

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE PACIENTES CON
CANCER BRONCOGENICO

49
PSI

T E S I S

que para optar al grado de Licenciado en Psicología,
presentan:

BIANCA ANGELICA ROBLES LEZAMA

e

ISMAEL GARCIA CEDILLO

Facultad de Psicología
U. N. A. M.
1 9 7 8



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.

Dedicada a la memoria del:
DR. FRANCISCO ROJAS BUSTILLO
Q.E.P.D.

AGRADECIMIENTOS A:

Dra. Hebe Serrano Fuentes
Jefe del Depto. de Psicología Médica y
Psiquiatría.
Hospital General.

Dr. Raúl Cicero
Jefe del Pabellón de Neumología
Hospital General.

Dr. Rodolfo Díaz P.
Director del Pabellón de Oncología
Hospital General.

... por las facilidades brindadas
durante la realización del present
te trabajo.

AGRADECIMIENTOS A:

Mtro. Austreberto Mondragón
Catedrático de la Facultad de Psicología
U.N.A.M.

Mtra. AnneMarie Brüggmann
Catedrática de la Facultad de Psicología
U.N.A.M.

Dr. Julián McGregor
Jefe del Departamento de Psicología Clínica
U.N.A.M.

...por sus valiosas
orientaciones.

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

Sin duda alguna, una de las enfermedades más temidas por el común de la gente lo es el cáncer. Personas de todos los niveles sociales, de diversos recursos socioeconómicos, de niveles de inteligencia variables y con diversos tipos de preparación, tienden a equipararlo con una muerte segura. Entre los factores que más han contribuido a formar esta opinión, se encuentran los medios de comunicación (cine, radio, prensa y T.V.). En éstos se nos presenta el cáncer como una enfermedad cuya etiología, desarrollo y tratamiento son prácticamente desconocidos y ante los cuales la ciencia médica se encuentra impotente. Se cree que el cáncer (no importando de qué tipo, localización o grado de desarrollo) es una enfermedad insufriblemente larga y dolorosa. Frecuentemente se oye hablar de costosísimas investigaciones, realizadas en diversas partes del mundo, que ofrecen una cura al cáncer, y que después resultan ser, en el mejor de los casos, aplicables a un porcentaje mínimo de sujetos.

La ignorancia de lo que realmente es el cáncer, de los tipos de tratamiento que se ofrecen y de las posibilidades de cura, ha tenido efectos desastrosos sobre la tasa de mortalidad. Tal ignorancia llega al extremo de obligar a los familiares del paciente a ocultar su malignidad, o a ponerle otros nombres. Laxenaire, Bentz y Chardot (1) reportan el caso de pacientes que se referían a su enferme--

dad hablando de "esta cosa", "esta enfermedad", "esto que tengo" o simplemente "eso". En ocasiones, los enfermos acuden a brujos o curanderos en busca de alivios milagrosos. Otras veces se ve a los pacientes con desconfianza, por temor al contagio, y por tanto se les aísla.

Mary Vachon (2) nos ejemplifica los extremos a que se puede llegar cuando hay en la familia un paciente canceroso:

"El marido de una paciente cancerosa le impidió a ésta tocar a sus hijos durante los dos años siguientes a su diagnóstico. El temía que toda la familia pudiera contraer la enfermedad si permanecía cerca de ella".

"Otra paciente, después de ser operada de un tumor canceroso, encontró que ninguna de sus amigas la iba a visitar para jugar a las cartas, como acostumbraban. Un día, una delegación de su club la visitó, pero rehusó entrar a la casa. Le preguntaron acerca de su manera de lavar su vajilla, una vez que sabía que tenía cáncer. El grupo decidió que, si les garantizaba que sus tazas serían esterilizadas, accederían a visitarla nuevamente para jugar".

La sola evocación del término cáncer paraliza a tal punto toda esperanza de salud que ningún médico se atreve a pronunciarla libremente, y aún términos atenuados como tumor y neoplasia son usados con prudencia (1).

Algunas gentes llegan a pensar que es mejor el suicidio al padecimiento de la enfermedad. Los periódicos reseñan constantemente acerca de las grandes celebridades víctimas de cáncer y el gran porcentaje de suicidios registrados como consecuencia de éste. La importancia de esta enfermedad se refleja en las llamadas cancerofobias (medio o

creencia de tener cáncer sin haber evidencia médica) (3).

Es innegable que ha habido un notable incremento en la incidencia (tanto real como aparente) del cáncer. Se podría arguir que tal incremento puede ser ocasionado por un aumento en el promedio de vida de la población, por recursos de diagnóstico más refinados, por el aumento general de la población o simplemente por la concentración de la atención sobre ese fenómeno, pero estadísticas cuidadosas nos indican que:

- a).- Ha habido un incremento triple de cáncer del pulmón entre los hombres;
- b).- Ha habido un incremento doble de leucemias;
- c).- Ha habido un decremento del 30% en cáncer en el cérvix;
- d).- Ha habido el mismo decremento en cáncer del estómago, y que durante su vida, uno de cada cinco hombres y una de cada cuatro mujeres desarrollarán cáncer (datos obtenidos en la población de Estados Unidos) (4).

Los médicos se enfrentan a muchos problemas al tratar con pacientes cancerosos. Uno de ellos es su propio miedo de contraerlo (1). Otro, es el problema que se le plantea en cuanto a revelarle o no su diagnóstico; un problema más lo constituye su impotencia para curar a un enfermo que se presenta ante él demasiado tarde, cuando su cáncer es ya inoperable. Ejemplos de esto último nos son dados por Renneker & Cutler (5):

"Una paciente, viuda de 47 años de edad, tenía un adenocarcinoma ulcerado en el seno derecho, con extensiones a

la axila y el cuello. Descubrió el tumor cuando tenía ya un desarrollo de dos años y medio, pero no consultó al doctor sino hasta año y medio más tarde, pues pensaba que el cáncer era castigo de Dios".

Bacon y Renneker (6):

"Una mujer de treinta años de edad descubrió un tumor en su seno, e inmediatamente pensó en cáncer. Guardó su secreto durante diez años, porque, con sus propias palabras, 'hay que dejarlo seguir para que acabe conmigo'. Su hermana se enteró y la envió a un doctor. Resultó ser un tumor benigno. Dos años y medio más tarde, descubrió otro tumor. Otra hermana se percató de ello y la envió nuevamente al médico. La paciente era de inteligencia superior y normalmente poseía una personalidad enérgica, cálida y de autosacrificio".

En suma, los problemas apareados al cáncer son numerosos y complejos; se requiere de una gran labor de investigación para resolverlos.

¿Por qué deseamos realizar un estudio psicológico en pacientes cancerosos, si la enfermedad no parece estar en el contexto de los padecimientos que tienen elementos emocionales en su etiología?.

Por las siguientes razones (y objetivos de la tesis):

1a.- Porque, debido a su importancia y gravedad, es una enfermedad que provoca serios problemas psicológicos a las personas que la padecen.

Objetivo 1: investigar la posibilidad de un trabajo conjunto médico-psicólogo para la toma de decisiones acerca de qué información debe reci-

bir el paciente acerca de su enfermedad, y pre-
veer el impacto emocional que ésta tendrá sobre
el paciente.

- 2a.- Porque los resultados obtenidos en la investiga-
ción pueden llegar a ser útiles en el manejo del
paciente y de las personas involucradas en él.

Objetivo 2: investigar si existen o no caracte-
rísticas de personalidad comunes a los cancero-
sos del pulmón.

- 3a.- Porque pensamos que los elementos emocionales --
pueden, de alguna manera, influir en la veloci-
dad de desarrollo de la enfermedad o jugar un pa-
pel importante en su etiología.

- 4a.- Porque pensamos que toda persona que enfrente --
una experiencia relacionada con la muerte o tra-
tamientos largos y dolorosos, puede requerir la-
ayuda de un psicoterapeuta. Como no se puede --
contar (por razones económicas y, tal vez, polí-
ticas) con un gran número de psicoterapeutas en
todos los hospitales de oncología, creemos que--
los psicólogos podrían hacer evaluaciones de los
pacientes para que se atendiera a los que más lo
necesitaran.

Objetivo 4: investigar si existe o no la necesi-
dad de una evaluación psicológica para brindar -
ayuda psicoterapéutica a los enfermos de cáncer-
del pulmón.

- 5a.- Porque, si hay resultados positivos en el objeti-
vo 2 y 3, tal vez se abra la posibilidad de desa-
rrollar modelos, mismos que serían muy útiles en

la temprana detección de esta enfermedad.

Objetivo: investigar la posibilidad de desarrollar modelos o perfiles de personalidad que serían importantes en el diagnóstico de la enfermedad.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Existe un gran número de estudios realizados sobre los aspectos psicológicos que se presentan en cáncer. Para que haya una mejor comprensión de éstos, los hemos dividido en cuatro partes, que son:

- I.- Estudios que conciernen al cáncer en general;
- II.- Los que conciernen al cáncer del cervix;
- III.- Los que conciernen al cáncer de mama;
- IV.- Los que conciernen al cáncer broncogénico,

I.- Estudios que conciernen al cáncer en general:

Estos estudios, a su vez, se subdividen en:

- a).- Forma de comunicación;
- b).- Antecedentes psicológicos del cáncer;
- c).- Mecanismos de defensa;
- d).- La dilación;
- e).- Impacto emocional del cáncer sobre la familia;

Forma de comunicación:

Jim McIntosh (7) nos dice que algunos de los grandes dilemas que encaran los doctores están relacionados con lo que se le comunica al paciente, y que son el si, cuánto, cuándo y cómo decirle al paciente canceroso acerca de su enfermedad.

El debate acerca de si el paciente debe ser informado ha sido largo y controvertido, con varios simpatizadores a ambos extremos, y con algunos escritores que han llegado a

la conclusión de que ésto depende de factores psicológicos, sociales y otros relacionados con cada paciente particular.

Muchos escritores han expresado que los doctores toman su decisión, acerca de si decirle o no al paciente, basados en su experiencia particular (lo que Freidson llama "mentalidad clínica"). La incertidumbre acerca de lo que se les debe decir a los pacientes ha conducido a una polarización de las prácticas de comunicación. Fitts y Ravdin encontraron que la razón más frecuente para no decirle nada al paciente, cuando la práctica usual es decirlo, es el peligro de una reacción emocional desfavorable. Muchos doctores creen que el paciente realmente no quiere saber que tiene cáncer; algunos escritores sienten que no se le debe dar más información al paciente de la que él pida; otros, creen que se les debe dar la información necesaria para que cooperen en el tratamiento. Las razones que dan aquellos quienes piensan que si se les debe decir, son también numerosas. Las principales son: que el paciente tiene el derecho de saber; que necesita tiempo para poner sus cosas en orden, si la enfermedad es incurable; y, que de todas maneras los pacientes saben, aproximadamente, lo de su enfermedad, y ello les crea más angustia. Aitken-Swan & Eason recomiendan que todos los pacientes con cánceres curables deben ser informados acerca de su diagnóstico. En todo caso, muchos de los que están a favor de decirle al paciente, afirman que debe tomarse en cuenta factores como el tipo de persona y sus circunstancias sociales. Sin embargo, la política de muchos doctores acerca de si decirle o no al paciente, de acuerdo con las circunstancias particulares de cada caso, parece derrumbarse en la práctica. Fitts y Ravdin encontraron que el 31% de los doctores siem

pre dicen, y el 69% nunca lo hacen. Estos estudios sugieren que, en una situación de incertidumbre acerca de la respuesta del paciente, los doctores tienden a un extremo o al otro, con la mayoría creyendo en y practicando la regla de que los pacientes no deben saber que ellos tienen cáncer.

Pero, ¿qué es lo que los pacientes desean saber? Una queja frecuente de los pacientes es que no se les da suficiente información acerca de su enfermedad. Reader, Skipper, Pratt, Burling, Ley & Spelman han documentado el hecho de que los pacientes hospitalizados desean mucha más información acerca de su enfermedad de la que reciben. Si los pacientes en general tienen dificultad para obtener información, los pacientes cancerosos tienen mayor dificultad todavía, debido a que el tabú de dar información es muy grande. Varios estudios indican que el paciente canceroso está tan ansioso como los demás por obtener información. Paterson & Aitken-Swan encontraron que el 40% de las mujeres piensan que el doctor debía decir al paciente que tiene cáncer, mientras que el 34% piensan que no debe hacerlo. Kelly & Friesen, en un estudio con pacientes externos, encontraron que el 89% de pacientes cancerosos deseaban saber que tenían cáncer, mientras que el 82% de pacientes no cancerosos desearían saberlo si lo tuvieran. Concluyeron que algunas gentes piensan que los demás son menos capaces para enfrentar la verdad, o más propensos a choques emocionales que ellos mismos. Aitken-Swann & Eason encontraron que las dos terceras partes de los pacientes con cánceres curables estuvieron contentos de haber conocido su diagnóstico, y otros estudios sugieren que, aquellos con cánceres incurables, también desean saberlos.

Laxenaire, Bentz & Chardot (1) opinan que no se le debe decir al paciente que tiene cáncer cuando el alivio es definitivo, pues mientras menos sepa de su diagnóstico, menos secuelas psicológicas tendrá.

Rosner (8) nos indica que debe decirsele al paciente a menos que haya una fuerte razón para no hacerlo; que deben tomarse en cuenta las indicaciones familiares y, sobre todo, el bienestar físico y mental del paciente.

Kline & Sobin (9) dicen que se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1.- El médico debe estar plenamente seguro del mal y no despertar suspicacias;
- 2.- Puede esperar a que el paciente pregunte y, entonces, informarle;
- 3.- Debe decidir si el sujeto es de las personas realistas que acepta y sabe manejar diversas situaciones de su vida, y entonces informarle. (**)
- 4.- La forma en que el sujeto pregunta da la pauta de respuesta. (Por ejemplo: si el paciente dice ¿verdad que no tengo cáncer?; está pidiendo que se le mienta).

Cuando es adecuado darle información, pueden obtenerse las siguientes ventajas: que acepte el tratamiento y no lo abandone; que confíe en el médico; que se adapte de manera realista a su enfermedad.

(**) La pregunta que nos inquieta es la de si el médico es tá capacitado para determinar la existencia de tales características. Pensamos que esta responsabilidad de be recaer sobre el psicólogo y no sobre el médico).

Cuando se da la información y el paciente no está preparado para recibirla, puede suceder: que acuda a otros --doctores tratando de que le mientan; que consulte charlatanes; que caiga en una profunda depresión o, incluso, que llegue al suicidio.

Abrams (10) nos dice que el médico puede ser un guía del paciente, pero que debe ser éste quien ofrezca las señales de cuánto o qué tan frecuentemente desea discutir su pronóstico.

Peck (11) afirma que antes de investigar si decirle o no al paciente, se debe estudiar cuanto sabe éste de su enfermedad. Es importante para su manejo práctico, no solamente lo que ya sabe, sino su reacción a este conocimiento. Hizo un estudio en el cual descubrió que la mayoría de los pacientes mostraron reacciones emocionales al conocimiento de tener cáncer. Encontró: 1o.- gran ansiedad; 2o.- depresión; 3o.- culpa y 4o.- ira. No encontró ningún paciente que hubiera intentado el suicidio, aunque algunos tenían la idea suicida. Es realmente importante estudiar y comprender cómo integra el paciente a su existencia el conocimiento de su diagnóstico.

Jim McIntosh (7) opina que toda la responsabilidad de dar información al paciente canceroso debe reacer sobre el médico. Freidson Coser & Davis mantienen que las enfermeras son generalmente discretas y no dan información al paciente, posiblemente porque no tienen información relevante que dar. Es por esto que Glaser & Strauss indican que el doctor no debe informar a la enfermera acerca de la condición del paciente.

Otro de los factores que impiden dar información al -

paciente es el mayor grado de incertidumbre acerca del diagnóstico y pronóstico que se presenta en cáncer. Mientras más seguro esté el doctor de la condición del paciente, más probable será que de la información.

Es importante estudiar cuándo el doctor da información al paciente, pero la investigación debe centrarse en por qué el doctor lo hace, es decir, su ideología personal (o institucional).

La política general de la mayoría de los doctores, incluidos los que tratan pacientes cancerosos, es decir tan poco como sea posible y durante el mayor tiempo posible.

Otros factores que pueden influir en la información que se da al paciente, son: edad del paciente; si la enfermedad es curable o no; la percepción del doctor de las necesidades del paciente para poner sus asuntos en orden y prepararse asimismo espiritualmente; la información requerida por el paciente; la percepción del doctor de la probable reacción del paciente a su conocimiento, y la clase social a la que pertenece (Pratt encontró que mientras más alta fuera la clase social del paciente, más probable era que se le diera información. Los doctores racionalizan esto diciendo que no pueden dar información a pacientes que no la comprendan, y que hay más capacidad de comprensión mientras más alta sea la clase social). Por esto, es importante que se les de a los pacientes la información en términos sencillos y comprensibles, ya que algunos médicos tienen la tendencia a hablar en lenguaje técnico que resulta incomprensible para el paciente.

Varios escritores han mantenido que las expectativas del médico acerca de una reacción negativa del paciente de

bida al conocimiento de su enfermedad son equivocadas, ya que la mayoría de los pacientes reaccionan bien. Como Oken ha señalado, la pregunta que siempre se hace, es: ¿debe un paciente saber acerca de su enfermedad? mientras que la pregunta: ¿no debe saber un paciente acerca de su enfermedad? casi nunca se escucha, aunque es igualmente válida -- desde el punto de vista científico.

Debe notarse la importancia, cuando se le dice al paciente, del contenido de la información que se le da. Muchos doctores tienden a hablar del resultado de los tests y del tratamiento, y no del diagnóstico y pronóstico, posiblemente por el miedo y la angustia de ellos mismos. Cuando discuten la condición de los pacientes, raramente utilizan la palabra cáncer. Oken encontró que usan, en lugar de cáncer, las palabras tumor, crecimiento, lesión, neoplasma, úlcera y masa.

Es probable que los familiares del paciente canceroso sean informados más completamente acerca de la condición del paciente que el paciente mismo. Parece ser que el doctor intenta que los familiares se encarguen del "sucio trabajo" de informar al paciente.

Murray Parkes (12) nos dice que toda la familia se moviliza para ayudar al paciente, tendiendo a apoyarlo en su enfermedad.

Verwoerdt señala que siempre que se informa a la familia, ellos lo comunican al paciente de una manera u otra.

Como el paciente probablemente obtendrá poca información del médico, se puede ver forzado a tomar la iniciativa e intentar adquirir información por cualquier medio a su disposición. Glaser y Strauss dicen que el paciente --

presiona directa y constantemente al doctor para obtener información, o lo inunda con preguntas indirectas. Otra manera de obtener información es negarse a seguir el tratamiento o invocar sus derechos. Puede consultar también a otros pacientes o al staff. Otra de las estrategias usadas por el paciente es hacer la misma pregunta a diferentes médicos para obtener información a través de las respuestas contradictorias.

Los doctores o el staff pueden contrarrestar estas estrategias evitando, en lo posible, la interacción con ellos, dando la impresión de estar muy ocupados o de ser muy importantes.

El modelo de comunicación varía según los diferentes umbrales de necesidad, defensas y fantasías que acompañan las diferentes etapas por las que atraviesa el paciente. - (10)

¿Cómo comunica esto el paciente? Los datos sugieren que hay un patrón definido de comunicación, y que este patrón cambia a diferentes estados de la enfermedad. Tales estados son:

- a).- estado inicial: el paciente se puede curar y esa meta genera optimismo, y permite cierto grado de libertad en la comunicación. Hay una comunicación directa y sincera. Hay fé en el médico; hay ausencia de depresión y ansiedad, y habilidad para mantener un equilibrio saludable. El paciente sabe su situación médica y las razones para su tratamiento. En este estado se debe tener cuidado en no decir más de lo que el paciente desea saber.
- b).- estado avanzado: es aparente que el tratamiento-

inicial no ha erradicado la enfermedad y que ésta ha progresado. Los pacientes están ansiosos y la comunicación se torna difícil. El paciente y el médico asumen maniobras defensivas para evitar la realidad de la incertidumbre de la situación médica. El paciente pregunta y se lamenta ante otros de no saber todo lo relacionado con su enfermedad, pero no se lo dicen al médico.

Los pacientes que conocen perfectamente el diagnóstico y curso de su enfermedad se vuelven amnésicos al respecto. Hay un insidioso cambio que ocurre en la relación paciente-médico. En el paciente hay miedo al abandono y maneja esta situación convirtiéndose en un buen paciente, pasivo, simpático y sobrecooperativo. No habla espontáneamente con el médico, ni el médico con él. A pesar de esto, continúa confiando en su médico y espera que éste, en cada visita, le recomiende un tratamiento que contraataque su enfermedad:

- c).- estado terminal: la agitación controlada del estado anterior se convierte en calma, desesperanza. El paciente enfrenta problemas emocionales, tales como el miedo a la muerte y el miedo a ser abandonado. Esto último aumenta en proporción directa con la progresión de la enfermedad.

Hay un exceso de dependencia del paciente con su médico. La comunicación se torna mínima, especialmente en lo que concierne a sus ansiedades. No quieren hablar de la muerte. Parece ser que aunque no se les diga, los pacientes presienten su muerte inminente. El silencio se convierte -

en el lenguaje común, especialmente en las áreas de gran ansiedad.

Laxenaire, Bentz & Chardot (1) señalan que en el médico hay ambivalencia por su necesidad de ayudar y participar con mucha angustia interna. Tanto el médico como el paciente utilizan la negación para neutralizar su angustia. El médico sólo puede decir lo que sabe: debe ubicar al enfermo en una situación de verdad, verdad que no es pronóstico ni diagnóstico, sino una relación de persona a persona basada en la confianza del enfermo y la comprensión del médico.

Un paciente con cáncer frecuentemente experimenta gran tensión para adaptarse a su enfermedad (2). Los autores piensan que los pacientes cancerosos que reciben cuidados físicos en un hospital general pueden beneficiarse con las técnicas psiquiátricas utilizadas regularmente por los profesionales de la salud mental. De dos mil pacientes que atendieron discutiendo el diagnóstico con ellos, permitiéndoles interactuar con pacientes de mayor experiencia, corrigiendo conceptos erróneos acerca del cáncer, investigando las relaciones de familiares y amigos y hablando de problemas con su médico, en la mayoría de los casos disminuyó su ansiedad, sobre todo cuando hablaron con otros pacientes más experimentados que habían aprendido a vivir con su enfermedad.

Renneker (13) investigó las relaciones contratransferenciales de parte de los analistas cuando trabajan con pacientes cancerosos. (Definió a la contratransferencia como: 1.- reacción neurótica del analista hacia la transferencia del paciente; 2.- sentimientos crónicos de transferencia del analista como respuesta a sus conflictos neuró-

ticos no resueltos, y 3.- sentimientos de transferencia -- aguda del analista que no son respuesta a la transferencia del paciente). Dividió tales reacciones en las siguientes categorías:

1.- Fenómenos de contratransferencia en la investigación psicosomática:

Las motivaciones del analista en una investigación pueden ser:

- a) curiosidad sexual sublimada;
- b) formación reactiva contra impulsos asociados;
- c) un método de satisfacción de necesidades ins-- tintivas;
- d) identificación con alguna figura parental (el-- investigador);
- e) salida para sentimientos de omnipotencia mági-- ca;
- f) necesidades substitutivas para la paternidad.

El investigador que utilice el análisis cree que hay-- aspectos psicosomáticos en la enfermedad bajo investiga-- ción. Las pulsiones inconscientes que dirigen al éxito en estas investigaciones, deben ser controladas.

2.- Fenómenos de contra-transferencia antes de la rea-- parición del cáncer: la meta terapéutica de los -- autores era la prevención del regreso del cáncer-- o la abolición del cáncer activo a través del aná-- lisis de la personalidad total. Consideran que -- su tarea era imposible. Esperaban prevenir o cu-- rar una enfermedad cuya etiología, desarrollo y -- tratamiento eran ignoradas e inciertas. Estaban-- convencidos que el cáncer era un desorden psicoso

mático. En ese sentido, eran "biased" investigadores. Negaban la incontrollabilidad del cáncer en la creencia de sus poderes terapéuticos. Eso es exactamente lo que hace el enfermo.

