de un recurso en un momento dado no significa que esté será igualmente útil para el mismo individuo en otro momento.</p>

<p>Condicionantes ambientales</p>	<p>Los condicionantes existen tanto en el ambiente como en el individuo. El entorno puede diferir en la naturaleza y en la frecuencia de las amenazas presentadas al individuo, así como en el tipo de opciones para tratar las situaciones amenazantes. El entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de un modo que acabe anulando sus estrategias.</p>
<p>Afrontamiento durante el curso de la vida</p>	<p>La investigación sugiere que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y, como consecuencia de ello, el afrontamiento también ha de variar para poder atender las nuevas demandas. Los cambios en las creencias y en los compromisos, que influyen en el afrontamiento, varían en cada sujeto cuando se da la pérdida de roles sociales y recursos físicos y van variando a lo largo de la vida adulta. El estilo de afrontamiento es flexible, porque se adecua a la maduración personal.</p>

Según Cohen y Edwards (citados por Sánchez, 1991) en el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo. Entre los distintos elementos que pueden intervenir encontramos aspectos como la educación, situación económica, nivel de vida, el apoyo social percibido, o la existencia de diversos estresores simultáneos, como problemas de pareja, padecer una enfermedad crónica, etc. Esto puede intervenir afectando las capacidades de Afrontamiento ante el estresor o puede actuar como amortiguador del efecto del estresor.

Cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan, aparece un sentimiento creciente de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, por ello, al conocer el tipo de situación estresante, su evaluación y modo de afrontamiento podemos establecer una intervención psicológica centrada en el estrés y su afrontamiento (Sánchez en Buela-Casal y Caballo, 1991).

1.6 Evaluación del Afrontamiento

A quedado de manifiesto la importancia del afrontamiento, por lo cual diversos autores han realizado investigación proponiendo diferentes métodos para el estudio y evaluación del afrontamiento. Entre estas se encuentra la entrevista, la observación y los instrumentos de medición.

Entre los cuestionarios se encuentra el desarrollado por el propio Lazarus, el Ways of Coping Scale (WOC), que evalúa las estrategias generales de afrontamiento diferenciando estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción.

Carver, Séller y Weintraub (citados en Bulbena, 2000) desarrollaron el COPE, con el que pretenden alcanzar mayor precisión en la formulación de los ítems y abarcar una serie de áreas que ellos consideran relevantes pero no cubiertas en el cuestionario de Lazarus y Folkman.

Stone y Neale (en Bulbena 2000) desarrollaron una medida de estrategias de afrontamiento con problemas cotidianos. La prueba de formato abierto consta de 8 frases que se presentan al individuo y este a de indicar si la utilizo o no y detallar.

Como se mencionó de manera alternativa puede utilizarse la observación conductual de la persona ante un estresor ambiental concreto, ya sea en presencia física, imaginación o role-playing en donde se observa que hace el individuo.

De modo similar, la entrevista es aplicable para evaluar las estrategias utilizadas por la persona ante una situación concreta en donde se le pide información acerca de lo que hizo para controlarlo o afrontarlo.

1.7 Aplicaciones del estudio del afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento han sido estudiados, como ya vimos, por diversos autores y aplicados en diferentes temáticas. A continuación se mencionaran algunos trabajos.

Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) evaluaron mujeres con cáncer cervicouterino para conocer las estrategias utilizadas para afrontar la enfermedad y reacciones psicológicas (ansiedad), encontrando que la reacción predominante esta relacionada con la preocupación por la enfermedad y sus consecuencias. Los estilos de afrontamiento más utilizados fueron la negación y el análisis de la situación.

Hanoch Livneh (2000) analiza diferentes estudios de afrontamiento en cáncer y a manera de resumen concluye:

1) De forma general, adoptar un control interno, un punto de vista optimista ha sido asociado a bajos niveles de estrés emocional y mejor adaptación psicológica al cáncer y al contrario la evitación y la negación han sido asociados a fuerte estrés emocional.

2) Más específicamente en estrategias de afrontamiento se ha referido a la solución de problemas, el espíritu de lucha, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo social, etc, como indicadores de una mejor adaptación psicosocial al cáncer.

3) Estrategias que tienden a la evitación como el pensamiento fantasioso, sentimiento de culpa y actitud de resignación han sido asociados a altos niveles de malestar emocional y pobre adaptación al cáncer.

Así el uso de lo que se ha llamado afrontamiento adaptativo se asocia a decremento en el estrés psicosocial e incrementa el sentimiento personal de bienestar.

Quiróz (2001) busco identificar los modos de afrontamiento y las ideas irracionales de pacientes cardiopatas del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", en los cuales encontró que aquellos sujetos que modificaban sus ideas irracionales modificaban sus estilos de afrontamiento de forma positiva.

En su estudio Macrodimitris y Endler (2001) investigaron la relación entre estrategias de afrontamiento y percepción de control psicológico y fisiológico en adultos con diabetes tipo 2. En sus resultados se encontró que la preocupación emocional y deficiente afrontamiento correlaciono con depresión, ansiedad y alto nivel de glucosa en sangre, no así la percepción de control, es decir, que la percepción de control sobre el nivel de glucosa puede mantenerla.

Ben-Zur, Gilbar y Lev (2001) valoraron las similitudes y diferencias entre las pacientes de cáncer de mama y sus esposos respecto a las estrategias que utilizan y si esas estrategias les permiten ajustarse psicosocial y psicológicamente al cáncer. Sus resultados muestran que aunque las pacientes están más estresadas; el ajuste psicosocial es similar al de sus esposos. El afrontamiento enfocado en la emoción de los esposos y su angustia estuvo relacionado con el de las pacientes. Las pacientes usan más estrategias focalizadas en el problema y el uso de estrategias focalizadas en la emoción se relaciono altamente con estrés

y un pobre ajuste, así mismo pudo concluirse que el afrontamiento del esposo es un factor importante para el ajuste de las enfermas.

Koopman et al. (2001) evaluaron angustia, afrontamiento y apoyo social en mujeres que habían sido recién diagnosticadas con cáncer de mama, encontrando que ellas consideraban su enfermedad como el evento más traumático de su vida, sin embargo su angustia no se reflejó en el instrumento que la evaluaba. Estas mujeres reportaron más la percepción de apoyo asistencial, emocional y de información, el cual recibían de distintos modos, por ejemplo de forma espiritual, en algún grupo de cáncer o en la iglesia y de forma familiar. Este último factor les ayudó a afrontar de mejor manera su enfermedad.

Kyngas et al. (2001) el propósito de su estudio fue describir las estrategias de afrontamiento y recursos de adolescentes y gente joven con cáncer por medio de análisis de contenido de entrevistas. Para determinar si el afrontamiento que usaban era enfocado en la emoción, el problema o en activación fisiológica. Los resultados mostraron que el apoyo familiar es la fuente más importante de apoyo emocional. Así mismo la adquisición de información o conocimiento acerca del cáncer y el tratamiento fue una muy buena estrategia que ayudó. De igual forma una actitud positiva, creer en sus propios recursos y la fe en Dios les permitió luchar y afrontar la enfermedad. El creer que podrían regresar a su vida normal lo más pronto posible les brindó confianza y fuerza en sí mismos.

Fauerbach et al. (2002) estudiaron el afrontamiento y la imagen corporal de personas con heridas de quemadura. Buscaban explorar el descontento con la imagen corporal, la forma de afrontar y posible presencia de síntomas del síndrome por estrés postraumático. Encontraron que aquellos sujetos que usaron más estrategias de afrontamiento (cualquiera de ellas) coincidían con ser las personas más jóvenes y que tenían heridas más significativas.

Wadsworth y Compas (2002) abordaron el tema del afrontamiento en adolescentes y como éstos se enfrentan a dificultades económicas y conflictos familiares, lo cual midieron a través de instrumentos y encontraron que los adolescentes hacen uso de distintas estrategias que les permiten lograr un ajuste al ambiente según sea el tipo de problema, aunque como las causas son muy diversas; concluyen que las estrategias que ponen en marcha les permite ajustarse cuando se trata de conflictos familiares, pero no de problemas económicos.

Luecken et al. (2004) estudiaron el nivel de cortisol matutino asociado al síndrome por estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama. Se realizaron entrevista estructurada a las pacientes y el cortisol se midió en muestras de sangre. Los resultados mostraron un decremento en los niveles de cortisol en las mujeres que actualmente o antes habían cubierto los criterios del síndrome por estrés postraumático o de un trastorno depresivo mayor. Este estudio resalta la importancia de los resultados psicológicos de una evaluación clínica y/o psiquiátrica y su relación con el efecto que tienen fisiológicamente.

Como puede observarse hay investigaciones sobre el estudio del afrontamiento en cáncer en general y de forma específica se pueden encontrar trabajos en adolescentes, en diabéticos, en cáncer de pulmón, de recto, en personas quemadas y más ampliamente en cáncer de mama. Los estudios pueden hacer referencia únicamente a la medición de alguna variable con diversos instrumentos o incluso a la medición de alguna variable fisiológica. Es fácil comprender la razón por la que las grandes investigaciones se realizan en cáncer de mama principalmente, ya que es este tipo de cáncer el que más predomina en las mujeres de los países desarrollados, no así en México, de ahí que haya sido esta neoplasia la que se eligió estudiar en este trabajo. De cualquier forma, los trabajos mencionados nos permiten tener una idea general de que se ha encontrado en Estilos de afrontamiento.

2. ASPECTOS MEDICOS DEL CANCER

2.1 Definición de cáncer

El término cáncer deriva del latín <cancrem>, cangrejo, que a su vez procede del griego <karkinos>, cangrejo de mar, por la similitud del crecimiento excéntrico como las patas del cangrejo, que Hipócrates creador de la acepción médica del término observó en la cara y mama de algunos pacientes (López-Lara, González, Santos y Sanz, 1999).

López-Lara et al. (1999) describe el **Cáncer** como un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen. Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los *sarcomas* proceden de tejidos como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los *carcinomas* procedentes de tejidos como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata. Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las *leucemias* y los *linfomas*, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras. Estos factores ayudan a su clasificación.

2.2 Incidencia

El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos en el mundo. Existe una gran variación en la incidencia según el área geográfica. Estudios sobre poblaciones que han emigrado de un área geográfica a otra diferente sugieren que tales variaciones se deben más a diferencias en el estilo de vida que al origen étnico. Esto es comprensible, si se considera que la mayor parte de los cánceres se relacionan con factores ambientales más que con la herencia, pese a que ambos influyen. Se considera que más del 70% de todos los tumores malignos se relaciona directa o indirectamente con algún factor ambiental. Debe entenderse que el ambiente se refiere a las exposiciones que padecen las personas por largos periodos, como la dieta, el tabaco, el alcohol, ciertos medicamentos o condiciones higiénicas y

ambientales. Otros factores que juegan un papel relevante en el desarrollo del cáncer son la edad y la susceptibilidad genética (Instituto Nacional de Cancerología (INC), 2003).

En México las estadísticas de cáncer se encuentran reportadas en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM). De acuerdo al último reporte en el año 2000, la incidencia en la población general de los principales tipos de cáncer corresponde de la siguiente manera:

- 1) Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.
- 2) Cáncer de estómago
- 3) Cáncer de cuello de útero
- 4) Cáncer de hígado
- 5) Cáncer de próstata
- 6) Cáncer de mama
- 7) Leucemias

Siguiendo con el mismo reporte el cáncer provocó 55,731 defunciones, 52% mujeres y 48% hombres en tasas por 100,000 habitantes. El sexo masculino concentró mayor mortalidad en los grupos de 5 a 24 años y en el de 65 y más. En mujeres predominó el grupo de 25 a 64 años de edad (edad reproductiva).

Las entidades con mayor número de muertes por cáncer fueron: el DF, Sonora, Baja California Sur, Nuevo León y Sinaloa.

Como se muestra en el siguiente cuadro la frecuencia por sexo fue:

Hombres	Mujeres
1. Cáncer de bronquios y pulmón (16%)	1. Cáncer Cérvico-uterino (16%)
2. Cáncer de próstata (15%)	2. Cáncer de mama (12%)
3. Cáncer de estómago (10%)	3. Cáncer de hígado (8%)
4. Cáncer de hígado (7%)	4. Cáncer de estómago (8%)
5. Cáncer de páncreas (5%)	5. Cáncer de bronquios y pulmón (7%)

En cuanto al total de muertes por neoplasias el 8% corresponde al cáncer cérvico uterino, el cual registra una tasa de 21 por 100,000 mujeres de 25 y más años. En el diagnóstico el 35% fueron tumores invasores y 65% cáncer insitu. Las tasa más altas se observan en el grupo de 60 a 64 años y en el grupo de 45 a 49 años.

La edad es factor de riesgo para morir por cáncer de cuello uterino y la etapa crítica en la que el riesgo de morir aumenta en forma destacada, es la reproductiva.

Las entidades con las tasa más altas entre las mujeres de 25 y más años fueron Nayarit, Chihuahua y Nuevo León. Entre las más bajas se encuentran el Estado de México y Colima.

La mortalidad según ocupación:

- 1) No ocupados
- 2) Trabajo en agricultura, ganadería, caza y pesca.
- 3) Trabajos de reparación y mantenimiento.

El mayor porcentaje de la población fallecida tenía primaria incompleta (35%) o era analfabeta, (30%) había cursado la primaria completa. Y el estado civil más frecuente fue casado (47%) y viudos (26%) (RHNM, 2000).

Desde 1990 el cáncer es la segunda causa de muerte en México. Se estima que 4 de cada 10 mexicanos desarrollarán alguna forma de cáncer y 1 de cada 5 morirá por esta causa. La mayor mortalidad se observa entre las personas de edad avanzada y los grupos socioeconómicos menos privilegiados, en quienes la mortalidad es casi tres veces mayor respecto de la población. Reportes de la Secretaría de Salud proporcionan estadísticas que establecen que el 88% de los individuos que atiende pertenecen a la escala más baja de ingresos y como se observa un alto porcentaje de estos enfermos no pueden cubrir los gastos mínimos de su tratamiento (INC, 2003).

Si combinamos los datos presentados anteriormente podemos encontrar la clara relación entre estos y como el factor económico y cultural tienen mucha influencia en el conocimiento y práctica de métodos de tamizaje, con lo cual podrían obtener el beneficio de un diagnóstico temprano. Y más aún, su estilo de vida se caracteriza por las características ambientales que funcionan como factores de riesgo.

2.3 Etiología

El crecimiento canceroso se define por cuatro características que describen cómo las células cancerosas actúan de un modo distinto a las células normales de las que proceden. En primer lugar, la *autonomía*, ya que estas células han escapado al control que, en condiciones normales, rige el crecimiento celular. La segunda característica es la *clonalidad*, ya que el cáncer se origina a partir de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas. Las otras dos características restantes son la *anaplasia*, ausencia de diferenciación normal y coordinada, y la *metástasis* o capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo.

a) Invasión y diseminación

Fidler (en DeVita, 2000) menciona que el principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión, infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis. La localización y vía de propagación de las metástasis varía en función de los cánceres primarios:

- 1) Cuando un cáncer invade la superficie del órgano de origen, las células pueden propagarse desde esta superficie a la cavidad vecina y a órganos adyacentes, donde pueden implantarse.
- 2) Las células tumorales pueden viajar en el interior de los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos, o también en los vasos sanguíneos. En la corriente circulatoria, estas células se detienen en el punto en el que los vasos son demasiado estrechos para su diámetro. Las células procedentes de tumores del tracto gastrointestinal se detienen principalmente en el hígado. Posteriormente pueden propagarse a los pulmones. Las células de otros tumores tienden a invadir los pulmones antes de propagarse a otros órganos. Por tanto, los pulmones y el hígado son dos localizaciones frecuentes de metástasis.
- 3) Muchos cánceres envían células a la corriente circulatoria de manera temprana, y mientras algunas de estas células mueren, otras pueden invadir y penetrar en el árbol vascular y en los tejidos. Si este tejido tiene condiciones favorables para la célula tumoral, ésta se multiplica produciendo una metástasis. En ocasiones, sólo se multiplica un pequeño número de veces produciendo un cúmulo de células que permanecen quiescentes en forma de

micrometástasis. Este estadio latente puede perdurar varios años, y por razones desconocidas puede reactivarse y producir un cáncer recurrente.

Muchas veces las células cancerosas conservan las características físicas y biológicas del tejido del que proceden a pesar de estar ampliamente diseminadas. De este modo, un patólogo puede, a través del examen microscópico de estas células, determinar la procedencia de los tumores metastásicos. Los tumores de las glándulas pueden ser identificados porque en ocasiones producen de forma indiscriminada la misma hormona producida por el tejido del que proceden. A veces, también responden a las hormonas que controlan esos tejidos en condiciones normales.

Cuanto más agresivo y maligno es un cáncer, menos recuerda a la estructura del tejido del que procede, pero la tasa de crecimiento del cáncer depende no sólo del tipo celular y grado de diferenciación, sino también de factores dependientes del huésped. Una característica de malignidad es la heterogeneidad celular del tumor. Debido a las alteraciones en la proliferación celular, las células cancerosas son más susceptibles a las mutaciones. Con la evolución, el tumor es cada vez menos diferenciado y de crecimiento más rápido. También puede desarrollar resistencia a la quimioterapia o a la radiación.

2.4 Factores de riesgo

Ciertos factores son capaces de provocar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos y las alteraciones del sistema inmunológico. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Probablemente una serie de mutaciones secuenciales conduce a la malignización de una única célula que se multiplica como un solo clon. En un principio se consideró que un clon maligno era completamente anormal, y que la única curación posible era la eliminación de todas las células anormales del organismo. En la actualidad, se sabe que el problema reside en la incapacidad de la célula de diferenciarse en su estado adulto y funcional, quizá, por la ausencia de algún factor necesario para esa diferenciación (INC, 2003).

- Factores hereditarios

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

- Infecciones

Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA).

También se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer (INC, 2003).

Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. El virus del papiloma humano (VPH) está sumamente vinculado al cáncer cérvico uterino.

- Radiaciones

Hall (en DeVita, 2000) menciona a las radiaciones ionizantes como uno de los factores causales más reconocidos. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. En este intervalo puede producirse una exposición a otros factores.

- Productos químicos

El proceso por el que los productos químicos producen cáncer ha sido ampliamente estudiado. Algunos actúan como iniciadores. Sólo se requiere una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo periodo de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por

ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación del tabaco como promotor es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores. Los carcinógenos químicos producen también roturas y translocaciones cromosómicas (INC, 2003).

- Factores inmunes

Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas. Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres. Esto sucede en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmunodepresores.

- Factores ambientales

Se calcula que los factores ambientales son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata. El alto contenido en grasa y el bajo contenido en fibra de la dieta se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores (Trichopoulos en DeVita, 2000).

2.5 Detección y diagnóstico

Cuanto más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento, mayores posibilidades de curación habrá. Las pruebas de detección precoz en pacientes aparentemente sanos permiten realizar el diagnóstico antes del desarrollo de los síntomas, en una fase en la que el cáncer es más curable. Algunos de los cánceres más mortíferos, como los de mama, colon y recto, cuello uterino y próstata, pueden ser puestos en evidencia mediante pruebas de detección. El diagnóstico precoz de las formas de cáncer para las que no existe una prueba práctica de

detección depende de la identificación por parte del paciente de los signos tempranos de la enfermedad. Los síntomas enumerados en la siguiente lista pueden señalar la existencia de un cáncer:

- Cambios en el ritmo intestinal o urinario
- Heridas que no cicatrizan
- Hemorragias inusuales
- Bultos en las mamas o en otras regiones del organismo
- Dificultad para tragar alimentos
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas
- Tos persistente o ronquera
- Pérdida de peso
- Pérdida de apetito

El diagnóstico del cáncer comienza por una exhaustiva historia clínica y un examen físico, que incluye la inspección y palpación de todas las localizaciones corporales accesibles, en especial piel, cuello, mamas, abdomen, testículos y ganglios linfáticos accesibles. Debe realizarse el examen de los orificios corporales, en particular el examen rectal para los cánceres de recto y próstata, y el examen pélvico para los cánceres de cuello y matriz uterina. El estudio de detección esencial para el cáncer cervicouterino (CaCu) es el frotis de Papanicolaou, el cual se debe realizar por lo menos una vez al año después de iniciar la vida sexual y más frecuentemente después de los 50 años y si se tiene antecedentes o factores de riesgo asociados.

o Biopsia

La biopsia sigue siendo el único método definitivo para el diagnóstico del cáncer. En una biopsia, se toma para estudio una sección del tejido tumoral o de una metástasis. Diversas técnicas recientes han reducido la necesidad de realizar biopsias quirúrgicas abiertas. La mayor parte de los tumores en cualquier localización corporal son accesibles a la biopsia a través de una fina aguja flexible dirigida por palpación o tomografía axial computarizada (TAC). Con el diagnóstico previo a la cirugía, el médico puede realizar una mejor planificación del tratamiento y de la cirugía, si es preciso (Weiss, 1998).

o Estadio de la enfermedad

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de cáncer, la extensión o estadio de la enfermedad deben ser evaluados puesto que de ellos dependen el pronóstico y tratamiento adecuado. Para cada tipo específico de tumor el estadio (I, II, III, IV) se define en función del hallazgo de ciertos datos con significación pronóstica: tumor localizado de tamaño pequeño, tumor localizado más extenso, afectación de los ganglios linfáticos regionales y metástasis a distancia. El estadio clínico se deduce de los datos obtenidos antes de la exploración quirúrgica, y condiciona la elección del tratamiento inicial. El estadio quirúrgico depende de los hallazgos exploratorios durante la intervención y puede diferir del estadio clínico; el tratamiento posterior y el pronóstico se establecen en función de éste. También permite analizar los efectos de diferentes tratamientos (Weiss, 1998).

2.6 Tratamiento

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, radioterapia y quimioterapia. A continuación se abordarán brevemente cada una de ellas.

2.6.1 Cirugía

Según Rosenberg (en DeVita, 2000) la principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la escisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la escisión de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Entonces puede ser una opción después de la quimioterapia o radioterapia.

2.6.2 Radioterapia

Según González (1998) las radiaciones ionizantes pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva, y los rayos X, que se producen cuando un haz de electrones impacta en un metal pesado.

La Radioterapia es el tratamiento que persigue la curación del enfermo y la esterilización del tumor, así como la preservación anatómica del órgano afecto con el menor deterioro funcional posible. Tiene la finalidad de reducir el volumen tumoral y controlar las micrometástasis.

La radioterapia puede ser útil como coadyuvante a la cirugía. La radiación preoperatoria puede esterilizar las células tumorales con rapidez, impidiendo su diseminación en el acto quirúrgico. También puede disminuir la masa tumoral facilitando la cirugía, o transformando un tumor inoperable en otro operable. En otros casos la radioterapia se emplea en el postoperatorio. Y a veces se usa de forma concomitante, es decir, que se alterna con Quimioterapia.

