

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POST GRADO

Calidad de vida y hostilidad/cólera en pacientes con cáncer de mama con quirurgía radical y de conservación

TESIS Para optar el Grado Académico de: **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en
Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

ELAINE MISSIAGGIA

ASESORES: Dr. LUIS ALBERTO VICUÑA PERI; Dr. MARIO BULNES BEDÓN

LIMA – PERÚ 2004

Agradecimientos .	1
Resumen .	3
Abstract . .	5
INTRODUCCIÓN .	7
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .	13
1.3 OBJETIVOS .	13
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO . .	17
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .	17
2.1.1. Estudios previos en el Perú .	17
2.1.2. Estudios previos en el extranjero: . .	19
2.2 BASES TEÓRICAS .	23
2.2.1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD . .	23
2.2.2. GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER .	25
2.2.3. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER . .	33
2.2.4. CALIDAD DE VIDA . .	44
2.2.5 HOSTILIDAD Y COLERA .	50
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS .	59
2.4 HIPÓTESIS . .	60
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .	63
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN . .	63
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN . .	63
3.3 VARIABLES DEL ESTUDIO .	68
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	69
3.4.1 Ficha de registro personal: .	69

3.4.2 Historia Clínica: .	69
3.4.3 Entrevista: . .	69
3.4.4 Cuestionario de Calidad de Vida: EORTC QLQ-C30 .	69
3.4.5 Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. (IMECH). .	71
3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .	73
CAPÍTULO IV. RESULTADOS .	75
4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS . .	75
4.1.1 Relación entre la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en la muestra total. . .	76
4.1.2 Relación entre la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en el grupo con cirugía radical: .	77
4.1.3 Relación entre la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en el grupo con Cirugía Conservadora .	79
4.1.4 Comparación de las medias de las variables de Calidad de Vida según los grupos investigados .	80
4.1.5. Comparación de las medias de las variables de Hostilidad y tipos de Cólera según los grupos investigados .	84
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .	87
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .	93
CONCLUSIONES . .	93
SUGERENCIAS .	94
BIBLIOGRAFÍA .	97
ANEXOS .	105

Agradecimientos

El desarrollo de las ideas y la presentación de esta tesis deben mucho a los pacientes, de quienes he aprendido y sigo aprendiendo, y a muchos colegas, con quienes he colaborado a lo largo de varios años en distintos tipos de estudios. Estoy particularmente agradecida por el influyente rol de la psicóloga Carmela Ortiz y de los doctores del área de Oncología y Ginecología Mamaria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en especial del Dr. Oscar Arandes Álvarez por su invalorable apoyo y por el intercambio de ideas que sostuvimos, y que constituyó una constante y agradable fuente de estímulo. Igualmente de los doctores Teodoro Hiromoto Hiromoto y Rolando Sánchez, y de las técnicas de enfermería oncológica: Gabriela, María, Giovanna y de la jefa Amparo Fernández, por su apoyo diario.

La comunicación de ideas es la esencia de la enseñanza. Estoy en deuda con mis maestros por haberme comunicado los principios y el amor por la psicología. Mi agradecimiento especial, también, al Dr. Luis Alberto Vicuña Peri y al Dr. Mario Bulnes Bedón, mis asesores, que aportaron tiempo y esfuerzo en las revisiones efectuadas para la concretización de este trabajo.

A Neme Portal por su confianza depositada en mi capacidad y por su valioso apoyo para la ejecución de la presente investigación, que me hizo posible vencer este reto en mi vida.

A la colega Alairdes María Ferreira Rocha, por ayudarme a abrir varias puertas en el Perú, seguido de sus estímulos permanentes.

Al Ingeniero Jorge Bazán, quien en su experiencia, talento y paciencia supo asesorarme, y también a Ana, por haberme guiado en la culminación de este trabajo.

A la colega y amiga de siempre, Magda Teixeira, que a pesar de estar separadas por la distancia, me apoyó dándome tranquilidad para que pudiera realizar esta investigación.

Por último, debo dar crédito a los miembros de mi familia: a mi mamá Theresiña, mi papá Luis (in memoria), a mi hermano Ademir, a mi cuñada Luci, a mis ahijados Leonardo, Ana Laura, Karine y a mis sobrinos Patrick, Willian, Felipe a quien le tengo especial afecto.

No podría olvidar a mi familia adoptiva en el Perú: Auriolith, Evaristo, Rosita y a sus hijos Mónica, Gerardo, quienes toleraron muchos de mis momentos de desmotivación y de pena; en ellos encontré apoyo, amistad y cariño permanentes.

A todos mis colegas de Maestría, y en especial a Angelina Novella, José Muchotrigo, María Azucena Vásquez Chávez, Percy Mendizábal Salas, René Mayorga Chávez, Roxana Asca Montoya y Rosa Puente, por las tentativas constantes de comprender mi “Portuñol” y por el apoyo recibido en todo el curso. Mi adaptación personal en el Perú no hubiera sido posible sin la amigable acogida y receptividad que me brindaron y con quienes compartí estudios y amistad.

Si bien no he podido nombrar a todos, los que me ayudaron y alentaron, pido sinceramente que se sientan incluidos y sepan que este trabajo también es suyo.