- 3.- Contra-transferencia después de la aparición del cáncer:
 - a).- minado de la omnipotencia.- al principio se intentaba prevenir la reaparición del cáncer, pero se tuvo que descartar esa meta y se tuvieron que modificar las técnicas usadas;
 - b).- herida narcisística;
- 4.- Reacciones del terapeuta a la amenaza de muerte;
 - a).- ruptura de la identificación.- el analista no se podía identificar con un hombre que enfrentaba la muerte;
 - b).- mala identificación del paciente moribundo para con el terapeuta.
- 5.- Reacciones al significado específico del cáncer:- el "ser comido por el cáncer" refleja la asociación del cáncer con impulsos orales destructivos, fuera de control. El analista puede reaccionar de igual manera a través de su identificación con el paciente. El cáncer se atribuye a la mala suerte, asociado con el destino, asociado con Dios (padre).
- 6.- Reacciones de contra-transferencia en el cirujano ante pacientes cancerosos:

Tiene varias alternativas:

 - a).- se convierte en un cirujano que funciona -

bien porque:

1.- sus esperanzas de cura son confrontadas con la realidad de sus experiencias; 2.- ha aprendido a aceptar fallas terapéuticas sin reacciones personales de ajuste; 3.- ha aprendido a ajustarse a la exposición continua a la muerte o a la amenaza de muerte; 4.- ha aprendido sus propias limitaciones; 5.- opera dentro de límites conocidos.

b).- Funciona mal porque:

1.- concibe la terapia como irreal, lo cual lo conduce a no dar ninguna esperanza de cura para el paciente. El paciente percibe la actitud del cirujano y pierde sus esperanzas, pues el cirujano evita el contacto con el paciente con su aura de "científico", que raramente le habla. Despersonaliza al paciente. Es por ello que la mayoría de los pacientes desean saber su pronóstico (de 87 a 95%), a pesar de que la actitud popular del cirujano es no decirlo.

El cirujano debe ser libre para admitir estas limitaciones humanas y también admitir la gran necesidad de la psicoterapia para los pacientes amenazados por la muerte.

b).- Antecedentes Psicológicos del Cáncer:

Algunos autores han estudiado largamente la personalidad de los cancerosos a través tanto de entrevistas como de tests psicológicos notablemente proyectivos como el Rorschach (1). Goldfarb & colegas han intentado establecer un perfil psicológico del canceroso, caracterizado, según ellos, por los rasgos siguientes: dominación por la ma

dre, inmadurez, bloqueo de la hostilidad, incapacidad para soportar una pérdida de objeto, sentimiento preneoplásico, desvalorización, impotencia y desesperación.

Aubin & Gachkel, así como Sanborn & Seibert (3) hablan de nosofobia premonitoria y cancerofobia, respectivamente. Según Reznikoff hay un intervalo libre de uno a quince años desde el acontecimiento de un traumatismo afectivo (pérdida de objeto) y la aparición del cáncer. Este último concepto dificulta en gran medida una demostración causal traumatismo afectivo-cáncer.

Leshan, Renneker, Cutler, Bacon & otros hablan acerca de un terreno psicológico precanceroso (se darán detalles más adelante).

Gotthard Booth (14) señala, en un estudio acerca de las regresiones espontáneas del cáncer, lo siguiente:

1.- El concepto somático vs. el psicodinámico.

Los reportes de regresiones espontáneas de cáncer han sido publicados de tiempo en tiempo, pero salvo casos aislados, se han encontrado con un extendido escepticismo médico. Esta actitud no puede ser mantenida por mucho tiempo. Everson & Cole, en 1966, revisaron más de 700 publicaciones que reportan regresiones espontáneas, con 176 casos probados con datos histológicos.

La propia investigación de Booth lo ha llevado a las siguientes conclusiones:

a).- cuando niños, los pacientes experimentaron frustraciones traumáticas en sus relaciones con la madre;

b).- Sus vidas se caracterizan por una necesidad desesperada por el control de un objeto específico (una rela

ción, una carrera o una vocación).

c).- el proceso neoplásico comienza cuando el paciente experimenta la irreparable pérdida de control sobre su idiosincrático objeto. La pérdida puede ser causada por - eventos externos, declinación de la vitalidad o ambos factores.

d).- el proceso neoplásico se localiza en el órgano genéticamente dominante del organismo individual;

e).- el tumor representa el objeto perdido, internalizado;

f).- el curso de la enfermedad depende del balance de poder entre la satisfacción inconsciente derivada del proceso neoplásico y las satisfacciones derivadas de las relaciones del objeto que permanece.

2.- El dinamismo de la terapia del cáncer.

Desde 1926, cuando Evans descubrió el papel de las relaciones de objeto idiosincráticas en el cáncer, más y más observadores han descubierto que el pronóstico depende no solamente de la perfección de la cirugía y radiología, sino también de la rehabilitación con respecto a la relación de objeto perdido.

En la rehabilitación, hay dos procesos básicos involucrados:

a).- los familiares responden al descubrimiento del cáncer con esfuerzos para evitar un posible suicidio haciendo feliz al enfermo.

b).- la reacción psicológica a la crisis en su vida.- Su reoperación depende de su capacidad para reemplazar la-

relación de objeto perdida por una nueva. Esto es difícil para aquellos con caracteres inflexibles.

Los casos de la llamada regresión espontánea del cáncer son de gran importancia porque prueban que los procesos psicosociales entre los pacientes y su medio-ambiente pueden curar la neoplasia sin ningún ataque físico al tumor en sí. Varios de los casos reportados por Everson & Cole tienen en común la confianza de los pacientes en el procedimiento.

Terapias ortodoxas y no ortodoxas son efectivas si, sobre el impacto de la crisis existencial, el paciente pone confianza en el procedimiento y puede usarla para la rehabilitación psicosocial.

3.- Psicodinamia de la cirugía y radiaciones.

La neoplasia se desarrolla en el órgano que representa la función genéticamente dominante del organismo individual, seguida por la pérdida de objeto. La reducción física del órgano sobrevalorado tiene significado simbólico. El sacrificio puede dar una dirección saludable a la orientación psicológica postoperativa. Los métodos de curación no ortodoxos prueban que el sacrificio físico no es siempre necesario para la cura del proceso neoplásico.

Mientras Everson & Cole sintieron que todos los casos de regresión espontánea fueron producto de mera coincidencia con terapia no ortodoxa, la verdad sobre el éxito de terapias ortodoxas parece ser el producto de coincidencias con oportunidades externas y psicológicas para la rehabilitación social. Tales oportunidades se pierden si se le dice al paciente que su salvación depende enteramente de procedimientos somáticos. Esto lo condena a la sumisión pasiva

va y acrecenta su experiencia original patogénica acerca del control perdido sobre la relación de objeto.

La terapia racional del cáncer requiere que el paciente sea animado a aceptar responsabilidad para resolver su crisis existencial, de la cual la neoplasia es su expresión somática. Desde este punto de vista, se deben seguir ciertos principios generales de manejo psicológico:

- a).- el paciente debe saber la verdad completamente, no solo que tiene cáncer, sino que puede influenciar el pronóstico con su actitud.
- b).- No debe ser manipulado por drogas psicotrópicas. sus efectos reducen el potencial creativo del paciente para enfrentar las crisis.
- c).- no se debe incrementar la ansiedad y culpa del paciente al reclamarle por tardar en acudir al médico.
- d).- el veredicto de "cáncer inoperable" debe ser examinado, señalando que puede haber regresión si el paciente encuentra una solución a su situación patogénica.
- e).- debe hacerse un intento para clarificar la situación patogénica.

Estudios biográficos sistematizados confirman que el neoplasma es el síntoma localizado de una interacción traumática entre el paciente y su medio-ambiente humano.

Por otra parte, Thomas y Greenstreet (15) hicieron su estudio cuyo objeto principal era contestar la pregunta: ¿son las características psicobiológicas de la juventud lo suficientemente específicas para ser de valor predicti-

vo en la ocurrencia de una enfermedad?.

Aplicaron a 1130 estudiantes de medicina una entrevista y el Rorschach. Varios años después se investigaron las muertes ocurridas en el grupo. Las causas de éstas fueron catalogadas en cinco grupos: suicidio, enfermedad mental, hipertensión, desórdenes cardíacos y cáncer. Hubieron nueve decesos en todas las categorías, excepto en enfermedades cardíacas en donde sólo hubo ocho.

Los resultados muestran que existe la posibilidad de identificar a los individuos susceptibles a una variedad de estados de enfermedad antes de que tales estados sean clínicamente manifiestos.

Los resultados en el área de cáncer parecen concordar con los de Bahnson y Bahnson, que encontraron que los pacientes cancerosos "tienden a negar y reprimir impulsos conflictivos y emociones en mayor grado que otras gentes". También parecen concordar con los estudios de LeShan, que incluyen necesidades de dependencia no resueltas que datan de la temprana infancia, con sentimientos resultantes de soledad y subsecuente desesperación.

Evans, Baldwin y Gath (16) hicieron un estudio para investigar la incidencia del cáncer entre pacientes con desórdenes afectivos. Reportan que Kerr, Schapira y Roth sugirieron que la depresión puede ser un precursor de muerte de cáncer. Dijeron que: "una forma de enfermedad depresiva en pacientes varones acontece en la última parte de la edad media, sin enfermedad psiquiátrica previa y ocurriendo sin causa aparente, puede ser una manifestación temprana y directa de cáncer latente".

Kerr comentó que la asociación entre desórdenes afec-

tivos y la muerte subsecuente de enfermedad física es un asunto que ha recibido poca atención, y enfatizó que, "futuros y más extensos estudios son requeridos para evaluar esos descubrimientos".

Evans, Baldwin & Gath descubrieron en su estudio que no hubo una tasa incrementada de mortalidad por cáncer en pacientes con desórdenes afectivos, lo cual es inconsistente con los descubrimientos de Kerr. Sin embargo, piensan que no debe concluirse que no hay asociación entre la depresión y el cáncer.

Davies (17) realizó un estudio en el que trataba de determinar el ajuste psicológico en sujetos con cáncer terminal. En el transcurso de su estudio encontró que hay factores físicos que parecen ser determinantes de tal ajuste. Encontró que, por ejemplo, deterioros intelectuales suaves están asociados con una mejor adaptación y tiempo prolongado de supervivencia. Explica esto diciendo que es posible que estos pacientes medianamente deteriorados experimenten una disminución de intereses y ocupaciones, con un alterado sentido del tiempo, los cuales ayudan a reducir ansiedad y desesperación sobre dificultades futuras.-- (**)

Los factores orgánicos pueden influir de manera positiva (mayor tiempo de supervivencia) o negativa (muerte rápida). Los factores físicos (psiquiátricos) que correlacionaron en mayor medida con el ajuste psicológico del sujeto, fueron:

(**) Es significativo el hecho de que en México, a los pacientes con cáncer terminal se les den drogas que disminuyan su ansiedad y dolor. Tal vez eso ayude a lograr un tiempo mayor de supervivencia, aunque se requiere de estudios adecuados para probarlo.

1.- La adaptación del enfermo al trabajo, en el pasado; la adaptación familiar; dependencia y adaptación a su enfermedad, en el pasado.

2.- Dependencia sobre-exigente, censura.

3.- Apatía, renuncia y aislamiento (el más importante).

Concluyeron diciendo que se necesitan más estudios longitudinales para la identificación de cada uno de estos factores, como: el efecto de los factores tóxicos en el cerebro, la edad, la duración de la enfermedad, tipo y localización del cáncer.

Kline & Sobin (9) llegan al extremo de sugerir que se les practique a los enfermos una lobotomía prefrontal, para evitar dolores.

T.J. Craig & Abeloff (18) señalan que, desde que Cooper dijo en 1826 que el dolor y la ansiedad estaban entre las causas más frecuentes del cáncer del seno, numerosos autores han establecido la noción de que los factores emocionales juegan un importante papel en la etiología del cáncer. La mayoría de los estudios etiológicos enfatizaron una de dos constelaciones de personalidad en la gente que desarrolla cáncer. Un grupo enfatiza que la separación, pérdida y desesperación conducen a la depresión, seguida por el inicio del cáncer. Un segundo grupo señala la represión, negación y constricción emocional como preexistentes en pacientes que desarrollan cáncer. LeShan, Renneker, Cutler, Bacon & asociados llamaron a ese proceso "suicidio pasivo".

Otra área menos investigada ha sido la relación de las emociones en el pronóstico del cáncer. Blumberg des-

cribió a un grupo de pacientes en los que la progresión -- del cáncer fue rápidamente grave al ser serios, sobrecooperativos, pasivos, grandemente deprimidos o ansiosos e incapaces de reducir su ansiedad por canales normales.

Stravinsky encontró que los pacientes cancerosos con los más favorables resultados tenían una combinación de alto I.Q. y alta hostilidad. West y Baltrusch afirmaron que la reducción de síntomas psiquiátricos puede prolongar la vida del paciente canceroso. Walshe sugirió el aconsejar a los pacientes para que no cayeran en la desesperación. Kline & Sobin afirmaron que las principales reacciones del paciente canceroso a su enfermedad están de acuerdo con -- sus rasgos de personalidad, e incluyen entre éstas a la negación, huida, depresión severa y preocupaciones obsesivas. Hoffman & Futterman mencionaron que los tres principales miedos de niños con cáncer se relacionan con separación, mutilación y muerte. Peck encontró ansiedad en 49 y depresión en 37 de un total de 50 pacientes.

En su estudio, Craig & Abeloff aplicaron el SCL-90 (Hopkins Symptom Checklist) para determinar la incidencia de enfermedades psiquiátricas en sus pacientes cancerosos para investigar si había: a).- somatización; b).- obsesión-compulsión; c).- sensibilidad interpersonal; d).- depresión; e).- ansiedad; f).- hostilidad; g).- ansiedad fóbica; h).- ideación paranoide; i).- psicoticismo.

Intentaban determinar qué pacientes cancerosos necesitaban ayuda psiquiátrica. Encontraron que la cuarta parte de sus pacientes la necesitaban.

Atendiendo a 2000 pacientes con técnicas psiquiátricas, Vachon & Lyall (2), lograron disminuir la ansiedad en la mayoría de ellos.

c).- Mecanismos de Defensa Utilizados por Pacientes -
Cancerosos.

Arthur Peck (11) señala que, en su estudio, los mecanismos de defensa más usados fueron: la negación, el desplazamiento, la identificación con el médico (con lo cual, el paciente se volvía pasivo y dependiente) y el atribuirle poderes especiales al médico.

Eugene M. Blumberg (19) en su estudio de características de personalidad en enfermos cancerosos, aplicó el MMPI, el TAT, el Rorschach y Wechsler. Encontró:

a).- valores altamente negativos F - K, es decir, altas defensas, aparentando serenidad ante una angustia interna y profunda.

b).- ansiedad o depresión no mitigada a través de descargas neuróticas normales;

c).- una anormal falta de habilidad para disminuir su ansiedad a través de las salidas usuales.

Los pacientes trataban de reducir su angustia por medio de: realización de actividades normales; actividad psicopática; conversión histérica y actividades psicóticas.

Laxenaire, Bentz & Chardot (1) nos indican que los mecanismos de defensa utilizados por el paciente canceroso son:

a).- Rechazo.- "defensa por la cual el yo rechaza una emoción que tiende a disociarlo". El paciente aparenta no dar importancia a su cáncer, se muestra indiferente y en ocasiones llega casi a negarlo, lo cual indica su profunda angustia.

b).- Pseudoracionalización.- "permite introducir una-

aparición de lógica dentro de lo absurdo de la enfermedad". El paciente busca introducir un sistema explicativo que dé una cierta lógica al mundo en que vive. Aparentemente se acepta el mal y lo implacable del destino, sin mostrar agresividad. Puede darse el caso, también, de que el enfermo trate de evitar el diagnóstico dando argumentos ambiguos, tales como: "no estoy tan mal".

c).- Pensamiento Mágico.- el mal se integra a una atmósfera de culpabilidad (sobre todo en el cáncer localizado en los genitales). Piensan: "esto es castigo del cielo". Evitan que se sepa el mal aduciendo que es cualquier otra cosa. Otro caso es cuando el paciente culpa a otros (médicos, familiares, etc.). Prefiere sufrir una suerte de justicia inmanente antes de encontrarse solo y desarmado frente a una angustia que le parece insoportable.

d).- Sublimación.- "es la transformación de las pulsiones en una actividad socialmente aceptable. En ocasiones, el enfermo huye y se refugia en su trabajo ante la intolerable situación".

e).- Negación.- es cuando el enfermo, al mismo tiempo que constata, niega la realidad. Hay ejemplos de moribundos que se aferran a la vida y pretenden ir de mejora en mejora.

De todos estos mecanismos, tiende a predominar alguno de ellos, dependiendo de la estructura de personalidad pre-existente.

De todos los mecanismos de defensa utilizados por el paciente, el más estudiado de ellos ha sido la negación. Al respecto, Marjorie Bahnson (20) ha hecho varios estudios en los cuales señala que los pacientes cancerosos ha-

con extenso uso de ego-defensas, tales como la represión y la negación para enfrentarse a conflictos psicológicos relacionados con la pérdida, agresión, hostilidad y dominancia, y urgencias creativas narcisísticas, así como libidinales. La proyección y la represión (desde el punto de vista de la complementaridad entre ego-defensas y manifestaciones somáticas de represión), son conceptualizadas como extremas, opuestas y mutuamente excluyentes. Nos habla de represión secundaria, misma que es un proceso continuo de defensa, que se encarga de prevenir los impulsos conflictivos desorganizándolos ya sea en forma ideacional o conductual. De acuerdo con ésto, quien utiliza la represión secundaria bloquea toda salida conductual o cognitiva del impulso perturbador; en lugar de ello, se enfrenta con el impulso no psicológicamente, sino somáticamente, a través de mecanismos de descarga internos.

De esta manera, la represión y la proyección son concebidas como mutuamente excluyentes. Por lo tanto, la ausencia de represión indica el funcionamiento de la proyección, y viceversa. La hipótesis del estudio de esta autora fue que los pacientes cancerosos harían uso de la proyección en menor grado que los sujetos normales.

Utilizó una muestra al azar, suponiendo que, como lo ha mencionado Langer y Michael, "los sujetos normales usan defensas neuróticas" y que por tanto deben usar la represión.

Su hipótesis implicaba que los cancerosos estarían menos propensos a asignar sentimientos, actitudes, estados de ánimo, etc., que otros (los "normales") al medio-ambiente. Estarán más dispuestos a ver el medio-ambiente como no amenazante, benigno y socialmente deseable.

Una hipótesis secundaria era que, en el área de la de presión, los cancerosos usarían más represión (menos proyección) que los normales.

Utilizó un inventario que contenía items que investigaban lo "referente-a-sí-mismo" y "referente-al-medio-ambiente".

Los resultados de su estudio fueron los siguientes:

1o.- El grupo canceroso tuvo un nivel constante de de cremento de proyección en todas las dimensiones medidas -- (ansiedad, nivel de hedonismo, hostilidad, culpa e interac ción social.)

2o.- Tales resultados no pueden ser considerados como un artificio del instrumento de medición.

Resulta de interés que las mayores discrepancias en los puntajes de proyección de sujetos normales y cancerosos fueron, de mayor a menor, en las siguientes dimensiones: nivel de hedonismo, ansiedad, hostilidad, culpa e interacción social.

La autora enfatizó las ego-defensas como el rasgo más manifiesto y característico de los pacientes cancerosos, - en contraposición con otros estudios en los que se ha enfa tizado o bien la pérdida, depresión o desesperanza como -- precursores del cáncer o bien la inhibición y negación.

Señala que la depresión y ansiedad deben ser consideradas como consecuencia de, más que como antecedentes a. - Su predicción que la falta de proyección de tensiones o -- emociones y actitudes conflictuales hacia el medio-ambiente podría producir una percepción más benigna de éste, fue claramente apoyada. Este análisis indicó que los pacien tes cancerosos tienen bajos puntajes de proyección no por-

que sean incapaces de responder al medio-ambiente, sino -- por no describirlo en términos de emociones negativas o -- amenazantes en el grado en que lo hacen los sujetos normales.

Hackett & Weisman (21) también nos hablan del uso de mecanismos de defensa en pacientes cancerosos. Dijeron -- que el paciente canceroso incurable intenta negar el inminente peligro de su enfermedad, lo cual parece aumentar su sentido de aprehensión. A fin de verificar esa observación diseñaron un estudio en el cual compararon 20 canceros y 20 cardíacos. Sus predicciones fueron las siguientes:

- 1o.- Que al grupo canceroso se le da menos información acerca de su enfermedad que al grupo cardíaco;
- 2a.- Que, como consecuencia de la atmósfera hospitalaria, la negación sería más favorecida en los cardíacos que en los cancerosos. Por eso mismo, -- los cancerosos podrían asimilar más información acerca de su condición y que su preocupación por la muerte sería más aparente que en los cardíacos;
- 3a.- Basados en la diferencia de los cuidados hospitalarios que reciben, los cardíacos tendrían ansiedad moderada, mientras que los cancerosos tendrían la depresión como característica;
- 4a.- Que en la relación con el equipo hospitalario, -- los cardíacos serían más apoyados y tratados amigablemente, mientras que los cancerosos serían -- tratados con ambivalencia, incertidumbre y suspicacia no intencional.

5a.- Que la preocupación principal de los cancerosos- podría ser el descanso de sus síntomas; su interés podría estar confinado al presente y no al futuro.

Utilizaron la entrevista como instrumento de evaluación. Como habían predicho, a los pacientes cancerosos se les da menos información acerca de su enfermedad, pero terminan por saber mucho acerca de ésta. Hay una conspiración de silencio entre el médico y sus familiares, tratando de mantener al paciente ignorante acerca de su enfermedad, pero el paciente los descubre debido a su actitud. Esto y el empeoramiento de sus síntomas refuerzan en el paciente un sentido de declinación, lo que impide que usen la negación.

Como esperaban, los cancerosos incurables estaban poco interesados en el futuro distante; ésto es comprensible si se toman en cuenta las molestias y sufrimientos a que los someten sus síntomas.

Tanto los cancerosos como los cardíacos muestran poca preocupación por la muerte. Parece ser que esta preocupación es común en los sujetos sanos, no en los moribundos.

Levine y Zigler (22) nos dicen que parece ser razonable el arguir que el uso de la negación se relaciona con el impacto psicológico de la enfermedad; mientras más amenazante sea ésta para el sujeto, más probabilidades habrá de que la evada, terminando de esa manera con las consecuencias de ésta. Esta hipótesis se ha derivado del punto de vista psicoanalítico, que afirma que la negación (como otros mecanismos de defensa) es una función del ego usada para manejar la angustia y la ansiedad. Por eso los pacien

tes cancerosos (contrariamente a lo que afirmaron Hackett & Weisman) la usan más, ya que el cáncer es una gran amenaza para la vida.

El principal propósito de su estudio era el de determinar si los cancerosos y cardíacos diferían en el grado en que empleaban la negación. Si al medir las diferencias entre el yo real y el ideal, un paciente seriamente enfermo al usar la negación, reduciría las diferencias, mismas que serían semejantes a las diferencias de los individuos no enfermos. Por lo tanto, al haber una diferencia pequeña entre el ego real e ideal, el paciente debe inflar irrealmente su autoimagen o negar que tiene muy altas aspiraciones para sí mismo.

En su estudio, utilizaron cuestionarios en los que se investigaba: a).- disparidad entre la imagen real e ideal de sí mismo y, b).- satisfacción con puntajes de salud.

Descubrieron que ambos grupos empleaban la negación.- Esto nos indica que los mecanismos de negación empleados por individuos con enfermedades serias se relacionan más con el negar sus aspiraciones que con el negar su nivel de funcionamiento (es decir, desinflaban su ego ideal de tal manera que había pocas diferencias entre éste y el ego real).

Los descubrimientos generales de este estudio indican que el mecanismo de defensa de negación juega un importante y quizá crítico papel en el ajuste de enfermos graves.

Schavelzon (23) señala que, como una consecuencia de los sentimientos de culpabilidad del paciente, se producen tres tipos de conductas:

a).- la-negación de los síntomas;

- b).- actitudes de inferioridad, dependencia y sentimientos de rechazo;
- c).- inhibición para la reestructuración de su esquema corporal y social, lo que le impide la comunicación y la readaptación social.

d).- La Dilación en Pacientes Cancerosos.

Uno de los problemas que más preocupa a los médicos es el de la llamada "dilación", es decir, la tardanza del paciente canceroso para acudir a consulta.

Gotthard Booth (14) explica la dilación diciendo que este tipo de paciente está fuertemente fijado en la etapa anal y es particularmente sensible a la pérdida de control de objeto: al ensuciar.