Cuando la enfermedad está muy avanzada se usa de forma paliativa pretendiendo únicamente la desaparición o mejoría en el control del dolor, hipertensión intracraneal por metástasis cerebrales, alivio de la disnea en el síndrome de la vena cava superior, tratamiento de las compresiones medulares, etc.(González, 1998).

Teóricamente, todos los tumores pueden destruirse mediante la irradiación. Sin embargo, en la práctica es fácil observar que existe un grupo de ellos en los que la dosis necesaria sobrepasa la tolerancia de los tejidos sanos peritumorales. Esto puede conducir a la destrucción del tumor, pero no a la curación del enfermo. La falta de reparación de los tejidos sanos conduce a la radionecrosis, y las lesiones severas sobre las estructuras vasculares y conjuntivas causan la aparición de secuelas que pueden llegar a ser incompatibles con la vida.

La preparación del tratamiento radioterapéutico comprende varias fases:

1. Diagnóstico de la enfermedad con certeza
2. Determinar el Volumen
3. Propagación linfática
4. Situación anatómica.
5. Profundidad y accesibilidad
6. Afectación a órganos críticos.

Además se utiliza la simulación la cual se lleva a cabo con un aparato de rayos X de alta precisión que tiene idéntica geometría y permite establecer las referencias anatómicas y delimitar el campo de irradiación. Una vez delimitado el volumen se procede a la realización

del cálculo dosimétrico en radio física. Así se determina: dosis, energía, volumen y fraccionamiento. Mediante todos los datos anteriores, se marcan en la piel tatuando el área.

Además de tomar en cuenta los factores de la enfermedad tumoral son importantes las características del enfermo; como:

- o Histología tumoral: La radiosensibilidad varía intensamente según el tipo histológico, lo que explica porque se obtienen resultados brillantes en unos casos y pobres o nulos en otros.
- o Volumen tumoral. Al aumentar la masa tumoral también decrece la radiosensibilidad debido a la existencia de una fracción superior de células hipóxicas, que son más radioresistentes.
- o Localización tumoral: ya que podría afectar órganos críticos, que son de radiosensibilidad similar o superior a la del tumor.
- o hay tumores que por sus características son curables, pero por la edad o enfermedades asociadas no son candidatos a Radioterapia, para lo cual, primero hay que mejorar el estado general del paciente para asegurar la tolerancia al tratamiento. Las complicaciones pueden ser: diabetes, tuberculosis, hipertensión, pérdida de peso, anemia, deshidratación y fiebre entre otras.

La exploración clínica y analítica, junto a la valoración del índice de Karnofsky y el porcentaje de pérdida ponderal, permiten establecer un conocimiento adecuado del estado general del paciente. El estado psíquico siempre debe valorarse, ya que los tratamientos de radioterapia sea externa o braquiterapia, son largos y fastidiosos y, por lo tanto, requieren una estrecha colaboración del paciente, que en presencia de ciertas enfermedades psíquicas es difícil (Biete, 1990).

Los pacientes que son sometidos a radioterapia (RT) algunas veces presentan reacciones en la piel debido a la radiación o en la cavidad la cual estuvo en contacto con las fuentes radioactivas, que pueden ser desde leves hasta graves; así mismo, los pacientes pueden llegar a presentar reacciones generales al tratamiento como náuseas, vómito, fiebre, anorexia y sensaciones de malestar generalizado. La aparición de estos síntomas depende en gran parte de los sitios irradiados y del volumen de tejido sometido a tratamientos. Aunque estos trastornos pueden ser pasajeros y durar unos días a una semana o un poco más. El paciente debe saber que la piel del área tratada puede enrojecerse y la reacción puede ser leve o intensa, que al suspender temporalmente el tratamiento mejora la piel. Se debe recomendar al paciente que mantenga la piel sobre el área tratada limpia y seca y evite aplicarse

ungüentos o cremas que no hayan sido indicadas por el médico. La piel debe protegerse del calor o del frío excesivo, y deben evitarse las aplicaciones calientes, luz ultravioleta, baño sauna o el vapor y la luz solar directa. Se recomiendan los baños cuidadosos y evitar fricción y aplicación de jabón sobre el área tratada. Se debe usar ropa holgada para evitar la irritación de las áreas irradiadas. Si la piel cabelluda está recibiendo radiaciones, debe evitarse la aplicación de shampoo, tinte y líquido de ondulado permanente, si se observa la pérdida del cabello, esta reacción es solo temporal, por lo general, se recupera en un espacio de 4 a 6 meses. En ocasiones será necesario aplicar transfusiones de sangre debido a la disminución de leucocitos que ponen al paciente en riesgo de sufrir infecciones (Gaona, 1999).

En general, la Radioterapia se administra en dos formas:

1) **Teleterapia (TI)**: "Es una de las formas más comunes de destruir células cancerosas a distancia, mediante la colocación de una fuente de radiación dentro de un aparato que permite dirigir un haz de radiación hacia un área específica del paciente a través de tejidos normales y sanos en su camino hacia el volumen tumoral" (Gaona, 1999 p.10). Esta técnica permite administrar dosis más uniformes en todo el volumen a tratar. Se administra de forma fraccionada en régimen ambulatorio. Los equipos de operatividad clínica son: los aceleradores lineales de electrones y las unidades de cobalto.

2) **Braquiterapia (BT)**: Esta técnica ofrece la posibilidad de irradiar un tumor respetando otros tejidos y órganos. Además de que el volumen tumoral recibe altas dosis, mientras que fuera del tumor se reciben dosis mucho más bajas, minimizando las dosis a los tejidos sanos alrededor del tumor (Gaona, 1999). Utiliza radiaciones ionizantes, colocando el material radioactivo en las proximidades o en el interior del tumor. Se utiliza en el tratamiento de cáncer de piel, labio, cavidad oral, orofaringe, mama, cuello y cuerpo de útero y pene. Se administra en forma continua y en régimen de ingreso. El implante de las fuentes dura 72 hrs en promedio. Dentro de la braquiterapia existen diferentes modalidades como:

- o **Intersticial**.- Las fuentes radioactivas atraviesan el tejido tumoral.
- o **Endocavitaria**.- Se coloca el material radioactivo en la proximidad del tumor aprovechando cavidades, orificios o conductos naturales.
- o **Plesioterapia**.- Las fuentes radioactivas se disponen en contacto con un tumor cutáneo (se utiliza un molde).

La Braquiterapia (BT) en Cervix

La BT en cáncer de Cervix es una parte esencial dentro de la estrategia terapéutica global, pudiendo ser, según el estadio de la neoplasia, el tratamiento exclusivo o bien complementario a la cirugía y/o la radioterapia externa.

Las indicaciones de BT varían según el estadio clínico, considerándose como tratamiento exclusivo en los estadios I de pequeño tamaño. En estadio II es complementaria a la RT externa o cirugía. En los localmente avanzados (III) es opcional para sobredosificar las estructuras centrales una vez finalizada la RT externa.

La técnica más utilizada para cáncer de cérvix es el aplicador de Fletcher, que incluye la sonda intrauterina con diferentes curvaturas y los cilindros con diferentes diámetros adaptables a la anatomía vaginal de la paciente.

Las dosis administradas que tienen en consideración la teleterapia (TI) y la braquiterapia (BT) deben especificarse según las recomendaciones del International Committee of Radiological Units (ICRU), es decir, hay que definir el volumen tumoral por las dosis, especificando las dosis recibidas en órganos críticos (vejiga y recto). Prácticamente no existen variaciones en las técnicas de BT en el cáncer de cérvix y en el de endometrio, con excepción de la diferente distribución de la carga de los tubos ^{137}Cs , con mayor actividad intrauterina o en el uso de sondas intrauterinas (Biete, 1990).

La respuesta de los tejidos sanos a la radiación depende de varios factores como: la dosis total recibida, la pauta de fraccionamiento, el volumen tratado y el período celular. De hecho, se han elaborado tablas de dosis de tolerancia para tejidos y órganos (González, 1998).

La magnitud de los efectos provocados por la exposición a la radiación de los tejidos y órganos depende de las características del tejido y de su capacidad para compensar y reparar los daños causados. Dicha capacidad está en función de la edad, el estado de salud, el sexo y la predisposición genética de los individuos.

El daño biológico depende de la dosis que se recibe, de la región del cuerpo expuesta de la tasa de dosis, calidad de la radiación y de la radiosensibilidad de los tejidos y órganos expuestos. Se producen síntomas específicos de los tejidos y órganos afectados por la radiación, por ejemplo:

- En la médula ósea se produce fiebre y malestar general
- En el sistema gastrointestinal se produce malestar general, anorexia, diarrea grave, fiebre, deshidratación y desequilibrio electrolítico.

o En el Sistema Nervioso Central (SNC) se produce letargia, convulsiones, nerviosismo, temblor, diarrea grave y un estado de coma (Gaona, 1999).

2.6.3 Quimioterapia

Consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento del cáncer. Puesto que los fármacos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. Existen multitud de fármacos anticancerosos, la mayor parte de los cuales actúan interfiriendo la síntesis o función del ADN, por tanto las células en división son más sensibles a la quimioterapia (Weiss, 1998).

El tejido canceroso tiene una mayor proporción de células en división que los tejidos normales. Dentro de los tejidos normales, los que tienen una tasa de proliferación más rápida son la médula ósea y las células de recubrimiento del tracto gastrointestinal. Son los dos tejidos más sensibles al efecto de la quimioterapia y del grado de lesión de éstos depende la toxicidad, que limitará la máxima dosis tolerable de los fármacos anticancerosos (DeVita, 2000).

Para que el tratamiento sea efectivo, la sensibilidad del tumor debe ser superior a la del tejido normal más sensible. Mientras algunos tumores son varias veces más sensibles, otros sólo son ligeramente sensibles. Por fortuna, las células de la médula ósea pueden dividirse a mayor velocidad que las células malignas y por tanto se recuperan con mayor rapidez. Si se repite un ciclo del fármaco en este momento, el tumor no ha tenido tiempo de crecer demasiado. Los ciclos repetidos reducen de forma paulatina el tumor antes de la aparición de resistencias (INC, 2003).

La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal que es posible la curación en un alto porcentaje: esto sucede en el cáncer uterino; las leucemias agudas (sobre todo en los niños); la enfermedad de Hodgkin y los linfomas difusos de células grandes; el carcinoma de testículo; el carcinoma de ovario; los carcinomas de células pequeñas del pulmón, y gran parte de los cánceres infantiles. Muchas veces estos procesos cancerosos se han diseminado en el momento del diagnóstico y no existe otra opción terapéutica. Otros cánceres avanzados tienen buena respuesta a la quimioterapia y pueden ser controlados durante periodos prolongados, por lo que se utiliza con frecuencia como tratamiento paliativo.

Los dos principales problemas que limitan la utilización de la quimioterapia son la toxicidad y la resistencia. Las técnicas que evitan o controlan la toxicidad y disminuyen el riesgo de

resistencias se han ido perfeccionando. Es importante la instauración precoz del tratamiento, la utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos.

Es eficaz la utilización de múltiples fármacos. Los protocolos de quimioterapia utilizan diferentes fármacos (a menudo entre 3 y 6 al mismo tiempo), cada uno de los cuales es eficaz de forma aislada. Se combinan fármacos con diferentes mecanismos de acción para evitar la aparición de resistencias cruzadas, y con diferentes tipos de toxicidad para poder emplear la dosis óptima de cada fármaco, sin producir toxicidad aditiva que puede resultar fatal.

2.7 Prevención

La medida más eficaz en la prevención del cáncer es la eliminación del consumo de tabaco, ya que el 30% de las muertes por cáncer son producidas por su consumo. El control de la dieta también reduce la mortalidad: disminuir la ingesta calórica para evitar la obesidad, reducción de las calorías procedentes de la grasa a un 20% de la dieta, reducción del consumo de carnes rojas, aumento de la ingesta de fibra (cereales, frutas y verduras) y alimentos protectores (con contenido en vitaminas C y A, verduras como el repollo, la coliflor, el brócoli o las coles de Bruselas). Debe limitarse el consumo de alimentos ahumados, en salazón o ricos en nitritos, así como el consumo de alcohol (Weiss, 1998).

El control sobre los factores ambientales incluye la eliminación de productos carcinógenos en el lugar de trabajo y en el hogar, como por ejemplo la eliminación de la exposición a las fibras de asbesto o la reducción del gas radón en el hogar.

Las técnicas de detección precoz o *screening* pueden realizarse para el cáncer de cérvix (cuello uterino), mama, colon, recto y próstata. Es recomendable la realización de un chequeo anual a partir de los 40 años incluso en la ausencia de síntomas. Las mujeres mayores de 50 años son las que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y cacu. La adopción generalizada de las medidas de detección precoz podría reducir la incidencia de cáncer e incrementar la tasa de curación (Rimer, en DeVita, 2000).

De esta forma podemos ver que las manifestaciones que puede tener el cáncer en el ser humano son muy amplias, extendiéndose a órganos, huesos y alteraciones en la sangre; en muy diversas formas en cada uno de los anteriores.

2.8 Cáncer Cervicouterino

En el presente trabajo nos enfocaremos en CaCu que es una de las variedades dentro del cáncer ginecológico que esta integrado además por:

- ✓ Ca. Ovario
- ✓ Ca. Trompas uterinas
- ✓ Ca. Útero
- ✓ **Ca. Cervico úterino**
- ✓ Ca. Vulvar
- ✓ Ca. Vaginal.

El cáncer cérvico-uterino, es la primer causa de muerte de las mujeres mexicanas. Cada dos horas muere una persona como consecuencia de esta neoplasia y una enorme proporción de las mujeres jamás se somete a un estudio citológico cervicovaginal (INC, 2003).

Se han identificado algunos factores de riesgo, entre ellos,

- El inicio de actividad sexual a edad temprana
- Múltiples parejas sexuales (en especial si éstos tienen a su vez diversas parejas)
- Múltiples embarazos
- Promiscuidad de la pareja sexual y antecedente de padecimientos de transmisión sexual.
- Infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV)

Otros factores son el bajo nivel sociocultural (lo que se asocia a deficiencias nutricionales), tabaquismo y uso de anticonceptivos orales, aunque en realidad se trata de indicadores y no las causas directas de la transformación neoplásica (Eifel en DeVita, 2000; INC, 2003).

Toma varios años el proceso que hace que unas células se conviertan en neoplasia maligna. Para que cambie de epitelio normal a *cáncer in situ* lleva unos 5 años en promedio y para convertirse de *in situ* a *invasor* unos 7 años aproximadamente. Y la progresión hasta una *tumoración invasora* puede observarse hasta en 20 años, sin embargo hay casos de displasias leves a moderadas que permanecen sin cambios o incluso con regresión (INC, 2003).

En el carcinoma cervicouterino pueden identificarse distintos tipos y variedades histológicas. El RHNM reconoce el carcinoma epidermoide como el tipo más frecuente (91.5%), seguido por el adenocarcinoma (3.7%) y el carcinoma adenoescamoso (1.7%). En contraste, en la bibliografía mundial, el tipo epidermoide o de células escamosas constituye 80 a 85% de los casos (INC, 2003).

Hay dos intervalos de edad en los cuales es más frecuentes, estos son: de 35 a 39 y de 60 a 64 años. El cáncer temprano es asintomático. En una etapa intermedia los síntomas son: hemorragia vaginal intermenstrual, postmenopáusica y/o postcoital, secreción vaginal fétida algunas veces teñido de sangre y dolor pélvico. En una etapa avanzada además hay inflamación de los miembros inferiores, dolor lumbar por diseminación a vísceras contiguas y obstrucción linfática, vascular o ureteral. Los síntomas generales de la enfermedad avanzada incluyen pérdida de peso y los propios de la anemia y el síndrome urémico.

El CaCu suele propagarse por extensión local e infiltración linfática. La invasión de la parte superior de la vagina, los parametrios, la vejiga y el recto es la forma más habitual de propagación. Desde sus primeras etapas evolutivas, el CaCu tiende a extenderse lateralmente y hacia atrás. La infiltración y el progreso del tumor también puede dar lugar a diseminación intraperitoneal con afección del intestino delgado.

Hay un sistema Oficial de estadificación para el carcinoma cérvico, por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que determinan el grado histológico del tumor, la afectación de los ganglios pélvicos, la profundidad de la invasión y la infiltración de los espacios linfavasculares. En general, cuanto más avanzado sea el estadio, más desfavorable será el pronóstico en supervivencia. En la fig. 1 se muestran las etapas clínicas.

Los tratamientos dados para el CaCu son: cirugía (histerectomía radical o exenteración pélvica), Radioterapia y Quimioterapia (se explicaron anteriormente).

La exenteración total incluye extirpación de vejiga urinaria, cuello uterino, utero, vagina y recto; seguida por formación de un conducto urinario, colostomía y reconstrucción vaginal. La exenteración anterior preserva el recto; la posterior, la vejiga urinaria. La función sexual aun con reconstrucción vaginal se ve deteriorada. La histerectomía varía, ya que hay diversos tipos que se diferencian entre si por la extensión, la cual la determina el grado de invasión. Puede incluir la extirpación del utero, tercio superior de la vagina, ganglios, disección vesical y tejido periureteral. Las secuelas más frecuentes son la disfunción de la vejiga y el recto, que se deben a la lesión de la innervación autónoma (Murphy, 1996).

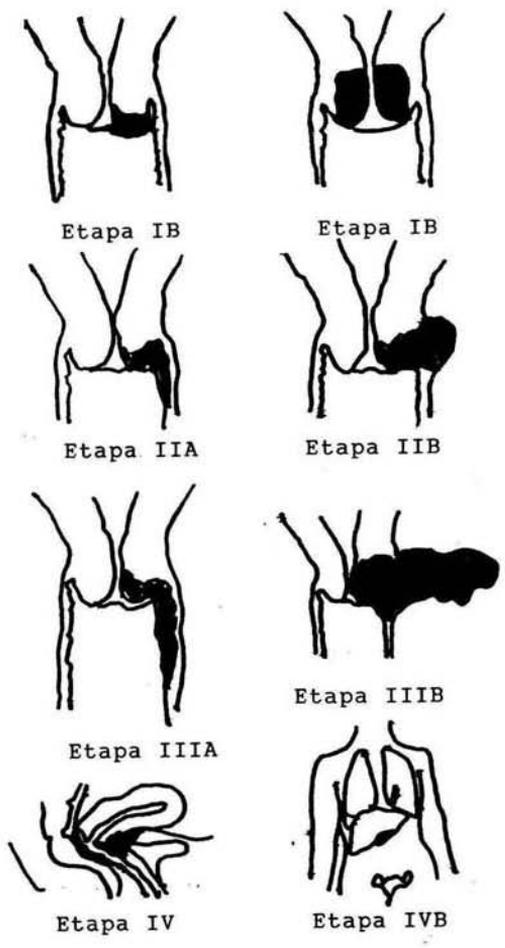


Figura 1

Para conocer de forma más particular nuestra población; el Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan) informa sobre el número de casos por grupo de edad; comprendidos del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2001 respecto a los diferentes tipos de cáncer de ginecología comparados con los tumores de mama que es la segunda neoplasia en presentarse:

Tipo de tumor	Núm. de casos	19 años	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	Más de 70
T. de mama	680		16	102	215	178	107	62
T. de cuello uterino	951		59	211	268	176	137	100
T. de ovario	158	12	17	24	36	36	21	12
T. de vulva	16				2	3	3	8
T. de vagina	6		1			3		2

Se puede observar que los tumores de cuello de útero son más frecuentes en todos los grupos de edad si se compara con los tumores de mama. Y el índice más alto se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años.

En la siguiente tabla se muestran el número de casos para cáncer de tumores mamarios y tumores del cuello uterino respecto al estadio clínico:

Tipo de tumor	E.C. I	E.C. II	E.C. III	E.C. IV	No Clasificable
T. de mama	27	188	191	77	197
T. de cuello uterino	107	185	164	14	481

Es importante hacer destacar que el grueso de la población se encuentra estadificada en las etapas II y III, lo cual repercute en el pronóstico de las pacientes. La pacientes que fueron operadas fuera del Instituto no pueden ser estadificadas.

Se considera que es importante, hacer una descripción del proceso médico que viven las pacientes específicamente tratadas en el INCan, para conocer los aspectos que viven e influyen en ellas en el aspecto psicológico:

Generalmente las pacientes son referidas de centros de salud, médicos particulares u otras instituciones que dan el manejo, pero que al no contar con algún servicio por convenio acuden al INCan.

Las pacientes estarán a cargo del servicio de ginecología y bajo el servicio de oncológica medica y radioterapia para recibir los tratamientos.

Recordemos que el tratamiento indicado depende de la etapa clínica de la enfermedad:

Etapas Clínicas (E.C.)	Tratamiento
E.C. I	Cirugía (histerectomía o linfadenectomía) y/o Braquiterapia
E.C. II	Teleterapia con o sin histerectomía. Quimioterapia y Braquiterapia
E.C. II, III Y IV	Teleterapia y Braquiterapia Quimioterapia
E.C. IV	Teleterapia, quimioterapia y braquiterapia. En algunas ocasiones se puede realizar excenteración pélvica.

Antes el tratamiento tradicional era la Cirugía, Tl y Bt, últimamente se ha iniciado la investigación con quimioterapia en donde el protocolo es diferente según el tipo histológico.

Según las características de la paciente y su enfermedad es el orden de los tratamientos que recibirán. Sin embargo es importante mencionar que el tiempo aproximado que pasa desde que llegan al hospital e inician tratamiento fluctúa de 2 a 4 meses, las razones son:

- *porque las citas son lejanas para los servicios de Qt y Rt que es donde se planea el tratamiento a seguir,*
- *Solo pueden tener una cita al día, y pasa mucho tiempo hasta que completan todo lo que les solicitaron.*

- *La Qt inicia a la par de la TI y los turnos para TI son distantes debido a la demanda.*

Una vez que inician tratamiento estarán en este dos meses y medio aproximadamente porque son 25 sesiones de teleterapia o un poco más, dependiendo del tumor y la morbilidad que pueda presentar la paciente. Al terminar descansan una o dos semanas y son programadas para braquiterapia, la cual puede darse como única modalidad dentro de radioterapia, o variar antes o después de la teleterapia.

La Qt la terminan aproximadamente en el mismo periodo de tiempo que la TI. Finalizado el tratamiento continúan las citas de revisión, primero cada mes por tres meses en Rt, y Qt. A los tres meses se comienza a tomar el papanicolao (pap) y continúan en seguimiento en RT y Qt hasta cumplir seis meses de finalizar tratamiento. A partir de este momento continúa en seguimiento cada año en Ginecología que es el servicio de base y a menos que hubiera una recurrencia regresaría a los servicios ya mencionados.