Gracias por su colaboración.

Resumen

La presente investigación describe la relación y contrastación entre la expresión de hostilidad y cólera con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, que presentan intervención quirúrgica radical y conservadora. Para cumplir esta tarea hemos trabajado una muestra de 70 pacientes en total, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de las cuales la mitad fue intervenida con cirugía radical y la otra mitad con cirugía conservadora. A ambos grupos se les aplicó las pruebas IMEC y EORTC-QLQ-30, con validez y confiabilidad revisada en nuestro medio.

Luego los resultados fueron correlacionados y los promedios de los componentes de la calidad de vida se contrastaron mediante la prueba t de student, encontrando correlación significativa entre el componente síntomas de la calidad de vida con la expresión de cólera en el grupo con cirugía radical; también entre el componente síntomas de la calidad de vida con la expresión de la hostilidad. Así mismo, el componente síntomas se correlaciona negativamente con el control de cólera manifiesta y el componente cognitivo de la calidad de vida está relacionado con el control de cólera contenida. De modo que de los 8 componentes de la calidad de vida, sólo 2 de ellos, síntomas y cognitivo, están relacionados con dos componentes de la expresión de hostilidad y cólera.

Respecto de la contrastación entre la expresión de hostilidad y cólera, y a la calidad de vida, hemos encontrado los siguientes resultados: en la calidad de vida hay diferencias estadísticas significativas en el componente social y económico, siendo el grupo de cirugía radical, el que presenta media aritmética más elevada que el grupo con cirugía conservadora. En lo que se refiere a las diferencias entre los promedios de la expresión de hostilidad y cólera hemos encontrado diferencias sólo en la cólera manifiesta, siendo el grupo con cirugía radical el que presenta una media significativamente más elevada.

Palabras claves: cirugía radical, cirugía conservadora, calidad de vida, hostilidad, cólera, control cólera manifiesta, control cólera contenida, cólera manifiesta, síntomas, cognitiva, social, económica.

Abstract

The following investigation describe the relation and the contrast between hostility and anger expression with the quality of live in women with breast cancer wich had had radical and conservative surgeries. To do this investigation we had worked with a sample of utterly 70 patients, from the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital. Half of them were operated in a radical surgery and the other half in a conservative surgery. Both groups had been examined with this two tests IMECH and EORTC-QLQ-C30, which are valid and trustful in our circle.

Consequently the results were correlated. The average of the componets of the quality of live were contrasted by the t de student test finding a significant correlation between the symptoms componet of the quality of live with anger expression of the radical surgery group. Also between the symptoms componet of the quality of live with hostility expression. Moreover, the symptoms componet correlates negatively to the control of the manifest anger and the cognitive componet of the quality of live is related to the control of the contained anger. Therefore, from the eight componets of the quality of live only two of them, symptoms and cognitive, are related to two componets of hostility and anger expression.

With regard to the contrast between hostility and anger expression with the quality of live we had found the following results: In quality of live exists significant statistics differences in the social and economical componet, being the radical surgery group who obtained half arithmetic higher than the conservative surgery group. Talking about the differences between the average of hostility and anger expression we only had found differences in the manifest anger, being the radical surgery group who obtained the highest half arithmetic.

Key Words: radical surgery, conservative surgery, quality of live, hostility, anger, control of the manifest anger, control of the contained anger, manifest anger, symptoms, cognitive, social, economical.

INTRODUCCIÓN

En los años 70 la “OMS,” Organización Mundial de la Salud, propuso una nueva definición para la salud, ampliando su visión y percibiendo al ser humano como un ser biopsicosocial. La salud entonces fue definida como el completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como ausencia de enfermedad.

Dentro de este concepto de bienestar integral surgió la Psicología de la Salud, cuyo campo de atención se centra en el ámbito de los problemas de la salud - físicos u orgánicos- con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de rehabilitar éstos, utilizando para ello los principios y los conocimientos de la actual Psicología Científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales los principales determinantes, tanto de salud como de la mayor parte de las enfermedades existentes en la actualidad (Carrobbles, 1993).

Lo relevante de este nuevo concepto de salud es la aceptación de que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar. Ello permite hablar de comportamiento de riesgo e inferir un papel de la psicología como ciencia que estudia el comportamiento en el campo de la salud.

Si bien la incidencia de enfermedades como el cáncer está aumentando, es reciente la preocupación por las repercusiones de los factores psicológicos en enfermedades crónicas. A partir de esta preocupación se adopta un enfoque en el que pueden establecerse distintas relaciones e influencias de diferentes tipos de variables psicológicas (rasgos, estilos cognitivos, etc.), factores sociales (acontecimientos

estresantes, sucesos vitales, etc.) en su inicio, desarrollo y progresión del cáncer.