Worden & Weisman (24) cuestionan la importancia de acudir rápidamente a la consulta para que la enfermedad sea descubierta temprano. Indican que, excepto en el sentido de que toda enfermedad seria debe ser descubierta temprano y tratada tan completamente como sea posible, es todavía una cuestión debatible si el diagnóstico temprano -- del cáncer promueve un mejor pronóstico. Entre las muchas clases de cáncer, la formación de tumores y su extensión toman lugar a diferentes velocidades y en patrones inconsistentes. El diagnóstico temprano no significa necesariamente encontrar el cáncer en un estado temprano, cuando el tratamiento es presumiblemente más favorable, ya que la malignidad se desarrolla silenciosamente y es difícil descubrirla en un chequeo médico rutinario. Sin embargo, cuándo y cómo los pacientes cancerosos se presentan ante el médico permanece como un problema psicosocial intrigante, que-

depende tanto de las características del tumor como del huésped.

El propósito principal de su estudio fue el de examinar los efectos sobre la dilación de consideraciones demográficas, inter e intrapersonales durante el tiempo transcurrido desde los síntomas iniciales del cáncer hasta la primer consulta profesional; el segundo propósito fue proponer que el término peyorativo dilación se reemplace por un concepto más útil y objetivo: "tiempo-retardado" (lag-time).

Explican que la mayoría de los investigadores justifican los esfuerzos para acortar el período entre los síntomas iniciales y la búsqueda del médico a fin de mejorar la recuperación y disminuir la mortalidad. Sin embargo, según Kutner, el concepto de dilación es exacto. Goldsen concluyó que los "buenos hábitos de salud" son los que promueven la búsqueda del médico, más que los concernientes al cáncer. Aunque algunos reportes afirman que muchos cánceres son descubiertos durante un examen médico rutinario, Goldsen señala que ciertos pacientes que conocen sus síntomas de cáncer no los notifican al médico. Cobb indica que ni la prontitud ni la dilación son típicas de un rasgo de personalidad única, sino que simplemente reflejan cómo los individuos se enfrentan a sus miedos de dependencia o a otras ansiedades.

A pesar de esto, muchos clínicos continúan viendo la dilación como propia de sujetos no informados, obstinados o demasiado miedosos, que actúan al contrario de como lo haría una persona razonable.

Henderson no encontró factores de dilación individua-

les, sino que la tendencia a reprimir o negar la ansiedad provocada por la información fue mayor entre los pacientes que tardaban más en acudir a la clínica. Holland encontró los estudios de Henderson inferenciales y contradictorios. La metodología influía fuertemente en los resultados.

Feinstein enfatizó las diferencias entre los estados anatómicos y clínicos, y demostró cuan arduo es lo que encara el epidemiologista cuando trata con un grupo de pacientes que son diagnosticados sin síntomas específicos, con síntomas relacionados con otras enfermedades (comorbidad), pacientes que buscan el diagnóstico inmediatamente y aquellos que van dentro de un tiempo razonable, pero todavía más allá del límite llamado dilación. Los componentes psicosociales de la dilación pueden acelerar o demorar el requerimiento de ayuda, pero la dilación o la prontitud por sí mismas, no deben ser consideradas benignas o nocivas hasta que no haya un mayor número de estudios al respecto.

Los investigadores han tendido generalmente a aceptar la regla de Peck & Gallo de que la dilación del paciente es razonable cuando es menor de tres meses, entre el inicio de los síntomas y la primer visita médica. Más allá de tres meses es considerada indebida.

Los tres meses son estadísticamente convenientes, pero, en todo caso, no refleja las circunstancias psicosociales del período de psicodiagnóstico, no nos indica la velocidad natural y manifestaciones psíquicas del cáncer en sí

El término dilación tiene connotaciones desafortunadas. Implican negligencia, y que el que asiste al médico -

antes de tres meses no incurre en la dilación, aunque el cáncer haya sido descubierto accidentalmente.

El "tiempo retardado" no tiene la connotación de reproche de la dilación, porque mide solo el tiempo actual, desde el primer síntoma del cáncer hasta que el paciente asiste al médico. De esta manera, midiendo los intervalos de tiempo en series continuas, la interacción mutua del "tiempo retardado" con las variables psicosociales puede ser afirmada sin imponer el lapso arbitrario de tres meses.

Hizo un estudio en el que aplicó: a).- una entrevista; b).- perfil de estados de humor (POMS); c).- MMPI; d).- índice de relaciones predominantes y e).- TAT. Encontró que la mayoría de los pacientes buscaron el diagnóstico médico dentro de un plazo de tres meses. El tiempo retardado mayor no significa necesariamente que los pacientes se pongan en mayor peligro a sí mismos, aunque esto necesita de más estudios.

Los componentes psicosociales generalmente asociados con un mayor "tiempo retardado", sin tomar en cuenta el tumor o tipo de malignidad son: mayor negación, mayor creencia de que su condición no es seria, más problemas maritales, más frecuencia de reportes de aislamiento y rechazo en la familia de origen, grandes sentimientos de minusvalía y una baja puntuación en introversión social (MMPI), lo cual puede significar tendencias del paciente a resolver sus conflictos y tensiones mediante la externalización de la tensión interna.

e).- Impacto Emocional del Cáncer sobre la Familia.

Murray y Parkes (12) señalan que el cáncer invade a la familia igual que al cuerpo del paciente. Al principio no anda todo bien; cuando se conoce el diagnóstico, la familia se sacrifica y comienza un periodo de deterioración; con la muerte del paciente, la familia se desintegra y -- después entra en un penoso proceso de reestructuración cuyo resultado es incierto.

Este autor hizo algunos estudios con pacientes cancerosos de oído, nariz y garganta. Le interesaron este tipo de carcinomas porque, a pesar de no diferir mucho con el cáncer en otras partes del cuerpo, presentan problemas -- particulares, pues en su mayoría producen deformidades visibles o dificultades al comer e incluso problemas de comunicación.

El paciente tiende a pasar, en el curso de su enfermedad, por cuatro estados:

a).- adormecimiento o negación.- ninguno quiere -- creer que tiene cáncer terminal, y tanto la familia como el paciente se muestran pesimistas;

b).- lamentación y resistencia o lucha.- la evidencia de deterioración es obvia y el paciente se vuelve ansioso. Se puede volver agresivo o enojado con la gente -- que se atravesase en su camino, o protestar por el tratamiento.

c).- depresión o renunciamiento.- cuando el desorden progresa, el paciente cae en la depresión, pues muchos de los supuestos sobre sí mismos son invalidados por la enfermedad;

d).- adaptación.- sucede cuando las circunstancias de atenciones y cuidados son buenas, y la enfermedad es de -- progresión lenta, no complicada con síntomas aterradores o particularmente dolorosos;

Para la familia también hay un proceso de este tipo.- Al principio, como se les dice más que al paciente, tratan de apoyarlo en su enfermedad. Un factor que ayuda a tal - apoyo es nuestra capacidad para posponer el dolor. Cuando ocurre la muerte del paciente, los supervivientes entran - en una fase de lamentación o resistencia y lucha, en la -- que se esfuerzan por buscar algo o alguien a quien reclamar, como si así pudieran recobrar a la persona perdida. - Conforme pasa el tiempo ese estado de ánimo disminuye y -- las personas se vuelven apáticas y evasivas al sentir que no hay esperanza de recuperar a la persona querida. Por último se recobran y encuentran nuevas direcciones en su vida.

Las implicaciones de esto son claras. Si se ayuda al paciente y a su familia haciéndoles sentir confianza en el staff y el médico, y a estar juntos, se puede prolongar la vida del paciente y evitar dolores innecesarios.

En conclusión, señala que el cáncer terminal no finaliza necesariamente con la muerte del paciente. Los problemas del paciente terminan pero el de los sobrevivientes empezan.

Townes, Wold y Holmes (28) afirman que los padres de los niños leucémicos pueden pasar por el siguiente proceso:

- a).- negación.- no aceptan el diagnóstico;
- b).- aceptan el diagnóstico pero no el pronóstico;
- c).- aceptan tanto el diagnóstico como el pronóstico.

Hicieron un estudio de tres años en los cuales se les aplicaban pruebas y cuestionarios a los padres de ocho niños leucémicos. Su expectativa era que ambos padres podrían exhibir patrones similares en las tres fases del proceso de aflicción. Se aplicaron el AF (miedos anticipatorios), el SD (diferencial semántico) y el SRE (inventario de experiencias recientes).

Encontró que los padres se adaptan más fácilmente que las madres, por lo cual hubo menos cambios en los eventos diarios en la vida de los padres que en la de las madres.- Ferguson (25) afirma que la seguridad familiar o de los padres se transmite al hijo canceroso. Hizo un estudio en el que examinó 45 niños con un cáncer terminal. Se les aplicaron: el HTP, Dibujo de la Familia, Tres Deseos, Frases incompletas y Mosaicos.

A pesar de que los niños fueron arrancados de su hogar a una edad muy sensible, los chicos se encontraron dentro de un rango normal, adaptados, sin conductas extrañas. Esto se explica por, en orden de importancia, los siguientes factores: que los niños son cuidados por sus madres y/o padres, que pueden entrar y salir libremente del hospital; las enfermeras no usaban uniformes; los padres, el niño, el sacerdote y otros miembros formaban una estructura de salud.

Lily Bleger (23) señala que en el grupo familiar de los pacientes cancerosos se movilizan ansiedades y sus correspondientes defensas. Necesariamente se da una reestructuración de roles en sus diversos integrantes. La información de la verdad puede, en un grupo familiar, movilizar desde los niveles más regresivos de comportamiento hasta

los más integrados. Suele haber, en ocasiones, respuestas paradójicas, por ejemplo la unión familiar para progreso y ayuda del paciente o alejamiento de ésta para evitar sentimientos de culpa. Es por esto que algunas veces el paciente necesita lo que él llama "su doctor" (el depositario de su angustia).

Consideramos que sería importante la realización de un estudio en el que se evaluara la influencia que tiene la reacción familiar sobre el curso de la enfermedad del paciente.

II.- Estudios que conciernen al Cáncer en el Cervix.

Stephenson y Grace (37) señalan que en los estudios que se han hecho al respecto indican que existen relaciones entre dificultades sexuales y cáncer en el cervix, pero que tales estudios tienen problemas metodológicos pues no utilizaron un grupo control de pacientes libres del cáncer del órgano en cuestión. Por lo tanto, realizaron un estudio en el que evitan esta dificultad (en sus sujetos de grupo control había cancerosos de la tiroides, del mediastino, del páncreas, de los ojos, gastrointestinales, etc.)

Basados en la entrevista, estudiaron:

- 1.- Ficha de identificación, historia de la enfermedad en el paciente y sus familiares, etc.
- 2.- Historia de funciones menstruales y todo lo relacionado con ellas;
- 3.- Historia de funciones sexuales y maritales;
- 4.- Historia de traumatismos en el cervix;

5.- Historia de las funciones de personalidad.

Encontraron que la incidencia de cáncer en el cervix es mayor entre las negras que entre las judías; también es mayor entre las mujeres que tuvieron hijos antes de los 25 años de edad.

Las pacientes con cáncer cervical tuvieron un ajuste sexual muy pobre, en comparación con el grupo control; tenían menos capacidad para lograr el orgasmo durante sus relaciones; tenían mayor aversión hacia las relaciones sexuales y mayor número de divorcios, abandonos y separaciones.

Este estudio merece ser tomado en cuenta. Sería interesante un estudio de fisiología cervical bajo condiciones de tensiones diarias en las sujetos con cáncer cervical.

Wheeler & Caldwell (26) se quejan de que hay pocos estudios objetivos que hagan evaluaciones psicológicas de sujetos cancerosos. Aceptan que uno de ellos fue el realizado por Tarlau & Smalheiser, y les pareció que garantizaba la repetición por tres razones; 1o.- fue un estudio exploratorio; 2o.- parecía tener varias fallas en su diseño y - 3o.- porque es deseable su repetición por las implicaciones de sus descubrimientos.

Diseñaron un estudio que intentaba extenderse sobre los lineamientos del trabajo de Tarlau & Smalheiser. Utilizaron tres muestras, cada una de ellas constituida por 20 mujeres casadas. Los grupos eran: grupo de mama, grupo de cervix y grupo normal. Se les administraron las siguientes pruebas psicológicas: la escala de inteligencia-- Kent-E-G-Y, el Rorschach, el DAP, el Family Preference -- Rating, Rosenzweig Picture-Frustration Study y una entrevista dirigida.

Obtuvieron los siguientes resultados para el grupo de cervix:

- a).- Rorschach.- más W, Fc, c, CF, C, suma de C y Anat que las sujetos normales, y menos FC, M, O, II y A.
- b).- DAP: no hubo ninguna diferencia significativa ante: puntajes totales de Goodenough, para el uso de ropa, para rasgos de la cabeza, en puntajes de juicio y en el grado de perturbación sexual.- La única diferencia significativa fue en relación con los puntajes en las extremidades, en las que el grupo de cervix las obtuvo menores -- que el grupo control.
- c).- Family Preference Rating.- no hubo diferencias significativas.
- d).- Rosenzweig Picture-Frustration Study.- Se intentaba detectar diferencias en el manejo de los impulsos negativos, pero no se encontraron.
- e).- Entrevista.- Hay la tendencia de las pacientes de cáncer en el cervix a sentir a sus padres como fracasados en su vida laboral. Al igual -- que los controles, admitieron relaciones sexuales extramaritales y tuvieron un mayor número de matrimonios. Tuvieron también sentimientos negativos hacia las relaciones sexuales, mismos que no se presentaron en los normales.

Trataron de hacer después una comparación con el estudio de Bacon, Renneker y Cutler, quienes hicieron un estudio con sujetos con cáncer de mama. La única diferencia importante que encontraron fue: que las cancerosas de cer-

vix tuvieron relaciones sexuales antes del matrimonio en menor grado que las normales.

Emelia Vargas (27) hizo un estudio en México en el -- que intentaba encontrar diferencias significativas entre -- cancerosas del cervix y otros tipos de cáncer.

Utilizó a un grupo de cáncer de cervix y a otro con -- cáncer de mama, cuello y cabeza, comparados con lo esperado. Aplicó entrevista y Rorschach.

Obtuvo los siguientes resultados (Cv: cérvicos; Nc: -- no cérvicos):

- 1.- Cv, NC dieron más W mediocre de lo esperado; no -- dieron d.
- 2.- Cv, NC dieron menos M de lo esperado; el grupo NC -- identificó la figura humana en forma evasiva, y -- su tipo de acción activo-agresiva; Cv dio más res -- puestas, y la identificación de las figuras fue -- abiertamente masculina.
- 3.- El número de FM es inferior a lo esperado. NC -- dio mayor número de A y la mayor parte de respues -- tas a la lámina VIII; CV dio más respuestas a la -- VII.
- 4.- Para Cv, NC, m, K, k y FK no fueron significati-- -- vas.
- 5.- Cv y NC evadieron C en las láminas II y III. Las -- respuestas C en VIII, IX y X fueron pasivas, aun-- -- que Cv dio ligera tendencia a movimiento inanima-- -- do; Cv aceptó textura y formas bien definidas, -- abiertamente pasivas y generalmente aceptaron VI; -- el grupo NC dio respuestas de forma vaga, textura

primitiva y agresivo-anatómicas; tuvieron F superior a lo normal. Cv dio más Anat.

- 6.- El grupo Cv tuvo los mismos aspectos intelectuales que NC; sus relaciones con el medio familiar fueron dependientes, expresaron preocupación auto destructiva en relación con el concepto de sí mis ma y su enfermedad; sentimientos de culpa en relación con la etiología de su enfermedad; conflicto y rechazo ante la aceptación de sus funciones bio lógicas femeninas; su pensamiento es perseverativo; están en contacto con su realidad externa, es decir, con su condición somática, a tal grado que no pueden ser objetivas con su medio-ambiente; ex presan interés por necesidades afectivas receptivo-dependientes; su forma de manifestar la agresión es pasivo-agresiva; no se encontró angustia, ya que tal vez se encuentre canalizada por su enfermedad.
- 7.- El grupo NC no expresa interés o capacidad ante los aspectos prácticos de la vida; viven el ambiente familiar sin gratificaciones; expresan agresión y hostilidad ante sus necesidades afecti vas, probablemente por temor a la dependencia; ma nifiestan procesos de disturbio o alteración ante la imagen de sí mismas; su relación con el medio-ambiente es limitada; probablemente su preocupación somática les resta fuerza o interés para actuar en forma libre y espontánea, y cuando lo hacen, es a través de hostilidad y agresión, encontrándose las mismas características en sus relaciones interpersonales; su actuación es básicamente

te hostil-agresiva; tampoco se encontró angustia, quizá por lo mismo del grupo Cv.

III.- Estudios que conciernen al Cáncer de Mama.

Bacon Rennecker y Cutler (6) hicieron, en 1952, un estudio con 40 pacientes de cáncer de mama. El problema que estimuló el estudio fue el de tratar de encontrar el factor (es) que disparan el cambio del orden celular al caos-celular. Trataron de investigar si los factores emocionales pueden ser ese disparador.

Explican que modernas investigaciones sobre cáncer hacen pensar que todos llevamos el potencial canceroso dentro de nosotros, y que todo es una cuestión de morir de otra cosa o de cáncer. Este punto de vista involucra las siguientes cuestiones: ¿por qué el cáncer latente no se desarrolla en muchos de nosotros? ¿por qué después de ser diagnosticado como maligno metastiza tarde en algunos y en otros rápido?, y, ¿cuál es la naturaleza de las reacciones corporales defensivas al cáncer?

En su investigación, obtuvieron los siguientes resultados:

1.- Intervalo entre el descubrimiento del tumor y el intento de consultar al médico.- A pesar de que la mayoría: a).- tenía una educación suficiente para identificar al cáncer y saber de la conexión entre el diagnóstico temprano y un incremento en la oportunidad de salvarse, y b).- que todas pensaron, al descubrir el tumor, que podría tratarse de cáncer, el 65% de ellas tardó más de dos semanas en acudir al médico.

2.- Historia sexual.- La mayoría de ellas careció de educación sexual de parte de los padres y eran vírgenes en el momento de contraer matrimonio; no habían experimentado nunca el orgasmo y consideraban desagradable el acto sexual; lo curioso es que las mujeres con buen ajuste sexual tenían más de 51 años.

3.- Ajuste maternal.- El 50% de ellas no tenían hijos y solo una deseaba embarazarse. Del 50% que sí los tenían, sólo tres de ellas los deseaban conscientemente; siete de ellas tenían un ajuste superficial a su maternidad, pues eran sobreprotectoras, especialmente con las hijas. Casi todas habían tenido relaciones patológicas con sus propias madres. Había gran hostilidad inconsciente y formaciones reactivas.

4.- Inhabilidad para descargar o manejar adecuadamente su ira, agresividad u hostilidad, cubierta con una fachada de amabilidad y satisfacción. Treinta de ellas fueron diagnosticadas como poseedoras de un carácter masoquista en base a: a).- una excesiva actitud de autosacrificio, dirigida a la madre, principalmente; b).- una relación sexual no placentera, de sufrimiento, con hombres fríos, demandantes, psicópatas, alcohólicos, sádicos, promiscuos, financieramente irresponsables o bien pasivos, demandando una relación maternal con ellas. Las que tenían buenos métodos para manejar la hostilidad, con una excepción, eran mayores de 51 años.

5.- Historia pre-cancerosa reciente.- No hay datos confiables, con excepción del descubrimiento de una gran culpa en el 50% de las pacientes antes de descubrir su enfermedad. También hubo depresión, mucha autocrítica y vagos sentimientos de ansiedad.

Se debe considerar un yo destructor internalizado en la paciente cancerosa. La presencia de culpa en 20 pacientes un año antes de su enfermedad, su carácter masoquista y la tardanza para buscar tratamiento son altamente sugestivos. Los autores creen que algunas de las pacientes utilizan el cáncer como un suicidio pasivo. No se sabe si hay un punto inicial para las fuerzas biológicas que dirigen al desordenado crecimiento celular, o si el cáncer solamente representa un desorden orgánico conveniente que se alarga a las necesidades emocionales del momento. Es posible que las fuerzas emocionales a veces provean el catalizador para la reacción cancerosa.

Están inclinados a pensar que hay una relación entre la Psicología y el cáncer. No es la reacción post-cancerosa la que se debe de ver, sino un patrón conductual de la vida del paciente.

Lo importante de esto es la detección de pacientes precancerosas con esta constelación emocional para proveer las de psicoterapia profiláctica. Esto último se deriva de la posibilidad de que las pacientes de mayor edad se hayan adaptado mejor y por lo tanto pospusieron el desarrollo del cáncer.

En otro estudio realizado por los mismos autores en 1963 (5) con cinco pacientes de cáncer de mama que recibieron psicoterapia, encontraron lo siguiente:

Todas las pacientes fueron privadas de gratificaciones orales de dependencia y frustradas a través de relaciones insatisfactorias con sus madres. Tenían muchos núcleos de constelación depresiva. Esta constelación dinámica fue completada por el bloqueo parcial de los hombres como fuentes de satisfacción y seguridad. Esto fue debido a que se

identificaron con la estructura de personalidad masoquista de las madres. Este proceso pareció ser de dos tipos: - a).- altruista, con conducta de autosacrificio dirigida hacia la madre, padre, hermanos o substitutos de éstos, - b).- frustración de necesidades femeninas a través de la elección de un tipo inadecuado de amante o esposo.

Ocurrió una crisis en las pacientes cuando el objeto-seleccionado: las abandonó, era mal proveedor, perdió calor o habilidad para mantenerse o murió. Esta ruptura activó los núcleos psicobiológicos representados como: frustración oral; ira destructiva que se vuelve contra el yo; depresión; frustración oral y se repite.

Su tesis es que esta descompensación de mecanismos psicológicos es acompañada por una descompensación de mecanismos biológicos. El resultado es un decremento de la resistencia del huésped y un incremento de susceptibilidad a la enfermedad. Este desorden puede ser externamente invasor o un desorden potencial interno, previamente controlado a través del mantenimiento de un alto nivel de resistencia del huésped. La coexistencia accidental de baja resistencia del huésped y un alto factor cancerígeno podría, -- teóricamente, ser la situación más mala.

La ruptura con el objeto elegido, en cuanto a sus relaciones, provocó disturbios en el funcionamiento sexual de las pacientes. La mayoría de ellas exhibieron disturbios de la pulsión maternal. Los niños no fueron catectizados a través de la identificación.

El desarrollo, progresión o regresión del cáncer de mama puede ser considerado como el reflejo de un balance de fuerzas entre factores cancerígenos y la resistencia del huésped. Ambos factores están compuestos de muchas va

riables biológicas y psicológicas. El proceso del cáncer parece ser una compleja reacción en cadena, multicausal, - en la que las fuerzas emocionales pueden servir como eslabón o como un estímulo crónico en la facilitación del proceso. Los factores emocionales cruciales parecen contener en sí los efectos ruptores de la falla repentina de una estructura neurótica previa. La herencia, los factores constitucionales, traumas, balance hormonal, edad, sexo, raza y medio-ambiente son considerados todos como importantes.

Las situaciones psicológicas críticas observadas en este estudio fueron:

- 1.- Reacciones depresivas;
- 2.- Disturbios de los impulsos heterosexuales, que frustraron e incrementaron las necesidades de dependencia oral, → incremento crónico de necesidades sexuales, → acting out sexual, → alternado con la inhibición de los impulsos sexuales, → culpa, → incremento de frustraciones orales, → necesidades de dependencia, → incremento de las necesidades de dependencia oral y se repite.
- 3.- Tardíos impulsos maternales no realistas, basados en el impulso reconstitutivo de culpa.

El punto teórico básico de este estudio se refiere a la idea de qué factores psicológicos pueden, algunas veces, ser parte de las interacciones multifactoriales involucradas en los pasos que dirigen al cáncer de mama.

Crean que la psicoterapia es indicada en todas las condiciones orgánicas amenazadoras que crecen en el abono de la depresión.

Reznikoff (29) hizo una investigación derivada de relaciones existentes entre el desbalance hormonal y tensiones emocionales por un lado, y por el otro, entre el desbalance emocional y cáncer de mama. Intentó explorar una relación directa entre tensiones emocionales y cáncer de mama. Específicamente, intentaba aprender si las pacientes con cáncer de mama evidenciaban en su historia de desarrollo ajustes emocionales peculiares.

Eligió 50 mujeres antes de ser diagnosticadas. Veinticinco de ellas resultaron con cáncer de mama y 25 con tumores benignos (grupo 1 y 2); utilizó un tercer grupo que no tenía ningún desorden orgánico en la mama. Aplicó: TAT Frases incompletas y un cuestionario.