INVESTIGACIONES RELACIONADAS

El Papanicolao es el método de tamizaje para la detección del cáncer cérvico-uterino. Lazcano (citado en Meneses y Mohar 1999), con diferentes grupos socioeconómicos buscó identificar las características de las mujeres que asisten a realizarse el Papanicolao según su escolaridad y encontró:

- Que las mujeres aseguradas acuden dos veces más, que las mujeres que no están aseguradas a realizarse el examen.
- Las mujeres con licenciatura asisten cuatro veces más que las analfabetas.
- Y las mujeres residentes de viviendas en buenas condiciones tienen acceso cuatro veces mayor que mujeres que viven en malas condiciones.

El mismo autor en 1998, estudiando grupos focales identificó las barreras en mujeres de la ciudad de México y Oaxaca para no asistir a programas de detección de cáncer cervicouterino entre las que están:

- Desconocimiento de la existencia del examen del Papanicolao
- La concepción de que el cáncer es una enfermedad inevitable y fatal.

- Necesidades prioritarias a cubrir relacionadas con la extrema pobreza.
- Oposición por parte de la pareja sexual.
- Rechazó a la examinación pélvica.
- Percepción de alto costo en el cuidado
- Larga espera para la toma del examen y entrega de resultados.

Murillo sabiendo que el cáncer cérvico uterino es la neoplasia ginecológica más frecuente en México y la citología exfoliativa vaginal es el recurso más práctico, barato, sensible y específico de detección de lesiones precursoras del cáncer cervical realizaron una encuesta a 244 mujeres de entre 25 y 60 años de edad de diferentes niveles socioeconómicos. Las preguntas establecían el grado de conocimiento acerca de este tipo de cáncer y la utilidad de la prueba, además de si se la realizaban o no. Los resultados obtenidos demostraron que tanto el nivel socioeconómico como el cultural influyen en la realización de la prueba, observándose que la clase mas baja es la que menos se realiza la prueba (IV reunión de investigación del cáncer en México).

Wilcox y Mosher (en Salinas 2000) en E.U. en el año de 1993 realizaron un estudio en mujeres en edad reproductiva y encontraron que las mujeres con altos niveles de educación e ingresos tuvieron mayor probabilidad de realizarse el papanicolao o una mamografía, que aquellas con bajos niveles. Al mismo tiempo, el no completar la secundaria estuvo asociado con la poca oportunidad de recibir atención. Ferri (citado por Salinas, 2000) en 1993, encontró que la edad, el estado civil y ocupación influían en la realización del papanicolao.

Salinas (2000) identifica los motivos por los que las mujeres en edad reproductiva llevan o no acciones encaminadas a la prevención del CaCu por medio del papanicolao. Su muestra fueron 826 mujeres de la delegación Tlalpan y concluyó:

- Que la mayoría es de nivel de escolaridad bajo
- Cuentan con bajos ingresos familiares
- Les da pena o vergüenza realizarse la prueba del papanicolao.
- Las mujeres menores de 32 años se realizan el estudio más frecuentemente.
- 87% afirma saber que es el papanicolao y solo 6% especifica que es para prevenir el CaCu.
- Dos terceras partes de las entrevistadas prefieren ser examinadas por personal del sexo femenino.

- Identificar que el papanicolao previene el CaCu, incrementa el número de exámenes practicados a lo largo de su vida.
- Atenderse en instituciones donde se ofrece servicio de calidad, hace que se viva con más naturalidad la examinación.

Calderón (2000) en su trabajo con pacientes en la Unidad de Oncología del hospital General de México; realiza un programa de tratamiento psicológico mediante un grupo de autoayuda con técnicas de relajación y reestructuración cognoscitiva con siete casos de mujeres con CaCu, las cuales permanecían en seguimiento y a través de las historias de vida contrasta los factores de riesgo. Así, todas ellas eran mujeres con niveles socioculturales y económicos muy bajos, habían vivido violencia intrafamiliar desde la infancia, iniciaron su vida sexual a temprana edad, sus parejas tenían a su vez a otras parejas; lo cual a su vez repercute en autodevaluación. Este último trabajo nos permite ver como los llamados factores de riesgo si se cumplen en esta pequeña muestra de mujeres.

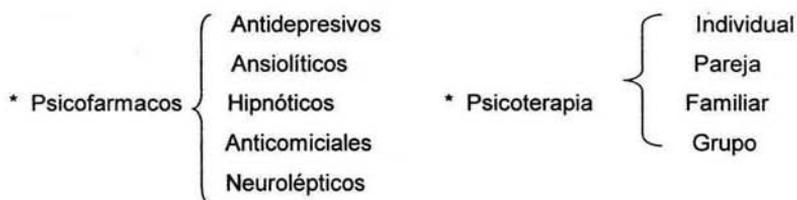
3. LA PSICO-ONCOLOGÍA

La Psico-oncología nace como una especialidad de la Oncología formada por psicólogos y psiquiatras. Su objetivo es dar apoyo psicológico y tratar alteraciones psicopatológicas del paciente, así como favorecer un adecuado afrontamiento a la enfermedad por parte del enfermo y la familia (Gil y Sirgo, 2000).

Como referente histórico el psiquiatra Arthur Sutherland, en 1950, estableció la primera Unidad Psiquiátrica en un hospital oncológico (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center). A partir de este inicio la Dra Jimmie Holland y su equipo han realizado investigación referente a la atención integral del paciente oncológico (Gil et al. 2000).

La Psico-oncología en México surge a principios de los 80's a iniciativa del Dr. Juan I. Romero Romo, en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

En este mismo hospital, algunos Psiquiatras y Psicólogos (psiquiatras del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvaréz que realizan práctica clínica y psicólogos de la UNAM de práctica clínica, residencia de maestría, servicio social y tesis) reciben formación en lo que respecta al tratamiento del paciente con cáncer a través de rotaciones en el hospital. El entrenamiento consta de: sesiones bibliográficas, supervisión clínica y clases de oncología. El tratamiento de los psiquiatras se basa en los psicofármacos y los psicólogos trabajan según su enfoque en las distintas modalidades de psicoterapia:



Y es través del Servicio de Psico-oncología en un principio y desde 1987 la Sociedad Mexicana de Psico-oncología que se han realizado diferentes eventos tales como: Simposios, Cursos, Reuniones y Congresos, entre los que destacan el 1er y 2do Congresos Nacionales de Psico-oncología. A los distintos eventos han asistido

personalidades como la Dra. Kubler Ross, la Dra. Holland, la Dra. Lea Baider y el Dr. Ramon Bayés.

A continuación se retomaran algunos de los temas que se estudian desde la psico-oncología, es decir, los aspectos psicológicos del paciente con cáncer.

3.1 Aspectos Psicológicos del paciente con cáncer.

Para entender más claramente el proceso que viven las pacientes ante su enfermedad; a continuación se retoman algunos aspectos relevantes que influirán en la respuesta a dicho evento. En primer lugar se debe tomar en cuenta el impacto que viven y los factores que lo pueden exacerbar. También es importante hacer referencia al aspecto social, ya que por una parte las personas alrededor de la paciente indirectamente están padeciendo las consecuencias del cáncer, además son ellos quienes en determinado momento son piezas clave para brindar apoyo y soporte emocional. Otro aspecto a revisar para saber si tiene influencia es el sociocultural, todo aplicado especialmente en el cáncer cérvico-uterino. Finalmente se revisaran los trastornos psicológicos más frecuentes asociados a la enfermedad.

3.2 Impacto psicológico del diagnóstico.

Una de las ideas que mayor problemática genera al darse un diagnóstico de cáncer es la asociación a la muerte, ya que cáncer es casi igual a decir "sentencia de muerte".

Existe estigmatización respecto al significado del cáncer lo cual provoca miedo, pérdida de control y un sentimiento de vulnerabilidad ante la vida o la muerte. Esto genera un estado de estrés que a su vez puede provocar depresión, ansiedad, pérdida de apetito, decaimiento y coraje; por nombrar algunas emociones.

Las actitudes del paciente hacia el cáncer varían considerablemente en diferentes partes del mundo, dependiendo de factores culturales y educacionales, entre otros. En algunas culturas la misma palabra "cáncer" es un tabú (Bayés, 1991, González, 1996) el cual la mayoría de las veces se basa en una interpretación popular arraigada en prejuicios o ignorancia que genera actitudes que se transmiten en la cultura y predisponen ideas y comportamientos aunque no tengan fundamento racional.

El cáncer es una enfermedad que en algunos casos es curable y en otros puede controlarse, pero que debido a sus características se le califica de enfermedad crónica degenerativa como las enfermedades coronarias o la diabetes, que igualmente necesitan de un control, sin embargo sigue siendo el cáncer el padecimiento que con el solo hecho de nombrarlo para muchos es sinónimo de muerte (Viladiu y Catalán, 1996). Debido a lo comentado respecto a la concepción general del cáncer muchas veces se genera retraso en el tratamiento porque se tiene miedo a la confirmación de un diagnóstico, que finalmente tendrá que llegar y lo cual puede ocasionar que la enfermedad se encuentre en un estadio avanzado, ante lo cual son pocas las posibilidades de curación.

Pero además de la concepción que se tenga del cáncer hay muchos más elementos que se conjugan e intervienen actuando sobre el individuo de manera determinada; generando un impacto psicológico diferente para cada persona diagnosticada, ya que es diferente la localización, la apariencia, la etapa clínica, los efectos del tratamiento, el conocimiento que se tenga, la experiencia de alguien conocido, las repercusiones personales, sociales, familiares, laborales, emocionales, etc., provocando una ruptura en el estilo de vida del sujeto y conduciendo finalmente a cambios que incluso podrían conducir a una crisis (Moro, 1994).

"La persona que sufre no es solamente por el cáncer en su mama, en su matriz, en su pulmón. En último termino es también su soledad, su futuro y sus esperanzas, su pareja, su familia, sus amigos y sus hijos" (Bayés, 1996, p.33)

3.2.1 Las fases del impacto psicológico

Para Gómez (1996) "El individuo que recibe un diagnóstico de cáncer, lo mismo que cuando se produce una recaída o cuando, más adelante, comprueba que el tratamiento fracasa, muestra una respuesta emocional característica: un periodo inicial de shock e incredulidad seguido por un período turbulento de síntomas ansiosos y depresivos, irritabilidad, pérdida de apetito y alteraciones del sueño. Podrá haber una incapacidad de concentración y dificultades para llevar a cabo las actividades diarias y el pensamiento de su diagnóstico y los miedos referentes al futuro estarán siempre presentes. Estos síntomas, correspondientes a una reacción normal, suelen remitir en 7-10 días con la ayuda de familiares, amigos y médicos. Algunos pacientes continúan teniendo elevados niveles de ansiedad y depresión (es frecuente que ambos estén presentes aunque uno predomine), que persisten durante semanas o meses. Este tipo de reacción persistente no es ya un fenómeno adaptativo y frecuentemente requiere tratamiento psiquiátrico" (p.900)

De igual forma Kaufmann, (citado en Moro 1994) habla del impacto que conlleva ser diagnosticado de cáncer y lo divide en tres etapas: antes del diagnóstico, la comunicación del diagnóstico y después de conocerlo. A continuación se describe en que consisten:

a) Fase previa al conocimiento del diagnóstico

Regularmente se presentan síntomas que ameritan la visita al médico o la realización de estudios que confirmen en este caso el diagnóstico de cáncer. Esta fase se ve influenciada por variables como: la edad, estado civil, el sexo, el nivel cultural o intelectual, así como experiencias previas con la enfermedad.

La ansiedad juega un papel importante en todo este momento generando a su vez ideas, pensamientos y reacciones corporales (tensión) y emocionales que llenan de miedo y temor a la persona. Su circunstancia de vida influirá en esta vivencia, sin embargo es la ansiedad la emoción más clara que se experimentará en esta fase.

b) Fase de comunicación del diagnóstico

En este período de tiempo continúa la ansiedad y sobreviene la depresión, enojo, desesperanza y disfunciones en las funciones cognitivas y de personalidad (no poder concentrarse, resolver problemas, toma de decisiones, problemas de sueño, de apetito). Todo lo anterior sucede porque cambia el esquema de "tener toda la vida por delante", se supone somos conscientes de que moriremos algún día, pero el diagnóstico del cáncer y su asociación con la muerte hace que se reconozca el fin, es decir, lo vulnerable que puede ser la línea entre la vida y la muerte. Además supone el asumir o el identificarse con el papel de enfermo, lo cual implica *dejar de...* trabajar, estudiar, estar con la familia y se comienza a pensar en los cambios y dificultades que se pueden presentar.

c) Después de conocer el diagnóstico

En esta fase se puede negar o aceptar, o ambos fluctuar en el tiempo. Aquí se viven los desajustes que conlleva la enfermedad (gastos, viajar para recibir tratamiento, alejarse de la familia por meses, dejar de trabajar, dejar de aportar dinero, etc). En el paciente ya en

tratamiento puede iniciar la adaptación a la enfermedad y disminuir la ansiedad inicial. Este proceso varía según las características del sujeto, de la enfermedad y del tratamiento. En este periodo pueden producirse alteraciones personales, sociales, familiares, profesionales, etc.

El otro papel que puede asumirse es el optimista, el cual sigue su tratamiento, además de buscar reorganizarse en su vida.

En esta etapa Mooreu y Greer (citados en Moro, 1994) afirman que la respuesta emocional ante la enfermedad y el tratamiento los determina el significado de estos para el paciente.

Es pertinente en esta fase incluirse el tratamiento y analizar la influencia que ejerce en la respuesta emocional debido al deterioro corporal que provoca, lo cual incluso puede interpretarse como "Estoy empeorando" o "Antes no me sentía tan mal". Así los efectos secundarios toman relevancia en la enfermedad y el paciente debe dar expresión de lo que sucede para lo cual su historia (biografía) circunstancias personales, estado anímico, etc, se conjugan y dan como resultado la forma en que afronta la sintomatología. A continuación se describirá la sintomatología en Qt y Rt (Tl y Bt) enfocado a las paciente con CaCu (Holland, 1998):

Efectos secundarios de la Qt

Alopecia (pérdida de cabello)	La mayoría de las veces es de los efectos más temidos, ya que limita la adaptación a la vida cotidiana provocando se evite el contacto social, además de que en realidad muchos pacientes no creen del todo que la pérdida de cabello vaya a ser temporal sino hasta que lo comprueban por si mismas.
Cambios hormonales	La lesión de los epitelios germinales provoca amenorrea en la mujer y cesa la menstruación, de forma que comienzan a aparecer los síntomas menopausicos debido al bajo nivel hormonal.
Nausea y vómito	Según el esquema de Qt los malestares pueden presentarse el mismo día o después, sin embargo hay olores o sensaciones que tiempo después recuerdan la Qt generando nausea y/o vómito.
Cansancio y debilidad	Es uno de los síntomas principales que además hace pensar a las personas que están peor.
Cambios de peso	Generalmente estas variaciones en el peso, que en caso de la Qt mas bien ocasiona pérdida, se puede interpretar como un avance de la enfermedad. A los familiares les preocupa la falta de apetito y en ocasiones genera conflictos. De cualquier forma subir o bajar de peso puede ocasionar deterioro de la apariencia física, e influir en una baja autoestima.

Efectos secundarios de la radiación (teleterapia y braquiterapia)

Irritación en el área de radiación	<p>Ya que el área de radiación incluye vejiga, recto, intestinos y aparato sexual, puede haber irritación que provoque dolor o ardor al orinar y defecar.</p> <p>La irritación en los intestinos puede combinarse con la dieta y provocar diarrea y cólicos.</p> <p>Otro efecto es la resequedad vaginal durante y después del tratamiento. Lo cual puede incrementar el temor a tener relaciones debido al dolor.</p> <p>También puede irritarse la piel.</p>
Sexualidad	<p>Raramente se brinda información respecto a las molestias sexuales que podrían presentarse, como dolor por la inflamación y resequedad.</p>

Otro aspecto importante generado por ambos tratamientos es la menopausia, la cual si solo se recibiera Qt podría ser reversible con el tiempo, no así con la radioterapia. En fin, los cambios que esta genera en el organismo, para algunas mujeres son sumamente difíciles de afrontar y las pacientes no tienen información ni del proceso, ni de los síntomas o cambios que habrá en su organismo, y solo algunas reciben tratamiento. Recordemos que los síntomas de la menopausia son:

- Los conocidos y frecuentes bochornos
- Sudoraciones nocturnas
- Insomnio
- Dolores articulares y musculares
- Depresión
- Alteraciones en el estado de humor (irritabilidad, inestabilidad emocional, disminución de la libido, nerviosismo)
- Resequedad vaginal
- Cambios en la piel (se adelgaza, es quebradiza, se vuelve frágil)
- Riesgo de desarrollar osteoporosis (Torán, A. 2000)

Debe tenerse en cuenta que desde que las pacientes están en tratamiento comienzan a aparecer los síntomas de la menopausia, los cuales se combinan con los efectos secundarios del tratamiento médico e influyen en el estado emocional y el afrontamiento de la enfermedad, otra vez, "sentir que tiene más molestias que antes". Y hay que tener en cuenta que la edad

de las pacientes tratadas por CaCu va de los 30 a los 70 años. Hay algunas que ya habían iniciado antes este cambio, pero no todas, y sobre todo aquellas que son jóvenes e incluso no habían tenido ni tendrán hijos.

Otro aspecto importante de mencionar es la dinámica familiar producto del rol de enferma que pudo haber generado el tratamiento y la relación familiar como es: dependencia, conductas regresivas, manipulación del personal y la familia u hostilidad hacia el personal y la familia. Claro que este es un aspecto, que varía según las características del individuo y de la familia.

Otro aspecto importante es la finalización del tratamiento, ya que genera temor en la paciente por una posible recaída y por la pérdida de los beneficios que podía traer ya que implica comenzar a cambiar del rol de enfermo a persona "sana", ya que la enfermedad solo esta controlada. Significa dejar de asistir diariamente al hospital y tener la atención del personal médico y de enfermería para comenzar de nuevo con la vida, su familia y sus actividades. En este periodo pueden incrementarse nuevamente los niveles de ansiedad o depresión.

3.3 Aspectos psicosociales

3.3.1 La familia

Puesto que vivimos en sociedad, estamos acostumbrados a interactuar con diferentes personas ya sea por el trabajo, la escuela, la misma familia, los vecinos, etc., es decir, pertenecemos a un grupo. Sin embargo, dentro de la amplia lista con la que podemos contar, siempre hay alguien con quien se tiene un vínculo más profundo y es quien nos brinda su apoyo, ayuda y soporte emocional. Puede ser la pareja, los parientes (padres y hermanos) o los amigos.

El apoyo social es muy importante para todos los seres humanos y en los pacientes con cáncer no es la excepción; ya que en el momento de crisis se les dificulta identificar a las personas con quienes pueden contar. De cualquier forma una conversación con la paciente puede ayudarla a identificar de quien se trata. Esto es importante porque a veces en el hospital solo se permite el paso a la familia y no siempre es de la familia la persona más importante para la paciente. De tal forma que la persona más importante para la paciente puede ser un amigo, vecino o compañero de trabajo.

Una de las formas de identificar a las personas importantes es preguntando:

¿Con quien comparte la información de su enfermedad?

¿Quién le ayuda a decidir o tomar decisiones?

¿Quién puede cambiar su rutina de vez en cuando para estar con ella y ayudarla?

¿Quién le hace compañía?

¿Quién puede apoyarla económicamente?

¿Quién se encarga de sus labores cuando ella esta indispuesta?

De cualquier forma, es un hecho que ante la noticia del diagnóstico de la enfermedad todas las personas cercanas sufrirán un impacto que puede desencadenar una crisis; que a su vez puede deteriorar las relaciones, aunque las dificultades pueden estar presentes desde antes del diagnóstico o al contrario puede mejorar su funcionamiento. Es un momento difícil para ambas partes, tanto para el paciente, como para las personas que le rodean.

La enfermedad provoca cambios en la rutina familiar, lo cual genera estrés y la aparición de nuevos problemas o que los ya existentes se agudicen. El familiar tiene una difícil tarea ya que además de proporcionar atención, compañía y cuidados debe enfrentar su propio miedo, dolor e intentar mantener el funcionamiento cotidiano (Barreto, Molero y Pérez, 2000).

Un fenómeno muy común que suele aparecer en el proceso de la enfermedad es algo que podríamos llamar informalmente "conspiración de silencio" en la cual tanto los familiares como el enfermo asumen una actitud de optimismo o alegría fingida evitando tocar o profundizar en el tema de la enfermedad creyendo que de esa forma no inquietan o preocupan a la otra parte (Gómez, 1996).

Analizar la manera en como la familia o los allegados reaccionan al diagnóstico del cáncer es muy complejo, ya que la reacción depende de cada caso específico. Por lo que a continuación de acuerdo con Haber (2000) se mencionará como influye en los hijos, los amigos, la pareja y en el área de la sexualidad.

Hijos

Este es uno de los aspectos a resaltar porque las madres que padecen cáncer están muy preocupadas por las consecuencias que la enfermedad tendrá en sus hijos. Tienen que

enfrentarse al sufrimiento físico y emocional propio y luchar con el miedo, reacciones, fantasías y necesidades del desarrollo de sus hijos.

Los padres siempre sienten que deben cuidar, procurar y proteger a sus hijos y el hecho de creer o ver que pronto pueden morir, les causa dolor y angustia, temen no poder cubrir siempre las necesidades de los hijos, prácticamente significa haber fallado como madre.

Sin embargo hay que tratar de llevar lo mejor que se pueda el proceso con el niño tratando de cuidar los siguientes aspectos:

- No ocultar el diagnóstico y explicar que recibirá tratamiento aún cuando sólo sea para controlar y/o paliar los síntomas.
- Tratar de dar información en un lenguaje claro, sincero y de acuerdo a la edad del niño; si es muy pequeño se pueden utilizar cuentos o dibujos.
- Es importante darle tiempo y respetar su reacción. Algunos niños permanecen a distancia y no muestran reacción alguna, otros necesitan más información o que se les vuelva a explicar. Los progenitores deben dar tiempo para asimilar la relevancia de la noticia. La manera concreta que tenga el niño de reaccionar dependerá de la edad, temperamento, curso de la enfermedad de la madre, los cambios en la vida familiar y la disponibilidad de apoyo para el niño.
- Es importante compartirle de las actividades que se están realizando, cuando habrá ausencias (hospitalizaciones) y explicar en que consistirán, para que no sientan los cambios tan abruptos, inesperados y drásticos.
- Será importante que alguien se haga cargo del niño, lo acompañe y cubra las necesidades que su madre no puede realizar ahora.
- Hay que destacar que en el caso de los niños influirá mucho la forma en que los padres tomen la enfermedad, si lo transmiten como tragedia, la experiencia del niño será de tragedia.
- Para los niños es difícil afrontarlo ya que casi siempre la imagen de sus padres es de omnipotencia, de forma que contrastar esto con la enfermedad y vulnerabilidad de sus padres será difícil. Si la muerte es inminente en poco tiempo el niño lo identifica y puede ser un tema que le preocupe y angustie. Los padres deben tener cuidado en dar esperanzas, sin prometer.
- El enfado puede ser una respuesta natural a la frustración, al dolor y la pérdida. El niño se puede enojar con la madre por estar enferma, con los hermanos, con Dios, el destino y el mundo entero, ya que alguien debe tener la culpa de las cosas terribles que están pasando. En este caso se debe buscar que el enfado se exprese y no se quede guardado porque en el futuro dará lugar a resentimientos. El dolor, la tristeza, indefensión y regresión pueden

aparecer como respuesta al sentimiento de pérdida actual o futura. Estos sentimientos los pueden experimentar tanto la madre como el hijo.