El presente trabajo tiene el propósito de dar a conocer las diferencias encontradas en dos grupos de mujeres con cáncer que sometidas a dos distintos procesos quirúrgicos (radical y de conservación de la mama), en cuanto a las valoraciones que ambos grupos presentan después del enfrentamiento quirúrgico, para con los diferentes aspectos en su calidad de vida, y a las reacciones o sentimientos que mantienen en cuanto a su estado emocional: es decir, la expresión de hostilidad y de cólera, que pudieran haber jugado un papel en el cáncer de mama. Conforme señalaba Fuente (1996), lo psicológico puede desencadenar, determinar, contribuir a la determinación de disfunciones y enfermedades, e influir en la evolución de diversos procesos patológicos.

Esta investigación tiene como segundo propósito evaluar la calidad de vida principalmente en su contexto físico, actividades, cognitivo, psicológico, social y económico en aquellas pacientes que fueron sometidas a la intervención quirúrgica, pues toda la enfermedad tiene un efecto global e inespecífico en la calidad de vida de la persona, determinando su impacto sobre las funciones generales y capturando la variedad de las disfunciones asociadas a la mayor parte de las enfermedades. Por lo tanto, los efectos psicológicos del diagnóstico del cáncer y los efectos físicos, como también su tratamiento, tienen gran impacto en la calidad de vida del paciente, donde el tratamiento puede curar, prolongar la vida o controlar los síntomas; pero esto tiene usualmente efectos tóxicos, como náuseas, vómitos, etc.

Desde la perspectiva de la psicología de la salud se enfatiza actualmente la importancia de educar a las personas para que incrementen el control y mejoramiento de su propia salud, evitando los factores de riesgo de la enfermedad. Así, mantener o mejorar la calidad de vida del paciente representa un desafío para los pacientes con cáncer, pero sobre todo para el personal de salud.

El desempeño de un trabajo preventivo y terapéutico en el campo clínico son para el psicólogo una función cada vez más clara, y han pasado a ser, de un planteamiento teórico promisorio, una realidad efectiva. Hoy en día la medicina considera que el cuerpo no puede estar separado de la conciencia por que su realidad es mucho más compleja y profunda. En esta medida la enfermedad debe ser considerada como una reacción total del ser humano. Luego ya no se puede obviar la importancia que tanto la enfermedad como el tratamiento oncológico puede tener en las áreas funcionales y emocionales del enfermo. Actualmente, el “cuánto” tiempo va a vivir un enfermo se ha complementado con el “cómo” va a vivir. Por lo tanto, la calidad de vida de los enfermos crónicos depende de su nivel de estatus funcional, es decir, en la medida en que se adapta a la presencia de síntomas dolorosos o discapacitantes, cuando los hay, y en cuál nivel de adaptación social y laboral, todo ello valorado globalmente por el propio enfermo.

El trabajo que presentamos surge ante la preocupación por estas mujeres que son diagnosticadas de cáncer en la mama, y que luego son sometidas a cirugía (radical y de conservación de la mama) muchas veces difíciles de aceptar, principalmente la cirugía radical, para después continuar con un largo tratamiento, procedimientos y controles médicos a los cuales se ven sometidas y que conlleva una serie de dificultades emocionales: cambios en su estilo de vida personal y en el contexto familiar, además del

comprensible estrés psicológico.

La presente investigación ha sido dividida en cuatro capítulos. En el primer: planteamos el problema de la investigación y de sus objetivos procurando establecer una caracterización sobre la calidad de vida y sobre la expresión de la hostilidad y cólera de los pacientes afectados con dicha enfermedad. En el segundo hacemos el sustento teórico-conceptual sobre el cual se basa la investigación, con un afronte sobre las características de la enfermedad cáncer y de las repercusiones que ella conlleva; así como el enfoque sobre calidad de vida y hostilidad / cólera. En el tercer abordamos los aspectos metodológicos del estudio, o sea, la técnica de selección y adjudicación de las unidades de muestreo al universo muestral, así como los criterios de selección de la muestra. En el cuarto hacemos la presentación e interpretación de los resultados, teniendo en cuenta las variables de estudio. Finalmente, se presentan las conclusiones, resumen y sugerencias, así como las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Poquioma (1995), ya afirmaba que el cáncer es un problema de salud pública, con una incidencia que va en ascenso y para el cual no se encuentra “terapéutica” eficaces. Las enfermedades provocan, en quienes las padecen, sufrimiento y reacciones emocionales variadas, más aún si hablamos del cáncer, con todas las implicaciones de su diagnóstico. La experiencia de enfermarse desencadena muchas sensaciones y reacciones de tensión, que se agravan cuando está es considerada mortal, aunque el diagnóstico de neoplasia maligna no necesariamente entraña pronóstico mortal, y, por lo tanto, sin esperanzas.

El cáncer es una enfermedad con una alta incidencia y presenta numerosas implicaciones, como son las posibles pérdidas de órganos, amputaciones, con el consiguiente cambio de apariencia física (Aviles, Fuentes, Valdéz y Young,1981). La persona que tiene cáncer se sume generalmente en un modo de vida dramático y opaco, siendo esto suficiente para prestarle atención de una manera más detenida a la dinámica psicológica toda. Todo proceso patológico, como sabemos, tiene componentes químicos,

orgánicos y psíquicos, que son producto de una unidad psicosomática.