Obtuvo los siguientes resultados:

1.- Grupo 1 vs. grupo 2:

a).- Cuestionario: las sujetos del 1 eran hijas -termedias de una gran familia; 1 ó más de sus hermanos murieron al nacer o en su infancia. Tenían madres sometidas a padres dominantes; tenían excesivos quehaceres domésticos durante la infancia, predominantemente asociados con el cuidado de los hermanos pequeños; el ajuste marital estaba caracterizado por su domesticidad.

2.- TAT: En las historias del grupo 1 raramente se percibía a la madre como protectora y afectuosa; las relaciones heterosexuales eran percibidas como insatisfactorias de sus necesidades de amor y atención; había confusión sexual; tenían dificultades para aceptar su rol femenino.

3.- Frases Incompletas: el grupo 1 manifestaba senti-

mientos negativos y conflictivos; actitud negativa en las áreas de conducta maternal y heterosexual; ambivalencia en la aceptación de responsabilidades asociadas con el embarazo, el parto y el cuidado de los hijos.

2.- El grupo 1 vs. el grupo 3.

a).- Cuestionario: el grupo 1 mostraba las mismas diferencias que con el grupo 2. Además, tenían menos información en lo concerniente a la menstruación y se mostraron más avergonzadas y confundidas con su inicio; sus esposos pasaban menos tiempo con ellas; algunas no fueron felices en sus matrimonios.

b).- TAT: el grupo 1 dio historias de amor heterosexuales poco satisfactorias: hubo gran incertidumbre sexual; percibían a los hombres como no satisfactores de sus necesidades de afecto.

c).- Frases Incompletas: el grupo 1 mostró ambivalencia y sentimientos negativos en sus relaciones heterosexuales y maternas; actitudes negativas con sus familias y el padre en especial; actitudes muy negativas con respecto al embarazo y al parto.

Todos los resultados son tentativos y requieren investigación futura.

Teniendo en cuenta que la mama es un órgano que alimenta y, en nuestra cultura, un símbolo de atracción femenina, puede representar una fuerza en contra de la identificación femenina.

La conducta evidente, actitudes y emociones de una mujer con cáncer de mama podría, en relación con su funciona

miento sexual y maternal, ser formada por un disturbio endócrino que ha durado mucho y que culmina en cáncer. Es igualmente sostenible teorizar que un desbalance hormonal es el reflejo de tensiones emocionales y tensiones medioambientales.

En el estudio realizado por Wheeler & Caldwell (26) - mencionado anteriormente, en el que se comparan tres grupos (cáncer de cervix, de mama y normales), se obtuvieron los siguientes resultados para el grupo de cáncer de mama:

- a).- Rorschach: este grupo obtuvo mayor número de: - W, Fc, FC, C, suma de C y A, que el grupo control, y menor número de M, O y Anat.
- b).- DAP: no hubo diferencias significativas;
- c).- Family Preference Rating: no hubo diferencias -- significativas;
- d).- Entrevista: el grupo - tuvo más sentimientos negativos hacia las relaciones sexuales.
- e).- Posenzqwig Picture-Frustration Study: no hubo diferencias significativas.

Al comparar este estudio con el de Bacon, Renneker & Cutler, se encontró que las cancerosas de mama tuvieron menos relaciones sexuales antes del matrimonio que las cancerosas de cervix y las normales, y que mostraban asimismo - actitudes negativas hacia las relaciones heterosexuales.

Greer & Morris (30) hicieron un estudio en el que eligieron a 160 mujeres antes de ser diagnosticadas. De - - ellas, 69 tuvieron cáncer de mama y 91 tumores benignos. - Se les aplicaron: el Hamilton Rating Scale, el Mill Hill - Test of Verbal Intelligence, el Eysenk Personality Invento

ry (EPI) Forma A y el Caine & Foulds Hostility Direction - of Hostility Questionnaire (HDHQ).

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- No hubo diferencias significativas en los grupos en cuanto a:

- a).- Mill Hill Test;
- b).- HDHQ
- c).- EPI

El principal descubrimiento de esta investigación es la asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de cáncer de mama y una expresión anormal de emociones. Esta anomalía, en la mayoría de los casos, consistió en la extrema supresión de la ira y de otros sentimientos, pero también hubo un alto porcentaje de cancerosos que expresaban de manera extrema tales emociones. Estos resultados se obtuvieron en todos los grupos de cancerosos, excepto para el grupo de 40 años.

No se puede probar concluyentemente que este patrón conductual en las pacientes sea un antecedente, más que un concomitante del cáncer de mama. Sin embargo, por medio de un interrogatorio cuidadoso de las pacientes y familiares cercanos se observó que este patrón persistió al menos durante toda la vida adulta y, frecuentemente, desde la infancia. Consecuentemente, parece probable que esos patrones antecedan al inicio del cáncer.

IV.- Estudios que conciernen al Cáncer Broncogénico.

Dudley, Verhey, Masuda, Martin & Holmes (31) realizaron un estudio con sujetos padeciendo DOPS (Síndrome Pulmo

nar Obstructivo, Difuso e Irreversible --enfisema--). A fin de ayudar a traer alguna objetividad en el área de la conducta del agonizante y sus antecedentes, aplicaron a 40 sujetos con DOPS el Índice de Berle; midieron variables fisiológicas e hicieron observaciones psiquiátricas.

Obtuvieron los siguientes resultados:

Como un grupo, estos sujetos utilizaban todo el rango de mecanismos de defensa, pero utilizaban más consistentemente la negación, represión y aislamiento. El aislamiento causó muchos malos entendidos con el staff y amigos, lo cual hizo que utilizaran más sus defensas. La ruptura de sus defensas fue asociada con el incremento de sus síntomas y la deterioración psicológica. Los mecanismos eran vistos como necesarios para la supervivencia y su falla --produjo descompensación psicológica y fisiológica.

Las variables psicosociales y psicobiológicas son muy importantes en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad. Los pacientes con muchas ventajas psicosociales son más efectivos para protegerse a sí mismos de síntomas peligrosos y tienen mayor probabilidad para proceder con un --programa de tratamiento realista y apropiado. Las ventajas fisiológicas son tan importantes como las psicosociales en el tratamiento y pronóstico de obstrucciones severas de los conductos del aire.

Aprender a manejar al paciente con pocas ventajas psicosociales es importante, pues constituye la mayoría de --los pacientes-problemas que necesitan rehabilitación. En general, los pacientes con altas ventajas psicosociales no necesitan rehabilitación, ya que pueden rehabilitarse por ellos mismos o con poca ayuda. La utilización de mecanis-

mos de defensa varía de paciente a paciente en grado y efectividad, y dependiendo de sus ventajas psicosociales.

El atacar directamente a tales defensas puede ser altamente destructivo, y puede producir descompensación pulmonar y muerte.

La conducta del paciente ante la muerte parece ser -- confortable y relajada, pero está cargada de emociones que no se relacionan con la muerte en sí, sino con el medio ambiente. Tal conducta puede ser tan confortable que hay -- una renuncia a la vida y temen que algún procedimiento médico les impida morir. Parece ser que el trauma de la muerte se presenta solamente ante los ojos de los espectadores y no en el paciente.

La mayoría de los trabajos que investigan los correlatos psicológicos del cáncer en el pulmón han sido realizados por David M. Kissen.

En uno de sus primeros trabajos (32), realizado en 1963 señala que sus observaciones personales acerca de los cancerosos de pulmón incluyen: 1) su tendencia a tener una significativa disminución de salida de descargas emocionales, y 2) tendencia a encerrar (bottle up) sus dificultades emocionales.

Para examinar las hipótesis anteriores, aplicó el MPI (Mondsley Personality Inventory) y dos cuestionarios clínicos (desórdenes conductuales de la infancia, falta de agresión y/o socialización) a 161 cancerosos del pulmón y a 174 enfermos de otra cosa (bronquitis, neumonía).

También se relacionaron los puntajes obtenidos con fumadores con y sin cáncer.

Obtuvo los siguientes resultados:

1.- Menos pacientes cancerosos tuvieron problemas conductuales en su infancia que los controles.

2.- Ni la falta de agresión ni la de sociabilidad dieron diferencias significativas entre cancerosos y contro--les.

3.- Los descubrimientos anteriores (1 y 2) no parecen ser influenciados por el hecho de fumar cigarrillos ni con el tipo de tumor.

4.- Hay una marcada correlación estadística entre la historia de ausencia de desórdenes conductuales en la in--fancia y la baja significación del puntaje para el neuroticisismo previamente reportada en esos pacientes por Kissen y Eysenck, en lo cual se basa la primer hipótesis de su -trabajo.

En otro trabajo realizado por Kissen en 1964 (33), indica que es razonable esperar que la inhalación del humo -del cigarro expondrá los bronquios a un carcinoma poten- -cial, más que la no inhalación.

Se basa en las características de personalidad encon--tradas en estudios anteriores sobre cáncer de pulmón, y --que son:

- a).- pobre salida a la descarga emocional;
- b).- tendencia a la extraversión;
- c).- tendencia a encerrar (embotellar-bottle up) sus dificultades emocionales.

Obtuvo los siguientes resultados:

Hay diferencias significativas entre pacientes cance-

rosos del pulmón y otros pacientes no cancerosos que no inhalan, entre cancerosos del pulmón no inhaladores y no inhaladores, todo esto con respecto a la pobre salida para la descarga emocional.

El grupo de cáncer de pulmón contiene más fumadores y fuma más que el grupo no canceroso.

Típicamente los cancerosos de pulmón tienen una pobre salida para la descarga emocional. La presencia de este rasgo no está en relación con la cantidad fumada, pero es más marcada entre los no inhaladores. Mientras más pobre sea la salida para la descarga emocional, menor cantidad de cigarros se necesitan para inducir cáncer. La mortalidad de cáncer de pulmón puede ser 5 veces mayor en los que tienen pobre salida.

El fumar mucho no necesariamente lleva al cáncer de pulmón pero tampoco se asegura lo contrario.

En otro estudio realizado por el mismo autor (34), en 1967, nos dice que, a pesar de que el cáncer no parece estar en el contexto de las enfermedades que tienen elementos emocionales en su etiología, la idea de que tales elementos juegan un papel en su desarrollo, no es nueva.

En este estudio intentaba describir algunas características importantes desde el punto de vista psicossomático, en el medio-ambiente de las historias de vida de cancerosos del pulmón que parecen ser significativas en el desarrollo de su mal. Esas características eran también consideradas en relación con los rasgos característicos de personalidad de estos pacientes, descritos en otros trabajos por el autor como "pobre salida para las descargas emocionales".

Entrevistó a un total de 930 pacientes antes de conocer su diagnóstico. 480 de ellos tuvieron cáncer en el pulmón, usándose a los demás como controles, trabajó solamente con el grupo de 55 a 64 años, pues en ellos fue más frecuente el cáncer de pulmón.

Hipotetizó que, si el cáncer de pulmón es una enfermedad en la cual los factores emocionales contribuyen significativamente, puede predecirse que, con respecto a un medio-ambiente adverso en las situaciones de vida, puede haber un paralelo entre los cancerosos de pulmón y el grupo de psicossomáticos, pero no entre los cancerosos de pulmón y el grupo no - psicossomático.

Los cancerosos de pulmón son comparados con tres grupos: 1.- no psicossomáticos; 2.- psicossomáticos; 3.- con los dos juntos.

Obtuvo los siguientes resultados:

Hubo diferencias apreciables, en cuanto a las situaciones de vida emocionales de la infancia. Debe notarse que todas estas categorías tienen en común la implicación de relaciones disturbadas en la infancia, con los padres.

Pueden hacerse ciertas inferencias:

- 1.- El grupo de cancerosos y psicossomáticos tendían a converger, más que a diverger, comparados con el grupo no psicossomático;
- 2.- Las causas principales elicítadas de relaciones perturbadas en la infancia, con los padres, son:
 - a).- muerte del padre; b).- un hogar infeliz.

En cuanto a las situaciones de vida adversas en la adultez, no hubo diferencias sugestivas. Sin embargo, se-

pueden hacer las siguientes inferencias:

- 1.- El sufrir dificultades interpersonales y financieras, en particular relacionadas con el trabajo -- fue elicitado más frecuentemente en el grupo canceroso, al compararlo con los otros dos.
- 2.- Una larga historia de disturbio (de diez años o más) parece ser mayormente significativo que una historia corta (menos de diez años), tanto en el grupo de cancerosos como de psicósomáticos.

En cuanto a las situaciones de vida adversas y personalidad, encontró que la importancia de una situación para un individuo depende de cómo la interpreta éste, consciente o inconscientemente. En otras palabras, depende de sus características de personalidad, y es perfectamente concebible que lo que es significativo para uno no lo sea para otro.

Los datos reflejaron muy bien las diferentes características de personalidad entre los cancerosos y los otros grupos. El autor ha descrito tales características como "pobre salida para la descarga emocional".

En cuanto a las situaciones de vida emocionales y el fumar, supuso que si el fumar es usado como un reductor de tensión, cualquier grupo conteniendo una preponderancia de sujetos con situaciones de vida emocionales, debía tener más fumadores. Desde que se ha visto el fumar como principal factor de cáncer del pulmón, la asociación entre tensión y cáncer de pulmón puede ser indirecta. Así: tensión emocional, → fumar, → cáncer del pulmón.

Encontró, como esperaba, más fumadores entre los can-

cerosos que entre los no-cancerosos. Más pacientes cancerosos que no cancerosos con historia de vida adversa en la adultez son fumadores. Esto sugirió que más cancerosos -- que no-cancerosos usan el cigarrillo como reductor de tensión.

No sugiere que haya rasgos de personalidad específicos para un tipo determinado de cáncer. Bahnson & Bahnson, que estudiaron cáncer en diferentes sitios reportaron negación y represión en sus pacientes. Negación y represión -- están implícitos en el término "pobre salida para la descarga emocional", pero son más estrechos en la implicación de que no admite fallas físicas u otras barreras psicológicas en la canalización efectiva del conflicto emocional.

Como se ha demostrado en otros estudios, los pacientes cancerosos no son una muestra al azar.

Grinker dijo: si una continuada ansiedad puede producir un síndrome de envejecimiento prematuro con alteraciones de las funciones adrenalínicas, gonadales y hepáticas, puede presumirse que ciertos cambios emocionales continuados pueden ser significativos en el desarrollo del cáncer. La pérdida de catexias significa pérdida de una salida emocional particular.

Un factor crucial en el desarrollo del cáncer, desde el punto de vista psicosocial, parece ser el interjuego entre la situación de vida y el rasgo de personalidad llamado "pobre salida para la descarga emocional".

El autor no encontró, como rasgos distintivos de los -- la "desesperación", "depresión" o "desesperanza". Le pareció que eso era el producto de la "pobre salida para la descarga emocional". Esto concuerda con Bahnson & Bahnson

quienes consideraron que la "desesperación", "depresión" o "desesperanza" pueden ser secundarias a lo que ellos llamaban "negación y represión".

El tratamiento psicológico puede contribuir al manejo de los pacientes inoperables. La contribución más importante está en la prevención. Modelos que puedan identificar con razonable seguridad el riesgo de cáncer, son de valor en la prevención, permitiendo ayudar al propenso.

En 1969, junto con Brown, Kissen, hizo otro estudio (35), en el que sostenían que, en los cancerosos, la salida de descarga emocional estaba disminuída en comparación con los no cancerosos. Aplicaron a 539 sujetos (249 pacientes y 290 controles) el MPI. No encontraron evidencia empírica de que los pacientes cancerosos tuvieran menor puntuación en dicha escala de neuroticidad, por lo que se tomó como indicativo de menor habilidad para descargar emociones, independientemente del hábito de fumar.

Trataban de confirmar un estudio anterior realizado en 1962 por Kissen & Eysenck. En dicho estudio hipotetizaban que, los sujetos extravertidos, fumadores de cigarro, son más propensos al cáncer de pulmón.

Se puede hablar de un fracaso referente al trabajo de Eysenck, porque aun está a discusión que la extraversión en fumadores sea indicio de cáncer.

Abse, Wilkins, Van de Castle, Buxton, Demars, Brown & Kirschner (36) hicieron un estudio en el que resumen las características generales encontradas en pacientes cancerosos, y que son:

- a).- Negación y represión;

- b).- autoconsciencia y capacidad introspectiva alterada;
- c).- pobre salida a las descargas emocionales;
- d).- poca expresión de la agresión;
- e).- autosacrificio y autoreproche;
- f).- rigidez y convencionalismo;
- g).- una orientación "realista"
- h).- (predisposición para experimentar) desesperanza y desesperación.

Dicen que, al parecer, los pacientes cancerosos mantienen una orientación práctica y realista en la vida, a pesar del desarrollo severamente imperfecto de otras partes del ego. Esto parece ser acompañado por la adopción de estilos de vida estereotipados y conformistas, sin creatividad o adecuada expresión de sí mismo. Este tipo de existencia resulta, eventualmente, en agotamiento físico y descompensación emocional.

Delinearon su estudio a fin de identificar los patrones de conducta específicos asociados con el paciente canceroso. Formularon 2 hipótesis generales:

a).- Que los pacientes cancerosos podían ser diferenciados de un grupo apareado de no cancerosos, en términos de: 1) recuerdo de sueños y pocas expresiones de conflictos emocionales; 2) dificultades de autoafirmación, particularmente de aspectos emocionales; 3) los problemas de dependencia podrían ser manifestados por malas relaciones interpersonales y poco intercambio emocional y social con otros; 4) conservacionismo y convencionalismo en su estado marital y su historia de trabajo, a pesar del bajo nivel de gratificación que supuestamente existe.

b).- Que los pacientes cancerosos cuya malignidad ocu

re temprano en su vida podrían ser distinguidos de aquellos en los que ocurre tarde.

Entrevistaron a 58 pacientes, 31 de ellos cancerosos.

Obtuvieron los siguientes resultados:

Se confirmó que los pacientes cancerosos son fumadores habituales.

Los investigadores que han estudiado fumadores y no fumadores han sido impresionados con sus diferentes características psicológicas lo suficiente para argumentar que: "la relación entre cancerosos de pulmón y fumadores podría no ser una relación causal, pues podría ser mediadas por ciertas diferencias genótípicas".

Por lo tanto, desde que solo una proporción de fumadores desarrollan cáncer, parece ser más importante investigar si el canceroso de pulmón difiere psicológicamente de los fumadores libres de cáncer. En el presente estudio, las diferencias entre cancerosos de pulmón y controles reforzaron la conclusión de Kissen de que "marcadas diferencias entre las características de personalidad de cancerosos de pulmón y fumadores muestran que los primeros no son una muestra al azar de fumadores".

Los resultados mostraron que los grupos pueden ser diferenciados sólo cuando un patrón de conducta es incluido en el análisis, y solamente cuando tal patrón conductual es interpretado en relación con la edad del paciente.

Es difícil distinguir a los pacientes viejos de sus controles, al contrario de los pacientes jóvenes.

Un examen de los jóvenes mostró que fuman más, recuerdan menos sueños y muestran una marcada constricción de --

sus relaciones interpersonales, y reportan menos relaciones sexuales adecuadas. Son menos activos socialmente y parecen tener problemas en sus necesidades de dependencia.

Levine y Zigler (22) encontraron que el funcionamiento efectivo de la negación y otras defensas psicológicas es necesario para la supervivencia del paciente con desórdenes crónicos en el pulmón, y que las fallas de esas defensas psicológicas conducen a una subsecuente deterioración y muerte rápida.

Worden y Weisman (24) especificaron las siguientes características comunes a pacientes con cáncer de pulmón, y que son: los hombres hablan libremente antes y después del diagnóstico; son generalmente optimistas acerca de sus perspectivas, un descubrimiento que parece incongruente a la luz de la bien conocida letalidad de este tipo de cáncer. Dicen que es posible concluir que estos hombres aceptan la realidad del diagnóstico, pero niegan las implicaciones de su enfermedad.

ASPECTOS MEDICOS DEL CANCER

A.- Estadísticas:

En general, los registros hospitalarios de neoplasias (38) tienen cierta utilidad, pero en cifras poco significativas para la población total, pues casi siempre se relacionan con el número de autopsias oncológicas o, en el mejor de los casos, con la mortalidad oncológica hospitalaria.

Ha sido difícil llevar un registro cuidadoso por las siguientes razones (39):

- a).- Algunos médicos y gran número de familiares del fallecido eluden el uso de la palabra cáncer como causa de la defunción en el certificado respectivo;
- b).- A veces la omisión se debe a que no se confirmó clínicamente la existencia del cáncer, aun habiendo estado éste presente;
- c).- En algunas partes de la república, la certificación del padecimiento la hacen a veces la autoridad municipal, el oficial del registro civil, etc. (como un puro trámite legal) y no médicos titulados, por lo que las causas de la defunción anotadas son erróneas;
- d).- En algunas certificaciones de muerte se emplean términos como anemia, ictericia, hemorragia, ago

tamiento, etc., sin que se precise la causa del deceso, el que con cierta frecuencia fue por cáncer.

Las neoplasias ocupan en la actualidad uno de los cinco primeros sitios como causa de defunción en los países desarrollados y uno de los diez primeros sitios en los países en desarrollo (38). En Estados Unidos, Canadá y veintiún países europeos, ocupa el segundo lugar. La tasa de mortalidad por neoplasia está sujeta a variaciones amplias debidas a la edad, por lo cual un país en que predominen los adultos y los ancianos tendrá mayor tasa de mortalidad por neoplasias y por padecimientos cardiovasculares y degenerativos. Los factores que pueden intervenir en la variación de la tasa de mortalidad de un país a otro son:

- a).- Factores raciales;
- b).- Factores ecológicos.- Actúan sobre los factores raciales determinando modificaciones en el riesgo ante una neoplasia;
- c).- Factores de captación.- La existencia o no de un sistema capaz de concentrar la mortalidad y morbilidad por neoplasias;
- d).- Factores de diagnóstico.

En los países más desarrollados hay un mayor porcentaje de mortalidad por neoplasias (15%) que en los países en desarrollo (10%).

Países americanos: 8.96% (sin Estados Unidos y Canadá que tienen 7.97%).

Países europeos: 17.71% (mediterráneos: 17.03%, nórdicos: 19.16%, socialistas: 16.36%).

Países asiáticos: 8.65% (Israel: 16.49% y Japón - 16.81%).

Oceanía: Australia: 16.03%, Nueva Zelanda: 18.05%.

Debido a la falta de coordinación entre los diferentes hospitales e instituciones de seguridad en la mayoría de los países, la información es parcial.

Desde 1954, las neoplasias ocupan uno de los primeros diez lugares como causa de muerte, y desde 1968-1972, el sexto lugar.

En la población mexicana que vive en Estados Unidos existe mayor muerte por neoplasias que en México. Se encontró cierto patrón selectivo en las mujeres mexicanas, que poseen la mayor frecuencia de neoplasias malignas de tubo digestivo, estómago, páncreas y, algo sumamente importante, el último lugar de neoplasias malignas de mama. El carcinoma mamario está ligado a patrones raciales y es más frecuente en clases económicamente mejor dotadas.

La tasa de mortalidad, el número de defunciones y el porcentaje de defunciones por neoplasias en México, son muy pequeñas en comparación a la mayor parte de los otros países. Con esto se pone de manifiesto que el número de neoplasias en México debe ser mucho mayor, por lo que se debe disponer de un medio adecuado para conocerlas y controlarlas.

La Organización Mundial de la Salud, dice: "La falta de conocimientos estadísticos adecuados de la epidemiología en el curso de las neoplasias bajo diferentes circunstancias ha determinado muchas deducciones y conclusiones tempranas o precipitadas a partir de los requisitos clínicos de poco valor".

Lo anterior hace ver que el registro debe estar basado en diagnósticos de certeza; es decir, con comprobación-histopatológica (citológica, biopsia, autopsia). Los diagnósticos clínicos serán utilizados con muchas reservas y no se correlacionarán con casos que tengan un diagnóstico de certeza.

El cáncer es una alteración celular que puede presentarse en todos los animales que han sido estudiados (39), y muchas plantas desarrollan una reacción celular parecida al cáncer (4). Concretándose exclusivamente al hombre, debe señalarse que ninguna raza, colectividad humana o nación, está libre de padecerlo (39).

Hasta hace poco se afirmaba que algunas razas aborígenes de la polinesia, de Africa y de las zonas polares, eran inmunes al cáncer. Comunicaciones recientes han mostrado la falacia de esta observación.

Según datos de 1963:

- a).- En los Estados Unidos de América, con una población de 180 millones, el número de cancerosos es de 1 250 000, de los cuales fallecen 250 000 por año, o sea que muere una persona de cáncer cada dos minutos.
- b).- En México, con 37 millones de habitantes, hay -- cerca de 125 000 cancerosos, y de ellos fallecen 25 000, esto es, un enfermo de cáncer muere cada veinte minutos.