La etapa de la *adolescencia* en el desarrollo tiene ciertas características que por si misma la hacen difícil; el joven esta adaptándose a su nuevo yo, a otro cuerpo, otro rol, otras actividades, esta en busca de identidad propia, tiene constantes cambios en su estado de animo y busca independencia. De forma que enfrentarse con la enfermedad de su madre lo puede hacer entrar en importantes conflictos, enojo, culpabilidad y sentimientos de abandono. El apoyo económico puede disminuir y si la madre es soltera crece la incertidumbre hacia el futuro. A pesar de que por la edad son más autosuficientes hay mayor inestabilidad emocional lo cual complica aún más la etapa y el proceso de cambio.

Cuando los hijos son *adultos* es más probable que se de menos apoyo a la madre, debido a que en esta edad los hijos están más ocupados en sus propias vidas y más cuando están casados y deben cubrir otras necesidades. Pueden estar al pendiente, pero no siempre se comprometen. Este apoyo parcial en la madre también tiene un efecto negativo provocando sentimientos de soledad y puede sentirse como una carga.

3.3.2 Los amigos.

Para la paciente con cáncer es importante contar con amigos que le puedan brindar apoyo emocional y físico (cuidar a los niños, hacer de comer, etc). Sin embargo puede ser un poco estresante para ambas partes saber que hacer, decir o esperar por lo que es importante que se procure que no haya muchos cambios, es decir, tratarla como antes, buscar más temas y no enfocarse en la enfermedad, tratar de seguir compartiendo lo cotidiano. Asimismo es importante prepararse para los posibles cambios con la finalidad de no hacerlos evidentes en su momento (ver deteriorado el estado físico, cansadas, etc) y generar incomodidad.

3.3.3 Reacciones en la Pareja.

Hemos hablado de las emociones que se ven alteradas como lo es el sentido del humor, mayor irritabilidad, etc., lo cual puede provocar que surjan discusiones. Por ejemplo la paciente expresa sus sentimientos de enojo y miedo a través de hostilidad y la pareja lo toma como algo personal y se ofende aunque en realidad el enojo no es con él. El esposo incluso se siente preocupado por apoyar y ayudar de forma que el comportamiento y actitudes de la

paciente lo lastiman y desorientan; pero lo que sucede es que no hay la comunicación adecuada. Puede incluso surgir distanciamiento, pero fundamentado quizá en la ansiedad y temor de no saber que hacer o como actuar. Igualmente la pareja puede estar reaccionando de forma similar a la persona enferma: con desesperación e irritabilidad por el hecho en sí de la enfermedad y no en contra de la paciente. Lo que sucede es que esta situación es nueva e implica cambios en su estilo y calidad de vida, ya que significa asumir otras responsabilidades como las tareas domésticas, el cuidado de los hijos, la esposa (enferma) y las que siempre le han correspondido. De manera similar su forma de expresarlo no es la más correcta y a su vez puede estar generando en la paciente molestia o tristeza. Otra posible razón es que él puede actuar indiferente porque se siente agobiado e incapaz de afrontar los acontecimientos y ser esta la razón por la que permanece distante. La pareja o persona más cercana (a veces llamada el cuidador primario) puede incluso somatizar los problemas presentando: problemas para dormir, pérdida del apetito, problemas de concentración, dolores de cabeza, fatiga o cansancio.

Según Lichtman y Taylor (en Haber, 2000) el proceso es sumamente difícil de afrontar y más cuando hay muchos y diferentes elementos que lo agravan de tal forma que con el paso del tiempo y según la evolución en algún momento ese cuidador primario piensa o desea el desenlace o muerte de su esposa. Estos sentimientos pueden estar generados por la ansiedad y el estrés; sin embargo no por ello le pueden dejar de producir culpa y malestar emocional. Este es un aspecto natural que necesita atención profesional, que le ayudaría a aceptar sus propios sentimientos y reacciones sin que lo hagan sentir mal, el insistir en negarlas en cambio si puede desgastarlo aún más. Debemos tener en cuenta que el cónyuge es la persona con quien se comparten los ideales, las metas, los proyectos, etc, es decir, es una persona muy importante y no es nada fácil encontrarse ante tantos cambios repentinos y las formas en las que podría reaccionar la pareja son infinitas. Cada persona involucrada vive un proceso único y diferente.

3.3.4 Impacto en la Sexualidad

Hemos mencionado ya, las múltiples formas en que se afecta la vida de las pacientes con cáncer y el área de la sexualidad no es la excepción.

La sexualidad es una función compleja que involucra los aspectos físico, psicológico, interpersonal y del comportamiento de un individuo. Es importante reconocer que un

funcionamiento sexual "normal" cubre una amplia gama de factores. A fin de cuentas, la sexualidad la define cada paciente y su pareja de acuerdo con la edad, el sexo, las actitudes personales y los valores religiosos y culturales (NCI, 2003).

Síntomas y consecuencias de la enfermedad así como los factores psicológico (creencias, impacto emocional, motivaciones y afrontamiento) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual. La propia aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que sufre. La sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma, aun en estadios terminales y aunque disminuya el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico que puede adoptar diversas modalidades de presentación. Especialmente en mujeres en ocasiones se desarrolla aversión a la actividad sexual (Grau y Chacón, 2000).

Las alteraciones que se presentan pueden tener una base física o psicológica. Tanto los factores físicos como los psicológicos contribuyen a la aparición de disfunciones sexuales, resultado de los efectos del tratamiento del cáncer, la fatiga y el dolor. A continuación se hace una revisión de los diferentes factores:

Efecto de los tratamientos sobre la sexualidad:

1. La cirugía

Andersen (citado por Baidar et.al. 2000) menciona que las mujeres sometidas a cirugía para extirpar el útero, los ovarios, la vejiga u otro órgano en el abdomen o la pelvis pueden padecer dolor y pérdida de la función sexual dependiendo de la cantidad de tejido u órgano que se haya retirado. La histerectomía radical, método para el control de la enfermedad, ha demostrado producir significativos cambios en la sexualidad produce el acortamiento de la vagina lo que puede contribuir a que la mujer sienta que su vagina es muy corta para tener relaciones sexuales. A su vez el trastorno vascular y nervioso en el área pélvica puede generar pérdida de la sensibilidad y trastornos para experimentar el orgasmo.

La reconstrucción vaginal a algunas mujeres les permite mantener su vida sexual activa. Aun así, muchas dificultades quedan, incluyendo problemas por las características físicas de la

nueva vagina (dificultad para la excitación, el orgasmo, dispareunia o sangrado por el coito) (Baider et. al. 2000).

2. La quimioterapia

Esta se asocia con la pérdida del deseo y la reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales en hombre y mujeres. Los efectos secundarios (nauseas, vómito, toxicidad en la vejiga y el riñón, diarrea, estreñimiento, mucositis, la pérdida o ganancia de peso y la pérdida de cabello) pueden afectar la apariencia física y hacerlas sentir poco atractivas. Además ocasiona resequedad vaginal, dolor en el coito y dificultad para el orgasmo. Aumenta el riesgo de padecer cáncer de ovario. Se suspende la producción de estrógenos que trae como consecuencia la pérdida de la elasticidad, encogimiento y adelgazamiento de la vagina, resequedad vaginal, bochornos, infecciones de las vías urinarias, cambios en el estado de ánimo, fatiga e irritabilidad. La alternativa de tratamiento es la restitución de estrógenos (Baider et.al. 2000, González, 1996, NCI,2003)

3. La radioterapia

De manera similar la radioterapia causa náusea, vómito, fatiga y contribuye a disminuir el deseo sexual. La radiación del área pélvica destruye la función ovárica e induce la sintomatología de la menopausia o premenopausia, causa atrofia vaginal, estenosis y ocasiona cambios en el revestimiento de la vagina que resultaran en un estrechamiento de esta y formación de fibrosis. El resultado es dolor durante el coito e infertilidad (Colmenares, Cebreiros y Pérez, 1996).

La radiación, junto con el tumor pueden generar el adelgazamiento del tejido entre la vagina y el recto o la vejiga dando lugar a una fistula que amerite una colostomía o hiliostomía, lo cual afecta la imagen corporal y de alguna forma tiene repercusión en el área sexual (DeVita, 2000).

La terapia con estrógenos puede ser el tratamiento que controle los síntomas de los bochornos y ayuda a cicatrizar el epitelio vaginal, así como el uso de un dilatador vaginal puede reducir o eliminar la fibrosis. De todas formas puede continuar y la dispareunia seguir ocurriendo (Baider et.al. 2000).

Otros factores que pueden contribuir a la disfunción sexual son los medicamentos contra el dolor, la depresión y los cambios en la imagen corporal después de la cirugía.

Por otra parte existen algunos mitos que pueden repercutir en el desgaste emocional de los pacientes y que afectan su tranquilidad y sexualidad como:

- Creer que su actividad sexual previa haya originado la enfermedad
- Continuar con actividad sexual después del tratamiento puede hacer que el cáncer vuelva
- Pueden contagiar a su compañero sexual
- Es un castigo por su actividad sexual (González, 1996; DeVita,2000)

El estrés que se produce como resultado del diagnóstico y el tratamiento puede empeorar los problemas ya existentes en la pareja y en la sexualidad. La paciente que cree en los mitos puede rechazar a su pareja o si es soltera deja de buscar la oportunidad de un compromiso por temor a que la otra persona se entere de su enfermedad y la rechace (González, 1996; Baider et.al. 2000; NCI,2003)

Por otro lado el envejecimiento a menudo se asocia con una disminución en el deseo sexual y el desempeño, el sexo puede ser importante para la calidad de vida de la persona mayor y la pérdida de la función sexual puede ser angustiante (NCI, 2003).

A diferencia de otros efectos secundarios físicos del tratamiento los problemas sexuales no se solucionan en los primeros dos años de supervivencia de la enfermedad, lo cual puede interferir con el regreso a la vida normal del matrimonio. La función sexual es un factor importante que le da calidad a la vida. Los pacientes deberían poder discutir sus problemas y preocupaciones sobre la función sexual con los médicos, y si estos no tienen la capacitación apropiada, remitirlos con un profesional capacitado sobre estos aspectos.

Muchas mujeres sienten temor o ansiedad sobre su primera experiencia sexual después del tratamiento. Esto puede hacer que eviten la intimidad con su pareja incluyendo las caricias. Las pacientes y sus parejas deben de hablar sobre sus miedos y preocupaciones. Poder comunicar abiertamente sus sentimientos (NCI, 2003).

El abordaje terapéutico necesitará siempre diferenciar los factores que en este caso están influyendo, para dar la solución más adecuada. Una forma de analizar los problemas es

revisando y comparándolos con lo que se considera el comportamiento sexual "normal" descrito por Masters y Jonhson en 1966.

1. El primer elemento de la respuesta sexual es *el deseo* y la forma en como influye es la siguiente:

- Influye principalmente el factor psicológico, ya que implica disminución de la libido por todos los demás factores que se conjugan (angustia por el diagnóstico, falta de control, posibilidades de curación)
- El cansancio de la rutina al tratamiento y el generado por este.
- Los efectos secundarios del tratamiento (hay que recordar que los efectos de la Rt continúan meses después de finalizado el tratamiento).
- El uso de tranquilizantes, opiáceos, antieméticos, mutilaciones que alteran el esquema corporal (colostomias).
- La pérdida del deseo puede deberse a que la enfermedad le recuerde traumas sexuales del pasado.

2. El segundo elemento es *la excitación*. Esta fase se puede caracterizar por ciertas reacciones en el cuerpo. En el caso de la mujer hay lubricación y flujo vaginal, la cual puede verse afectada por la radiación a la pelvis, cirugía y tratamiento hormonal que provoca atrofia vaginal.

La dificultad para la excitación en la mujer se corresponde con una menor dilatación y lubricación vaginal. Las dos causas físicas que provocan estas alteraciones son la menopausia precoz y la irradiación pélvica. La menopausia precoz puede ser mucho más severa que la que se produce naturalmente, y por ejemplo los bochornos pueden llegar a ser de tal intensidad que perturben el sueño y la vida diaria de las pacientes.

Por otra parte se produce menos lubricación y distensión vaginal. El resultado de todo este malestar suele ser la pérdida o disminución de la excitación durante las relaciones sexuales, aunque exista el deseo previo.

La Rt tiene efectos sobre la vagina originando fibrosis pélvica y disminución del flujo sanguíneo por daño vascular; a todo lo anterior se le pueden sumar factores psicológicos.

3. La tercera fase en las relaciones sexuales habituales es *el orgasmo*, y las manifestaciones físicas en la mujer son contracciones pélvicas por lo cual es fácil apreciar el cambio. Una vez que se recibió tratamiento en algunos casos parece ser que si es posible

llegar al orgasmo a diferencia del hombre, sin embargo requiere de mayor estimulación. La diversidad de áreas erógenas facilita que por diferentes maneras se pueda llegar al orgasmo.

Las alternativas de tratamiento son:

- o Terapia de reemplazo hormonal para la sintomatología de la menopausia siempre y cuando el tumor no sea hormonodependiente
- o Para la dispareunia se sugieren ejercicios que relajan la musculatura que rodea la entrada vaginal
- o El uso de lubricantes vaginales para la resequedad vaginal y falta de lubricación (Colmenarejo et al., 1996; Grau et al., 2000).

Es importante que el médico proporcione información respecto a esta área. Lo ideal sería hablar con la pareja y tener datos comparativos del antes y después del tratamiento porque algunas de las disfunciones podrían existir desde antes y es preciso discernir si es consecuencia del tratamiento o no para dar un mejor manejo.

3.4 Aspectos Socioculturales.

Ferreiro (en Barreto, 1998) habla de que para prevenir la enfermedad o promover la salud, es necesario analizar los factores que influyen para que una persona reciba atención médica, ya que como se sabe, el cáncer ginecológico es una de las enfermedades que podría tener mejores resultados si se atendiera en una etapa temprana y no cuando la enfermedad esta muy avanzada.

Y menciona como primer eslabón en la cadena a Rodríguez-Marin en 1994 que define "conducta de salud" a cualquier comportamiento preventivo de la enfermedad o promoción de la salud, sea cual fuere la condición actual del sujeto. Sarafino en el mismo año denominó a aquel comportamiento que aumenta la probabilidad de que una persona enferme, como "conducta de riesgo" y se incluyen por ejemplo: prácticas como el consumo de tabaco, ingesta de alcohol, uso de drogas, etc. Y alternativamente Matarazzo en 1984 denomina "conducta de salud" a los comportamientos que disminuyen el riesgo de que alguien llegue a enfermar, incluyendo el abandono de conductas de riesgo o que permitan la detección precoz de trastornos asintomáticos en personas "sanas", como lo es desayunar, dormir, hacer ejercicio, ir al ginecólogo y al urólogo.

Habiendo hecho la diferenciación; a continuación se hará referencia a algunos de los factores que pueden convertirse en obstáculos para no llevarlas a cabo las "conductas de salud".

1) Obstáculos actitudinales y culturales.

Hay valores y actitudes premiados socialmente y que son incompatibles con conductas de salud, ejemplo de ello es el éxito profesional, la comodidad, el placer, la aceptación del grupo y la diversión.

Levine y Soren-Son (citados en Barreto, 1998) mencionan las actitudes que limitan la promoción de salud destacando:

- a) la actitud fatalista "de algo he que morir"
- b) la actitud que equipara los malos hábitos a la calidad de vida "mas vale vivir poco pero vivir bien"
- c) La actitud favorable a la tecnología medica.

2) Obstáculos socio-económicos.

Bloom compara como la falta de recursos limita las posibilidades de los sujetos para poner en marcha conductas saludables a diferencia de las clases en las que se mantienen conductas de riesgo por "moda" (Ferreiro, en Barreto et.al. 1998).

3) Obstáculos relativos a la propia naturaleza de las conductas de riesgo.

Hay ciertas características que por su naturaleza dificultan los resultados por ejemplo, hay conductas o hábitos indeseables (uso de tabaco, alcohol, drogas, alimentos ricos en grasas, relaciones sexuales sin protección, etc) que sin embargo dan al individuo una gratificación inmediata a diferencia de conductas saludables que tiene consecuencias inmediatas aversivas como el hacer ejercicio.

4) Obstáculos dentro del mismo Sistema Sanitario.

Por políticas, presupuesto o intereses, los recursos destinados a la salud pueden ser insuficientes de manera que el problema de salud no sea atendido como asunto prioritario. Por investigaciones se han dado a conocer que factores podrían hacer más o menos probables las conductas de salud y entre esos factores están:

a) aspectos sociodemográficos- variables como el nivel de ingresos económicos, la educación superior, el sexo femenino, la carencia de la familia extensa y la poca accesibilidad al sistema sanitario.

b) contexto social inmediato- las personas cercanas (especialmente en la infancia) el grupo de amigos, los procesos educativos determinan la conducta de salud y los comportamientos de riesgo que no son evitados.

c) elementos situacionales- La evaluación de la situación puede hacer que el individuo adopte comportamientos de salud o viceversa, por ejemplo el estrés generado por la falta de recursos económicos, eventos vitales (muerte de alguien cercano), matrimonio, etc, determinaran o darán pauta para el comportamiento a elegir.

5) Factores cognitivos

Las variables cognitivas como el pensamiento, creencias, actitudes y procesos de valoración son los que determinan los comportamientos (Ferreiro en Barreto et.al. 1996).

El nivel socioeconómico parece ser un importante factor que influye en el cáncer, ya que en las personas de clase social baja se produce una detección más tardía, los hábitos de autoexamen y revisiones periódicas son menores; así como parece darse mayor número de hábitos de riesgo. El estrés también puede ser un factor determinante en el inicio o curso del cáncer a través de la interferencia con hábitos de conducta saludables, ya que puede suceder que bajo los efectos del estrés las personas lleven a cabo conductas como fumar, beber, patrones de alimentación inadecuados, trastornos de sueño, abandono del ejercicio regular, etc, conductas que son altamente perjudiciales (Buceta y Bueno, 1996).

A su vez la Organización Mundial de la Salud, a través de su agencia internacional de Investigación sobre el cáncer, en 1997 publica "*Social Inequalities and Cancer*" en donde se tratan entre otros los siguientes puntos: diferencias socioeconómicas en la sobrevida al cáncer, factores reproductivos, comportamiento sexual, factores ambientales, screening y factores socioeconómicos. A continuación se desglosan:

A nivel mundial las *diferencias socioeconómicas* se reflejan en las condiciones sanitarias. La importancia del factor económico puede verse reflejado en la oportuna detección y tratamiento del cáncer, lo cual a su vez se refleja en la sobrevida. Los pacientes de bajos recursos económicos tienen considerablemente menos posibilidades de sobrevivir comparada a alguien con recursos.

En el *aspecto reproductivo* también hay diferencias, por ej. Las mujeres de clase alta y con más educación tienen menos hijos, su primer hijo lo tienen no tan jóvenes y lo amamantan

poco tiempo. Estas diferencias varían de acuerdo al país y al nivel económico. El comportamiento sexual de hombres y mujeres es diferente según el desarrollo industrial del país. El cáncer cervical es el tipo más ligado con el comportamiento sexual, es el más común en las mujeres de clase baja y asociado con múltiples parejas sexuales que tienen su primer contacto sexual a edad temprana. Aunque el índice de mortalidad se reduce con el uso de métodos de screening.

El *Virus del Papiloma Humano* (VPH) ha mostrado ser el principal agente biológico que causa el cáncer cervical. Y es el comportamiento sexual de los hombres (particularmente el contacto con prostitutas) el cual puede contribuir mayormente a incrementar el índice de VPH entre la pobreza; el comportamiento sexual es una de las variables que pueden afectar, sin embargo se necesitan estudios más detallados y específicos (DeVita, 2000)

La exposición a una variedad de *factores ambientales* está asociado con la ocurrencia de cáncer. La fuerte contaminación ambiental ha sido asociada con un incremento en el riesgo de padecer algún cáncer y la evidencia limitada sugiere que los individuos de clase baja están más expuestos a altos niveles de contaminación, cosa que no ocurre en las personas de clase alta, debido a que es común que los países desarrollados lleven sus plantas de fertilizantes y químicos a los países y zonas pobres haciendo que esta gente sufra las consecuencias (DeVita, 2000)

La participación en los *métodos de tamizaje* ha mostrado depender del nivel educativo y tipo de servicio de salud. Las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienden a participar menos en los programas; lo cual cambia cuando se promueve la cultura y ayuda económica en los barrios pobres, además de ofrecer apoyo social. En países desarrollados y en vías de desarrollo las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienen mayor riesgo de cáncer cervical y menor práctica del Papanicolao (Pap).

La incidencia de cáncer según la clase social puede ser explicada por el conocimiento de los factores de riesgo. El principal factor asociado con la pobre supervivencia en los pacientes con cáncer de bajos ingresos es el estadio del cáncer al momento del diagnóstico; lo cual puede en parte atribuirse al no usar los métodos de screening. Estudiar la magnitud de las diferencias socioeconómicas y los factores de riesgo en la ocurrencia de estas diferencias nos da valiosa información de la prevención en la salud y la inequidad. Al mismo tiempo, no hay

suficiente evidencia para discriminar entre factores socioeconómicos, la distribución social y factores de riesgo específicos de cáncer (Salinas, 2000).

3.4 Trastornos Psicológicos asociados a la enfermedad

La depresión y ansiedad son los padecimientos más frecuentes en el enfermo con cáncer, presentándose en el 82% de los pacientes. La ansiedad puede definirse como el temor a algo no bien definido, a una amenaza flotante, a algo desconocido. También se le llama angustia. La depresión es un trastorno del estado afectivo, en el cual el impulso vital se dirige hacia abajo, hay falta de interés y de motivación, el mundo externo parece no importar y aparecen ideas desesperanzadoras y de minusvalía (González-Avila, 2001).

Hemos hablado ya del impacto que conlleva el solo hecho de nombrar al cáncer y la serie de miedos que implica la confirmación del diagnóstico por el número infinito de factores que implica en la propia vida y en la de todas las personas cercanas.