Dentro de los aspectos psicológicos involucrados en el cáncer de mama, investigaciones hechas en el exterior (Grossart, Maticek, Eysenck, 1988; Moscoso y Spielberg, 1985) encontraron que una de las consecuencias más comunes, es la dificultad en la expresión de las emociones, particularmente cólera y hostilidad, que parece sugerir un cierto nivel de asociación con el desarrollo y/o progresión del cáncer.

En los pacientes con cáncer las repercusiones emocionales son de vital importancia en los procesos de la enfermedad, no sólo por el hecho mismo del diagnóstico y del pronóstico sombrío e incierto, sino, además, porque en este proceso se dan invariablemente modificaciones en el paciente: en su aspecto físico, en sus motivaciones y en sus relaciones sociales, sobre todo en sus actividades más comunes y rutinarias. El sujeto cae en la cuenta que no realiza estas actividades con igual facilidad, como consecuencia de la misma enfermedad o de su tratamiento, e incluso en estadios más avanzados no es capaz de valerse por sí mismo.

Entre todas las enfermedades que afectan a la mujer, el cáncer de mama significa la amenaza más cruel a su imagen; pues para una mujer las mamas representan uno de los atributos más valiosos de su femineidad y la intervención quirúrgica radical representa una amenaza a todo lo que la mujer valora de su imagen corporal. Hay, consecuentemente, una repercusión en su autoestima, donde sus dificultades psicológicas son sobrellevadas, puesto que el seno es símbolo de belleza, sensualidad y fertilidad para una mujer.

Por todos estos motivos se hace necesario que en el tratamiento de pacientes con cáncer sea incluido el concepto de calidad de vida, pues no solo la cura y la supervivencia de las pacientes son importantes, sino también la calidad de su vida, considerando que adicionalmente al problema físico la paciente debe tener herramientas psicológicas que les permita afrontar la enfermedad con un mejor soporte emocional buscando aliviar su sufrimiento, dolor, ansiedad, etc., que suele acompañar a quienes desarrollan esta enfermedad.

En Oncología (o en cualquier otro campo de la salud) es importante no perder de vista el restablecimiento, en la medida de lo posible, la calidad de vida que se ha visto afectada por la enfermedad. El abordaje empírico de la valoración de la calidad de vida puede empezar por conocer cómo afecta la enfermedad diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Puede obtenerse así una medida de la reducción de la calidad de vida desde el punto de vista subjetivo. Así, pues, la calidad de vida en el paciente oncológico podría definirse como la "valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana" en un período de tiempo (Font, 1994).

Por lo tanto, la prevención, el seguimiento y el tratamiento de esta dolencia exigen tener en cuenta múltiples factores. Dentro de este contexto surgió la inquietud por investigar la calidad de vida y la expresión de la hostilidad y cólera en pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El problema lo formulamos por medio de la siguiente pregunta:

¿La relación entre los componentes de la calidad de vida con la expresión de hostilidad y cólera en mujeres con cáncer de mama que presentan intervención quirúrgica radical es diferente en mujeres con características similares, pero con cirugía conservadora?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general:

Conocer la relación entre la calidad de vida con la expresión de hostilidad y cólera en mujeres con cáncer de mama, que presentan intervención quirúrgica radical y conservadora.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar las diferencias de la calidad de vida de las mujeres sometidas unas a la cirugía radical y otras a la cirugía conservadora.
- Identificar las diferencias de la expresión de hostilidad de las mujeres sometidas unas a la cirugía radical y otras a la cirugía conservadora.
- Identificar las diferencias de la expresión de cólera de las mujeres sometidas unas a la cirugía radical y otras a la cirugía conservadora.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El conocimiento de la predisposición hacia la hostilidad y cólera como factor psicosocial gravitante en el deterioro acelerado de pacientes oncológicos, y la posible asociación con la calidad de vida, podrían dar como resultado en una disminución de vida de estas pacientes, pues el amplio rango de tratamientos posibles para detener el cáncer de mama produce muchos efectos diferentes sobre el estado emocional de estas pacientes. Los tratamientos efectivos pueden prolongar la vida razonablemente hasta por 10 años; no obstante, hay un potencial de disfunción psicológica, física y a veces sexual que causan muchas veces un impacto deteriorante sobre la calidad de vida de una mujer; pues esta enfermedad, como sabemos, presenta numerosas implicaciones como la posible amputación de los senos, con el consiguiente cambio de apariencia física,

sumados a todos los efectos del tratamiento.

No sólo la cura y la supervivencia de estas mujeres con cáncer de mama, por tanto, deben ser preocupación de los profesionales de la salud, sino también el interés por las dificultades en la expresión de las emociones como la cólera y hostilidad, que parecen relacionarse con la progresión del cáncer, como también con la calidad de vida, buscando en la medida de lo posible restablecer la calidad que se ha visto afectada por la enfermedad.

El rol del psicólogo en este proceso es importante en la medida que ayuda a las pacientes a sobrellevar sus dificultades, a recuperarse emocionalmente y físicamente en todas las vicisitudes en las que estuvo expuesta: resultado positivo del cáncer, exámenes, internamientos, quimioterapias, cirugía, etc., a través de un trabajo interdisciplinario con la finalidad de reinsertarlas al ámbito familiar, social o laboral. El reencuentro consigo misma, aceptándose como es, valorándose como persona, aceptando su nueva imagen corporal las mujeres que fueron sometidas a mutilación del seno, asegurando su retorno a su antigua forma de vida, semejante a la que tenía antes del surgimiento de la enfermedad.