Hay algunos hechos geográficos de interés:

- a).- En América Latina, el cáncer más frecuente es el de cuello uterino, seguido por el de mama, el de

piel y del aparato digestivo.

- b).- En Chile, sin embargo, en 1958 el cáncer del aparato digestivo ocupaba el primer lugar;
- c).- En Estados Unidos el cáncer más frecuente es el de mama, seguido por el de cuello uterino y los del aparato digestivo. Ultimamente ha habido un franco aumento en el número de casos de cáncer pulmonar;
- d).- En Inglaterra el primer lugar lo ocupa el cáncer de pulmón, y el segundo el del aparato digestivo;
- e).- En los países escandinavos y en Japón, el cáncer gástrico ocupa el primer lugar;
- f).- En la India y en Tailandia, el cáncer más frecuente es el de boca y laringe, y le sigue el cérvico-uterino.
- g).- En Australia, algunas encuestas señalan como predominante el cáncer de la piel.

Existen algunos cánceres cuya localización les hace característicos de determinada nación o región geográfica, aun cuando no ocupen un lugar predominante en las estadísticas respectivas. Tal es el cáncer en la vejiga en Egipto y naciones cercanas; el cáncer corial en Indonesia y Tailandia, y el cáncer del hígado en los bantúes de Sudáfrica.

B.- Etiología.

Muy probablemente sea un conjunto de circunstancias tales como el medio, la alimentación y ciertas costumbres, las que condicionen la incidencia del cáncer, así como las variaciones geográficas anotadas anteriormente (39).

Sin embargo, Ackerman (4) indica que el hecho de haberse encontrado cáncer en todas las especies de animales que se han estudiado (incluyendo anfibios y peces) excluye constituyentes específicos tales como dietas y exposiciones medio-ambientales que el hombre ha desarrollado en el proceso conocido como civilización, como el principal factor responsable del cáncer.

A pesar de lo anterior, creemos significativo el hecho de que en las naciones económicamente más poderosas -- haya una mayor incidencia de cáncer.

En el Manual de Cancerología Básica (39), nos dicen que:

- a).- La predominancia del cáncer orofaríngeo en la India se considera ligada a la costumbre de masticar nuez y hojas de betel con cal;
- b).- El cáncer del pene se observa muy raramente en personas que acostumbran la circuncisión temprana (israelíes y mahometanos). En las mujeres israelíes hay una baja frecuencia de cáncer uterino;
- c).- El cáncer de pene es frecuente en China, donde hay condiciones desfavorables de higiene y no se practica la circuncisión;
- d).- El cáncer hepático entre los bantúes puede estar

relacionado con ciertas deficiencias en la alimentación, sobre todo en proteínas;

- e).- El cáncer gástrico entre los habitantes de países nórdicos parece estar relacionado con una alimentación rica en proteínas, especialmente de origen animal;
- f).- En Cachemira, región fría del norte de la India, se observa con frecuencia el denominado kangri-cáncer. Se ha explicado por el empleo de un recipiente de barro con brasas de carbón que algunas personas colocan en la cercanía del vientre apareciendo el cáncer en la pared abdominal o en los muslos.
- g).- El Cáncer cutáneo se relaciona con la exposición frecuente y prolongada a los rayos solares;
- h).- Las radiaciones ionizantes pueden producir cáncer, como en los casos descritos en Japón después de las explosiones atómicas de Hiroshima y Nagasaki;
- i).- El papel etiológico del traumatismo en la producción de tumores malignos, aunque muy discutidos, puede considerarse como coadyuvante sea en la aparición de un tumor o en la agravación de su curso clínico (por ejemplo el cáncer de mama y óseo).

Todos estos factores etiológicos se agrupan bajo el nombre de irritación y se considera que, ya sean de naturaleza mecánica, química, física o biológica, son capaces de conducir directamente a la cancerización de los tejidos.

La irritación es causa de cáncer sobre todo cuando es crónica, repetida a lo largo del tiempo en el mismo lugar.

La edad es un factor etiológico importante, pues, en general, se observa mayor número de cancerosos en personas mayores de 40 años.

Ackerman (4) nos dice que se ha comprobado que el cáncer no es contagioso (en el sentido ordinario de la palabra). Información sin controversia acerca de los factores genéticos involucrados en las neoplasias son extremadamente limitados, particularmente a causa de la heterogeneidad de las especies estudiadas. Cierta número de neoplasmas y condiciones precancerosas tienen fuertes factores hereditarios (mama, útero, recto y leucemia).

C.- Naturaleza del Cáncer.

Definir precisa y concisamente lo que es el cáncer es difícil en vista de la gran variedad de hechos que todavía se ignoran (39).

Cáncer es un término genérico para una gran variedad de neoplasmas malignos, provocados por desconocidas y múltiples causas, creciendo en todos los tejidos compuestos de células potencialmente divisibles y resultante de los efectos adversos sobre el huésped a través del crecimiento invasivo y metástasis.

La neoplasia se constituye cuando el ritmo de crecimiento celular y de regeneración de las células no es normal, sino que está acelerado. Cuando se rompe el equilibrio, la relación entre estas células con las de una parte o el todo del organismo, esto es, cuando las células se multiplican en una proporción mayor tanto en el lugar como

en el momento, sin satisfacer una necesidad orgánica.

Las neoplasias están caracterizadas por crecimiento celular persistente y con tendencia a aumentar, que no se asemeja a procesos inflamatorios conocidos, que no tiene la finalidad defensiva ni utilidad evidente y que es, en cierta forma, autónomo en cuanto a los mecanismos del organismo huésped.

Las neoplasias se dividen en dos grandes categorías: - las histológicamente benignas y las histológicamente malignas (cáncer).

Las primeras se caracterizan por:

- a).- Su analogía con el tejido que le dio origen.
- b).- Por estar bien limitadas, esto es, sus células no son invasoras, lo que explica que aun cuando lleguen a tener gran volumen no invaden las estructuras vecinas ni las lejanas;
- c).- Por no presentar deformaciones celulares, no observándose, por tanto, reproducciones atípicas, sino solo mayor multiplicación celular.
- d).- Por no afectar el estado general ni comprometer la vida del enfermo, excepto en contados casos.

Las neoplasias malignas se caracterizan por:

- a).- No ser limitadas, es decir, son invasoras;
- b).- Presentar diferencias con las células del tejido que les dio origen, aun cuando tengan algún parecido con ellas.
- c).- Por el crecimiento y multiplicación de las células, que es exagerado y atípico.

- d).- Porque en su crecimiento invaden tejidos u órganos por la llegada y proliferación de células malignas y no por la transformación de las células normales de dichas estructuras en malignas (39).

El cáncer es un desorden de las células que es transferido a las descendientes de las células. Este desorden es reconocido por la conducta de una población de células anormales dentro de un tejido normal, como manifestado por grados variables de desorientación morfológica, crecimiento agresivo e invasión, con la destrucción última de la población celular normal.

Las características básicas del cáncer son su autonomía y anaplasia.

La autonomía es el desprecio del cáncer de las limitaciones normales de crecimiento. La penetración de límites normales de los tejidos por el cáncer y la ocurrencia de metástasis todavía representan la mayor evidencia de malignidad.

La anaplasia de los tumores se refiere a la pérdida de organización y funciones útiles. Hay ciertos espectros en los cuales los tumores se asemejan mucho al tejido normal y realizan algunas de las funciones de sus contrapartes normales. La principal actividad de las neoplasias parece ser la autopropagación; tienen características que no encajan durante mucho tiempo en la fisiología del cuerpo, sino que obedecen sus propias leyes a expensas del bienestar del huésped. Esta desviación del crecimiento normal puede representar la adquisición de nuevas propiedades y/o la pérdida de los mecanismos de control presentes en las células normales.

CANCER DE PULMON

A.- Estadística

El carcinoma de los bronquios ha llegado a ser la forma más frecuente de cáncer en los hombres de Estados Unidos y otros países. Entre 1914 y 1950, la tasa de mortalidad se ha incrementado 25 veces. En hombres de 50 años de edad, más muertes fueron atribuidas al cáncer de pulmón -- que a todas las otras enfermedades respiratorias; uno de cada tres muertes en hombres de 50 a 60 años ocurre por -- cáncer de pulmón. Su incremento, sin duda, es real. La tasa de incidencia para los jóvenes está incrementándose. Asumiendo que algunos certificados de muerte puedan estar falseados, tales errores no pueden explicar la magnitud -- del incremento, así como tampoco es posible asumir que es producido por un mejor diagnóstico, en vista del desproporcionado incremento en hombres, pues uno tendría que admitir una diferencia en el diagnóstico de acuerdo al sexo. Una revisión de autopsias en el hospital Barnes revela un aumento de 7 veces en el cáncer de pulmón, de 1910 a 1954. No ha aparecido evidencia de gran seguridad clínica durante este período. Bouser hizo un estudio de la seguridad del diagnóstico clínico en la ciudad de Leeds y encontró que el diagnóstico positivo-falso era infrecuente. No hay diferencia de sexo en la seguridad de las certificaciones.

Este fantástico incremento en cáncer de pulmón ha resultado en las más extensas investigaciones clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. (4)

B.- Etiología.

Existen muchas causas del cáncer de pulmón, la mayoría de las cuales comparten una porción del problema. Toda la evidencia sugiere que esas causas son productos medio-ambientales de la civilización moderna. Hay también variaciones en la susceptibilidad individual.

Clemmesen demostró que el incremento del cáncer de pulmón es particularmente avanzado en áreas urbanas y en las clases pobres. La polución industrial de la atmósfera, particularmente en ciudades grandes, ha ido en aumento. El análisis de ese aire revela componentes tales como la benzedrina, asociada con el cáncer de pulmón.

La evidencia recolectada revela una importante relación entre el inhalador de tabaco y cáncer de los bronquios. En el análisis de sus relaciones es importante reconocer ciertos factores. La evidencia del efecto carcinogénico y humo de tabaco concentrado en la piel de algunos animales es clara. La compleja mezcla química del humo del tabaco ha evidenciado contener ciertos componentes carcinogénicos.

Estudios que correlacionan el uso del tabaco y la ocurrencia del cáncer han encontrado significatividad estadística en sus descubrimientos. Estos estudios muestran también un riesgo incrementado a mayor cantidad de cigarrillos fumados. Un hombre que fuma dos paquetes de cigarrillos al día tiene una oportunidad de diez de desarrollar cáncer de pulmón. La tasa de incidencia de cáncer entre los fumadores de dos paquetes de cigarrillos diarios es 60 veces mayor que la de los hombres que nunca han fumado.

Cutler estimó que si mil hombres fumaran más de un pa

quete de cigarrillos diariamente, 23 podrían desarrollar -
cáncer a los 60 años, 53 a la edad de 70 y 80 a la edad de
80 (4).

Richard Doll y Bradford Hill hicieron sus estudios -
acerca de la etiología del cáncer de pulmón (40). Entre--
vistaron a pacientes menores de 75 años. Observaron a -
1 488 cancerosos de pulmón y los compararon con 2 854 pa--
cientes de otras enfermedades. Obtuvieron los siguientes -
resultados:

Hubo pocos no fumadores y considerablemente más fuma--
dores "pesados" (heavy smokers) entre los de cáncer de pul--
món que entre los controles. De los cancerosos de pulmón,
el 25% fumaban más de 25 cigarrillos diarios. Los cance--
rosos fumaron durante mayor número de años que los no cance--
rosos. Los que fumaban en pipa corrían menos riesgos de--
contraer cáncer de pulmón que los que fumaban cigarrillos.
Al parecer, el incremento en edad y cigarrillos fumados -
aumenta el riesgo de muerte. No hubo diferencias signifi--
cativas en cuanto a: manufacturación, marca, tipo y cali--
dad de los cigarrillos; ocupación y clase social; lugar de
residencia y enfermedades respiratorias previas.

Se ha sugerido que los sujetos que tienen una consti--
tución particular pueden estar propensos a: i).- hábito de
fumar; ii).- el desarrollo del cáncer de pulmón, y que la
asociación puede ser más indirecta que causal. No se en--
contraron evidencias de tales constituciones físicas.

Goulden, Kemnaway & Urquhart señalaron que los agen--
tes carcinogénicos del tabaco y del polvo de la ciudad pue--
den complementarse.

C.- Naturaleza del Cáncer de Pulmón

Kreyberg (4) dividió el cáncer de pulmón en tres grupos etiológicamente distintos: células escamosas; células grandes y células pequeñas. Cuatro de cada cinco de ellos están relacionados con el fumar.

Los tumores de pulmón están entre los más insidiosos de todos los neoplasmas. Ellos pueden causar, tarde o temprano, síntomas en el curso de su desarrollo, dependiendo de su localización, carácter patogénico, velocidad de crecimiento y otros factores. En la mayoría de los casos, el primer síntoma no es alarmante y verdaderamente puede ser considerado leve, aun al consultar al médico. El síntoma más temprano es usualmente una tos irritante, en ocasiones nocturna, acompañada de cantidades incrementadas de expectoraciones mucosas. Algunas veces, el esputo es coloreado con sangre. Los enfermos pueden notar la presencia de jadeos producidos por la obstrucción de los bronquios. Repetidos ataques de neumonitis obstructiva, con fiebre ligera pueden desarrollarse en períodos de semanas o meses. Dolor frecuentemente de naturaleza constrictiva, resulta - - usualmente cuando los bronquios son enteramente obstruidos. Marcados síntomas de infección sugiriendo neumonía pueden también ocurrir. La pérdida de peso es un síntoma constante que puede resultar simplemente por la presencia de tos y anorexia, pero puede ser producto también del desarrollo de una metástasis.

Los tumores de pulmón pueden producir síntomas aparentemente no producidos por una lesión pulmonar. Esas anomalías pueden ser metabólicas, neuromusculares, vasculares, hematológicas, óseas o del tejido conectivo.

Los variados tumores del pulmón no tienen síntomas y signos distintivos. Por tanto, el mismo síntoma y signo puede presentar patrones variables en un amplio rango que puede, en algún grado, ser distintivo de un neoplasma particular.

A veces, el primer síntoma de cáncer de pulmón puede estar relacionado con sus metástasis y llegar a dominar el cuadro clínico, relegando a segundo lugar el síntoma producido por la lesión primaria. El dolor causado por la metástasis puede también llamar la atención a áreas alejadas de su fuente primaria.

En los últimos estados de la enfermedad puede haber una agregación de síntomas producidos por el desarrollo extendido del tumor y sus complicaciones: excesiva tos, abundante expectoración (frecuentemente producida por la formación de abscesos) disnea, dolor producido por la efusión pleural, pérdida de peso, anemia y otros síntomas cardio-respiratorios prominentes. La muerte ocurre frecuentemente a causa de insuficiencia pulmonar.

Hay evidencia de que los pacientes son curados en altas proporciones cuando el diagnóstico es hecho en su fase asintomática (aunque muchas veces la dilación echa a perder tales posibilidades).

Infortunadamente, el destino del paciente con cáncer bronquial depende más de la malignidad inherente del tumor y su localización que de la eficacia de los esfuerzos diagnósticos.

Casos no tratados de carcinoma bronquial se desarrollan rápidamente hacia la muerte. Escasamente 1 de cada 10 pacientes puede estar vivo al cabo de 3 años, aunque al

gunos pueden llegar a vivir hasta cinco años.

En un reporte del Massachusetts General Hospital, de 1950 a 1957, se vieron 604 casos. El 55% de ellos fueron explorados y 34% operados. El 10% podía esperar sobrevivir hasta cinco años. Uno de cada 4 pacientes que sufre lobectomía es curado.

La duración de síntomas no está en relación con el pronóstico. Pacientes con carcinoma en el pulmón izquierdo han sido reportados como teniendo mejor pronóstico que en el derecho, a causa de una menor proporción de metástasis, pero lo opuesto ha sido reportado también. Cuando una gran proporción de nudos son encontrados invadiendo el tumor ha sido cortado alrededor, el tratamiento fallará invariablemente. Los pacientes que sobreviven a una operación (mutilación) pueden vivir en relativo confort y llegar a ser razonablemente activos, pero todos ellos encaran un grado progresivo de discapacidad pulmonar.

ELECCION DE PRUEBAS.

Se intentó descubrir un perfil de personalidad característico de los pacientes cancerosos, por lo cual se eligieron pruebas proyectivas, mismas que debían reunir ciertos requisitos, tales como:

- a).- No exigir del paciente ejecuciones que, por su estado, no podía realizar; por tanto, se eligieron pruebas verbales.
- b).- Permitieran cierto grado de comparación con los estudios realizados anteriormente.
- c).- Que fueran asequibles a los investigadores (se intentaron adquirir el MPI y el SCL-90, pero no fue posible).

Por lo anterior, se eligieron:

- 1.- El Tematic Aperception Test (T.A.T.)
- 2.- El Rorschach.

Se trató de investigar la necesidad de someter a tratamiento psicoterapéutico a los pacientes que presentaron un elevado nivel de ansiedad, por lo que se eligió una prueba que posibilitara la obtención de un índice numérico del mismo por lo que se eligió:

- 3.- El Test de Colores de Luscher.

1.- Test de Apercepción Temática.

Esta prueba consiste en exhibir una serie de láminas, de manera sucesiva, al examinado, mismas que reproducen escenas -- dramáticas escogidas, que por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o su tema inexplicito, son lo suficientemente ambiguos como para provocar la proyección de la realidad íntima - del sujeto a través de sus interpretaciones perceptuales, mnémicas e imaginativas, y en una variedad suficiente como para averiguar que situaciones y relaciones sugieren al sujeto temor, - deseos, dificultades, necesidades y presiones fundamentales en la dinámica subyacente de su personalidad. Así, varios sujetos ante una misma situación vital, la vivirán a su manera, según - su personal y exclusiva perspectiva. Murray trató de llevar al sujeto a esas situaciones de imágenes para que éste, sin percatarse se identifique con las figuras y con entera libertad comunique su experiencia perceptual, mnémica, imaginativa y emocional; ésto es resultado de una integración dinámica de la participación del componente humano universal, comportamientos propios de todo el género humano; el componente comunal, comportamientos propios de la sociedad a la que pertenecen; el componente de rol, comportamiento del subgrupo sexual, profesional, etc. al que pertenece; y componentes idiosincráticos, comportamientos exclusivos, peculiares de la personalidad individual.

Se aplicó una forma abreviada del T.A.T. debido a que - la situación de los enfermos impedía la aplicación de la prueba completa, además de que ésta proporcionaría datos no relevantes para la presente investigación. Por tal razón, se eligieron -- ocho láminas (aunque una de ellas fue descartada después por -- provocar mucha resistencia), tratando de explorar con cada una de ellas los siguientes aspectos:

I.- Sometimiento, rebelión, metas e ideal del yo.

II.- Conflictos intrafamiliares.

IV.- Abandono, celos, infidelidad y competencia.

VIII.- Relación médico-paciente, agresividad y miedo a la muerte.

XII.- Relación médico-paciente y miedo a la muerte.

XIII.- Actitud ante las relaciones heterosexuales.

XV.- Miedo a la muerte y sentimientos de culpa.

XVI.- Descartada.

2.- Test de Rorschach.

La relación existente entre percepción y personalidad es un supuesto básico subyacente a la técnica de Rorschach. El modo como un individuo organiza o estructura las manchas de tinta al formar sus percepciones refleja aspectos fundamentales de su funcionamiento psicológico.

Las manchas de tinta son apropiadas como estímulos por su relativa falta de estructuración o su ambigüedad, esto es, no despiertan respuestas aprendidas particulares y permiten una variedad de respuestas posibles. Sus percepciones son seleccionadas y organizadas en función de sus necesidades proyectadas, experiencias y patrones habituales de respuesta como también por las cualidades físicas de las manchas entre sí.

A la luz del supuesto arriba mencionado resulta que un análisis de las respuestas de un individuo a las manchas de tinta de Rorschach, realizado por un clínico, debería revelar aspectos tales como: la naturaleza de los impulsos de ese individuo, sus motivaciones y exigencias impulsivas, su capacidad de

controlar impulsos, la manera como encara problemas, y otros rasgos de su personalidad.

Franck dice: "el método de Rorschach ofrece un procedimiento por medio del cual el individuo es inducido a revelar -- su "mundo privado", es decir, lo que "ve" en las láminas sobre las cuales puede proyectar sus propias intenciones, significación y sentimientos, justamente porque no son objetos socialmente estandarizados o situaciones a las que debe dar respuestas culturalmente prescriptas. El método de Rorschach es esencialmente un procedimiento para revelar la personalidad del individuo como individuo, en contraste con su clasificación o evaluación en función de su parecido o conformidad con normas especiales de acción y lenguaje. Es justamente porque un sujeto no es consciente de lo que está diciendo y no posee normas culturales detrás de las cuales pueda esconderse, que el Rorschach y otros métodos proyectivos son tan reveladores".

La parte de la mancha que una persona elige para utilizarla en su respuesta, lo que allí ve o deja de ver, cómo organiza el material, cuánto tiempo toma para hacer su elección. -- Todo ésto, según se cree, revela algunas características de su personalidad.

El propósito principal del Rorschach no es predecir la conducta de modo atomístico sino proporcionar una descripción clínicamente significativa de la personalidad de un sujeto. -- Ofrece al clínico la información que necesita para ayudar a un individuo a lograr un ajuste más sano.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, vamos a registrar aquellas cualidades que el Rorschach revela habitualmente. Se destaca el hecho de que no todos los rasgos anotados van a ser evidentes en un sólo individuo ni en un momento singular de su vida, tal vez ni en un sólo momento de la vida entera. El Rors

chach tampoco es capaz de descubrir todas las facetas de la -- personalidad característica de una persona. El T.A.T., por ejemplo, da a menudo información de naturaleza diferente que el Rorschach, y los dos recursos juntos proveen una información más completa y exacta con respecto a una persona que cada uno por sí solo. El Rorschach nos informa con respecto a:

Aspectos cognitivos o intelectuales:

- 1.- Status y funcionamiento intelectual.
- 2.- Tipo de enfoque.
- 3.- Poder de observación.
- 4.- Originalidad del pensamiento.
- 5.- Productividad.
- 6.- Amplitud de intereses.

Aspectos afectivos y emocionales:

- 7.- El tono afectivo general.
- 8.- Sentimientos con respecto a sí mismo.
- 9.- Capacidad de responder a otros.
- 10.- Reacción al stress emocional.
- 11.- Control de impulsos afectivos.

Aspectos del funcionamiento del yo:

- 12.- Fuerza del yo.
- 13.- Areas de conflicto.
- 14.- Defensas.

Otras técnicas revelan factores diferentes de los que -- revela el Rorschach. Pueden, incluso, contradecir sus hallazgos. Por esta razón se decidió utilizar el T.A.T. Presumiblemente, el T.A.T. descubre la dinámica superficial de la personalidad, mientras que el Rorschach, como también se presume, revela la estructura más profunda de la personalidad. (42).

3.- Test de los Colores de Luscher.

Los cuatro colores básicos de este test (azul, verde, rojo y amarillo), representan necesidades psicológicas básicas, por lo que en un registro normal deben estar entre los cinco -- primeros lugares. Si se rechaza algún color básico, colocándolo más allá del quinto lugar, nos indica un foco de tensión -- que lleva a la ansiedad.

Una necesidad insatisfecha y su ansiedad concomitante -- pueden ser reprimidas por resultar emocionalmente desagradables. Un foco de tensión compele a una conducta de compensación, que se señala en el test con el color elegido en primer lugar.

Cuando se eligen los colores "acromáticos" (marrón, gris y negro) indican no sólo una compensación, sino una sobrecompensación (un grado especial de conducta exagerada).

El grado de intensidad de la deficiencia real, psicológica u orgánica, que produce ansiedad se considera relativamente débil cuando un color básico se halla situado en sexto lugar, y relativamente grave si se halla en octavo lugar. (46)

Los colores de que consta el test y su símbolo numérico son:

a).- Azul (1)

- b).- Verde (2)
- c).- Rojo (3)
- d).- Amarillo (4)
- e).- Violeta (5)
- f).- Marrón (6)
- g).- Negro (7)
- h).- Gris (0)

Con el propósito de manejar el procedimiento estadístico con facilidad, el 0 se cambió por 8.