El cáncer es una enfermedad que puede manifestarse de diversas formas y es fácil de comprender o imaginar el nivel de ansiedad que pueden alcanzar estos pacientes debido a lo misterioso, maligno, desconocido y amenazante que se percibe de pronto ser diagnosticado con cáncer. Hay una mezcla incontrolada de pensamientos, miedos o temores como los siguientes:

1. Temor a la muerte. Recordemos que cáncer generalmente es sinónimo de muerte y el deseo de seguir viviendo hace que el paciente se sienta atemorizado por ver el final de su vida "más claro".
2. Temor a lo avanzado de la enfermedad. El Cáncer además se asocia con enfermo terminal, que implica enfermedad avanzada, lo que implica metástasis, lo cual genera ideas en la persona como "el cáncer retoña", "puede volver en otra parte" o "el cáncer nunca se quita y siempre regresa".
3. Temor a quedar mutilado o desfigurado. Específicamente el CaCu no es visible, sin embargo si este tumor compromete el recto o la vejiga puede provocar fistulas y generar así la necesidad de colostomias y este procedimiento si tiene una repercusión física desagradable para la paciente.

4. Temor a estar hospitalizado. Ya que implica estar lejos de la casa, de lo que se conoce, de la familia y estar expuesto directa o indirectamente a escenas hospitalarias (ver otros pacientes en condiciones similares o peores en el estado de salud).
5. Temor a quedar invalido. En si la enfermedad puede causar la amputación de alguna extremidad o parte del cuerpo como tal, pero también se sienten inválidos al pensar que con el desgaste dependerán de los familiares para cubrir sus necesidades básicas.
6. Temor a las deudas. Por si fuera poco el cáncer es una enfermedad cuyo tratamiento es costoso, lo cual genera ansiedad debido a la prolongada estancia hospitalaria, el sostén de los demás miembros de la familia, así como las deudas acumuladas, todo lo anterior provoca preocupación para las personas implicadas.
7. Temor al dolor. El dolor agudo e incapacitante también esta asociado al cáncer, como característica de la gravedad asociada.

Cada una de estas situaciones constituyen una fuente de desesperanza, angustia y depresión que producen el reajuste emocional que vive el individuo ante el diagnóstico de cáncer (González-Avila, 2001). Existen además factores que se combinan en diferente grado a esta condición y conducen a un círculo vicioso, donde una idea genera otra y hace que se agraven ciertas alteraciones psicológicas, sin embargo: la personalidad de la paciente, las experiencias similares con amigos o familiares, la presencia de enfermedad psicológica o psiquiátrica previa, enfermedades concomitantes, el ambiente familiar, el ambiente social y laboral y la relación que surja entre el paciente y el equipo de salud se conjugaran dando como resultado el afrontamiento a la enfermedad.

El malestar emocional es una respuesta normal al acontecimiento catastrófico que representa un diagnóstico de cáncer. Las investigaciones han demostrado que aproximadamente la mitad de los pacientes con un diagnóstico de cáncer se adaptan de forma adecuada. La otra mitad presenta síntomas psiquiátricos y aproximadamente dos tercios presentan un trastorno adaptativo, con humor deprimido o ansioso. Un pequeño porcentaje presenta depresión mayor y algunos pacientes tienen problemas psiquiátricos preexistentes (depresión, ansiedad o de personalidad) (Navarro, 1996).

Problemas emocionales

Además de la amenaza y pérdidas que causa el cáncer en la vida de las personas, pueden existir otros eventos y dificultades no directamente conectadas con el cáncer que intensifican el malestar y probablemente den lugar a que se presente un cuadro de depresión o ansiedad.

Según Barraclough (1999) opina que más del 50% de los pacientes en algún momento reporta sentir síntomas de depresión, pero solo 10-20% tiene un diagnóstico de depresión definido. Muchos de los pacientes atraviesan un periodo de pérdida del humor después de conocer su diagnóstico o en reacción al progreso de la enfermedad. Esto es normal en un estado o proceso de ajuste y podría ser mejor o más realista aceptar en este periodo de tiempo la tristeza o duelo como términos que el término de depresión.

La depresión no puede ser puesta siempre bajo la simple explicación de estrés psicológico por tener cáncer. Otros eventos difíciles en la vida (por ejemplo un divorcio, problemas maritales, la pérdida de alguien querido) pueden contribuir. Algunos pacientes tienen mayor vulnerabilidad a caer en depresión, por su historia de vida pasada. La depresión tiene síntomas físicos (pérdida de peso, anorexia, insomnio, cansancio, dolor) y mentales (mal humor, irritabilidad, sentimiento de culpa, pérdida de interés, poca concentración). Pero los mismos síntomas pueden ser causados por el propio cáncer, lo que limita en ocasiones el diagnóstico de depresión. Algunos pacientes mienten al decir que no están deprimidos, pero responden bien a los antidepresivos y el punto es que pacientes que no lo aceptan comienzan a solicitar más medicamentos porque reportan un inexplicable dolor. En otras ocasiones los pacientes deprimidos pueden malinterpretar sus síntomas y resignificar su estado como un deterioro de salud provocado por la evolución de su enfermedad, como la quimioterapia que puede causar síntomas depresivos. Muchos pacientes dicen no tener suficiente información acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico y reportan sentirse insatisfechos con los médicos, lo cual en algunos casos es reflejo de la propia depresión (Barraclough, 1999).

Los pacientes deberían saber que la depresión es comprensible como una respuesta al cáncer y la expresión de sus sentimientos negativos acerca de estar enfermo puede formar parte de un espíritu de lucha. Algunos pacientes necesitan trabajar en darse

cuenta si el estado depresivo lo tenían desde antes, para comenzar un nuevo estilo de afrontamiento, más constructivo.

De igual forma Barraclough (1999) menciona que la ansiedad en cierto grado también puede ser entendible y solo en casos extremos merece tratamiento con psicofármacos. Alrededor del tiempo que se da el diagnóstico, la mayoría de los pacientes empiezan a experimentar ansiedad. Esta puede verse y se exacerbada cuando el diagnóstico es confirmado. Algunos pacientes sufren más ansiedad de la que podrían esperar, porque quieren protegerse de las malas noticias de la enfermedad. Los pacientes ansiosos y depresivos tienden a selectivamente recordar solo los más amenazadores aspectos de cualquier información que se les da.

Cuando la ansiedad se desarrolla sin una razón aparente o persiste por largos periodos de tiempo después de que la causa ha pasado, puede ser diagnosticada como un desorden de ansiedad. Los síntomas físicos (Irritabilidad, insomnio, sensación de no descansar, preocupación) y mentales (dificultad para respirara, agitación, tensión muscular, palpitaciones, dolor de cabeza, náusea, diarrea, sudoraciones) en algunos pacientes hay una combinación y uno exacerbaban a otros desarrollando un círculo vicioso (Barraclough, 1999)..

La ansiedad puede estar presente la mayoría del tiempo o únicamente presentarse como ataques de pánico. Algunos pacientes sufren ansiedad flotante, la cual no es debe a alguna causa en particular, por ejemplo esto aplicado en los pacientes con cáncer se explica en un temor a la enfermedad, a que progrese o miedo a estar solo a media noche y llegue a la muerte. Reconocer la ansiedad y hablar de ella es una parte importante del manejo, esto puede ayudar a disminuir los síntomas, por ejemplo disminuir los dolores de cabeza si se explica el proceso de la tensión muscular, en lugar de pensar que tiene un tumor en la cabeza.

Las técnicas psicológicas (relajación, desensibilización, reestructuración cognitiva y examinar las creencias) pueden ser muy efectivas.

3.4 Alternativas de tratamiento.

Al revisar los trastornos es importante además hacer mención de las alternativas de tratamiento que en función de la experiencia clínica con los pacientes con cáncer pueden realizarse. A continuación se mencionan de manera muy teórica y específica, en el anexo se retoman algunas de estas de manera más práctica.

1. Los Psicofármacos.

Según Ramírez (2000) el uso de psicofármacos esta dirigido al alivio o paliación de síntomas.

Los síntomas pueden agruparse principalmente por causas, en tres apartados:

- o Síntomas debidos a sufrimiento en las áreas personal, social y espiritual.
- o Síntomas debidos al tratamiento oncológico
- o Síntomas debidos a enfermedad.

Los síntomas susceptibles de tratamiento psicofarmacológico son principalmente: el dolor, el delirium, la depresión, la ansiedad, insomnio, la nausea y el vomito, la disnea y la caquexia.

Se deben revisar periódica y frecuentemente el estado del enfermo, ya que los síntomas pueden variar en intensidad, desaparecer o aparecer otros nuevos, siendo necesario en muchas ocasiones el cambio de dosis o tipo de fármacos, debido a aparición de efectos secundarios o de interacciones medicamentosas (Ramírez, 2000).

2. De acuerdo a DeVita (2000) **las intervenciones psicoterapéuticas** incluyen los enfoques en las diferentes modalidades:

- Individual. Generalmente el psicólogo brinda más confianza y atención que el médico oncólogo y además brinda tranquilidad al aclarar aspectos colaterales del tratamiento al dar informes de procedimientos hospitalarios. Ayuda al paciente a explorar temas vitales respecto a su situación actual y con respecto a su familia, su vida laboral, emocional, etc.

- Pareja. Cuando la relación de pareja a sido fuerte, los pacientes pueden esperar seguir contando con cariño y apoyo; sin embargo pueden surgir diferencias producto del diagnóstico del cáncer, problemas económicos, cambio en el trato por miedo al contagio, problemas sexuales, etc.

- Familia. En ocasiones los familiares están más estresados que el propio paciente. Es importante brindar atención al familiar que sustenta el principal apoyo del paciente. La enfermedad impacta a cada uno de los miembros que componen la familia.

- Grupo. Esta opción les puede permitir a las pacientes recibir apoyo de otras pacientes que han experimentado y superado problemas similares. La participación en estos grupos puede disminuir el sentimiento de aislamiento y mostrar la forma de adaptarse a la enfermedad.

En los anteriores se puede hacer uso de las distintas técnicas:

3. Desensibilización Sistemática (DS).

Esta técnica se utiliza para tratar fobias o miedos intensos. Aquí las personas aprenden primero a inducir un estado de relajación corporal, para lo cual aprenden a relajar sus músculos. Luego, mientras se encuentran en un estado relajado, son expuestos a los estímulos que provocan ansiedad. Se le pide a la persona a la que se va a aplicar el procedimiento que describa las situaciones a las que teme. Luego empezando con la situación que produce menos ansiedad, la persona visualiza de manera alternada esas situaciones y se relaja. Gradualmente el individuo aprende a relajarse mientras imagina situaciones que son cada vez más amenazadoras (Barón, 1996). Esta técnica es útil y necesaria en las pacientes sometidas a braquiterapia, como las del estudio, ya que hay personas que presentan fuertes miedos que interfieren con este tratamiento como: ser internada y permanecer en una habitación cerrada de 3 a 5 días sin ver a familiares o tener que ser trasladada en elevador.

4. Reestructuración Cognoscitiva.

El objetivo fundamental es identificar los pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más adaptativos que generen emociones positivas y conductas de afrontamiento más adecuadas.

El terapeuta ayuda al paciente a revisar sus creencias y expectativas irracionales y a desarrollar formas más racionales de considerar su vida. Durante las sesiones de terapia se hace énfasis en la manera como las frases irracionales que las personas se dicen a sí

mismas pueden afectar sus emociones y su conducta. Por medio de la reestructuración cognoscitiva, las personas desarrollan valoraciones más realistas de sí mismas y de los demás (Cancio, 2000).

Cuando las pacientes serán Internadas, generalmente tienen una serie de pensamientos como: no regresaré a mi casa nunca más porque moriré o porque no despertaré de la anestesia, el tratamiento me provocará un gran dolor o la radioterapia me va a quemar (o perforar), etc. Razón por la cual es muy importante trabajar esas creencias.

5. Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación pueden utilizarse para mejorar la salud y aumentar la confianza del enfermo en sí mismo porque requiere únicamente de su compromiso es un recurso propio, no necesita de instrumentos, medicamentos o pagar consulta. Puede ser utilizada como alternativa contra el dolor, el insomnio, la hipertensión, problemas cardiacos, miedos intensos, dolor de cabeza por tensión, ansiedad general, etc.

La relajación tiene diversas modalidades, las más comunes son:

- Respiración Diafragmática. Se enseña en que consiste en una respiración completa, lo cual permite una mejor oxigenación y relajación natural.
- Imaginería. Esta técnica se basa en la capacidad de la persona de reproducir imágenes mentales asociadas a una situación agradable, ya sea por evocación del propio individuo o por medio de frases dirigidas.
- Relajación Autógena. Se basa en la sugestión de frases sobre sensaciones corporales que hagan referencia a color, pesadez, ligereza o ritmo respiratorio.
- Relajación Muscular Progresiva. Consiste en ejercicios de tensar y relajar los diferentes grupos musculares con lo cual se consigue que la persona aprenda a identificar las zonas en las que acumula tensión y por lo tanto una vez identificándolo se pueda relajar (Grau y Chacón, 2000).

Las pacientes generalmente temen a los efectos del tratamiento y presentan insomnio por enfocar toda su atención a su enfermedad, por lo que resulta necesario enseñarles a desarrollar habilidades que les permitan enfrentar de forma diferente sus dificultades.

6. Solución de Problemas

Proceso a través del cuál la persona trata de identificar, descubrir o inventar medios efectivos para manejar los problemas. El individuo aprende a trabajar sistemáticamente a través de una serie de pasos para analizar un problema (AECC, 1997). Los pasos son los siguientes: definir el problema, perfilar la respuesta, buscar alternativas, analizar consecuencias y escoger la alternativa.

Las pacientes suelen enfocarse únicamente en los aspectos negativos y repasarlos incasablemente sin intentar mirar el problema desde otro ángulo y esta técnica puede brindar beneficios considerables.

4. Método

4.1 Planteamiento del problema

El cáncer cérvico uterino es la primer causa de muerte en las mujeres mexicanas (RHNM, 2000) el cual a pesar de contar con un método de detección temprana la mayoría de los casos siguen siendo diagnosticados en etapas clínicas avanzadas, lo que influye en los resultados afectando a mujeres que se encuentran en la etapa más productiva de su vida. Igualmente los aspectos culturales y económicos juegan un papel importante repercutiendo en el estado emocional de las pacientes. Sumado a lo anterior los efectos secundarios del tratamiento y el propio impacto de la enfermedad afecta, médica y emocionalmente a estas mujeres durante un periodo de tiempo prolongado generando cuadros de ansiedad y/o depresión; sin embargo, se sabe que, independientemente de los acontecimientos las personas cuentan con recursos que de alguna forma le ayudan a salir adelante. Por lo anterior, nos interesa conocer más acerca de estas mujeres y su enfermedad, cómo repercuten en ellas todos los factores del propio padecimiento y sus características psicológicas en su estilo de afrontamiento de tal forma que surge la siguiente pregunta de investigación.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles, tipo de ansiedad y el tipo de afrontamiento de las pacientes con cáncer cérvico uterino, así como si existe relación entre las variables estudiadas?

4.3 Hipótesis

Hi Existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad cognitiva y ansiedad somática.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad cognitiva y ansiedad somática.

Hi Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y el afrontamiento.

Ho No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y el afrontamiento.

Hi Existen diferencias estadísticamente significativas entre el afrontamiento dirigido a la regulación emocional y el dirigido a la solución de problemas.

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas entre el afrontamiento dirigido a la regulación emocional y el dirigido a la solución de problemas.

4.4. Variables

Variable independiente

- Pacientes con cáncer cérvico uterino

Variable dependiente

- Estilos de afrontamiento
- Ansiedad

4.5 Definición conceptual

- Estilos de afrontamiento: Procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y /o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

4.6 Definición operacional

- a) Los estilos de afrontamiento se evaluaron aplicando el Cuestionario Modos de Afrontamiento (versión revisada en castellano) de Lazarus y Folkman, consta de 50 ítems con respuestas dicotómicas. Enuncia las estrategias de afrontamiento ante las cuales el sujeto debe responder si las ha utilizado o no en una situación específica. Evalúa el afrontamiento como proceso, por medio de pensamientos, sentimientos y actos específicos.

- b) La evaluación de la ansiedad se llevó a cabo a través del Cuestionario de Ansiedad Cognitiva – Somática, escala diseñada por Schwartz, Davidson y Goleman y validada por Zanatta, Bonilla y Trejo (2003). Esta compuesta por 14 reactivos tipo Likert, de los cuales siete miden reacciones cognitivas y siete reacciones somáticas.

4.7 Tipo de estudio

De acuerdo con Kerlinger (1998) el tipo de estudio del presente trabajo es exploratorio, descriptivo y correlacional.

Exploratorio, ya que los Estilos de Afrontamiento han sido poco estudiados en mujeres con cáncer cérvico uterino.

Descriptivo, por que se busca describir la evaluación de diversos aspectos como la ansiedad y los estilos de afrontamiento en pacientes oncológicos.

Correlacional, para buscar la relación que existe entre las variables que se manejaron (estilos de afrontamiento, ansiedad).

4.8 Tipo de diseño

De acuerdo con Hernández (1999) el tipo de diseño fue transversal-correlacional, ya que los datos se recolectaron en un solo momento y su propósito fue describir la relación entre las variables.

4.9 Tipo de muestra

La muestra conformada por las 45 pacientes de esta investigación fue propositiva no probabilística por cuota, puesto que ésta se conformó únicamente con las personas programadas para el tratamiento de braquiterapia en un lapso determinado y además se les preguntó si deseaban colaborar en el estudio.

4.10 Instrumentos

- Cuestionario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (versión revisada), 1985. Consta de 50 ítems con opciones de respuestas dicotómica. El instrumento permite hacer dos niveles de análisis, el primero a través de las dos subescalas (enfocada a la regulación emocional y la solución de problemas) y el segundo de acuerdo a las 8 estrategias que marca el instrumento.
- Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva-Somática de Schwartz, Davidson y Goleman. El cuestionario es un instrumento sensible que mide ansiedad de dos tipos: cognoscitiva y somática. Consta de 14 reactivos de los cuales siete corresponden al nivel cognoscitivo (nones) y siete al nivel somático (pares). Consta de cinco formas de evaluación que van desde nada, a bastante, con rango de calificación de uno a cinco y usando cero para aquellas que no hayan sido contestadas. Se sacan los totales sumando las cognoscitivas por separado de las somáticas.
- Cuestionario Sociodemográfico, que tuvo el fin de conocer las características de la población.

4.11 Escenario

El lugar donde se llevó a cabo la evaluación de las pacientes fue la sala de juntas del Servicio de Radioterapia del Instituto Nacional de Cancerología de México.

4.12 Procedimiento

Las personas fueron canalizadas del servicio médico, en el cual se les invitó a pasar a la sala de juntas y una vez ahí se les explicó en que consistía la investigación y de que forma podrían participar, cabe mencionar que dicha aplicación se realizó por grupos de número variable (el grupo mayor fue de 4 pacientes) a aquellas personas que aceptaron como primer paso se les entregó el formato del consentimiento debidamente informado que hizo constar que su participación fue voluntaria. Es importante mencionar que las instrucciones y preguntas se leían en voz alta, ya que no todas las personas sabían leer y en algunos casos se les ayudo a contestar. Posteriormente se inició la

aplicación propiamente dicha, con el cuestionario de Modos de Afrontamiento para el cual las instrucciones fueron las siguientes:

" Lea cada una de las afirmaciones que se indican a continuación. Cada una de ellas describe formas de actuar frente a los problemas. Piense en su enfermedad y lo que implica y marque con una "X" la opción que describa mejor su caso"

el tercer paso consistió en contestar el cuestionario de Ansiedad Cognitiva y Somática, en este caso las instrucciones fueron:

"A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando enfrenta situaciones de la vida que se tornan conflictivas. Lea con cuidado y procure identificar con una "X" el grado en que han aparecido estas reacciones en usted a partir de conocer su diagnóstico de cáncer".

Y finalmente se les pidió que contestarán el cuestionario que recabó sus datos sociodemográficos. Para todos los instrumentos se dio tiempo libre, aunque en promedio tardaban 20 minutos en total. Para revisión de los instrumentos ver anexo.

Cabe señalar que posteriormente a la aplicación de los instrumentos, con la finalidad de agradecer la participación de las pacientes se practicaba un ejercicio de relajación, el cual se menciona en el anexo 2.

4.13 Tratamiento estadístico

El tratamiento estadístico se llevó a cabo utilizando el programa Statistical Program for Social Science (SPSS) para windows versión 11.0. Dicho tratamiento fue a nivel descriptivo e inferencial. Este último a través de la prueba Wilcoxon para buscar diferencias y el coeficiente de correlación de Spearman y Pearson para buscar relación entre las variables.

5. RESULTADOS

Con la intención de presentar de forma clara y sencilla los datos, se procedió a realizar inicialmente un análisis descriptivo de la muestra. Al respecto se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales se presentaran en las gráficas 1 a la 10 y en la tabla # 1.

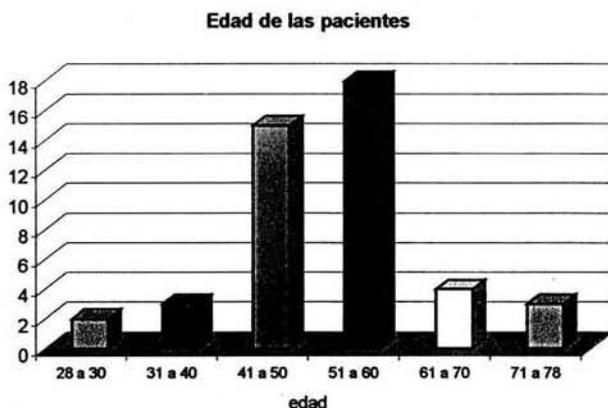
En las gráficas 11 a 14, se muestran los datos que en la literatura se mencionan como factores de riesgo para desarrollar cáncer cérvico-uterino. Aquí se recolectaron con la finalidad de ver si esto se cumplía en la muestra.

En las tablas 2 a 14, se muestran los resultados estadísticos de los procedimientos realizados en el análisis de datos. Así mismo en las gráficas 15 a 17 se muestran las medias obtenidas en las variables estudiadas.

Posteriormente en los cuadros 1 al 4 se muestran los análisis descriptivos realizados con los reactivos y subescalas de Ansiedad y Afrontamiento. Finalmente en la se presenta la Discusión y Conclusión del presente trabajo.

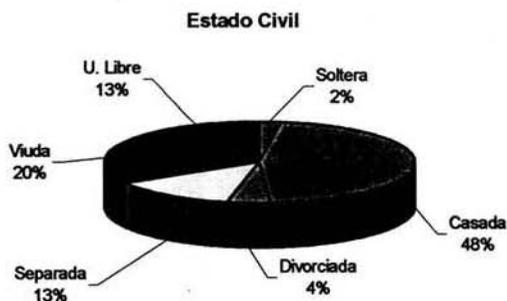
5. RESULTADOS

En la gráfica # 1 puede observarse que el grupo de edad de la muestra se distribuyó de 28 a 78 años, siendo la media de 51 años. Y el mayor número de sujetos se ubicó en el intervalo de 51 a 60 años con un 40%.