Podríamos enumerar una amplitud y diversidad de aplicaciones - en cuanto a la importancia de esta investigación - en distintos campos de la Psicología; pero me parece importante puntualizar un aspecto en particular: desde la Psicología de la Salud, donde incide la exploración de variables sociales y emocionales de los pacientes con esta enfermedad, que nos podría llevar, en este mismo campo, a realizar trabajos de capacitación, de información y otros al personal de Instituciones Hospitalarias, ofreciendo una atención más humanizada.

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud se enfatiza también la importancia de educar a las personas para que incrementen el control y el mejoramiento de su propia salud, dándole los recursos necesarios para que se cuiden y aprendan a evitar los factores de riesgo de la enfermedad; por ejemplo, consumiendo alimentos sanos, evitando el tabaco, y que realicen el despistaje oportunamente para evitarse la presencia de la enfermedad, etc. Incluye también, en la actualidad, una visión integral del paciente, desde los diversos ángulos asociados a las Ciencias de la Salud. Los resultados de esta investigación podrían ser una nueva invitación tanto para la comprensión multidisciplinaria de las intervenciones en pacientes con cáncer y en particular de las afectadas con cáncer de mama.

Implementar programas de base preventivos de soporte y de apoyo emocional a estos pacientes, debido a que la vida de las personas con cáncer se torna limitada y con pocas expectativas de reintegrarse por completo a su vida anterior. Se considera que todo paciente necesita de rehabilitación, no sólo en el ámbito físico y social, sino también en el psicológico, poniendo énfasis en el sentir del paciente, considerando sus temores, preocupaciones, hábitos cotidianos y anhelos, aspectos que la mayoría de las veces son desatendidos por el personal de la salud.

Por lo tanto, cualquier intento de estudiar o identificar algunos fenómenos psicológicos en personas con diagnóstico de cáncer, es indispensable estas informaciones para el propósito de plantear alternativa de tratamiento psicológico para

una mejor atención a estos pacientes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Las investigaciones antecedentes se agrupan en aquellas que incluyen el plan medico, las cuales no citaré en esta investigación, seguidas por aquellas que relacionan al cáncer con variables de tipo psicológico. En lo referente a la dimensión psicológica hemos reunido las siguientes investigaciones:

2.1.1. Estudios previos en el Perú

Se destacan en el ámbito nacional, el trabajo en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas (1981), donde se realizó un estudio con 70 pacientes, consistente en recopilar los estados anímicos más comunes en este tipo de pacientes, encontrándose que en su mayoría desarrollaran mecanismos de defensa. Entre estos mecanismos, el más común fue el de negación, el desplazamiento de su ansiedad hacia otro ser querido, la identificación con él médico atribuyéndole muchas veces poderes especiales.

Fiszbejan (1984), en un estudio acerca de los aspectos psicológicos intervinientes en el cáncer de mamas en pacientes con mastectomía, con metástasis y sin metástasis, encontró elementos comunes de estructura de personalidad en ambos grupos, siendo

común la inclinación a no exteriorizar sus impulsos, a pesar de sentirlos, evidenciando un acentuado uso de la represión, 83% insatisfacción sexual y manifiesta incapacidad para expresar agresión, la que se vuelve contra un yo con características masoquistas. Esta conducta autodestructiva se hace más evidente en los pacientes que han hecho metástasis. Así mismo, se observó que en todos los casos la aparición del primer síntoma ocurre luego de una pérdida significativa o de la amenaza de que ello acontezca.

A través del MMPI, Campos (1987), establece un perfil de personalidad de pacientes mastectomizadas, no encontrando diferencias significativas entre el perfil de pacientes mastectomizadas y de otras personas, tampoco se observaron diferencias en cuanto a la edad, tiempo transcurrido de la mastectomía, ni tratamiento de quimioterapia y/u otro. Sin embargo, observó que las pacientes mastectomizadas presentaban puntajes altos en depresión y una puntuación menor en la escala de masculinidad-feminidad.

Zambrano (1987), realizó un estudio descriptivo comparativo con 60 sujetos sobre el grado de depresión en el paciente canceroso, encontrando que los pacientes con cáncer presentaban grados de depresión que oscilan desde la “moderada” hasta la “intensa”, mientras que los sujetos del grupo de control no mostraron niveles significativos de depresión.

Arana (1989), en su investigación, estableció la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de cerviz. Se observó que la Escala de Autovaloración de la depresión de Zung arroja puntajes más elevados que la Escala de Autovaloración de la ansiedad, donde concluye que la depresión es un rasgo que acompaña a enfermedades tanto físicas como psicológicas; en este caso, por las características de la enfermedad, se asocia a la muerte. De otro lado, se sabe que son las pacientes hospitalizados quienes sufren más depresión.