HIPOTESIS

- 1.- Hipótesis Nula: $\mu_1 = \mu_2$ No hay diferencias significativas en el análisis cuantitativo -- del Rorschach entre los pacientes de Ca. y los de TB.
- Hipótesis alterna: Sí las hay.
- 2.- Hipótesis Nula: $P_1 = P_2$ No hay diferencias significativas en el análisis de la tabulación del T.A.T. entre los pacientes de Ca. y los de TB.
- Hipótesis alterna: Sí las hay.
- 3.- Hipótesis Nula: El orden de aparición de los colores es del 1 al 8 (se sustituyó el 0 por el 8) de acuerdo a lo dicho por el autor, por lo que no hay diferencias significativas entre éste y el proporcionado por los pacientes de Ca.
- Hipótesis alterna: Sí las hay.
- 4.- Hipótesis Nula: El orden de aparición de los colores en el Test de Luscher es del 1 al 8, por lo que no hay diferencias significativas entre éste y el proporcionado por los pacientes de TB.
- Hipótesis alterna: Sí las hay.

- 5.- Hipótesis Nula: No hay diferencias significativas en tre el orden de aparición de los colores de los TB con respecto a los de Ca.
- Hipótesis alterna: Sí las hay.

METODOLOGIA

1.- Sujetos

Se trabajó con cuarenta pacientes del Hospital General - de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que estaban siendo atendidos en el pabellón de Neumología. Veinte de ellos - tenían el diagnóstico de cáncer broncogénico, y los veinte - restantes de tuberculosis pulmonar.

En la muestra de Ca. broncogénico hubieron 11 hombres y 9 mujeres con una edad promedio de 50.4 años, con un rango de 25 a 77 años; con una escolaridad promedio de 3.6 años; el 60% de ellos eran casados y el 15% estaban en unión libre; 25% de los sujetos trabajaban como comerciantes, y el 20% como agricultores; 85% eran originarios de provincia y el 75% residentes allá.

En la muestra de pacientes tuberculosos hubieron 11 hombres y nueve mujeres, con una edad promedio de 46.3 años, con un rango de 32 a 65 años; con una escolaridad promedio de 2.05 años; el 55% de ellos eran casados, y el 10% en unión libre; 35% de los sujetos eran agricultores, 15% comerciantes y 20% obreros; el 85% eran originarios de provincia y el 55% residentes allá.

Los sujetos de ambos grupos manifestaron ser católicos y de nacionalidad mexicana. Se podría afirmar que su nivel socioeconómico es bajo (ingresos menores o iguales a \$3 000.00- (Tabla 1).

Se eligieron pacientes tuberculosos como grupo control - debido a que presentan una sintomatología similar a la de los pacientes cancerosos.

T A B L A 1

NUM.	EDAD	SEXO	OCCUP.	EDOC.	ORIEEN	RESID.	ESC.	RELIE.	SUELDO
1	57	M	1	1	2	2	1	1	X
2	35	M	1	1	2	2	3	1	2
3	42	M	3	1	2	2	3	1	3
4	25	M	1	1	2	2	0	1	X
5	73	M	④	1	2	2	2	1	0
6	62	M	1	1	2	2	3	1	3
7	63	M	5	1	2	2	4	1	2
8	43	M	6	1	2	2	3	1	3
9	71	M	7	1	2	2	6	1	X
10	43	M	7	2	2	2	6	1	4
11	28	M	6	1	1	2	6	1	X
12	34	F	2	1	1	2	9	1	0
13	43	F	8	3	2	2	0	1	X
14	60	F	2	1	2	2	3	1	0
15	47	F	7	3	2	1	3	1	5
16	56	F	8	3	2	1	0	1	X
17	49	F	7	4	2	2	3	1	X
18	77	F	7	5	2	1	4	1	X
19	69	F	2	4	2	1	6	1	0
20	27	F	10	1	1	1	8	1	2

FICHA DE IDENTIFICACION DEL GRUPO DE
PACIENTES DE Ca.

T A B L A 1

NUM.	EDAD	SEXO	OCCUP.	EDO.C.	ORIGEN	RESID.	ESC.	RELIE.	SUELDO
21	60	M	1	1	0	2	2	4	x
22	42	M	1	1	2	2	2	4	x
23	48	M	7	1	1	1	6	1	4
24	42	M	1	1	2	2	0	1	x
25	42	M	1	2	2	2	3	1	x
26	58	M	11	1	2	2	2	1	3
27	65	M	9	4	2	1	0	4	2
28	48	M	1	3	2	2	0	4	3
29	55	M	1	5	2	2	2	1	1
30	38	M	1	1	2	2	0	4	2
31	48	M	7	2	3	2	4	4	3
32	50	F	10	1	2	1	3	1	4
33	40	F	8	2	2	2	2	1	2
34	51	F	7	3	2	1	0	1	x
35	48	F	(10)	1	1	1	1	1	0
36	32	F	(8)	1	2	2	3	1	0
37	46	F	(10)	1	2	1	2	1	0
38	38	F	2	1	2	1	1	1	0
39	33	F	10	2	2	1	3	1	1
40	42	F	(14)	1	2	1	5	1	0

FICHA DE IDENTIFICACION DEL GRUPO DE PACIENTES
DE TB.

T A B L A 2

ENTREVISTA.

Ficha de Identificación: (Tabla 1)

- Edad;
- Sexo;
- Ocupación;
- Estado Civil;
- Lugar de Origen;
- Lugar de Residencia;
- Escolaridad;
- Religión;
- Sueldo.

Datos del Padre: a).- edad; (x = muerto)
b).- escolaridad;
c).- ocupación.

Datos de la Madre: a).- edad; (x = muerta)
b).- escolaridad;
c).- ocupación.

Número de Hermanos: Frecuencia.

Principales Causas de Muerte en la Familia

Personas que Brindan Apoyo Económico a la Familia

Datos de la Familia: a).- esposa: vive?
 b).- número de hijos.
 c).- hijos muertos.

Primera Relación Sexual:

- a).- edad;
- b).- problemas que causó;
- c).- reacción ante ella;

Relaciones Sexuales: a).- antes
 b).- después pareja.

Sociabilidad: interacción con staff y pacientes.

Mejoras en el trabajo.

Práctica de su Religión: asiste a la iglesia, frecuencia.

Creencia de que la Enfermedad es un Castigo de Dios

Asistencia ante Brujos

Conciencia de Enfermedad: ¿le han dicho qué tiene?

Antecedentes de su Enfermedad: enfermedades frecuentes o graves que ha padecido.

Datos de su Enfermedad:

- a).- tiempo que la ha padecido;
- b).- causas a que atribuye su inicio;
- c).- síntomas iniciales;
- d).- síntomas actuales;
- e).- tiempo de dilación.

Personas que lo visitan en el Hospital.

Padre

Fuma, Toma

Madre

- Sujeto: a).- Fuma (ó). De ser positivo, continúa en
c.
- b).- Toma (ó)
- (Diaria) c).- Cantidad diaria antes de la enfermedad.
- d).- Cantidad después de la enfermedad.
- (Años) e).- Tiempo de tabaquismo.
-

Significado de los Números

Principales Causas de Muerte en la Familia:

- x: se ignoran;
- 1: cáncer;
- 2: accidente;
- 3: operación quirúrgica;
- 4: corazón;
- 5: afección respiratoria;
- 6: paludismo;
- 7: agotamiento;
- 8: intoxicación;
- 9: infección;
- 10: derrama cerebral;
- 11: diabetes;
- 12: tifoidea;
- 13: aparato digestivo.

Personas que Brindan Apoyo Económico a la Familia:

- 1: hijos;
- 2: hermanos;
- 3: padres;
- 4: sujeto mismo;
- 5: esposo (a)
- 6: otros.

Primera Relación Sexual:

Problemas: 1: incapacidad de la pareja;
 2: rechazo de los hijos;
 3: enfermedades venéreas;
 4: persecución

Reacción: 1: satisfactoria;
 2: no satisfactoria;
 3: dolorosa;
 4: temor.

Relación Sexuales:

Antes		1: esposa;
	pareja:	2: prostitutas;
después		3: masturbación.

Antecedentes de Enfermedades:

1: paludismo;
 2: aparato respiratorio;
 3: hernia;
 4: fiebre;
 5: tos;
 6: infecciones;
 7: aparato circulatorio;
 8: hepatitis;
 9: diabetes.

Tiempo de enfermedad: meses.

Causas de Inicio de su Enfermedad:

1: trabajo;
 2: enfriamiento;
 3: accidente;
 4: alcoholismo; tabaquismo;
 5: tumores;
 6: aparato respiratorio;
 7: aparato digestivo;
 8: desnutrición;
 9: disgustos.

Síntomas Iniciales y Actuales:

- 1.- dolor en extremidades;
- 2.- dolor en pulmón;
- 3.- resfriado;
- 4.- tos;
- 5.- dolor en costado o espalda;
- 6.- dolor abdominal;
- 7.- garganta;
- 8.- dolor en el pecho.

Visitas:

- 1: esposa;
- 2: hijos;
- 3: familiares;
- 4: amigos;
- 0: nadie.

Ficha de Identificación.

- | | | |
|------------|-----------------|-----------------|
| Ocupación: | 1: agricultor; | 9: cargador; |
| | 2: hogar; | 10: obrero; |
| | 3: lancharo; | 11: plomero; |
| | 4: herrero; | 12: minero; |
| | 5: mecanógrafo; | 13: maestro; |
| | 6: chofer; | 14: tortillera. |
| | 7: comerciante; | |
| | 8: sirvienta; | |

- | | | |
|---------------|-----------------|--------------|
| Estado Civil: | 1: casado; | Religión: |
| | 2: soltero; | |
| | 3: unión libre; | 1: católica; |
| | 4: viudo; | 2: otras. |
| | 5: divorciado. | |

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| Lugar de Origen y Residencia: | 1: Distrito Federal; |
| | 2: provincia. |

No se realizó selección de pacientes de Ca., sino que se trabajó con todos aquellos disponibles en el Hospital General durante el periodo que comprendió de agosto a noviembre del año próximo pasado. No se continuó trabajando por más tiempo debido a que, por informes proporcionados por las autoridades del pabellón de Neumología del citado hospital, el ingreso de pacientes de Ca. broncogénico durante los meses último y primero del año decrecía considerablemente. Se realizó selección de pacientes de TB tratando de igualar la muestra con la de Ca. en cuanto a nivel socioeconómico, sexo, nacionalidad, escolaridad y media de edad. No se igualó el rango de edad (que entre los pacientes de TB es menor) debido a la dificultad para encontrar pacientes de TB mayores de 60 años. En la muestra de Ca. se incluyeron 4 pacientes de consulta externa, pero, por razones fuera de nuestro control, solamente se incluyeron 5 pacientes de TB externos.

2.- Procedimiento:

Las baterías de pruebas fueron aplicadas por los autores de la presente Tesis, de manera indiscriminada. Generalmente fue necesaria una sesión de aproximadamente dos horas de duración, aunque con algunos pacientes de Ca. fueron necesarias dos o más sesiones, debido a la gravedad de su enfermedad.

Las baterías fueron aplicadas de la siguiente manera:

- a).- Realización de una entrevista (Tabla 2)
- b).- Aplicación del Test de Luscher
- c).- Aplicación del Test de Rorschach
- d).- Aplicación del T.A.T.

No fue posible seguir la secuencia mencionada en todos los casos debido a que muchos pacientes se mostraban resisten

tes a alguna de las pruebas, por lo que se suspendía la aplicación hasta superar tales resistencias o se variaba el orden de aplicación.

3.- Variables controladas:

- a).- Media de edad;
- b).- Nivel socioeconómico: en cierta forma, esta variable nos ha auxiliado en el control de otras variables, tales como: escolaridad (no mayor de seis años), nivel de inteligencia, ocupación (trabajadores manuales) y religión (católica).

- Principales variables extrañas:

- a).- Lugar de aplicación (los pacientes de Ca. generalmente acostados en sus camas; los pacientes de TB en su sala o en el jardín; los pacientes Ca. y TB externos en la sala de espera).
- b).- Horario de aplicación (mañana o tarde)
- c).- Orden de aplicación de las pruebas
- d).- Tratamiento recibido (suero, oxígeno, etc.)
- e).- Tiempo de hospitalización (TB mayor que Ca.)
- f).- Condición de internos o externos.

4.- Valoración y manejo estadístico:

- a).⁴ Se hizo una tabulación de la entrevista (Tabla 3)
- b).- En cuanto al Luscher, se obtuvieron los rangos promedio y se graficaron en un sistema circular)ref.- 41, Tabla 4)
- c).- Se tabularon los dispersigramas del Rorschach (Tabla 5).

d).- Se tabuló la prueba T.A.T. (Tabla 6)

e).- Se obtuvieron los promedios de los resultados de la siguiente manera: i).- grupo de Ca.

ii).- grupo de TB.

Los datos que se obtuvieron de la entrevista son dados en porcentajes y no fueron sometidos a tratamiento estadístico debido a la heterogeneidad de los mismos.

Los datos obtenidos en el Luscher fueron sometidos a una prueba de χ^2 , para tratar de encontrar diferencias significativas entre los Ca. y TB, entre los TB y lo esperado y entre los CA. y lo esperado. La regla de decisiones, en este caso, fue: "Si el valor que se obtenga de χ^2 es mayor que 14.1, la prueba será significativa y por tanto se rechaza H_0 ."

Los datos obtenidos en el Test de Rorschach fueron sometidos a una prueba t para diferencias de medias. La Regla de Decisiones fue: "Si el valor que se obtenga de t se encuentra fuera del intervalo -2.02 a 2.02, la prueba será significativa y por tanto rechazo H_0 ".

Los datos obtenidos en el T.A.T. fueron sometidos a una prueba z para Diferencias de Proporciones. La Regla de Decisiones fue: "Si el valor que se obtenga de z se encuentra fuera del intervalo -1.96 a 1.96, la prueba será significativa y por tanto rechazo H_0 ".

Para todas las pruebas se eligió un nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

a).- Entrevista.

Los grupos eran muy heterogéneos en cuanto a edad (de 25 a 77 años los pacientes de Ca., y de 32 a 65 los de TB). Por esa razón, resulta difícil compararlos en aspectos tales como; número de hijos, apoyo económico, relaciones sexuales antes y durante su enfermedad, sueldo y mejoras de trabajo. Por ejemplo, hubo algunos pacientes que, debido a su edad avanzada no habían tenido relaciones sexuales antes de y mucho menos durante su enfermedad, lo cual es una variable que resta valor a los porcentajes obtenidos en los aspectos anteriormente mencionados.

Todos los sujetos manifestaron ser católicos (lo que, en cierta forma nos indica la utilización de pensamiento mágico, lo que concuerda con Laxenaire, Bentz y Chardot, ref. 1), aunque muchos de ellos no tenían las nociones elementales de su religión. Aparentemente, los sujetos de Ca. tenían menos sentimientos de culpa (posiblemente debido al mecanismo de negación) ya que solamente el 21% de ellos manifestó creer que su enfermedad era "castigo de Dios".

Es significativo el hecho de que solamente el 10% de los pacientes cancerosos haya manifestado tener conocimiento de su padecimiento, lo que se contrapone con lo afirmado por Jim McIntosh (7), que opina que los pacientes cancerosos conocen aproximadamente lo relacionado con su enfermedad. Los dos sujetos que manifestaron conocer su enfermedad, expresaron también haber sido informados por familiares, lo cual concuerda con lo afirmado por Verwoerdt en la investi

gación de Murray Parkes (12).

En cuanto a los antecedentes de enfermedad, los resultados son consistentes con los obtenidos por Doll y Hill (40). pues, aunque casi la mitad de los pacientes cancerosos tuvieron enfermedades del aparato respiratorio previas a la aparición del cáncer, no se puede afirmar que exista una relación etiológica entre el Ca. broncogénico y otras enfermedades -- respiratorias.

Según la regla de Peck y Gallo (24), la dilación ("tiempo retardado" de Worden y Weisman) de los pacientes cancerosos está dentro de límites razonables. No sucede lo mismo -- con la dilación que manifestaron los pacientes de TB, aunque los datos que proporcionaron no resultan muy confiables debido al tiempo transcurrido desde que se inició su enfermedad (45.9 meses promedio).

Los síntomas iniciales sufridos por los pacientes de Ca. se ajustan a los descritos por Ackerman (4), y son: tos, fiebres, molestias respiratoria y dolor.

El 45% del total de pacientes cancerosos fumaba. Este dato no es consistente con los resultados de Doll y Hill -- (40), que afirmaban que el 95% de los cancerosos de pulmón -- fumaban. Sin embargo, si observamos solamente los datos del grupo de hombres cancerosos, encontramos que el 72% de ellos fumaban, mientras que, de las mujeres, solamente el 11% de ellas lo hacía.

No podemos afirmar la existencia de una relación cigarrillo-cáncer a partir de los datos de este estudio, ya que encontramos igualmente válida la relación cigarrillo-tuberculosis, por lo que solamente podríamos afirmar la existencia de la relación cigarrillo-enfermedades respiratorias.

b).- T. A. T.

1.- Actitud ante su enfermedad.

El 80% de los pacientes cancerosos evidenciaron angustia ante su enfermedad, a pesar del hecho de que solamente el 10% de ellos conocía su diagnóstico. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Abrams (10), que dice que los pacientes están ansiosos y que la comunicación con el médico se torna difícil, pues ambos asumen maniobras defensivas para evitar la realidad de la incertidumbre de la situación médica. Ante el temor a la muerte, utilizan mecanismos de negación (lo que concuerda con Bahnson y Bahnson, 20, Peck, 11 Laxenaire, Bentz y Chardot, 1, Hackett y Weisman, 21, etc.)- y hablan conscientemente de manera positiva con respecto a su futuro mediato. Sin embargo, el 95% de los pacientes tuberculosos evidenciaron temor ante su enfermedad, lo cual es justificable si se toman en cuenta el conocimiento del diagnóstico y el tiempo de internamiento en el hospital.

2.- Relacion con el doctor.

El 70% de los pacientes cancerosos y el 80% de los tuberculosos manifestaron cierta desconfianza en sus relaciones con el médico. Solamente el 10% de los Ca. y el 15% de los TB mostraron confianza para con él.

3.- Agresión.

El grupo de pacientes cancerosos difirió significativamente con el de tuberculosos en relación con la expresión de la agresión. El 20% de ellos contra el 0% de TB manifestaba su agresión hacia el mundo externo, mientras que el 45% percibía su agresión como del exterior hacia ellos, y el 30% la negaba, lo que concuerda con lo afirmado por Kissen (33), que encontró en sus estudios que los Ca. de pulmón --

tenían pobres salidas para las descargas emocionales, que en este caso fueron el 80% de ellos. Es preciso aclarar que los pacientes de TB tienen más pobres salidas para las descargas emocionales.

4.- Concepto del hombre.

Los pacientes cancerosos perciben al hombre como fuerte, activo y proveedor, mientras los pacientes tuberculosos lo perciben como fuerte, activo, proveedor, no devaluado, potente y protector (porcentajes mayores o iguales a 50).

5.- Concepto de la mujer.

Los pacientes de Ca. perciben a la mujer como fuerte, activa y no devaluada, mientras que los pacientes de TB la perciben fuerte y no devaluada (porcentaje mayor o igual a 50).

6.- Metas.

A pesar de que los Ca. manifiestan tener metas positivas a corto y largo plazo, en ésta prueba sólo el 45% de ellos las evidenciaron, aunque hay que hacer notar que sólo el 25% de los TB lo hicieron.

7.- Relación familiar.

El 75% de los pacientes de Ca. y el 70% de los TB -- manifestaron tener relaciones familiares inadecuadas.

8.- Relaciones sexuales.

El 90% de ambos grupos negaron relaciones sexuales.

T A B L A 6

T. A. T.

I.- Actitud Ante su Enfermedad:

- a).- temor a;
- b).- negación de;
- c).- deseos de muerte.

II.- Relaciones con el Médico:

- a).- temor;
- b).- confianza;
- c).- necesidad de distorsionarlo.

III.- Agresión:

- a).- de él hacia;
- b).- de otros hacia él;

IV.- Concepto del Hombre y de la Mujer;

- a).- fuerte;
- b).- activo;
- c).- no devaluado;
- d).- proveedor;
- e).- potente;
- f).- independiente;
- g).- protector.

- V.- Metas:
- a).- concretas;
 - b).- a corto plazo;
 - c).- realizables por él.

- VI.- Relaciones Familiares:
- a).- Adecuadas;
 - b).- inadecuadas.

VII.- Relaciones Sexuales:

- a).- adecuadas;
- b).- maritales;
- c).- extramaritales;
- d).- profundas;
- e).- superficiales;
- f).- agradables.

VIII.- Mecanismos de Defensa:

- a).- Represión;
- b).- Negación;
- c).- Desplazamiento;
- d).- Formación Reactiva;
- e).- Proyección;
- f).- Anulación.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Z C 3	ACTITUD ANTE ENFER. abc	REL. CON EL DR. abc	A- GRE- SION ab	CONCEPTO DEL HOMBRE abcde f g	CONCEPTO DE LA MUJER abcde f g	METAS abc	REL. FAM ab	RELACIONES SEXUALES abcde f g	MECANISMOS DE DEFENSA abcde f g
1	SI	-	X	SI	NO	SI SI SI	X		X
2	SI	SI	X	SI SI SI SI SI SI	SI	SI SI SI	X		
3	SI	NO	X	SI SI SI SI	NO SI NO	SI LP SI	X		X
4	SI	SI NO	X	SI SI SI	NO NO NO				
5	SI	NO -		SI SI SI	SI SI SI SI	SI SI SI SI	X		
6	SI	NO -	X	NO NO SI	NO NO		X		
7	SI	NO	X	SI SI SI	SI SI SI SI	SI	X		X
8	SI	NO	X	NO NO NO NO	NO SI SI SI	SI	SI LP	X	
9	SI	NO -	X	SI SI	NO SI SI		X		
10	SI SI	NO -	X	SI SI SI	NO NO SI NO NO NO		X		X
11	SI		X	SI SI NO	SI SI SI SI	SI SI	X		X
12	SI	SI	*	SI SI NO SI NO NO	SI SI SI	SI NO NO NO	X		X X
13	SI	NO		SI SI NO SI SI NO	SI SI SI SI	NO LP SI	X		
14	SI	NO	*	SI NO	SI NO NO		X		X X X
15	SI	NO		SI SI SI SI SI SI	SI SI SI	SI LP SI	X		
16	SI	NO	X	NO NO NO NO	NO NO NO NO		X		X
17	SI	NO	X	SI SI NO SI SI NO	SI NO SI NO NO	NO NO	X		
18	SI	NO +		SI SI SI SI SI	NO NO SI NO		X		X X X
19				SI SI SI NO	SI SI SI SI	NO LP SI	X		
20		SI		SI SI SI NO SI NO	SI SI SI SI	SI SI			X

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL T.A.T. POR EL GRUPO DE Ca.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Z	ACTITUD	R E L.	A-	CONCEPTO	CONCEPTO	METAS	REL.	RELACIONES	MECANISMOS
C	ANTE	CON EL	GRE-	DEL	DE LA		FAM,	SEXUALES	DE
3	ENFER.	DR.	SIGN	HOMBRE	MUJER				DEFENSA
	abc	abc	ab	abcde f g	abcde f g	abc	ab	abcde f	abcde f
21	SI-	NO		SI SI SI SI NO	SI SI SI SI SI	SI SI SI	X		X
22	SI	NO +		NO SI NO	SI SI NO		X		X
23	SI	NO -	X	SI SI SI SI SI NO	SI SI SI SI SI SI		X		X
24	SI	NO +	X	SI SI SI SI SI SI	NO NO SI NO NO NO	NO NO	X		
25	SI	NO	X	NO NO NO NO NO NO			X		
26	SI	NO -	X	SI SI SI SI SI SI NO	NO NO NO NO NO NO	SI SI SI	X		
27	SI	SI		SI SI SI SI SI SI SI	SI SI SI SI SI SI	SI SI SI	X		
28	SI	NO -		NO NO NO NO NO	NO NO NO NO NO		X		
29	SI	NO	X	SI SI SI SI SI SI SI	SI SI SI SI NO	SI NO	X		
30	SI	NO	*	NO NO NO NO NO NO NO	SI SI SI SI	NO NO	X		
31	SI			SI NO SI SI SI SI	NO NO NO	NO SI	X		
32	SI	NO	X	NO NO	SI		X		
33	SI	NO		SI SI SI SI SI SI	NO NO SI NO SI SI	SI SI SI	X		
34	SI	NO		NO NO SI NO	SI SI SI NO		X		
35	SI	SI +		SI SI NO SI NO	SI SI NO SI SI		X		X X
36	SI	SI		SI SI SI SI SI NO SI	SI SI SI SI SI NO SI		X		
37	SI	NO		SI SI SI SI	SI SI SI		X		
38	SI	NO	X	NO NO NO		SI NO	X		
39	SI	NO		NO SI NO SI SI NO	SI SI SI SI SI SI	SI TP SI	X		
40		NO	X	NO SI		SI	X		

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL T.A.T. POR EL GRUPO DE T.B.