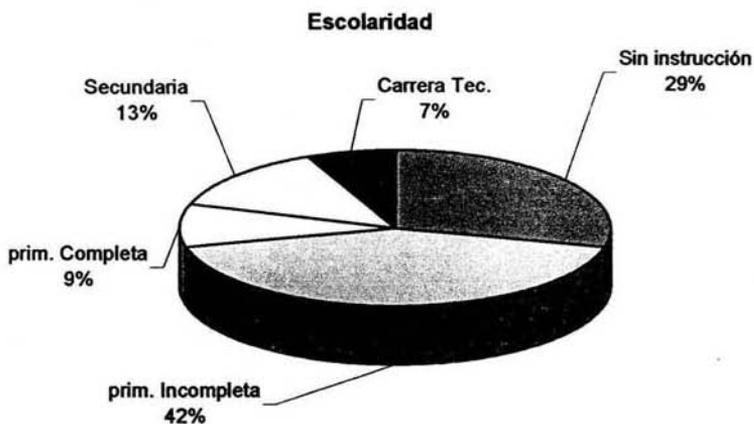
Gráfica # 1

Con respecto al estado civil de las pacientes, en la gráfica #2 se observó que el 48% eran casadas y el 13% vivían en unión libre, lo cual indica que más de la mitad (61%) tenían pareja, no así en el resto de las categorías como son solteras, viudas, separadas y divorciadas.



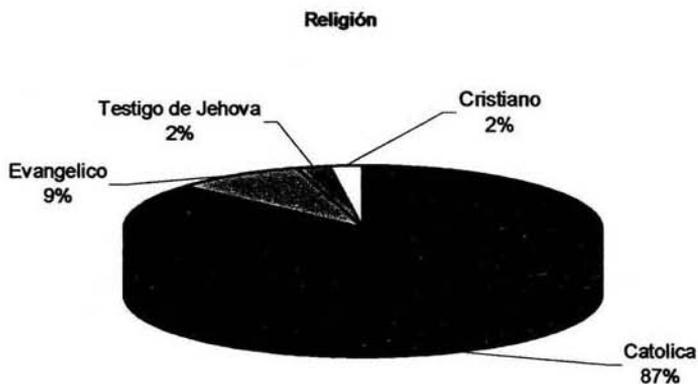
Gráfica # 2

En la grafica # 3 se pueden observar los porcentajes en cuanto a escolaridad de las pacientes. El 29% carece de escolaridad y el 42% no completó la primaria. Solo el 7% reportó un nivel técnico y cabe resaltar que nadie alcanzó el nivel profesional.



Gráfica # 3

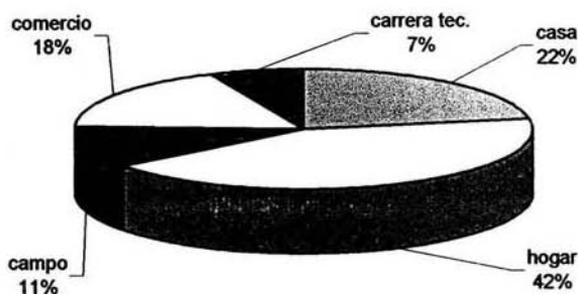
Se reportaron 4 distintos tipos de religiones, predominando la católica con el 87%, evangélicos un 9% y cristianos y testigos de Jehová representan el 2% respectivamente. Lo anterior puede observarse en la gráfica #4



Gráfica #4

Respecto a la ocupación que realizaban las pacientes antes de su diagnóstico podemos ver en la gráfica #5 que una gran parte se dedicaba exclusivamente a labores de su propio hogar (42%). El apartado casa (22%) se refiere a laboral en una casa ajena. Y solo un 7% realiza una actividad derivada de estudiar una carrera técnica.

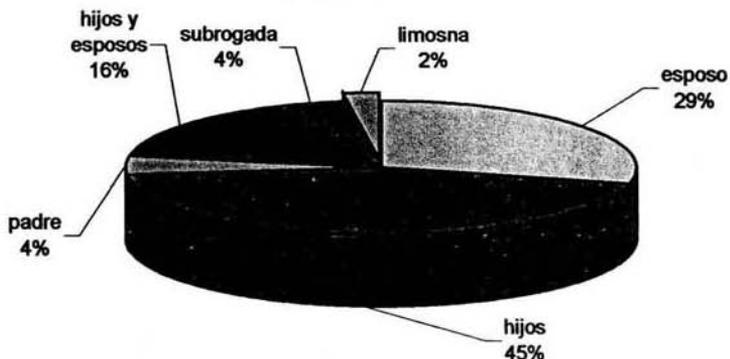
Ocupación de las pacientes



Gráfica # 5

A continuación en la gráfica #6 se menciona quien proporcionó el apoyo económico para hacer frente a los gastos del tratamiento. Se puede observar que los hijos (45%) y el esposo (29%) fueron los principales apoyos. Y a éste 74% se le suma la modalidad de hijos y esposo (ambos) con 16%.

Apoyo económico



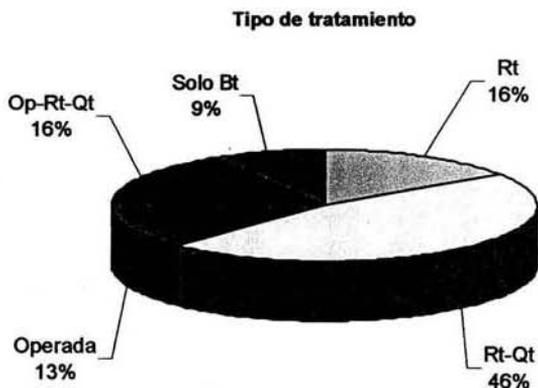
Gráfica # 6

En la grafica # 7 se muestra la etapa clínica en la que se encontraban las pacientes al someterse a braquiterapia. Como se hace notar mas de la mitad se encontraba en una etapa clínica II (53%) que aún es temprana, en comparación con el 20% de la etapa clínica III y 2% de la IV.



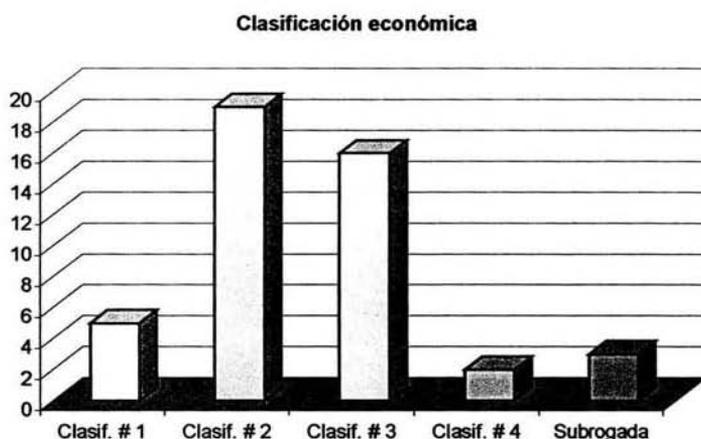
Gráfica # 7

A continuación puede observarse el (los) tratamiento (s) a los que se habían sometido las pacientes. Siendo la Rt-Qt (46%) el tratamiento más común en comparación con el 16% de Rt que anteriormente era el tratamiento tradicional para esta neoplasia. La cirugía como única modalidad con 13% y combinada en 16%. Lo anterior se representa en la grafica # 8.



Gráfica # 8

La clasificación económica mostrada en la gráfica # 9, se tomó según el departamento de Trabajo Social de la Institución. Lo importante de estos datos es que con la asignación a la clasificación # 1 y 2 se les brinda el apoyo de vivir en el albergue durante el tratamiento y de no ser así implica un gasto adicional.



Gráfica # 9

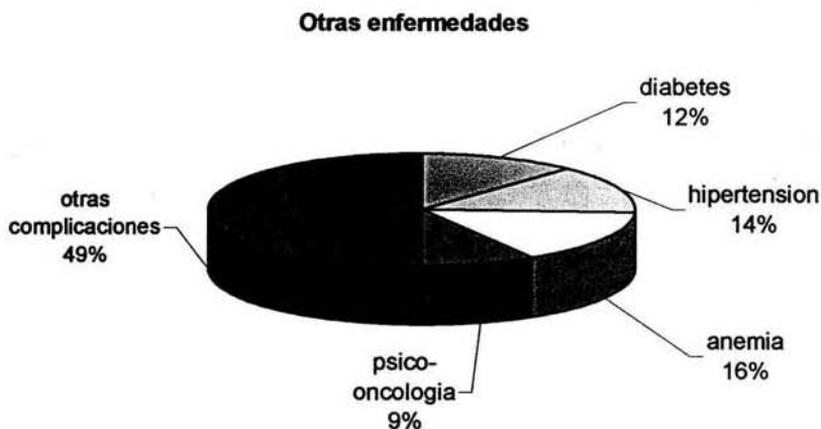
En la tabla # 1 se muestran los distintos lugares de donde son originarias las pacientes y se observa que es del Estado de México(20%), Michoacán(13.3%) y el Distrito Federal(13.3%) de donde proviene casi la mitad de esta muestra. Al otro extremo Tlaxcala y Morelos con solo un 2.2% respectivamente.

Tabla # 1. Lugar de origen

Lugar de origen	Porcentaje
Estado de México	20%
Guerrero	11.1%
Puebla	8.9%
Chiapas	8.9%
Michoacán	13.3%
Distrito Federal	13.3%
Veracruz	6.7%
Guanajuato	4.4%
Oaxaca	4.4%
Tlaxcala	2.2%
Morelos	2.2%
Hidalgo	4.4%

En la siguiente gráfica se muestran los porcentajes de otras enfermedades que padecen las mujeres de la muestra.

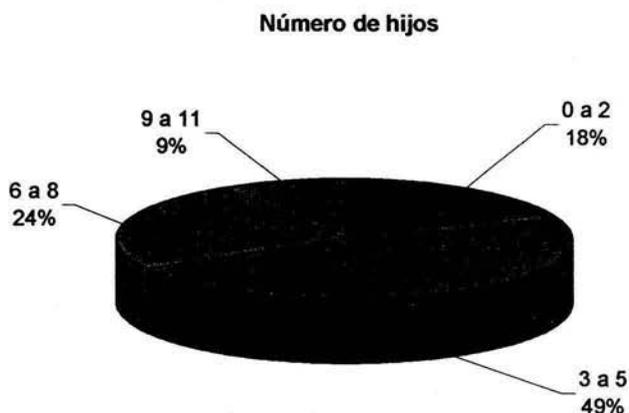
La diabetes y la hipertensión son enfermedades crónico-degenerativas igual que el cáncer, lo cual nos da idea de los antecedentes de salud. El apartado de otras complicaciones se refiere vomito, diarrea, cansancio y perdida del apetito que son las molestias vividas en los tratamientos ya recibidos(Qt, Rt). La anemia puede indicar la magnitud de las complicaciones o si los sangrados fueron muy intensos. Y el dato de si habían recibido atención en el servicio de psicología, nos brinda información acerca del estado emocional o nerviosos de las pacientes, ya que generalmente quienes son referidas al servicio deben verse muy afectadas para acceder a ir.



Gráfica # 10

En las siguientes gráficas se revisan aspectos que están relacionados con los factores de riesgo para padecer cáncer cervico-uterino.

En cuanto al número de hijos se encontró que el 49% tienen de 3 a 5 hijos y solo un 9% tiene entre 9 y 11 hijos. Esto se muestra en la gráfica # 11.



Gráfica # 11

En la gráfica # 12 se muestran los rangos de edad para ilustrar el inicio de la vida sexual de las pacientes de la muestra. Y en general todas eran muy jóvenes,



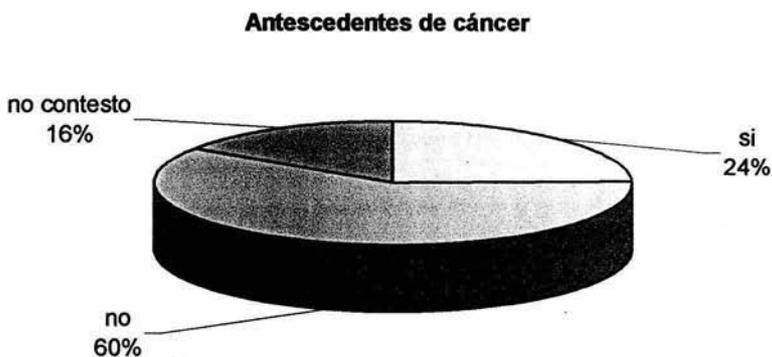
Gráfica # 12.

En la gráfica # 13 se observa que solo el 20% acostumbraba realizarse el papanicolao y del 80% restante, 40% contestó que no, el otro 40% no contestó.



Gráfica # 13.

En la gráfica # 14 se muestra que la mayoría (60%) no tiene antecedentes familiares de cáncer, solo un 24.4% ha tenido la experiencia de esta enfermedad en algún familiar.



Gráfica # 14

Una vez revisado de forma descriptiva los aspectos sociodemográficos, se procedió a realizar un perfil general mediante el análisis descriptivo de las variables estudiadas: Ansiedad y Afrontamiento.

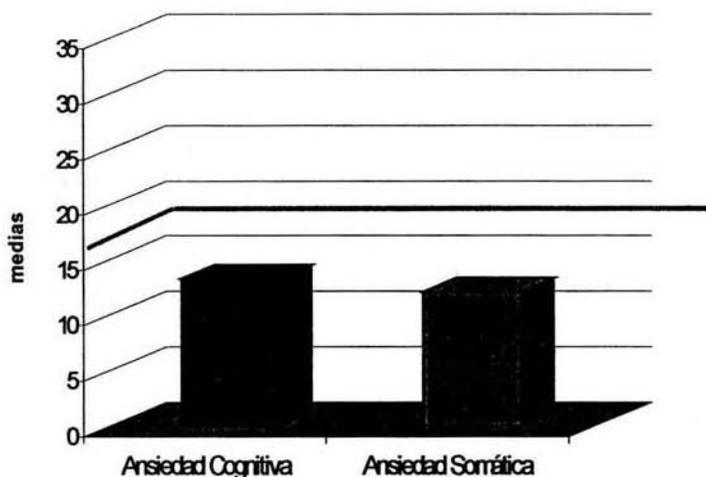
En primer lugar con el instrumento de ansiedad, obtuvimos las puntuaciones para las medias de ansiedad cognitiva, ansiedad somática y ansiedad total, las cuales se muestran en la siguiente tabla.

Tabla # 2. Medias de ansiedad

	Ansiedad Cognitiva	Ansiedad Somática	Ansiedad Total
Medias	13.3	12.1	25.4

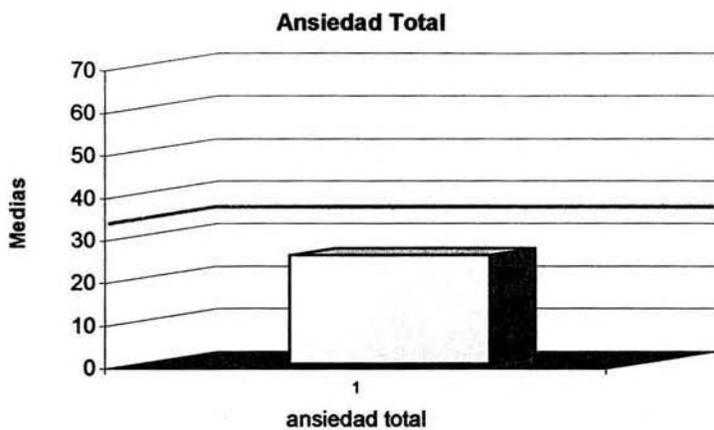
Cabe mencionar que el puntaje factible para la ansiedad cognitiva y ansiedad somática podría fluctuar entre 7 y 35, como se muestra en gráfica # 15, lo cual nos dice que no hay diferencias significativas entre estas, aunque si fue mayor la ansiedad cognitiva.

Medias de ansiedad



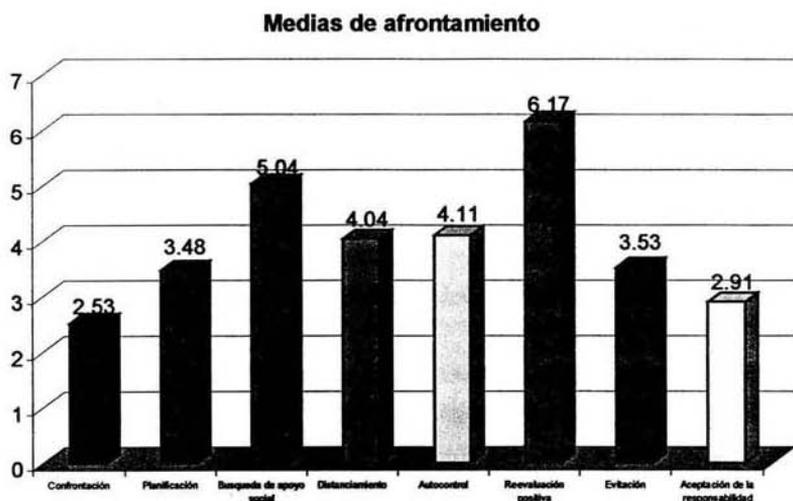
Gráfica # 15

Mientras que en la ansiedad total la puntuación varía entre 14 como la puntuación mínima y 70 como la máxima. Y la media total es de 25.4, como se muestra en la gráfica # 16.



Gráfica # 16

A continuación se muestran las medias de cada una de las 8 estrategias que componen el instrumento de afrontamiento. Puede notarse que las medias más altas las obtuvieron reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y autocontrol. Lo anterior se encuentra en la gráfica # 17.



Gráfica # 17

Dado que las hipótesis planteadas en el presente trabajo buscaban diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad somática y ansiedad cognitiva, se llevó a cabo el análisis de los datos con la prueba de Wilcoxon debido a que la muestra fue pequeña.

Tabla # 3. Prueba Wilcoxon

	Ansiedad somática - ansiedad cognitiva
Z	-1.724
Sig. Asintót.(bilateral)	.085

Tal y como puede observarse en los resultados anteriores, no hubo resultados estadísticamente significativos, ya que como se puede observar en el análisis descriptivo de dichas escalas (gráfica 15) los puntajes entre éstas fueron similares.

Una vez que se concluyó con el análisis de comparación entre las escalas de ansiedad, se procedió a realizar una correlación, primero entre ansiedad total, ansiedad cognitiva y ansiedad somática con **afrontamiento total** lo cual se muestra en la tabla # 4. El análisis se realizó por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla # 4. Correlación entre las variables Ansiedad total, cognitiva, somática y estilos de afrontamiento.

		Estilo de afrontamiento total
Ansiedad total	r	.115
	α	.451
Ansiedad cognitiva	r	-.020
	α	.895
Ansiedad somática	r	.202
	α	.183

Una vez que se realizó la correlación, se llevó a cabo un análisis al interior de la prueba, entre **los reactivos** de afrontamiento con ansiedad total, ansiedad cognitiva y somática. En esta ocasión el análisis se realizó con el coeficiente de correlación de Spearman. Esto se muestra en las tablas 5 a la 9, en donde se resaltan los resultados estadísticamente significativos.

Tabla # 5. Correlación entre reactivos de afrontamiento con ansiedad total, cognitiva y somática.

Coefficiente de Spearman

reactivos		ES1	ES2	ES3	ES4	ES5	ES6	ES7	ES8	ES9	ES10
Ansiedad total	r	-.043	.084	.377	.134	.280	.184	.148	.215	.030	.280
	α	.780	.588	.411	.381	.063	.226	.333	.155	.844	.063
Ansiedad cognitiva	r	-.114	-.007	.415	-.056	.175	.030	.209	.037	-.012	.266
	α	.457	.962	.075	.716	.251	.845	.168	.810	.937	.077
Ansiedad somática	r	.062	.242	.109	.293	.198	.281	-.012	.181	.042	.148
	α	.686	.113	.476	.051	.192	.061	.937	.234	.782	.333

* correlación significativa al .05 r coeficiente de correlación α nivel de significancia

Tabla # 6. Correlación entre reactivos de afrontamiento con ansiedad total, cognitiva y somática.

		ES11	ES12	ES13	ES14	ES15	ES16	ES17	ES18	ES19	ES20
Ansiedad total	r		-.108	.292	-.210	-.097	.092	-.154	-.247	.316	-.006
	α		.486	.052	.167	.526	.547	.313	.101	.304	.970
Ansiedad cognitiva	r		-.248	.297	.058	.041	-.061	-.160	-.150	.328	.175
	α		.105	.847	.703	.787	.690	.295	.327	.028	.249
Ansiedad somática	r		-.035	.228	-.228	-.077	.234	-.132	-.104	.265	-.136
	α		.822	.131	.132	.617	.122	.388	.497	.078	.372

Tabla # 7. Correlación entre reactivos de afrontamiento con ansiedad total, cognitiva y somática.

		ES21	ES22	ES23	ES24	ES25	ES26	ES27	ES28	ES29	ES30
Ansiedad total	r	.019	.027	.015	-.092	.169	.151	-.109	-.072	-.259	-.180
	α	.901	.861	.922	.549	.272	.329	.482	.641	.090	.242
Ansiedad cognitiva	r	-.044	.220	.163	.084	.131	.199	-.007	-.133	-.260	-.022
	α	.775	.147	.283	.585	.396	.194	.963	.389	.088	.886
Ansiedad somática	r	.008	-.137	-.058	-.201	.052	.042	-.162	.042	-.260	-.159
	α	.957	.370	.707	.186	.739	.785	.294	.785	.088	.304

Tabla # 8. Correlación entre reactivos de afrontamiento con ansiedad total, cognitiva y somática.

		ES31	ES32	ES33	ES34	ES35	ES36	ES37	ES38	ES39	ES40
Ansiedad total	r	.381*	-.227	-.197	.087	.352*	-.199	-.349*	.393*	.070	-.246
	α	.011	.138	.200	.576	.019	.194	.020	.008	.649	.108
Ansiedad cognitiva	r	.069	.299*	-.049	-.114	.136	-.011	-.329*	.224	.200	.025
	α	.655	.049	.750	.461	.380	.945	.029	.143	.194	.872
Ansiedad somática	r	.293	-.071	-.226	.328*	.402*	-.222	-.320*	.321*	-.029	-.311*
	α	.054	.647	.140	.030	.007	.148	.034	.034	.851	.040

Tabla # 9. Correlación entre reactivos de afrontamiento con ansiedad total, cognitiva y somática.

		ES41	ES42	ES43	ES44	ES45	ES46	ES47	ES48	ES49	ES50
Ansiedad total	r	.297	-.017	.155	-.479*	.158	-.216	.175	.	.035	.032
	α	.051	.912	.314	.001	.307	.160	.256	.	.819	.835
Ansiedad cognitiva	r	.166	-.052	.086	-.520*	.010	-.056	.077	.	-.101	-.197
	α	.282	.738	.581	.000	.947	.717	.619	.	.515	.201
Ansiedad somática	r	.220	-.069	.158	-.180	.285	-.251	.166	.	.166	.235
	α	.151	.655	.306	.243	.061	.100	.282	.	.282	.125

A continuación a forma de resumen se presenta el contenido de los reactivos que fueron significativos con ansiedad total (tabla # 10), ansiedad cognitiva (tabla # 11) y ansiedad somática (tabla #12). Como puede observarse varios de los reactivos que fueron significativos se repitieron en los tres cuadros.