Los estudios de Calidad de Vida en el Perú son escasos. En el INEN encontramos la investigación de Velásquez (1997), que hace la validación de la prueba QLQ-C30 EORTC, bajo el método de correlación intra prueba, y observa correlaciones entre las escalas físico con actividad, físico con síntomas, actividad con síntomas, cognitivo con síntomas, cognitivo con impacto económico, social con síntomas, antes y después de la cirugía, lo que indica que es una prueba con validez. La confiabilidad fue medida con el Alfa de Crombach, e indicó que es una prueba con alta confiabilidad, por lo cual se considera que puede ser empleado en nuestro medio. En su investigación evalúa también el impacto del cáncer en la calidad de vida antes de la mastectomía y después de la mastectomía, antes y después de haber recibido cuatro cursos de quimioterapia. Los resultados demostraron que hubo diferencias significativas en la escala física, presentando menor calidad de vida después de la mastectomía específicamente en lo que respecta a dificultades para hacer actividades que requieren un esfuerzo físico importante. Presentan también menor calidad de vida en la escala emocional antes de la mastectomía sin haber recibido quimioterapia: las pacientes expresaron sentirse más nerviosas, más preocupadas, más deprimidas al inicio de sentirse portadoras de un cáncer de mama; presentaron también menor calidad de vida en lo que respecta a los síntomas: náuseas, vómitos, estreñimiento, debido a quimioterapia y, por último, presentaron menor calidad de vida en lo que respecta al problema económico, viéndose afectadas por gastos económicos que muchas veces demandan exámenes, análisis

previas a la cirugía, hospitalización, etc.

En nuestro medio, en relación a la Hostilidad y Cólera relacionados con pacientes con cáncer de mama, no se han encontrado estudios. Las investigaciones están dirigidas a otros campos.

Ugarriza (1998) realiza en el Perú la normalización del IMEC en estudiantes universitarios. La población seleccionada fue la de los estudiantes del primer ciclo de una universidad estatal y de otra privada de la ciudad de Lima. En este estudio se encontraron valores estadísticos significativos entre las variables.

Esquivias y Tello (1999), realizan un estudio exploratorio de la expresión de la hostilidad y cólera en conductores de transporte público urbano en Lima metropolitana, y los resultados más importantes hallados en este estudio fueron que la hostilidad no es un rasgo significativo en esta muestra, pues presenta niveles promedio de hostilidad. Sus sentimientos de cólera varían según cómo interpretan la situación. Por lo tanto, la conducta agresiva responde a otros factores, como una reacción ante la competitividad laboral.

2.1.2. Estudios previos en el extranjero:

En el extranjero se han realizado estudios al respecto de algunas características de personalidad que se hallan vinculadas al cáncer. Ya en 1952, Bacon, Rennecker y Cutler (Schavelzon, 1993), a través de historias clínicas psiquiátricas de 40 pacientes con cáncer de mama, encontraron que 35 tenían una estructura masoquista y no disponían de posibilidades de descargar su agresividad directamente o en forma sublimada; y presentaban conflictos de hostilidad familiar no resueltos.

Maguire, (1976), quien resumió los problemas psiquiátricos que aparecen ante la presencia del cáncer de mama, encontró que un 20% de las pacientes mostraba una notable ansiedad antes de la cirugía destinada a extraer el tumor de la mama. Lo mismo ocurrió en pacientes en las cuales se encontró finalmente un carcinoma, o en aquellas cuya enfermedad era benigna, o en pacientes a las que se les practicó una biopsia en los consultorios externos. El 56% de estas pacientes presentó problemas emocionales con posterioridad a la mastectomía. El grado de desesperación estaba directamente relacionado con el nivel preoperatorio de desesperación y preocupación. El 45% de las pacientes se quejó de no tener oportunidad de discutir sus problemas emocionales con alguien capaz de brindarles ayuda mientras estaban en el hospital. Estas preocupaciones se intensificaban ante la necesidad de utilizar quimioterapia. La mayoría de las pacientes consideró esta terapia adicional como indicio de un pronóstico malo.

El autor en mención también cita a Torrie (1971), quien descubrió que el 83% de las pacientes sufría depresión durante el primer año posterior a la mastectomía debido al cáncer de mama. Esta depresión se veía aumentada por la imposibilidad de discutir sus problemas emocionales con una persona capaz de ayudarlas. Durante esta primera etapa posterior a la mastectomía, las pacientes eran ayudadas por esposos cariñosos y por sus familias. Con posterioridad a la mastectomía, el 32% de las pacientes de Maguire mostraba aún una ansiedad y depresión notables. Casi mitad de las pacientes

experimentaban dificultades sexuales y el 60% tuvo dificultad en continuar con sus tareas habituales. Un tercio de las pacientes perdió interés en las actividades sociales. Un año después de la mastectomía, el grado de ansiedad había disminuido aunque todavía persistía, especialmente en aquellas pacientes sometidas a terapia con rayos x o quimioterapia adyuvante.