T. A. T.

SIGNIFICANCIA ESTADISTICA

DE

DIFERENCIA DE PROPORCIONES.

ASPECTO	CA P ₁	TB P ₂	Z	FRONTERA DE DECISIONES	RECH. H ₀
III _a	.2	0	2.5	-1.96 a 1.96	SI
III _{ambas}	.1	.5	-3.3	-1.96 a 1.96	SI
IV _a si	.8	.55	2.5	-1.96 a 1.96	SI
IV _b si	.8	.55	2.5	-1.96 a 1.96	SI
IV _b no	.1	.4	-2.5	-1.96 a 1.96	SI
IV _c si	.35	.65	-2.14	-1.96 a 1.96	SI
IV _d no	.1	.5	-5.	-1.96 a 1.96	SI
IV _f si	0	.35	-3.5	-1.96 a 1.96	SI
V _g no	.5	0	4.54	-1.96 a 1.96	SI

c).- RORSCHACH (Tabla 5)

Los pacientes cancerosos dan un promedio de respuestas de 15, cuando lo esperado es de 20 a 45 (42,43), lo que nos indica cierta falta de productividad debida a factores emocionales. Lo mismo resulta aplicable a los pacientes de TB, cuyo promedio de respuestas es de 11. Lo anterior no se corrobora con los resultados obtenidos por Thomas y Greenstreet (15), que encontraron un promedio de respuestas de 42; sí se correlaciona con los resultados obtenidos por Tarlau y Smalheiser (26).

Los pacientes de Ca. dan un 43% de W sincréticas, lo que combinado con un nivel formal mediocre y escasas M nos indican pobreza intelectual, falta de capacidad de abstracción y organización de las experiencias (los TB dan 37%). Tienen 54% de D (TB 61%), lo cual nos indica su interés por los aspectos prácticos de la vida cotidiana, pues perciben solamente los aspectos obvios, evidentes y concretos de los estímulos. Tampoco estos resultados se correlacionan estrechamente con los resultados obtenidos en el estudio de Thomas y Greenstreet (15). El 3.5% de d (significativamente diferente del .5% de los TB) nos indica su capacidad promedio para percibir los detalles finos y sutiles que se le presentan. Esto tiene a relacionarse con los resultados obtenidos por Emelia Vargas (27). Dan 2.5% de Dd y S (en comparación con .2% de los TB), lo cual nos indica ciertas actitudes opositoristas que no llegan a manifestarse abiertamente, lo que se corrobora una vez más por los resultados obtenidos por Kissen (33).

Los Ca. obtuvieron un promedio de respuestas populares de 33.7% (los TB 27%), lo que nos indica cierto grado de -- conformidad con lo habitual, y de incapacidad para percibir el mundo de manera diferente que los demás, pues obtuvieron un promedio de .8% (TB 0%, significativamente diferente) de respuestas originales. Lo anterior corrobora los resultados obtenidos por Tarlau y Smalheiser, y Wheeler y Caldwell (26) y no con los obtenidos por Thomas y Greenstreet (15).

Los pacientes de Ca. obtuvieron un promedio de respuestas A de 6.8%, Ad de .75% y A% de 57.9 (los TB: A de 5%, Ad de .8% y A% de 53.6), que nos indican la existencia de deficiencias funcionales. Esto no se corrobora con lo obtenido por Tarlau y Smalheiser, y Wheeler y Caldwell (26). Los Ca. obtienen H% de 14 (TB 12%), lo cual nos indica que tienen poco interés por establecer relaciones interpersonales, que se aíslan. Este resultado es consistente con los obtenidos por Wheeler y Caldwell (26). Su campo de intereses se encuentra dentro de lo esperado (27.5%), pero disminuído en comparación con el de los pacientes de TB (34%), lo que nos indica menor interés por el mundo que les rodea, mayor egocentrismo. Dieron un promedio de respuestas de angustia (respuestas vagas, indefinidas y anatómicas) de 4.3 (TB 4.4), lo cual es consistente con los resultados obtenidos en el T.A.T., y nos indica la presencia de factores emocionales interfiriendo con el funcionamiento normal del sujeto. El origen de estos factores emocionales se encuentra, indudablemente, en la situación presente de enfermedad de los sujetos, mismo que se puede comprobar con el porcentaje de respuestas alusivas anatómicas (respuestas relacionadas con pulmones, cáncer, tuberculosis, etc), que --

fue de .75 (TB 1.65%). Tanto las respuestas alusivas como las respuestas de angustia pueden influir en el bajo promedio de respuestas sexuales, que es de .6 (TB .2), lo que confirma la negación de aspectos sexuales en el T.A.T. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Wheeler y Caldwell (26), y por Thomas y Grenstreet (15), e indican una disminución de la libido.

La suma de M: suma de C de los pacientes cancerosos es de .6 a .24, lo que significa que son personas introvertidas, es decir, que tienen poca motilidad, incapaces de establecer relaciones interpersonales con facilidad, con poca reactividad a la estimulación medio-ambiental, y respuestas emocionales atenuadas. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Wheeler y Caldwell (26) y por Kissen (33).

La proporción (FM + m): (Fc + c + C'), es de 4.55:1.4 (2.2:1.2 en TB) y corrobora la interpretación dada a la fórmula anterior.

El control constrictivo o fuerza del ego $\frac{FK+F+FC}{R}$ es de 52.7% en los Ca (56.3% en los TB), lo que nos indica la rigidez y constricción con que se conducen en su vida diaria, ya que su F% es de 43.3 (51.8 en TB). No se considera que sean capaces de basarse en hechos reales para afrontar la realidad, debido a que utilizan la fantasía y el pensamiento mágico, indicativos de regresión, lo cual se puede observar en la proporción suma de W: suma de M, que es de 5.2: .6 (TB de 4: .45). Esto no resulta sorprendente si se considera que el 100% de ambos grupos es católico.

El porcentaje medio de respuestas a las tres últimas láminas es de 35.9 en los ca. (TB 31.4%) y 15.8 a la última lámina (TB 14.4%) nos indican que, si bien, estos pacientes son estimulados por el medio-ambiente, su capacidad para responder afectivamente a tales estímulos se encuentra inhibida por la existencia de factores emocionales (suma de C de .22).

En la fórmula $M: FM$, los pacientes de Ca. dan $.6 : 2.8$ (TB $.45 : 1$), lo cual, aunado al F% de 43, nos indica la existencia de una gran represión de los impulsos de ello, y tomando en cuenta que el nivel formal es mediocre, nos indica también debilidad del ego. Lo anterior se corrobora con los resultados obtenidos por Wheller y Caldwell (26) y con los de Thomas y Greenstreet (15). La proporción $M : (FM + m)$ que es de $.6 : 4.55$ (TB $.45 : 2.2$), nos indica la existencia de tensiones internas que impiden al individuo utilizar sus fuerzas internas en forma constructiva. Obviamente, tales tensiones son el producto de la situación de enfermedad en que se encuentran los pacientes.

En cuanto a $(FK + Fc) : F$, que es $1.4 : 5.4$ (TB $.6 : 6$), Acromáticas: Cromáticas, que es de $.45 : .45$ (TB de $1.25 : 1.05$), y Diferenciadas : Indiferenciadas, que es de $1.4 : .1$ (TB $.61 : .05$), se puede afirmar que los pacientes cancerosos expresan y satisfacen de manera adecuada sus necesidades de afecto, mismas que aparentemente se encuentran bien integradas a su personalidad. Esto podría ser el resultado de las ganancias secundarias obtenidas por su estado de enfermedad.

La última fórmula FC : (CF+C), que es de .45 : 0 (TB .8:25) parece indicarnos que los pacientes son capaces de ejercer control sobre sus impulsos, aunque parece ser que el control es excesivo y que las respuestas socializadas -- tienden a ser superficiales.

En cuanto al F+% éste es de 80/76 (TB de 61/65), por lo que se puede concluir que el control que aparentemente tienen no es muy eficaz, ni intelectual ni emocionalmente.

Los tiempos de reacción son t" de 13 y t' de 15.9 - - (TB t" de 12.8 y t' de 14.8) y se encuentran dentro del promedio, lo cual descarta procesos asociativos lentos.

El nivel formal máximo obtenido por los pacientes cancerosos es de 2 (TB 1.87), lo cual nos indica una capacidad intelectual promedio en nuestra muestra, misma que no se -- está utilizando a plenitud, pues el nivel formal medio es de .75 (TB .61). El nivel formal mínimo es de .6 (- .9 en TB), que puede ser índice de ciertas distorsiones de la realidad, mismas que no llegan a ser patológicas.

Hay choque a las láminas IV, IX y X en pacientes cancerosos (ninguna en TB), por lo cual se pueden inferir malas relaciones con las figuras autoritarias (doctores), incapacidad para estructurar la estimulación externa debido a inseguridad (44) y temor al medio-ambiente, lo cual provoca sentimientos depresivos. Esto se corrobora con el rechazo de la lámina IX y la contaminación de la lámina IV.

En resumen podemos decir que los Ca., en comparación -

con los TB, tienen mayores capacidades de observación (mismas que son promedio), es decir, de percepción de detalles finos y sutiles. Son oposicionistas (en ocasiones lo manifiestan en forma de quejas e incomodidad para con el tratamiento, aunque no se atreven a suspenderlo), pero no lo manifiestan abiertamente. Los TB son también oposicionistas, pero tienen mayor capacidad para manifestarlo. Al parecer, los pacientes de Ca. tienen mayores potencialidades para la adaptación que los de TB, ya que obtienen un mayor promedio de respuestas en A. Lo anterior se corrobora con la diferencia significativa que hay en FK. Posiblemente debido al tiempo de internamiento y a la libertad de deambulacion dentro del hospital, los pacientes de TB tienen un campo de intereses más amplio (algunos de ellos han aprendido a tejer objetos que venden dentro del hospital).

Hay una diferencia significativa en cuanto a FM, ya que en los primeros es mayor que en los segundos. Lo anterior nos indica la existencia de un monto mayor de impulsos instintivos, pero que son eficazmente controlados por fuertes tensiones internas provocadas, al menos en parte, por su enfermedad. Estas fuerzas contracatóxicas reprimen con mayor severidad los impulsos instintivos en el caso de los TB (por ejemplo: una paciente de TB manifestó: "no me gusta andar de loca con los doctores porque ellos no tienen la culpa de nada y están sanos. Yo podría contagiarlos").

Los resultados obtenidos por Kissen (33) se confirman plenamente en este estudio, ya que, definitivamente, los pacientes tienen una pobre salida para las descargas emocionales (suma de C significativamente menor a la de los TB).

Esto se corrobora con el número de rechazos que hubo, - -
pues mientras los Ca. sólo rechazan la lámina IX, los TB -
rechazan las IV, VI y IX.

En general, los resultados obtenidos en este test nos señalan un grado de perturbación mayor, tanto mental como emocional, en los TB.

CA	R	(%)	(%)	(%)	(%)	P	O	A	Ad	A%	+l	+ld	+l%	INTERESES	AGUSTIA	M	FM	Fm	m
		W	D	d	DdS									%					
1.	11	36	63	-	-	45	-	8	-	72	2	-	18	9	1	-	-	-	-
2.	9	44	44	-	11	22	-	5	1	66	-	1	11	22	3	-	3	2	-
3.	22	72	72	13	-	13	-	15	2	77	3	-	13	9	4	1	10	2	-
4.	9	22	78	-	-	35	-	3	-	33	3	-	33	33	2	-	2	1	-
5.	14	35	57	7	-	42	-	13	-	93	-	-	-	7	4	-	4	2	-
6.	14	21	64	7	7	28	-	8	-	57	-	-	-	42	3	-	-	1	-
7.	11	36	54	9	-	45	-	7	1	72	-	1	9	27	4	-	3	1	1
8.	11	45	55	-	-	18	-	2	-	18	-	1	9	72	0	-	2	-	-
9.	12	66	33	-	8	25	8	6	-	50	2	-	16	33	3	-	2	1	-
10.	10	20	60	20	-	30	-	4	-	40	2	1	30	30	3	-	1	3	-
11.	25	32	56	-	12	28	8	9	4	52	2	2	16	32	14	1	6	5	1
12.	10	40	60	-	-	50	-	5	1	60	-	-	-	40	2	-	5	1	-
13.	12	41	50	8	-	16	-	10	-	83	1	-	8	8	5	-	5	2	-
14.	17	23	65	-	12	23	-	8	1	53	1	-	5	41	7	-	2	4	-
15.	10	40	50	10	-	30	-	6	1	70	1	-	10	20	3	-	2	1	-
16.	12	75	25	-	-	66	-	3	-	25	3	3	50	25	6	13	2	1	-
17.	13	61	38	-	-	46	-	7	1	69	2	-	14	14	6	2	4	1	-
18.	13	53	46	-	-	38	-	8	1	69	1	-	7	23	1	1	2	1	-
19.	11	63	36	-	-	54	-	6	2	72	3	-	27	-	4	3	2	1	-
20.	14	35	64	-	-	21	-	4	-	28	1	-	7	64	11	1	-	2	1
\bar{x}	13	43	54	3.5	2.5	33.7	.8	6.8	.75	57.9	1.4	.45	14.1	27.5	4.3	.6	2.8	1.6	.15

RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO DE Ca. EN LA PRUEBA DE RORSCHACH.

CA	Fk	kF	k	FK	KF	K	F	Fc	cF	c	Fc'	c'F	c'	FC	CF	C	ΣC	(%)		
																		F1	F2	
1.	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	90	45
2.	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	11
3.	-	-	-	1	-	-	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	31
4.	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	33
5.	-	-	-	-	-	-	6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	28
6.	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-	3	-	-	2	-	-	1	-	57	42
7.	-	-	-	1	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	27
8.	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	63	36
9.	-	-	-	1	-	-	4	1	-	-	1	-	-	2	-	-	1	-	50	33
10.	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60	30
11.	-	-	-	1	-	-	6	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	40	24
12.	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	50
13.	-	-	-	1	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41	41
14.	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	58	23
15.	-	-	-	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	30
16.	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	25
17.	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	1	-	-	2	-	-	1	-	23	46
18.	-	-	-	-	-	-	6	2	-	-	-	-	-	1	-	-	.5	-	61	38
19.	-	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	36
20.	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	50
\bar{x}	0	0	0	.45	-	.1	5.4	.95	0	0	.45	0	0	.45	0	0	.22	52.1	33.9	

RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO DE Ca. EN LA PRUEBA DE RORSCHACH.

TABLA 5C

CA	(%)						CHOQUES	RECHAZOS	CONTAMINADAS	SUCESSION	NF MAX	NF X	NF MIN	ALUSINAS	SEXUALES
	F3	F%	F+%	f%	f'%										
1..	28	90	80/100	7.4	10.	X	V, IX	1	Rig.	1.5	.77	-3.	-	-	
2..	-	22	100/82	15.6	19.	II, VII	IX, X	2	Rig.	1.5	.77	-3.	-	-	
3..	18	31	100/76	23.6	28.4	III, VI, IX	-	3	Rig.	2.	1.06	-1.	-	-	
4..	11	66	66/66	10.3	15.7	III	IV, V, IX	4	Rig.	1.5	.22	-1.	3	1	
5..	14	42	91/100	9.6	16.2	X	-	2	Rig.	2.0	1.14	-.5	-	-	
6..	28	28	100/60	7.5	8.	-	VI	3	Rig.	1.5	.5	-1.	-	-	
7..	18	36	100/100	7.6	12.	IV, VI	II, IX	1	Rig.	2.	1.13	-.5	-	2	
8..	9	63	42/75	16.	22.6	V, VIII, X	-	7	Rig.	1.5	-.15	-1.5	1	6	
9..	8	33	100/100	10.	8.4	I, X	-	-	Rig.	2.	1.5	1.	-	-	
10..	10	60	100/100	36.	45.	VII, IX, X	-	-	Rig.	2.	1.5	1.	-	-	
11..	8	24	75/66	11.	13.	IV, IX	-	3	Ord.	3.5	1.4	-1.	-	-	
12..	30	10	100/100	8.4	9.4	I, VI	II, VII	-	Rig.	1.5	1.4	1.	-	-	
13..	16	25	66/50	18.	17.6	IV, IX	-	6	Rig.	2.5	.25	-1.5	1	-	
14..	17	58	75/76	4.	6.	VIII	-	3	Rig.	1.5	.7	-1.	-	-	
15..	10	70	75/50	16.6	16.8	IV, V, VIII	-	5	Rig.	1.5	0.	-1.	-	-	
16..	8	50	16/50	5.6	10.8	IX	-	8	Rig.	2.	0.	-1.	3	-	
17..	14	7	100/50	16.6	10.6	VII	-	4	Rig.	2.5	.65	-1.	-	-	
18..	23	46	100/100	18.	19.	III, IV, X	-	-	Rig.	2.5	1.5	1.	-	-	
19..	18	27	66/62	6.	10.6	X	-	4	Rig.	2.5	.68	-1.	-	-	
20..	28	78	40/66	13.	14.8	IV, II, IX	-	6	Rig.	2.5	.21	-1.	7	3	
\bar{x}	15.8	33.3	79.6/17.5	13	15.9	IV, IX, X	IX	IV	Rig.	2.0	.75	-.6	.75	.6	

RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO DE Ca. EN LA PRUEBA DE RORSCHACH.

TB	INTERESES															ANGUSTIA			
	R	(%) W	(%) D	(%) d	(%) DdS	P	O	A	Ad	A%	H	Hd	H%	%	M	FM	Tm	m	
1.	15	16	73	-	-	20	-	5	1	40	2	1	20	40	5	-	3	2	-
2.	16	43	56	-	-	12	-	5	4	56	1	-	6	37	7	-	1	-	-
3.	10	40	60	-	-	20	-	3	0	30	1	-	10	60	4	-	-	-	-
4.	13	38	61	-	-	53	-	9	0	69	2	-	15	15	-	1	4	-	-
5.	15	26	73	-	-	6	-	3	1	26	3	3	40	33	10	1	-	4	-
6.	9	77	22	-	-	22	-	2	0	22	-	-	-	77	5	-	-	1	-
7.	15	20	80	-	-	13	-	11	2	86	1	-	7	7	3	1	1	2	-
8.	12	8	91	-	-	41	-	7	0	58	2	1	25	16	2	2	4	1	-
9.	7	57	42	-	-	57	-	5	1	85	0	-	-	14	3	-	2	1	-
10.	10	60	40	-	-	30	-	4	0	40	0	-	-	60	7	-	1	2	-
11.	10	10	80	1	-	40	-	5	0	50	1	1	20	30	6	-	1	1	-
12.	14	28	71	-	-	28	-	6	3	64	0	1	7	28	3	-	-	1	-
13.	16	43	56	-	-	18	-	6	0	37	1	3	25	37	10	-	3	-	-
14.	10	50	50	-	-	20	-	7	0	70	0	-	-	30	4	-	-	1	-
15.	9	11	88	-	-	22	-	6	0	66	0	-	-	33	1	-	-	-	-
16.	11	45	54	-	-	36	-	6	0	54	0	-	-	45	3	-	2	-	-
17.	10	40	60	-	-	30	-	4	1	50	2	1	30	20	3	1	2	-	-
18.	5	40	60	-	-	40	-	4	0	80	1	-	20	-	-	1	2	-	-
19.	18	11	83	-	1	33	-	7	2	50	3	3	33	11	7	2	1	7	-
20.	10	90	10	-	-	10	-	3	1	40	0	-	-	60	5	-	1	2	-
\bar{x}	11.75	37.6	61.	.5	.5	27	0	5.2	.8	53.6	1	.7	12.	34	4.4	.45	1.4	1.2	-

RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO TB EN LA PRUEBA DE RORSCHACH.

TB	Fk	kF	k	FK	KF	K	F	Fc	cF	c	FC'	C'F	C'	FC	CF	C	≤ C	(%)	
																		F1	F2
1.	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	53	26
2.	-	-	-	-	-	-	5	3	-	-	4	-	-	3	-	-	1.5	50	18
3.	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	20
4.	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	3	-	-	3	-	-	1.5	15	38
5.	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	26
6.	-	-	-	-	-	-	5	1	-	-	-	-	1	-	-	1	1.5	66	22
7.	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	40
8.	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	1	-	-	2	-	-	.5	58	30
9.	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	.5	28	28
10.	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	40
11.	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	4	-	-	2.	20	60
12.	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	2	-	-	2	-	2	4	50	28
13.	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	31
14.	-	-	-	1	-	-	1	2	-	-	-	-	-	1	-	-	.5	40	30
15.	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	44
16.	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	63	45
17.	-	-	-	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	20
18.	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	20
19.	-	-	-	-	-	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	33
20.	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	50	30
\bar{x}	.05	0	0	.15	.05	0	6.	.4	0	0	.75	0	.1	.8	0	.25	.75	56.3	31.4

RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO DE TB EN LA PRUEBA DE RORSCHACH.

TABLA 5F

TB						CHOCOS	RECHAZOS	CONTINUADAS	SUCESION	N.F. MAX	N.F. x̄	N.F. MIN	ALUSIAS	SEXUALES
	(%)	F3	F%	T+%	t' %									
1.-	13	53	81/74	7.4	9.2	X	-	2	Rig.	2.5	.9	-1	-	-
2.-	6	45	70/36	15.6	15.	I, III	-	7	Rig.	2.	.35	-1	6	-
3.-	10	100	40/-	23.6	14.	-	IX	7	Rig.	1.	-.20	-1	2	4
4.-	23	7	100/83	10.3	20.	IV, VII, VIII	-	1	Rig.	2.	1.3	-1	-	-
5.-	6	66	20/40	9.6	37.	I, III, IX	-	9	Rig.	1.5	-.8	-1	-	-
6.-	11	55	60/75	7.5	18.	VII, X	VII, IX	3	Rig.	1.5	.27	-1	1	-
7.-	20	73	81/100	7.6	15.	III, VI, IX	-	3	Rig.	2.	.8	-1	-	-
8.-	16	58	85/60	16.	7.4	-	IV, VI	1	Rig.	1.5	1.08	-.5	1	-
9.-	14	28	50/100	10.	9.7	-	VII, VIII, IX	1	Rig.	2.	1.2	-1	-	-
10.-	10	70	28/33	36.	14.	VI, X	III, VII	7	Rig.	1.5	-.35	-1	5	-
11.-	50	-	10/100	11.	9.	VI, X	IV, V, VII, VIII	1	Rig.	3.	1.6	-.5	1	-
12.-	7	50	76/71	8.4	15.	I, III	VI	2	Rig.	1.5	.78	-1	-	-
13.-	12	81	15/100	18.	11.	VII	III	8	Rig.	1.5	-.43	-1	7	-
14.-	10	10	-/50	14.6	17.	V, IX	-	4	Rig.	1.5	.5	-1	3	-
15.-	11	100	76/-	13.	22.	I, VIII, X	IV, VI, X	2	Rig.	2.	.44	-1	1	-
16.-	27	63	92/100	5.	11.	-	III	2	Rig.	2.	.95	-.5	-	-
17.-	10	60	75/72	8.7	16.	X	II, VI, IX	2	Rig.	2.5	.95	-1	1	-
18.-	-	40	100/66	8.	7.	I	II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX	1	Rig.	1.5	.8	-1	-	-
19.-	22	27	100/81	16.	17.	VII, VIII	-	3	Rig.	2.5	1.08	-1	1	-
20.-	10	50	60/70	11.	13.	III	-	4	Rig.	2.	.7	-1	3	-
x̄	14.4	51.8	61.5/65.4	12.8	14.8	-	IX, VII, IX, VII, VII, X	Rig.	1.87	.61	-.9	1.65	.2	

RESULTADOS OBTENIDOS POR EL GRUPO DE TB EN LA PRUEBA DE RORSCHACH.

RORSCHACH

SIGNIFICANCIA ESTADISTICA

DE

DIFERENCIA DE MEDIAS.

ASPECTO	\bar{x}_A	\bar{x}_B	S_A	S_B	t	FRONTERA DE DEC.	RECH. H_0
d	3.5	5	5.7	2.2	2.25	-2.02 α 2.02	SI
DdS	2.5	2	4.5	1	2.32	-2.02 α 2.02	SI
P	33.7	27.	14.1	13	2.56	-2.02 α 2.02	SI
A	6.8	5.	3.2	2	2.22	-2.02 α 2.02	SI
FM	2.8	1.	2.3	1	3.33	-2.02 α 2.02	SI
m	.15	0	3.6	0	2.14	-2.02 α 2.02	SI
FK	4.5	.1	.6	.3	2.43	-2.02 α 2.02	SI
$\leq C$.22	.75	.41	1.15	2.03	-2.02 α 2.02	SI
F+%	79.6	61.5	24.6	33	2.02	-2.02 α 2.02	SI
	77.5	65.4	19.8	31	1.51	-2.02 α 2.02	NO
RECHAZOS	.6	14.	.9	1.5	2.22	-2.02 α 2.02	SI
NIVEL MINIMO	-6	-92	22	.18	5.07	-2.02 α 2.02	SI

d).- LUSCHER (Tabla 4)

El rango de preferencias promedio de los pacientes de Ca. es: 23465017.