Tabla # 10. Reactivos de afrontamiento significativos en la correlación con Ansiedad total.

REACTIVO	r	α	SUBESCALA
31. Evite estar con la gente en general.	.381*	.011	Evitación
35. Me negué a tomar en serio la situación.	.352*	.019	Distanciamiento
37. Me mantuve firme y luché por lo que quería	-.349*	.020	Confrontación
38. Me desquité con los demás.	.393**	.008	Evitación
44. Trate de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	-.479**	.001	Autocontrol

Tabla # 11. Reactivos de afrontamiento significativos en la correlación con Ansiedad cognitiva.

REACTIVO	r	α	SUBESCALA
32. No permiti que el problema me venciera evitando pensar en él mucho tiempo.	-.299*	.049	Distanciamiento
37. Me mantuve firme y luché por lo que quería.	-.329*	.029	Confrontación
44. Trate de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	-.520**	.000	Autocontrol

Tabla # 12. Reactivos de afrontamiento significativos en la correlación con Ansiedad Somática.

REACTIVO	r	α	SUBESCALA
34. Evité que los demás se enterarán de lo mal que estaban las cosas	.328*	.030	Autocontrol
35. Me negué a tomar en serio la situación	.402**	.007	Distanciamiento
37. Me mantuve firme y luché por lo que quería	-.320*	.034	Confrontación
38. Me desquité con los demás	.321*	.034	Evitación
40. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionaran.	-.311*	.040	Planificación

Posteriormente se realizó un análisis bajo el coeficiente de correlación de Pearson, para buscar relación ahora entre las variables de ansiedad total, cognitiva y somática con **las estrategias** de afrontamiento. Esto se observa en la tabla # 13.

Tabla # 13. Coeficiente de correlación de Pearson de ansiedad total, Cognitiva y Somática con las estrategias de afrontamiento.

Subescalas de Afrontamiento		Ansiedad cognitiva	Ansiedad somática	Ansiedad total
Confrontación	r	.121	.147	.164
	α	.427	.335	.281
Distanciamiento	r	-.066	.295(*)	.147
	α	.666	.049	.336
Autocontrol	r	-.212	.233	.022
	α	.161	.124	.888
Búsqueda apoyo social	r	-.095	-.192	-.177
	α	.534	.207	.245
Aceptación responsabilidad	r	.226	.136	.219
	α	.135	.372	.148
evitación	r	.172	.251	.259
	α	.258	.096	.086
planificación	r	.077	-.014	.036
	α	.615	.926	.813
Reevaluación positiva	r	-.204	-.133	-.204
	α	.179	.383	.179
Estilo de Afrontamiento total	r	-.020	.202	.115
	α	.895	.183	.451

Como se planteó en las hipótesis, otro de los objetivos de este trabajo era buscar diferencias entre el uso de la subescala dirigidas a la regulación emocional y la dirigida a la solución del problema, por lo cual en la tabla #14 se muestra el análisis de la prueba de Wilcoxon entre las subescalas de afrontamiento.

Tabla # 14. Prueba de Wilcoxon.

	Solución del problema- regulación emocional
Z	-5.849
Sig. Asintót.	.000

Por otra parte se obtuvieron los promedios de cada uno de los reactivos del instrumento de ansiedad, con la intención de ubicar la puntuación según la escala de calificación, es decir, de 1 a 5 como corresponde a su calificación. Los promedios de ansiedad se presentan en la cuadro # 1, separados los reactivos cognitivos y los reactivos somáticos.

Cuadro # 1.

Reactivos cognitivos	Promedio	Reactivos somáticos	Promedio
1. Me resulta difícil concentrarme	2.44	2. Mi corazón palpita demasiado	1.8
3. Me preocupo demasiado	3	4. Mi cuerpo tiembla	2.37
5. Imagino escenas terroríficas	1.51	6. Me dan más ganas de ir al baño	2.13
7. No puedo sacar de mi mente imágenes de ansiedad	1.46	8. Siento tensión en el estomago	1.66
9. Se me cruzan pensamientos que me molestan	1.55	10. Camino nerviosamente	1.64
11. No puedo pensar rápido	1.71	12. Me quedo paralizada	1.2
13. No puedo quitarme pensamientos de ansiedad	1.64	14. Sudo demasiado	1.46
Total subescala	1.90	Total subescala	1.75
Promedio total de ansiedad	1.82		

Con respecto a la ansiedad cognitiva, se encontró que la reacción más alta fue "Me preocupo demasiado", la cual obtuvo un promedio de 3 en una escala de 1 a 5 puntos. Le siguió en orden de importancia "Me resulta difícil concentrarme" con 2.44 en la misma escala. El promedio total de esta subescala fue 1.90.

En cuanto a las reactivos somáticos, "Mi cuerpo tiembla" fue el que obtuvo el promedio más alto con 2.37, seguido de "Me dan más ganas de ir al baño" con 2.13, y el total de la subescala es 1.75.

Obtuvimos el promedio total de ansiedad, siendo de 1.82 en la escala de 1 a 5 puntos que ofrece el instrumento; lo ubica en la categoría de "poca ansiedad".

En el caso del instrumento de afrontamiento de procedió de manera similar y se obtuvo el porcentaje de afirmación y negación para cada reactivo y subescala en afrontamiento, según las diferentes 8 estrategias que ofrece el instrumento y separando estas en las que se enfocan a la solución del problema y las de regulación emocional. Lo anterior se muestra en los siguientes cuadros, empezando por mostrar los reactivos que obtuvieron porcentajes por arriba del 90%.

Cuadro # 2. Porcentaje de los reactivos más significativos en afrontamiento.

Reactivos	Porcentaje
11. Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	100%
48. Rece	100%
14. Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona	97.8%
28. Tuve fe en algo nuevo	97.7%
29. Redescubrí lo que es importante en la vida	97.7%
24. Hable con alguien que podía hacer algo concreto con mi problema	95.6%
37. Me mantuve firme y luche por lo que quería	95.5%
42. Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez	95.5%
46. Tuve el deseo de que el problema se acabará o terminará	95.5%
36. Le platique a alguien como me sentía	93.2%
40. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionarán.	93.2%
9. Seguí adelante como si nada hubiera pasado	91.1%
23. Salí de la experiencia mejor de lo que entre	91.1%

En los siguientes cuadros (3 y 4) se pueden observar los promedios según las subescalas que componen al Afrontamiento.

En el cuadro # 3 se muestra lo correspondiente a la subescala de regulación emocional, en la que la estrategia de reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social son las que obtuvieron los puntajes más altos con 87.7% y 84.8% respectivamente.

Cuadro # 3. Promedios de la subescala de regulación emocional

Estrategias enfocadas en la regulación emocional	% NO	% Si
1. Reevaluación positiva	12.3%	87.7%
2. Aceptación de la responsabilidad	26.6%	73.4%
3. Autocontrol	37%	63%
4. Distanciamiento	32.2%	67.8%
5. Búsqueda de apoyo social	15.2%	84.8%
6. Huida-evitación	51.2%	48.8%
Total	29.1%	70.9%

En el cuadro # 4 se muestran los promedios de las estrategias que corresponden a la solución del problema en donde el porcentaje más significativo lo obtuvo la estrategia búsqueda de apoyo social que se mencionó anteriormente, ya que esta subescala puede estar centrada en el problema y en la emoción.

Cuadro # 4. Promedios de estrategias de solución de problemas

Estrategias enfocadas a la solución del problema	% NO	% Si
1. Confrontación	57.8%	42.2%
2. Planificación	41%	59%
3. Búsqueda de apoyo social	15.2%	84.8%
Total	38%	62%

5.1 Discusión y Conclusiones

El cáncer es una de las enfermedades más temidas debido a que es asociada a una muerte inminente y dolorosa. Y específicamente es el cáncer cérvico uterino la primer causa de muerte en las mujeres en México. Esta neoplasia está asociada a ciertos factores de riesgo como son: inicio de la vida sexual a temprana edad, multiparidad, bajos recursos económicos y múltiples parejas sexuales (o una pareja con otras parejas). Las mujeres que son diagnosticadas con cáncer cervico uterino son susceptibles de atravesar por un periodo de crisis presentando sintomatología ansiosa o depresiva, debida a los múltiples cambios ocurridos (en su vida cotidiana, relaciones sociales, de pareja, con los hijos, laborales) los cuales deberá enfrentar sin saber cuál será el resultado definitivo.

Es de resaltar que los datos sociodemográficos recolectados de la muestra de este trabajo concuerdan con los datos generales presentados por el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), es decir, coinciden las características de baja escolaridad, por lo tanto trabajos poco remunerados; las mujeres inician su vida sexual a corta edad, tienen muchos hijos y no acostumbran usar los métodos de tamizaje. Es fácil darse cuenta que la desventaja social y económica en la mayoría de los casos contribuye a que desarrollen la enfermedad.

En este trabajo se eligió esta población por las razones antes mencionadas y para conocer cómo estas mujeres se enfrentan a la enfermedad y a los tratamientos que en conjunto traerán cambios a su vida, razón por la cual el objetivo principal fue evaluar cuáles son los niveles y tipo de ansiedad así como el tipo de afrontamiento que las pacientes usan para hacer frente a ese cambio que significa una reevaluación total en su vida.

Respecto a la ansiedad mediante la prueba de Wilcoxon se compararon las medias de ansiedad cognitiva ($\bar{X} = 13.3$) y ansiedad somática ($\bar{X} = 12.1$) y se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que el nivel de significancia fue de $\alpha = .085$ razón por la cual se acepta la H_0 . Este

resultado no concuerda con lo esperado en un inicio, ya que si bien es cierto que están enfrentando un estresor crónico como es la enfermedad, también es cierto que han atravesado por un largo período de tiempo desde el momento en que recibieron su diagnóstico al momento del estudio y en dicho periodo pudo haber tenido lugar una adaptación, aspecto que se discute más adelante.

Sin embargo basados en el análisis que se realizó en el cuadro #1, donde se obtuvieron y compararon los promedios de cada uno de los reactivos del instrumento de ansiedad, sí se encontraron algunas diferencias, tal es el caso de los reactivos 3 y 1 que pertenecen a la escala cognitiva en donde se evalúa el nivel de preocupación y la dificultad de concentración; alcanzaron 3 y 2.44 respectivamente en la escala de calificación de 1 a 5 que equivalen a "regular". Se debe resaltar que fueron las puntuaciones más altas de todo el instrumento y el puntaje del reactivo 3 representa el doble de la puntuación de la mayoría de los reactivos. Así encontramos que una de las reacciones psicológicas más importantes encontradas fue la preocupación, esto probablemente debido a que es identificada con mayor facilidad que las demás reacciones cognitivas, es decir, por lo que cabe la posibilidad de que al reportar preocupación puedan estar haciendo referencia a las evaluaciones de los demás procesos cognitivos.

Ahora bien en cuanto al nivel de ansiedad se puede notar que en términos generales se ubicó en 1.82 que equivale a "poca ansiedad", lo cual no se esperaba ya que de acuerdo a las características reportadas por la literatura una persona que recibe un diagnóstico de cáncer muy probablemente se enfrentará a la idea de la muerte, se someterá a rigurosos tratamientos médicos, etc., es decir, a múltiples factores asociados lo cual contribuye al desarrollo de cuadros de ansiedad, sin embargo en la presente investigación no se cumple; la causa probable radica en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento de la evaluación que fue de aproximadamente 6 meses, tiempo en el cual puede haber tenido lugar un proceso de adaptación, como menciona Gómez Sancho (1996) "El individuo que recibe un diagnóstico de cáncer, lo mismo que cuando se produce una recaída o cuando, más adelante, comprueba que el tratamiento fracasa, muestra una respuesta

emocional característica: un periodo inicial de shock e incredulidad seguido por un periodo turbulento de síntomas ansiosos y depresivos, irritabilidad, pérdida de apetito y alteraciones del sueño. Podrá haber una incapacidad de concentración y dificultades para llevar a cabo las actividades diarias y el pensamiento de su diagnóstico y los miedos referentes al futuro estarán siempre presentes. Estos síntomas, correspondientes a una reacción normal, que suelen remitir con la ayuda de familiares, amigos y médicos. Algunos pacientes continúan teniendo elevados niveles de ansiedad y depresión (es frecuente que ambos estén presentes aunque uno predomine), que persisten durante semanas o meses. Este tipo de reacción persistente no es ya un fenómeno adaptativo y frecuentemente requiere tratamiento psiquiátrico”.

En términos generales se tiene una población en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y si se encontraron diferencias al realizar una análisis de porcentajes al interior de la prueba en el análisis por reactivo.

La segunda variable abordada en la investigación fueron los estilos de afrontamiento de los cuales se trató de encontrar qué relación tenían con la ansiedad.

El primer análisis realizado consistió en una correlación entre el puntaje de afrontamiento total con el puntaje de ansiedad total y sus dos subescalas. De este análisis no se encontraron correlaciones significativas por lo que se hizo un segundo análisis pero en esta ocasión con cada uno de los reactivos de afrontamiento. Los siguientes análisis corresponden a los reactivos significativos con ansiedad total.

El reactivo 31 "Evité estar con la gente en general" obtuvo una correlación significativa positiva con ansiedad total, esto resulta importante debido a que el estar con la gente puede implicar cierto apoyo social y éste como menciona Sandín (1995) puede reducir el impacto del estrés y por lo tanto reducir la ansiedad. Koopman (2001), Kyngas (2001) de igual forma coinciden en la importancia que tiene el apoyo y especialmente el apoyo familiar, el cual les

ayuda a enfrenar su enfermedad de una mejor manera. Esto puede verse claramente en el acontecer diario, al observar que las pacientes mejoran al compartir sus preocupaciones y emociones, lo cual las hace sentir escuchadas y comprendidas.

"Me negué a tomar en serio la situación" fue el siguiente reactivo (35) que correlacionó de forma positiva en ansiedad total y en este caso el reactivo pertenece a la estrategia de distanciamiento que implica esfuerzos para apartarse de los problemas, es decir, negarse a tomar en serio la situación comportándose como si nada estuviera ocurriendo, este pensamiento es muy común encontrarlo en las pacientes y el cual solo provoca que se incrementa su ansiedad, porque mientras no asuman la enfermedad no podrán aceptar los sentimientos y cambios necesarios para adaptarse a esta situación o como menciona Moro (1994) reorganizar su vida. De manera similar Quiroz (2001) trabajo con las ideas irracionales de pacientes cardiopatas, con lo que consiguió que se modificaran los estilos de afrontamiento positivamente.

El reactivo 37 "Me mantuve firme y luche por lo que quería" tiene una correlación negativa con ansiedad total, lo cual indica la posibilidad de que mientras más se de; la ansiedad se verá reducida porque implica decisión y aceptación (contrario a lo anterior) y por lo tanto una mejor adaptación a esa nueva condición de seguir viviendo con los cambios que conlleva tener un diagnóstico de cáncer. Macrodimitris y Endler (2001) observaron como la percepción de control en diabéticos influía en el nivel de glucosa en sangre y Kyngas (2001) encontró en adolescentes con cáncer que la actitud positiva, la confianza en los recursos propios y la fe les permitió afrontar de mejor manera la enfermedad. Estos resultados coinciden en la actitud positiva y percepción de control que mostraron los pacientes y como esto influye en un mejor afrontamiento.

Otro de los reactivos que correlacionaron positivamente con ansiedad total fue el # 38 "Me desquite con los demás" el desquitarse con los otros, como pueden ser los familiares cercanos, es una forma muy común de reaccionar frente a situaciones difíciles en este caso las pacientes se sienten irritables,

vulnerables y se cuestionan ¿porqué a mí? así que esa mezcla de sentimientos encontrados puede ocasionar malestar en las relaciones, lo cual incrementa su ansiedad porque saben que el familiar no tiene la culpa e incluso éste puede alejarse como reacción al sentirse atacado sin justificación.

El último de los reactivos que correlaciona con ansiedad total es el 44 que dice "Traté de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas" este reactivo juega un papel importante en la dinámica que se desarrolla entre las pacientes y sus familiares; ya que es muy común que cada quien guarde sus emociones y preocupaciones para no afectar a la otra parte, lo cual incrementa la ansiedad; esto en la literatura se conoce como la conspiración del silencio (Gómez, 1996).

Adicionalmente se realizó una correlación entre los reactivos de afrontamiento total con las 2 subescalas de ansiedad que permite la prueba, encontrándose 3 reactivos que correlacionaban con la escala de ansiedad cognitiva.

El primer reactivo de estos fue el 32 "No permití que el problema me venciera pensando mucho tiempo en él", su correlación fue negativa lo cual implica en este caso que mientras las pacientes evitan pensar en el problema ven disminuida su ansiedad; esto es importante, ya que tanto el reactivo como la estrategia hacen referencia a los procesos de pensamiento, de aquí la relación que guarda con la ansiedad cognitiva. Esta es una de las estrategias que es importante resaltar, ya que en el trabajo cotidiano con las pacientes podemos ver que son ellas mismas quienes se sugestionan con ideas irracionales, lo cual influye en la apreciación que tienen de la situación que están viviendo.

Los reactivos 37 y 44 también correlacionaron en forma negativa con ansiedad cognitiva, situación que ya se había dado al correlacionar dichos reactivos con ansiedad total y las implicaciones de estas relaciones son similares a las ya discutidas anteriormente. Sin embargo si se analizan relacionándolos con ansiedad cognitiva, encontramos que el 37, "Me mantuve firme y luche por lo que quería" se relaciona completamente con acciones firmes que requieren mucho de pensar para tomar decisiones, estas pacientes están convencidas

de que quieren vivir y cuando este es el fin y se convencen de luchar por ello, su ansiedad disminuye. Y respecto al reactivo 44 "Trate de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas", claramente muestra como se trata de separar las emociones de esas otras cosas, como la razón, el pensamiento. Livneh (2000) menciona que en general, adoptar un control interno, un punto de vista optimista a sido asociado a bajos niveles de estrés emocional y mejor adaptación psicológica al cáncer, contrario a la evitación y la negación asociados a estrés emocional.

Con respecto a la correlación con la segunda subescala de ansiedad (somática) en tres reactivos (35,37 y 38) ya se habían encontrado correlaciones con ansiedad total, por lo que solo se retomaran los dos restantes que son el reactivo 34: "Evite que los demás se enterarán de lo mal que estaban las cosas", éste reactivo hace alusión a los esfuerzos que se realizan al intentar guardarse los problemas y ocultar las emociones; razón suficiente para que la ansiedad pueda manifestarse y más específicamente en este caso, de forma corporal porque todo aquello que no se expresa, el cuerpo lo resiente y manifiesta. El reactivo 40 "Sabia lo que tenia que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionarán" tuvo una correlación negativa con ansiedad somática, este reactivo se refiere a pensar y desarrollar estrategias lo cual explica por qué hacer acciones concretas puede ayudar a no incrementar estados ansiosos. En el contacto con las pacientes se pudo observar que cuando se expresaban de su hospitalización como el procedimiento necesario para su curación y complemento de su tratamiento lograban estar bastante tranquilas.

Por otra parte se realizó otro análisis que consistió en correlacionar las estrategias de afrontamiento con las medias de ansiedad total, ansiedad cognitiva y la ansiedad somática a través del coeficiente de correlación de Pearson para conocer si existía alguna relación más específica. Se encontró una correlación significativa positiva entre la estrategia de distanciamiento con ansiedad somática con una significancia de $\alpha=.049$ y una $r=.295$, esto podría explicar que cuando esta forma de afrontar los problemas predomina la persona intenta apartarse del problema, sin querer pensar en él, se niega y

trata de hacer como si no estuviera ocurriendo y lo único que provoca es que esa preocupación se manifieste a través de su cuerpo, como bien lo expresa la ansiedad somática por medio de sudor, temblor, dolor, tensión, etc. En ocasiones para las pacientes es difícil identificar la ansiedad en su cuerpo, debido a que han pasado tanto tiempo en este estado, que piensan que es parte de lo cotidiano y se necesita que las consecuencias afecten más drásticamente su vida y su bienestar para que soliciten y acepten ayuda, ya basada en psicofármacos.

Hasta este punto se buscó la posible relación entre ansiedad total y sus subescalas con tres distintos aspectos del afrontamiento; en un primer momento se buscó la relación con afrontamiento total, en el cual no hubo datos significativos. Después se indagó sobre la posible relación más específicamente con cada uno de los reactivos de afrontamiento encontrándose relación significativa con reactivos pertenecientes a las subescalas de confrontación, aceptación de la responsabilidad, evitación, distanciamiento, autocontrol y planificación. Y finalmente se buscó la relación pero ahora a nivel de las subescalas de afrontamiento; encontrándose datos significativos únicamente entre ansiedad somática con distanciamiento.

Pero la importancia de estos resultados finalmente radica en sus implicaciones prácticas, por ejemplo el desarrollo de programas que fomenten el uso de estrategias útiles y además ayudar a las pacientes a que identifiquen las estrategias de afrontamiento que no las llevan a ningún resultado y aún más están íntimamente relacionadas con respuestas de ansiedad. Por ejemplo Kyngas (2001) observó como la información y conocimiento acerca del cáncer y el tratamiento fue una muy buena estrategia que ayuda a un mejor afrontamiento y Livneh (2000) concluye que el afrontamiento adaptativo se asocia a decremento en el estrés psicosocial e incremento del sentimiento personal de bienestar.

Posteriormente con la finalidad de dar respuesta a otra de las preguntas que motivaron el presente estudio, es decir, si había algún tipo de afrontamiento que fuera más utilizado por las pacientes, se realizó un análisis comparativo

a través de la prueba de Wilcoxon. De dicho análisis no se obtuvieron diferencias significativas y estas sólo se encontraron al realizar un análisis descriptivo por medio de los promedios de puntaje obtenido en cada reactivo.

Es notable que 13 fueron los reactivos mas utilizados debido a que el 90% de la muestra o más hizo uso de estos, tal y como se reportó en el cuadro # 2. Así se puede destacar que las personas de éste estudio pone en funcionamiento estrategias que tienen que ver con aspectos que podríamos denominar espirituales; rezan, tienen fe, esperanza, es decir, son personas que veían un aprendizaje en su experiencia. Por otro lado el apoyo social jugó un papel importante para hacer frente a su enfermedad, ya que se apoyan en las personas que les son significativas con la finalidad de encontrar soluciones y desahogo. Es una situación difícil porque como menciona Barreto et al. (2000), se requiere de apoyo en muchas formas, económico, emocional, en información o el familiar que tiene la importante tarea de proporcionar atención, compañía y cuidados además de enfrentar su propio miedo, dolor e intentar mantener el funcionamiento cotidiano.