En un estudio de 160 mujeres hospitalizadas para biopsia de mama, Moorey y Greer (1989), reportaron una asociación significativa entre supresión de emociones y el diagnóstico subsecuente de cáncer de mama. La evaluación psicológica, en este estudio, se realizó el día anterior a la biopsia y fue corroborada por entrevistas a familiares y esposos de las pacientes. Particularmente, merece atención el hecho de que 69 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mostraron niveles altamente significativos de supresión de cólera y hostilidad en comparación al grupo de mujeres diagnosticadas con tumor benigno.

Existen además otros estudios de investigación que reportan resultados semejantes a los de Greer, Moorey y colaboradores. En este sentido, es importante mencionar los estudios prospectivos de Grossarth-Maticek y asociados, realizados en Europa. El primer estudio se realizó en Yugoslavia e incluye 1353 individuos; el segundo estudio fue llevado a cabo en Heidelberg, Alemania, e incluyó 1026 participantes. En ambos estudios se realizó una evaluación de línea base de un conjunto de factores médicos y psicosociales en pacientes diagnosticadas con cáncer y enfermedades cardiovasculares, y se hizo un seguimiento por un periodo de 10 años. Resultados de estos estudios indican que la supresión emocional tiene un valor predictivo significativo con relación a la incidencia de pacientes con cáncer. Así mismo, este grupo de investigadores reportó que la tendencia a suprimir emociones era altamente predictiva de mortalidad en pacientes con cáncer (Grossarth-Maticek, Bastiaans y Kanazir, 1985; Grossart-Marticek, Eysenck y Vetter, 1988).

Moscoso (1993), realizó una investigación para medir la cólera y la hostilidad en pacientes con VIH/SIDA, enfermedad crónica de importancia semejante al cáncer de mama, llegando a las siguientes conclusiones: la cólera y la hostilidad cumplen un rol muy importante en la etiología de enfermedades que amenazan la vida de una persona, tales como el cáncer y las enfermedades coronarias. Es muy posible, también que la cólera y la hostilidad sean factores psicosociales gravitantes en el deterioro acelerado de personas diagnosticadas con la enfermedad VIH-SIDA. Concluye también que las atribuciones de responsabilidad forman una base para discriminar contra individuos afectados por el VIH-SIDA al nivel de la comunidad, lo cual a su vez, genera un elevado índice de cólera, hostilidad y aislamiento social en estas personas.

Respecto de las relaciones entre variables psicológicas incluidas en el auto concepto y la autoestima podemos sostener que dentro de las investigaciones existen antecedentes que encuentran que las personas que se han sometido a cirugías o están con cáncer, tienen repercusiones negativas en aspectos como la imagen corporal, la percepción de salud propia, etc. En contraste, existen estudios que ubican a los sujetos operados o con cáncer dentro de la norma en términos de salud mental, adaptación, etc., lo cual no permite identificar relaciones concluyentes (Burton y Parker, 1997; Lasry y Margolese, 1992).

En relación a la calidad de vida, en el extranjero se han realizado diversos estudios al respecto. Hacemos referencia a Holland y Rowland, (1990), que describe en su investigación que los pacientes que reciben quimioterapia enfrentan un rango de síntomas en función a los efectos secundarios asociados a la misma. En un estudio realizado por el Psychosocial Collaborative Oncology Group, pacientes en más de 30 protocolos de quimioterapias fueron estudiados en tres centros. Entre los efectos comunes que presentaron fueron: la pérdida de cabello (84%), náuseas y vómitos (71%), cansancio y debilidad para cumplir obligaciones personales y laborales. Las pacientes también reportaron que los principales problemas que interfieren en su funcionamiento derivan de los efectos secundarios (66%), largas esperas en las clínicas (36%), interferencia con el trabajo o la escuela (29%), problemas de transportes (23%), interferencias con las responsabilidades familiares (16%) y preocupaciones acerca de beneficios inciertos (14%). Los efectos secundarios del tratamiento, junto con el funcionamiento afectan la calidad de vida.

Calvo (1993) realizó una investigación para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Evaluó a 203 pacientes, se utilizaron los cuestionarios: EORTC y FLIC y la evaluación del médico Escala de Status Performance de ECOG/WHO. Las pacientes incluidas en la muestra tenían una media de edad de 55.6 años, la mayoría era casada, 75% tenían hijos, en promedio 2. La mayoría fue a escuela primaria, 56%, y eran amas de casa, 69,5%, tenía estadio II, 50% y un 20% estadio IV. El valor medio de la calidad de vida total de las pacientes fue de 122.7(dentro de una escala que iba de 22(mínimo) a 154(máximo). La presencia de síntomas fue el parámetro más importante en la evaluación de la calidad de vida.

Ferrero, Barreto y Toledo (1994), realizaron una investigación: ajuste mental al cáncer y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: estudio piloto. Exploraron la relación entre el ajuste del cáncer y la calidad de vida en una muestra de 68 pacientes recientemente diagnosticados con cáncer de mama no metastásico, con la escala MA(Ajuste Mental al Cáncer) y un cuestionario de Calidad de Vida en cáncer de mama. Una fuerte asociación fue encontrada entre el ajuste mental al cáncer y reportaron vaga sintomatología física en la primera evaluación. Las pacientes de mayor edad mostraron puntuaciones más altas en la negación y puntuaciones más bajas para la ansiedad, preocupación, espíritu de lucha y negación fueron asociados con un mejor presente y una calidad de vida futura mejor; las respuestas de sensación de desesperanza, desamparo, ansiedad, preocupación y fatalismo fueron negativamente correlacionadas con el estado de bienestar.