El grado de ansiedad que muestran es de dos, mismo que resulta ser mayor que el de los TB, que es de 0.

Se puede observar la presencia de una necesidad no satisfecha y la concomitante represión de la misma, por resultar desagradable emocionalmente. Esa necesidad insatisfecha, que es la necesidad de afecto, se ve compensada por ciertas actitudes defensivas, por pasividad, -- por necesidades de autoafirmación y autoestima. Se acentúan las necesidades corporales.

Estos sujetos son persistentes en cuanto a sus metas, tratando de lograr la superación. No aceptan sentirse dependientes de la buena voluntad de los demás (ésto podría explicar, en parte, las malas relaciones establecidas con los doctores). Utilizando mecanismos de negación, desean aumentar la certeza de su propio valer, proyectándose en una imagen idealizada de sí mismos, esperando el reconocimiento de los demás. Se trata de sujetos muy controlados, que reprimen sus impulsos internos, lo cual les produce un sentimiento de superioridad sobre los demás; ésto les crea tensiones y angustias debido a la índole imperativa de sus deseos.

Son personas inseguras, que buscan estabilizar su presente situación a fin de encontrar un ambiente que -- les provea de mayor tranquilidad y les cause menos problemas. Son egocéntricos y fácilmente se sienten ofendi

dos, aunque tratan de evitar conflictos abiertos. Se sienten aislados y solos, por lo que buscan vincularse senti--mentalmente con alguien.

Hay una gran tensión y desasosiego fisiológicos, producidos obviamente por su enfermedad. Se encuentran un --tanto depresivos por estar en una situación de dependencia.

Estadísticamente, se encontraron diferencias signifi--cativas entre el rango promedio de los Ca y el de los TB.- Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre lo -esperado y los Ca, y sí entre lo esperado y los TB, lo - -cual refuerza la interpretación dada en el Rorschach en el sentido de que los TB se encuentran con perturbaciones psi--cológicas más severas que los pacientes de Ca.

TABLA 4

CA	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	8	7	6	5	4	3	2	1		
0	3	0	3	4	1	2	6	1	24	0	18	20	4	6	12	1	85	6º
1	1	1	0	4	4	4	4	2	8	7	0	20	16	12	8	2	73	7º
2	5	2	4	3	6	0	0	0	40	14	24	15	24	0	0	0	117	1º
3	2	9	1	3	1	2	1	1	16	63	6	15	4	6	2	1	113	2º
4	3	5	5	0	2	4	1	0	24	35	30	0	8	12	2	0	111	3º
5	3	0	4	3	2	2	4	2	24	0	24	15	8	6	8	2	87	5º
6	3	2	3	2	3	3	4	0	24	14	18	10	12	9	8	0	95	4º
7	0	1	0	0	1	1	3	14	0	7	0	0	4	3	6	14	36	8º

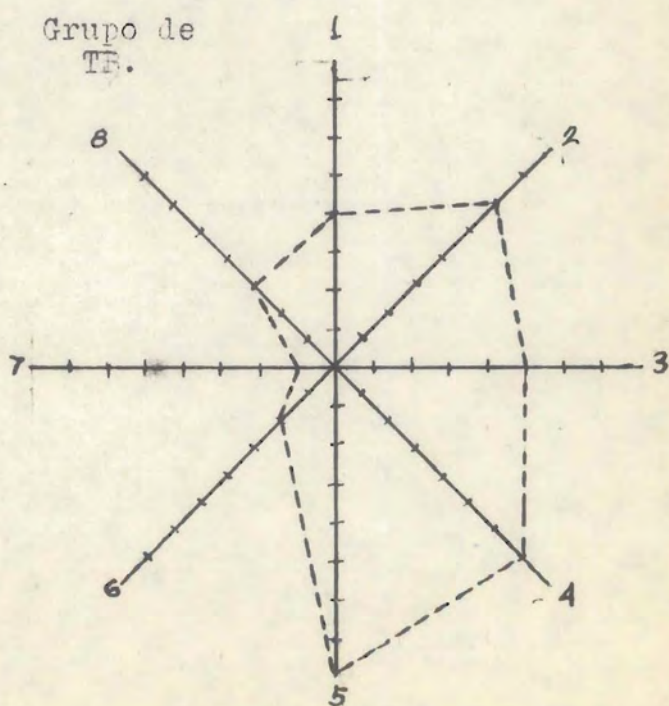
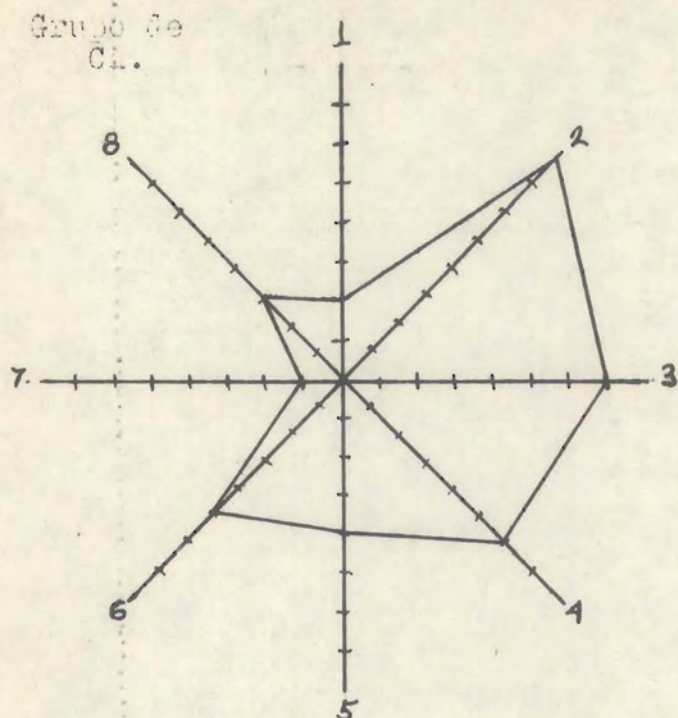
Rango de Preferencias: 2 3 4 6 5 0 1 7

TB	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	8	7	6	5	4	3	2	1		
0	2	2	1	6	0	7	2	0	16	14	6	30	0	21	4	0	91	6º
1	3	2	1	5	3	3	3	0	24	14	6	25	12	9	6	0	96	5º
2	5	1	5	2	2	2	1	2	40	7	30	10	8	6	2	2	105	3º
3	0	4	6	2	6	2	0	0	0	28	36	10	24	6	0	0	104	4º
4	5	3	5	2	2	1	1	2	32	21	30	10	8	3	2	2	108	2º
5	5	5	2	2	2	0	2	2	40	35	12	10	8	0	4	2	111	1º
6	1	3	0	1	3	3	7	2	8	21	0	5	12	9	14	2	42	7º
7	0	0	0	0	2	2	4	12	0	0	0	0	8	6	8	12	34	8º

Rango de Preferencias: 5 4 2 3 1 0 6 7

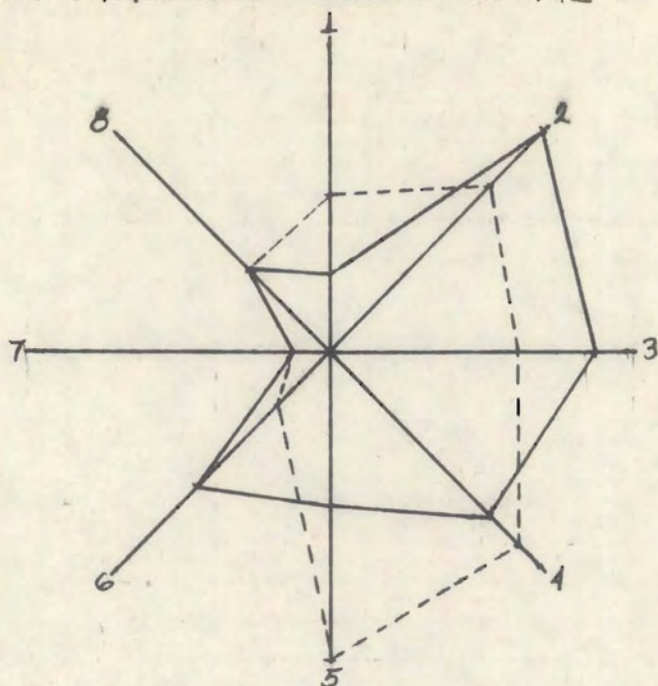
Obtención de los Rangos Promedios de la Prueba de Lüscher.

T A B L A 4



Graficación de los
Resultados Obtenidos
en la Prueba -
de Lüscher.

T A B L A 4



Comparación entre el Grupo de Ca. (línea
continua) y el de TB (línea fragmentada)
de las graficaciones en la Prueba de - -
Lüscher.

NOTA:

Los números representan:

- 1: azul;
- 2: verde;
- 3: rojo;
- 4: amarillo;
- 5: violeta;
- 6: marrón;
- 7: negro
- 0: gris

C O N C L U S I O N E S

1.- Durante el desarrollo de esta investigación se pudo constatar la existencia de una mala relación médico-paciente, lo cual fué corroborado por los resultados obtenidos en la prueba T.A.T. Esta mala relación impide que los pacientes se acerquen a los médicos en busca de información acerca de su enfermedad, y los que lo hacen reciben poca o ninguna. Por esta razón, muchos enfermos se muestran resistentes ante el tratamiento (7). Se han llegado a dar casos de fugas de enfermos graves. Mientras no se establezca una buena relación médico-paciente, la cuestión de dar o no información verídica con respecto a su enfermedad pasa a segundo plano. En base a lo anterior se piensa que es necesaria la presencia de un psicólogo en dicho pabellón para que auxilie al médico en el manejo de los pacientes y posibilite el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente. Una vez establecida la misma, en trabajo conjunto médico-psicólogo podrán discutir la pertinencia de dar o no información al paciente de acuerdo a la situación particular de éste (9) e impartirle ayuda psicoterapéutica.

La cuestión de si los elementos emocionales influyen sobre la velocidad de desarrollo del cáncer, como fue sugerido por Evans, Baldwin y Gath (16), Davies (17) y Craig y Abeloff (18) no puede ser resuelta en base a los datos obtenidos en esta investigación, debido a que no hubo seguimiento de los casos. Se requieren investigacio-

nes más amplias para corroborar los resultados obtenidos - por los autores antes mencionados.

3.- De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se piensa que casi el 50% de los pacientes de Ca. requieren ayuda psiquiátrica o psicoterapéutica. Las condiciones económicas del Hospital impiden que ésta se lleve a cabo, por lo cual se considera necesaria la presencia de por lo menos un psicólogo en el Pabellón para que determine la gravedad de los conflictos emocionales de los pacientes, y de esta manera los refiera al psiquiatra o al psicoterapeuta en los casos de mayor urgencia.

4.- Los resultados de la investigación muestran que - si existen características psicológicas comunes en los pacientes de cancer broncogénico.

5.- Goldfarb (1), Aubin y Gashkel (3), Thomas y Greenstreet (15), Davies (17), Craig y Abeloff (18), Peck -- (11), Kissen (33) y otros han tratado de encontrar perfiles de personalidad característicos de los pacientes cancer rosos. La presente investigación da datos suficientes como para apoyar, en cierta forma, tal expectativa. Las características psicológicas de los pacientes de cáncer bron cogénico encontradas en esta investigación, fueron:

- a).- Angustia ante su enfermedad;
- b).- malas relaciones con las figuras autoritarias - (con el médico);
- c).- poca tolerancia a la situación de dependencia;
- d).- pocos sentimientos de culpa;
- e).- disminución de su concentración;
- f).- pasividad;
- g).- inseguridad;

- h).- poco interés por el establecimiento de relaciones interpersonales;
- i).- metas positivas a corto y largo plazo;
- j).- pensamiento mágico;
- k).- pobre salida para la descarga emocional;
- l).- rigidez;
- m).- mecanismos de negación con respecto a su enfermedad;
- n).- represión de necesidades de afecto;
- o).- disminución de la libido
- p).- sentimientos de soledad;
- q).- depresión.

La utilidad del anterior perfil de personalidad consiste en que podría utilizarse como índice de personalidad precancerosa.

En los casos en que se detecten neoplasias no malignas o dudosas, se sugiere la aplicación de las pruebas utilizadas en el presente estudio, para determinar si los resultados se ajustan al perfil de personalidad mencionado anteriormente; si ese es el caso, se debe vigilar estrechamente al paciente; en caso contrario, los chequeos deberán ser rutinarios.

En cuanto a los pacientes de TB, se encontró lo siguiente:

- a).- Mayor tiempo de dilación;
- b).- un gran temor ante su enfermedad;
- c).- desconfianza en su relación con el médico;
- d).- pocas metas positivas a corto y largo plazo;
- e).- amplio y difuso campo de intereses;
- f).- menor grado de conformidad con el mundo que les rodea;

- g).- mayor capacidad para expresar la agresión;
- h).- poca capacidad de observación;
- i).- menor capacidad de insight, lo que se traduce en un bajo nivel de ansiedad.

Se debe tomar en cuenta que estos pacientes generalmente cuentan con una larga historia de internamiento, poco contacto con los médicos, y mayor libertad de desplazamiento dentro del hospital, en comparación con los pacientes cancerosos,

Sería importante diseñar una investigación para determinar las características psicológicas comunes de este tipo de pacientes.

R E S U M E N

Se realizó el estudio de 20 pacientes de Ca. broncogénico con el propósito de compararlos con 20 pacientes tuberculosos. Se intentaban descubrir: a).- la posibilidad de un trabajo conjunto médico-psicólogo para la toma de decisiones en cuanto a la información dada al paciente; b).- la existencia o no de características de personalidad comunes a los pacientes de Ca.; c).- la posible influencia de factores emocionales sobre la velocidad de desarrollo de la enfermedad; d).- la necesidad de ayuda psicoterapéutica a tales pacientes; e).- la posibilidad de desarrollar perfiles de personalidad del canceroso.

Se aplicaron el Luscher, el Rorschach, el T.A.T. y se realizó una entrevista. Los datos obtenidos se sometieron a tratamiento estadístico para verificar la significatividad de las diferencias entre ambos grupos.

Se concluyó que: a).- es necesaria la labor conjunta médico-psicólogo para el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente a fin de incrementar la posibilidad de brindar información al paciente; b).- existen características de personalidad comunes a los pacientes de Ca. broncogénico; c).- los datos obtenidos no son suficientes para investigar el papel de los factores emocionales en la velocidad de desarrollo del cáncer, por lo que se sugiere un estudio de seguimiento de los casos; es nece

sario el trabajo del psicólogo en la determinación de los casos psicológicamente graves que requieran de atención -- psiquiátrica o de psicoterapia; e).- es posible la formación de perfiles de la personalidad. Las características psicológicas más importantes encontradas en el presente estudio, fueron: a).- malas relaciones con las figuras autoritarias; b).- pasividad; c).- inseguridad; d).- metas positivas a corto y largo plazo; e).- pensamiento mágico; f).- pobre salida para la descarga emocional; g).- mecanismos de negación; h).- represión de necesidades de afecto; i).- sentimientos de soledad y j).- depresión.

SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

1.- Utilización de un mayor número de sujetos para las muestras.

2.- Utilización de un tercer grupo comparativo (control) compuesto por sujetos "normales".

3.- Hacer labor de seguimiento para determinar si existe alguna correlación entre el tiempo de supervivencia y factores emocionales.

4.- Estandarización de la situación de prueba.

5.- Utilización de una muestra representativa de la población de cáncer broncogénico, lo cual implica la inclusión de sujetos de hospitales privados y públicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- M. Laxenaire, Mlle. Bentz, Cl. Chardot.
Abord Psychologique du Malade Cancereux.
(A Propos de 80 Observations).
Annales Médico-psychologiques,
Paris, 180 annde, 11 pp. 195 a 207.
- 2.- Mary L. Vachon & Lyall.
Applying Psychiatric Techniques to
Patients with Cancer.
Hospital & Community Psychiatry,
Vol. 27 (8) 582-84. (Aug.) 1976.
- 3.- Sanborn, Donald E. & Seibert, Dean J.
Cancerophobic Suicides and History of Cancer.
Psychological Reports, Vol. 38 (2).
602. (Apr.) 1976.
- 4.- Ackerman.
Cancer. Diagnosis, Treatment, and Prognosis.
1962.
- 5.- Renneker RE, Cutler R, Hora.
Psychoanalytical Explorations of Emotional
Correlates of Cancer of the Breast.
Psychosom Med. 25: 106-123, 1963.
- 6.- Bacon CL, Renneker RE, Cutler M.
A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast.
Psychosom Med. 14: 453-459, 1952.
- 7.- Mc Intosh, Jim.
Processes of Communication, Information, Seeking
and Control Associated with Cancer.
A Selective Review of the Literature.
Social Science & Medicine.
Vol. 8 (4), 167-187. (Apr.) 1974.

- 8.- Rosner, Fred.
Emotional Care of Cancer Patient:
to tell or not to tell.
New York State Journal of Medicine.
Vol. 74 (8), 1467-1469. (Jul.) 1974.
- 9.- Kline NS, Sobin J.
Psychological Management of Cancer Cases.
J A M A 146. 1547-1551, 1951.
- 10.- Ruth D. Abrams.
The Patient with Cancer:
his changing patterns of communication.
Ann of the New York Acad. of Science.
Vol. 164 (3). 881-896, (Dec.) 1969.
- 11.- Peck A.
Emotional Reactions to Having Cancer
Am. J. Roentg Rad. Ther. Nucl. Med. 114. 591-599.
1972.
- 12.- Murray Parkes.
The Emotional Impact of Cancer on Patients &
their Family.
J. Laryngol. Otol. 89 (12) 1271-9, Dec. 1975.
- 13.- R. E. Renneker, MD.
Countertransference Reactions to Cancer.
Psych. Med. 19 (5), 409-418, 1957.
- 14.- Booth, Gotthard.
Psychobiological Aspects of "Spontaneous"
Regressions of Cancer.
J. of the Am. Acad. of Psychoanalysis,
Vol. 1 (3) 303-317. 1973.
- 15.- Thomas CB & Greenstreet.
Psychobiological Characteristics in Youth as Predictor of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor.
John Hopkins Med J. 132: 16-43, Jan. 73.
- 16.- Evans, NJ. Baldwin & Gath, Dennis.
The Incidence of Cancer Among In-patients with Affective Disorders.
British Journal of Psychiatric,
Vol. 124, 518-525. (Jun) 1974.

- 17.- Davies RK.
Organic Factors and Psychological Adjustment in
Advanced Cancer Patients.
Psychosom Med 35: 464-71. Nov.-Dec. 73.
- 18.- Craig, Thomas J. & Abeloff, Martin.
Psychiatric Symptomatology Among Hospitalized
Cancer Patients.
Journal of Nursing,
Vol. 74(4), 650-651. (Apr.) 1974.
- 19.- Blumberg AM, West PM, Ellis FW.
A Possible Relationship Between Psychological --
Factors and Human Cancer.
Psychosom Med 16: 277-286, 1954.
- 20.- Bahnson & Bahnson.
Ego Defenses in Cancer Patients.
Annals N. Y. Acad. of Sci. 546-57.
- 21.- T. P. Hackett & A. D. Weisman.
Denial as a Factor in Patients with Heart
Disease and Cancer.
The New York Acad. of Sci. 1969
Vol. 164 (3), 802-811. (Dec.) 1969
- 22.- Levine, Jacob & Sigler Edward.
Denial and Self Image in Stroke,
Lung Cancer and Heart Disease Patients.
J. of Consulting and Clinical Psychology.
Vol. 43 (6) 751-757. (Dec.) 1975.
- 23.- Profr. José Schavelzon.
Psicología y Cáncer.
Horme. Psicología de Hoy.
- 24.- Worden, J. William & Weisman, Avery D.
Psychological Components of Lagtime in
Cancer Diagnosis.
J. of Psychosom Research,
Vol. 19 (1), 69-79. 1975.
- 25.- Jean H. Fergusson, MA.
Late Psychology Effects of a Serious Illness in
Childhood.
Nursing Clinic of North America 11 (1) 83-93.
1976.
- 26.- John I. Wheeler & Bettye Mc Donald Caldwell.
Psychological Evaluation of Women with Cancer
of the Breast and of the Cervix.

- 27.- Emelia Vargas.
Aspectos Psicológicos de la Personalidad en la
Mujer con Cáncer.
Tesis Profesional, UNAM. 1963.
- 28.- Townes, Wold & Holmes.
Parental Adjustment to Childhood Leukemia.
J. of Psychosom. Research.
Vol. 18 (1), 9-14. 1974.
- 29.- Reznikoff M.
Psychological Factors in Breast Cancer.
Psychosom. Med. 17: 96-105, 1955.
- 30.- Greer & Morris.
Psychological Attributes of Women who Develop
Breast Cancer: a controlled study.
J. of Psychosom. Research.
Vol. 19 (2), 147-153. (Apr.) 1975.
- 31.- Dudley, Verhey, Masuda, Martin & Holmens.
Longterm Adjustment, Prognosis, and Death in Irre-
versible Diffuse Obstructive Pulmonary Syndrome.
Psych. Med. 31 (4) 310-325, 1969.
- 32.- David M. Kissen.
Personality Characteristics in Males Conductive
to Lung Cancer.
Br. J. Med. Psychol. 1963, 36, 27.
- 33.- David M. Kissen.
Relationship Between Lung Cancer, Cigarette Smo-
king, Inhalation and Personality.
Br. J. Med. Psychol. 1964, 37, 203.
- 34.- David M. Kissen.
Psychological Factors, Personality and Lung Cancer
in Men Aged 55-56.
Br. J. Med. Psychol. 1965, 40, 29.
- 35.- Kissen & Brown.
A Further Report on Personality and Psychosocial
Factors in Lung Cancer.
Annals of N. Y. Acad. Sci.
Vol. 164: 535-45, Oct. 1969.
- 36.- Abse, D. Wilfred.
Personality and Behavioral Characteristics of Lung
Cancer Patients.
J. of Psychosom. Research,
Vol. 18 (2) 101-113. (Apr.) 1974.

- 37.- Sthephenson & Grace Williams.
Life Stress and Cancer of the Cervix.
Psychosom Med. 16 (4) 227-294, 1954.
- 38.- Palacci RO.
Epidemiology of Neoplasms Registry of
Neoplasms Pathology of the IMSS.
Salud Pública Mex. 17 (4): 543-53.
Jul-Aug. 75.
- 39.- Manual de Cancerología Básica. SSA, 1963.
- 40.- Doll & Hill.
A Study of the Aetiology of Carcinoma of the Lung.
Br. Med. J. 2, 1971-86.
- 41.- Anne Marie Brugmann G.
La Prueba de Luscher en la Detección de Cambios
en el Estado de Animo.
Tesis Profesional, UNAM. 1977.
- 42.- Bruno Klopfer & Helen H. Davidson.
Técnica del Rorschach.
- 43.- Hermann Rorschach.
Psicodiagnóstico.
Biblioteca de Psicometría, Paidós.
Vol. 2, 1964.
- 44.- Juan A. Portuondo.
Interpretación Psicoanalítica del Psicodiagnóstico
de Rorschach.
Biblioteca Nueva, Madrid. 1972.
- 45.- Henry A. Murray.
Thematic Apperception Test. (Manual).
Harvard University Press. Cambridge. Massachusett
- 46.- Max Luscher.
Test de los colores.
Paidós, 1974.

I N D I C E

	Pág.
I.- Introducción	1
II.- Revisión Bibliográfica	7
a).- Cáncer	7
b).- Cáncer en el Cervix	42
c).- Cáncer de Mama	47
d).- Cáncer Broncogénico	55
III.- Aspectos Médicos del Cáncer	67
a).- Cáncer	67
b).- Cáncer de Pulmón	77
IV.- Elección de Pruebas	83
V.- Hipótesis	90
VI.- Metodología	92
VII.- Resultados	103
VIII.- Conclusiones	133
IX.- Resumen	137
X.- Sugerencias para Futuras Investigaciones	139
XI.- Bibliografía	140