El análisis de porcentajes, ahora por escalas también arrojó datos a resaltar. Las estrategias de regulación emocional más utilizadas fueron la reevaluación positiva usadas por el 87.7% de la muestra, por tanto tenemos una muestra que mayoritariamente busca los aspectos positivos de la situación a la que se están enfrentando que es su enfermedad, en ocasiones esta parte llega en las ultimas etapas de este duro proceso por el que han atravesado, pero llega la revaloración de las cosas importantes, como lo es la salud, la vida y la familia, los hijos. La enfermedad les da tiempo para ellas mismas y para reflexionar sobre lo que quieren conseguir antes de que "realmente llegue el fin", nuevamente hay planes para cuando regresen a su lugar de origen, para el futuro que las espera. Y por otro lado la búsqueda de apoyo social (con el 84.8%) el cual de alguna forma se retomó unas líneas arriba, porque es éste apoyo y principalmente el de los hijos, el que les importa a las pacientes. En la mayoría de los casos son los hijos quienes ayudan económicamente a la paciente.

Y respecto a las estrategias enfocadas a la solución de problemas el puntaje más alto fue de 59% que pertenece a la escala de planificación; esta estrategia hace referencia al uso del pensamiento con la finalidad de encontrar soluciones a una problemática, y de hecho era de esperarse que esta subescala en conjunto no obtuviera puntajes tan significativos, ya que como el mismo Lazarus (1986) menciona, las estrategias de resolución de problemas predomina en aquellas situaciones en que la persona puede hacer algo constructivo y la situación es susceptible de cambio, a diferencia de las estrategias enfocadas en la regulación emocional, que son las que predominaron en este estudio, y son las que tiene más probabilidades de ponerse en practica cuando la evaluación demuestra que no se puede hacer nada para modificar las amenazas del ambiente.

Entonces se concluye que a nivel general respecto a la ansiedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las subescalas que permite el cuestionario de ansiedad cognitiva y somática, que son ansiedad cognitiva y ansiedad somática. Del mismo modo no se encontró relación significativa entre los puntajes de ansiedad total, ansiedad cognitiva y ansiedad somática con afrontamiento total; pero si al interior del instrumento de afrontamiento con algunos de los reactivos (31, 32, 34, 35, 37, 38, 40, 44). Y con respecto a las estrategias de afrontamiento, únicamente distanciamiento obtuvo relación significativa con ansiedad somática.

De igual forma se puede concluir que por el periodo de tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, hasta el momento de la evaluación de este estudio es coherente encontrar que las estrategias de afrontamiento que predominan son aquellas que permiten reajustarse a los cambios y de manera similar respecto a la ansiedad, ya que no era sano que los niveles fueran altos contrastándolos con el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizaron.

6. Limitaciones y Sugerencias.

Una de las principales limitaciones de este estudio se debió a que la muestra fue muy pequeña, razón por lo cual fue difícil encontrar resultados estadísticamente significativos, por lo que se sugiere que para posteriores estudios se cuide este aspecto y se cuente con una muestra representativa.

Cabe mencionar que algunos de los motivos por los que la muestra fue pequeña se debió a la negativa de algunas pacientes, otro aspecto fue que el quirófano se encontraba en remodelación por lo que se suspendió la aplicación de la braquiterapia algunas semanas durante el lapso de tiempo propuesto para la realización de este estudio, por lo que se redujo el número de pacientes aún más.

Otra de las sugerencias a considerar en futuros estudios es el momento en el cual se lleven a cabo las evaluaciones; ya que sería muy interesante una medición realizada en los días inmediatos al diagnóstico, debido a que de acuerdo con la literatura en este periodo podrían encontrarse los niveles más altos de ansiedad. Y al finalizar los tratamientos, una vez que regresan a las revisiones para ver si la adaptación tiene un efecto visible con el paso del tiempo.

De igual forma se sugiere usar otros instrumentos alternativos o complementarios a los usados en este estudio, esto es importante tenerlo en cuenta ya que esta población en especial tiene baja o nula escolaridad y quizá otros instrumentos resulten mas útiles.

Así mismo como se mostró en el apartado de aplicaciones del estudio del afrontamiento, hay estudios que hacen referencia al afrontamiento en muchos otras enfermedades o condiciones, pero no existen aplicaciones en mujeres con cáncer cervicouterino ya que este padecimiento únicamente es de países del tercer mundo. La sexualidad es otro aspecto interesante y que no se indagó en esta investigación, por lo cual se sugiere se aborde en posteriores estudios, ya que es de suma importancia para las pacientes.

Referencias

- Baider I, Cooper C, Kaplan De-Nour A. (2000) *Cancer and the family*. England. John Wiley and Sons Ltd.
- Barón, R. (1996) *Psicología*. México. Prentice-Hall hispanoamericana.
- Barraclough, J. (1999) *Cancer and emotion*. New York. John Wiley and Sons.
- Barreto, P, Gil, J, Toledo, M. (1998) *Intervención en Psicología Clínica y Salud*. Valencia. Promolibro.
- Barreto, M, Molero, M, Pérez, M. (2000) *Evaluación e intervención psicológica en familiares y enfermos oncológicos*. En Gil, F. (Ed.), *Manual de psicooncología (137-171)* Madrid. Manuales Nova Sidonia Oncología.
- Bayés, R. (1996) *Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer)*. En González, M, Ordóñez, A, Reliu, J, Zamora, P, Espinosa, E, (Eds.), *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el paciente con cáncer (pp.29-38)*. España. Ediciones Panamericana.
- Belloch A, Sandín B, Ramos F., (1995) *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. España. Mc Graw Hill.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. y Lev, S. (2001) *Coping with breast cancer: Patient, spouse, and Dyad Models*. *Psychosomatic Medicine*, 63:32-39
- Biete, A (1990) *Radioterapia en el tratamiento del cáncer*. Monografías Clínicas en Oncología, No. 7. Barcelona. Ediciones Doyma.
- Buceta, J y Bueno, A. (1996) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Buela-Casal, G y Caballo, V. (1991) *Manual de psicología clínica aplicada*. España. Siglo XXI de España editores.
- Bulbena, A y Berrios, G. (2000) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona. Masson.
- Burton M, Watson M. (1998) *Counselling people with cancer*. Inglaterra. John Wiley and Sons Ltd.
- Cancio, H. (2000) *Técnicas de intervención cognitivo-conductual*. En Die Trill, M. (Ed.) *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. La comunicación con el enfermo y la familia. España: Ades ediciones.
- Calderón, M. (2000) *"Me siento como calabaza hueca" efectos psicosociales en las mujeres con cáncer cérvico uterino*. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. UNAM.
- Colmenarejo R, A, Cebreiros S, I y Pérez S, P. (1996) *Problemas sexuales del paciente con cáncer*. En González, M, Ordóñez, A, Reliu, J, Zamora, P, Espinosa, E, (Eds.), *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el paciente con cáncer (pp.815-822)*. España. Ediciones Panamericana.

- De la Asociación Española Contra el Cáncer (1997) Consideraciones básicas en la intervención psicológica con pacientes con cáncer. Madrid. Gráficas DIBE.
- DeVita V, Hellman,S, y Rosenberg, S. (2000) Cancer. Principios y práctica de oncología. Vol.1 y 2. España. Editorial Medica Panamericana y Arán ediciones.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson. 1995.
- Gaona, E (1999) Cáncer, Radiación y Seguridad Biológica. México. Edilibros.
- Gil, F. (2000) Manual de Psico-oncología. Madrid. Manuales Nova Sidonia Oncología.
- Gómez S, M (1996) Medicina Paliativa en la cultura latina. España. ARAN ediciones.
- González, M (1998) Oncología Clínica. Madrid. Mc Graw Hill.
- González, M; Ordóñez A; Feliu, J; Zamora, P; Espinosa, E.(1996) Tratado de Medicina Paliativa: y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. España. Ediciones Panamericana.
- Grau A, J y Chacón, M. (2000) El dolor: aspectos psicológicos. En Die Trill, M. (Ed.) Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. España: Ades ediciones.
- Haber, S. (2000) Cáncer de mama. Manual de tratamiento psicológico. España. Paidós.
- Hanoch, L. (2000) Psychosocial adaptation to cancer: The role of coping strategies. Journal of Rehabilitation, 66(2),40-49
- Hernández, S. (1999) Metodología de la investigación. México. Mc Graw Hill.
- Holland, J. (1998) Psycho-Oncology. New York. Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Cancerología (2003) Manual de Oncología. Procedimientos medicoquirúrgicos. 2da Edición. México. Mc Graw Hill.
- International Agency for Research on Cancer, Lyon (1997) Social Inequalities and Cancer. Edited by M. Kogevinas, N Pearce, M, Susser and P. Boffetta. IARC Scientific Publications N. 138.
- Kerlinger, F. (1998) Investigación del comportamiento. México. Mc Graw Hill.
- Koopman, C; Karyn, A; Turner-Cobb, J; Kreshka, M; Donnelly, P; McCoy, R; Turkseven, A; Graddy, K; Giese-Davis, J; Spiegel, D. (2001) Distress, coping and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. Breast Journal, 7(1), 9-25
- Kyngas, H; Mikkonen, R; Nousiainen, E; Ryttilahti, M; Seppanen, P; Vaattovaara, R; Jamsa, T. (2001) Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. European Journal of Cancer Care, 10(1)

- Lazarus, R. y Folkman, S.(1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
- López-Lara F, González c, Santos J, Sanz A, (1999) Manual de Oncología Clínica. Valladolid. Secretariado de Publicaciones e intercambio científico, Universidad de Valladolid.
- Macrodimitris, A, D. y Endler, N, S. (2001) Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20 (3), 208-216
- Meneses, A y Mohar, A. (1999) Principales Neoplasias Malignas en México. México. Editorial el Manual Moderno.
- Mendoza C, J. (2001) Depresión y ansiedad en el enfermo con cáncer. En Gonzalez-Avila, Bello, H y Jiménez, E (Eds.), *Trastornos médicos frecuentes en oncología*. México. Mc Graw Hill.
- Moro, L.. (1994) El enfermo de cáncer y su entorno. México.
- Murphy, C y cols. (1996) *Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society*. Washington. Gerald Murphy.
- Navarro M, M. (1996) Trastornos neuropsiquiátricos: confusión, ansiedad, depresión. En Gómez S, M (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina*. España: ARAN Ediciones.
- Quiróz, F (2001) Afrontamiento, ideas irracionales y terapia racional emotiva en pacientes cardiopatas. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Ramírez, I. (2000) Tratamiento psicofarmacológico. En Die Trill, M. (Ed.) *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. España: Ades ediciones.
- Rauerbach, J, A., Heinberg, L, J., Lawrence, J,W., Bryant, A, G.,Richter, L., Spence, R,J. (2002) Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychology*, 21(2),115-121
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (2000) Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Salinas, A. (2000) Factores que predisponen la prevención del Cáncer cérvico uterino. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. UNAM.
- Sarason, I y Sarason, B (1996) *Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Prencice Hall.
- Torán, A. (2000) Cáncer y sexualidad. En Die Trill, M. (Ed.) *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. España: Ades ediciones.
- Valderrama, P, Carbellido, S, Domínguez, B (1995) Ansiedad y Estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista latinoamericana de psicología*. 27,(1), 73-86.

- Viladiu, Q, P y Catalán, F.G. (1996) Cáncer y Sociedad. En González, M, Ordóñez, A, Reliu, J, Zamora, P, Espinosa, E, (Eds.), Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el paciente con cáncer (pp.15-24). España: Ediciones Panamericana.
- Wadsworth, M, E. y Compas, B, E. (2002) Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 243-274
- Weiss y Gaskill (1998) *Oncología Clínica. México. Manual Moderno.*
- Zanatta, E; Bonilla, M y Trejo, L. (2003) Adaptación, normalización y validación del cuestionario de ansiedad cognitiva y somática. *Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría*. 36(1), 5-9
- IV Reunión Investigación de Cáncer en México. Memorias y Comentarios. (1997) Editado por la FES-Zaragoza, UNAM y Unidad de diferenciación Celular y Cáncer. México.

ANEXO

Consentimiento informado

Por este medio se le invita a participar en una investigación, que tiene como fin conocer las estrategias que utiliza para enfrentar su enfermedad, para ello le pedimos que conteste unos cuestionarios. Es importante que si tiene alguna duda nos pregunte.

La investigación a la cual le estamos invitando es parte de un proyecto del Servicio de PsicoOncología de este hospital, cuyo propósito es conocer el modo de pensar, de sentir y de actuar; así como cuales son los modos de afrontar los efectos y estrés que le provoca su enfermedad. La información obtenida será totalmente confidencial, además de que con ella se busca comprenderle más y así brindarle una mejor atención.

Su participación, no afectará de ninguna manera su tratamiento, es totalmente voluntario y usted tendrá la libertad de retirarse cuando así lo desee, sin importar que antes haya aceptado.

Si durante la intervención reconoce la necesidad de algún apoyo psicológico, este le podrá ser proporcionado por el servicio responsable (PsicoOncología).

Fecha: _____

Consiento en participar:

Nombre y firma del paciente _____

Confirmando que el paciente ha convenido libremente en participar en la evaluación:

Nombre y firma del psicólogo _____

MODOS DE AFRONTAMIENTO

Lea cada una de las afirmaciones que se indican a continuación. Cada una de ellas describe formas de actuar frente a los problemas. Piense en su enfermedad y lo que implica y marque con una X la opción que describa mejor su caso.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación.	Si	No
2. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada.	Si	No
3. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	Si	No
4. Hable con alguien para averiguar más sobre la situación.	Si	No
5. Me criticqué o cuestioné a mí mismo.	Si	No
6. No agote mis posibilidades de solución, sino que deje alguna posibilidad abierta.	Si	No
7. Esperé que ocurriera un milagro.	Si	No
8. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).	Si	No
9. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	Si	No
10. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	Si	No
11. Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	Si	No
12. Dormí más de lo habitual en mí.	Si	No
13. Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) que creí responsable (s) del problema.	Si	No
14. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	Si	No
15. Me inspiré para hacer algo creativo.	Si	No
16. Intenté olvidarme de todo.	Si	No
17. Busqué la ayuda de un profesional.	Si	No
18. Cambié y maduré como persona.	Si	No
19. Me disculpé o hice algo para compensar.	Si	No
20. Desarrollé un plan y lo seguí.	Si	No
21. De algún modo expresé mis sentimientos.	Si	No
22. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	Si	No
23. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	Si	No
24. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto con mi problema.	Si	No

25. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	Si	No
26. Hice algo muy arriesgado.	Si	No
27. Intenté no actuar impulsivamente o hacer lo primero que se me ocurriera.	Si	No
28. Tuve fe en algo nuevo.	Si	No
29. Redescubrí lo que es importante en la vida.	Si	No
30. Cambie algo para que las cosas fueran bien.	Si	No
31. Evite estar con la gente en general.	Si	No
32. No permití que el problema me venciera evitando pensar en él mucho tiempo.	Si	No
33. Le pedí consejo a un amigo o familiar a quien respeto.	Si	No
34. Evité que los demás se enterarán de lo mal que estaban las cosas.	Si	No
35. Me negué a tomar en serio la situación.	Si	No
36. Le platiqué a alguien cómo me sentía.	Si	No
37. Me mantuve firme y luché por lo que quería.	Si	No
38. Me desquité con los demás.	Si	No
39. Pensé en experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	Si	No
40. Sabía lo que tenía que hacer, así que me esforcé más para que las cosas funcionaran.	Si	No
41. Me negué a creer lo que había ocurrido.	Si	No
42. Me prometí que las cosas serían diferentes la próxima vez	Si	No
43. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	Si	No
44. Trate de que mis sentimientos no interfirieran con otras cosas.	Si	No
45. Cambié algo de mí mismo (a).	Si	No
46. Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	Si	No
47. Tuve fantasías o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.	Si	No
48. Recé.	Si	No
49. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	Si	No
50. Pensé lo que haría en mi lugar la persona que más admiro y lo tomé como modelo.	Si	No

Cuestionario de Ansiedad

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando enfrenta situaciones de la vida que se tornan conflictivas.

Lea con cuidado y procure identificar con una "X" el grado en que han aparecido estas reacciones en usted a partir de conocer su diagnóstico de cáncer.

Edad _____ #Exp. _____ Fecha: _____

Reacciones	Nada	Poco	Regular	Mucho	Bastante
1. ME RESULTA DIFÍCIL CONCENTRARME					
2. MI CORAZÓN PALPITA MÁS RÁPIDO					
3. ME PREOCUPO DEMASIADO					
4. SIENTO TEMBLOROSO MI CUERPO					
5. ME IMAGINO ESCENAS TERRORÍFICAS					
6. ME DAN GANAS DE IR AL BAÑO					
7. NO PUEDO SACAR DE MI MENTE IMÁGENES QUE ME PROVOCAN ANSIEDAD					
8. SIENTO TENSIÓN EN MI ESTOMAGO					
9. SE ME CRUZAN EN LA MENTE PENSAMIENTOS QUE ME MOLESTAN					
10. CAMINO NERVIOSAMENTE					
11. NO PUEDO PENSAR LO SUFICIENTEMENTE RÁPIDO					
12. ME QUEDO PARALIZADO					
13. NO PUEDO QUITARME PENSAMIENTOS QUE ME CAUSAN ANSIEDAD					
14. SUDO DEMASIADO					

Nombre: _____ Edad: _____ # de Exp. _____

Estado Civil: 1.Soltera 2.Casada 3.Divorciada 4.Separada 5.Viuda 6.Unión Libre

Lugar de Origen _____ Residencia: _____

Ocupación antes de la enf.: _____ Después de la enf.: _____

¿Quién le ayuda económicamente? _____

¿En que trabaja la persona que le ayuda? _____

¿Quién la acompañó la mayor parte de su tratamiento? _____

Nivel de Instrucción:

1.Sin instrucción _____ 2.Sabe leer y escribir _____ 3. Otro _____

Religión: 1.Católica 2.Protestante 3.Testigo de Jehová 4.Otra

Con quién vive:

Tratamiento: 1.Cirugía 2.Radioterapia #sesiones _____ 3.Quimioterapia # de ciclos _____

Ficha de Identificación de la Enfermedad

Fecha de primera prueba _____ Mes _____ Año _____

Nivel Socioeconómico: _____

I. Enfermedad metastásica: 1 Ocurre en el Dx

2.Ocurre después del Dx Mes _____ Año _____

Dx: _____

Tx: QT – RT – BT – OP Plan Qt: _____

RT – BT Plan Rt _____ Gy De _____ A _____

BT Plan Bt _____ Gy De _____ A _____

Ginecológicamente _____

Anímicamente durante el tratamiento de Qt o Rt presentó: _____

Diabetes _____ Anemia _____ Hipertensión _____ Vista en psicooncología _____ Otro _____

ANEXO

Entrenamiento en Relajación

Con la inquietud de brindar algo útil a las pacientes que ayudaron en la presente investigación, comenzamos realizando un pequeño ejercicio de relajación posterior a la aplicación de los instrumentos, el cual constaba de respiraciones diafragmáticas e imaginación guiada, así como una pequeña sesión de preguntas y dudas respecto al procedimiento al que serían sometidas.

Posteriormente dada la funcionalidad de esta herramienta y con la intención de llegar a más pacientes de cáncer ginecológico se les invitó individualmente a algunas de ellas que coincidían en horario de tratamiento a formar un grupo que recibiera un entrenamiento en relajación de 3 sesiones, en el cual se practicaba un día respiración diafragmática e imaginación, otro día relajación muscular progresiva y en el último día entrenamiento autógeno.

Al ver que funcionó la práctica en pequeños grupos, se decidió hacer extensiva la invitación al público en general estableciendo días y un horario. Se procedió de esta forma durante 5 meses. De forma general podemos mencionar que la demanda de este tipo de cursos es muy solicitada por el propio personal de la institución, casi en la misma proporción que los pacientes, de estos últimos las mujeres de cáncer de mama son las que más asisten.

Como iniciativa del personal se pedía se coordinaran cursos de relajación específicos para técnicos y enfermeras de radioterapia, personal de quirófanos y laboratorio clínico, sin embargo no fue posible por el espacio y horarios.

De forma muy general algunos de los resultados fueron:

- o La relajación autógena era utilizada enfatizando sensaciones de ligereza y temperatura agradable, ya que el calor es una sensación no muy agradable en esta población que por la quimioterapia asocia el calor a los bochornos.
- o La relajación muscular progresiva en casi todos los casos ofrecía excelentes resultados.

- o La imaginación se guiaba de manera general, es decir, se sugería un paisaje o lugar agradable, y se les pedía pusieran atención en cómo era la temperatura, la intensidad de los colores, si había sonidos, olores, personas, vegetación, agua, etc. Esto porque al ser un grupo no a todos les agrada la playa o el bosque. Igualmente este ejercicio daba excelentes resultados sobre todo si se conjuntaba con el muscular progresivo.
- o La respiración diafragmática costaba un poco de trabajo en un principio pero funcionó bien en general, hubo dificultades únicamente con quien tenía molestias de gripa o garganta.
- o La temperatura se midió con termómetros de alcohol derma therm y la mayor parte del tiempo hubo variaciones positivas, subiendo de 1 grado a 4 grados máximo. En pocos casos bajó aún cuando el reporte verbal de la sesión era positivo.

Cabe mencionar que esta experiencia fue muy enriquecedora personal y profesionalmente. Implica poder ayudar a descubrir a esas personas los recursos que guardan dentro para que puedan utilizarlos precisamente en los momentos que más lo necesitan.

Posteriormente con la finalidad de continuar y mejorar el entrenamiento en relajación, se estructuró un programa que constó de 6 sesiones, dos cada semana, en el cual se trabajó de la siguiente forma:

En la primera sesión, se realizaba la presentación, los objetivos, el plan de actividades y una dinámica para entablar comunicación y confianza en el grupo y se comenzaba con el entrenamiento en respiración diafragmática.

La segunda sesión continuaba con un ejercicio de imaginación. En todas las sesiones se iniciaba con respiración diafragmática y al final se realizaba una evaluación individual. Se continuaba con el entrenamiento en relajación autógena y relajación muscular progresiva, en las siguientes 2 sesiones. En la quinta sesión se realizaba una exposición y análisis de cómo el pensamiento influye en la interpretación que hacen de su enfermedad (Reestructuración cognoscitiva) y la dinámica reflexiva de "El buscador" de Jorge Bucay. Y en la última sesión se programó un ejercicio de imaginación guiada con música.

Se diseñó con las modalidades de relajación más comunes y fueron 6 sesiones para tener la oportunidad de ser más específicos en cada uno de los temas tratados.

Todo lo anterior se debe al apoyo incondicional del Dr. Guadarrama, Jefe del Servicio de Teleterapia en Radioterapia, quien colaboró en la autorización para el uso de la sala de juntas y a quién le interesa enormemente la atención integral del paciente, así mismo propuso su apoyo para continuar indefinidamente con este programa, el cual continúa vigente hasta la fecha.