González (1995), toma en cuenta la referencia que hacen M.P.Arranz Carrillo de Alborn y R. Bayés en relación a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama haciendo una comparación con aquellas pacientes en fase terminal. En un estudio realizado por Font, Bayés, Alonso, Subias y López, tras analizar la calidad de vida de 215 pacientes con cáncer de mama en diferentes fases de enfermedad (diagnóstico, tratamiento complementario, intervalo libre, recidiva y enfermedad avanzada) y sometidas a diversos tratamientos (hormonoterapia, radioterapia, quimioterapia y sin tratamiento), han encontrado que en las fases iniciales de la enfermedad, en los que las relaciones interpersonales poseen gran relevancia, la reducción de la calidad de vida se debe,

principalmente, a malestar psicológico, mientras que en las fases avanzadas se relaciona principalmente con la sintomatología física y con la incapacitación.

Toledo (1995), realizó un estudio longitudinal en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Este investigador señala que el pronóstico de sobrevivencia en cáncer de mama ha aumentado porque actualmente se dispone de nuevos tratamientos; sin embargo, estos tratamientos tienen efectos negativos en las pacientes en los aspectos físico, social y psicológico, de tal manera que el objetivo es evaluar la calidad de vida de estas mujeres a través de un estudio longitudinal. El estudio fue llevado a cabo por cinco veces en dos fases: en el período del tratamiento (después de la cirugía y antes de la administración del tratamiento; después de tres meses; después de seis meses); y en el período del seguimiento (12 y 18 meses después de la primera evaluación). El instrumento usado fue el del EORTC-QLQ para cáncer de mama. Los resultados promedios del estudio son los siguientes:

1. La muestra presentó un buen estatus funcional. Hubo significativamente disminución en el nivel funcional inmediatamente después de la cirugía.

2. Algunas pacientes mencionaron dolor, problemas al dormir, náuseas y/o vómitos anticipatorios, pérdida de apetito, sensación de debilidad y cansancio, necesidad de descansar y dificultad en la concentración o de recordar cosas. El discomfort físico fue mucho más durante el período del tratamiento adyuvante.

3. Más de la tercera parte de la muestra reportó tristeza, y en menos proporción tensión-estrés, ansiedad y sensación de pánico. El período del tratamiento fue asociado con más discomfort psicológico.

4. Casi todas las pacientes no mencionaron cambios en su vida familiar y social.

5. Entre el 30 y 50% de las mujeres que han mantenido una actividad sexual regular reportaron que su libido sexual, la frecuencia y satisfacción en sus relaciones sexuales había disminuido. En gran parte el perjuicio o dificultades corresponden al período del tratamiento adyuvante.

6. Aproximadamente el 90% de la muestra refirió que ellas estuvieron bastante o muy satisfechas con el cuidado de su salud, particularmente durante el período del seguimiento.

7. Los datos indican que los problemas en su propia imagen fueron relacionados con la pérdida de cabellos.

8. Las pacientes con cáncer de mama opinaron de su calidad de vida global (en general) como buena, con la peor calificación durante el período de la quimioterapia.

Fallowfield (1995), en una evaluación sobre calidad de vida en cáncer de mama concluye que un tratamiento efectivo para cáncer de mama puede producir una tasa de supervivencia razonablemente buena de diez años en comparación con muchos otros tipos de cánceres, no obstante la potencial disfunción psicológica, sexual y física causada tanto por un impacto deteriorante sobre la calidad de vida de una mujer. El amplio rango de tratamientos posibles puede tener resultados similares en términos de respuesta y supervivencia, pero puede producir muchos efectos diferentes sobre el estado emocional. De aquí que el monitorear la calidad de vida en cáncer de mama deba ser una parte

fundamental en el seguimiento en ensayos clínicos.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Al inicio de la historia de la humanidad, la enfermedad era entendida como consecuencia de fuerzas místicas como castigos divinos o posesiones demoníacas. Luego, los griegos comprendieron que la enfermedad era algo natural y la relacionaron con los humores. Después de varios años, el desarrollo de las ciencias, principalmente matemáticas, químicas y físicas, hicieron que la medicina moderna se desarrolle. Aparecieron vacunas, técnicas quirúrgicas, etc.. La salud se convirtió en el campo exclusivo del médico, por lo que fue definida, desde un enfoque biomédico. La salud fue sinónimo de “ausencia de enfermedad” durante mucho tiempo. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso una nueva definición, ampliando su visión y viendo al ser humano como un ser biopsicosocial y definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedad. La definición propuesta por la OMS obliga a los profesionales de la salud a adoptar un enfoque interdisciplinario y a realizar un trabajo multidisciplinario en beneficio de nuestros pacientes.

La Psicología de la Salud corresponde a la Psicología que centra su atención en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello, la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología Científica sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades existentes en la actualidad (Carrobbles, 1993).

Por primera vez, describe Marín (1995), se reconocían explícitamente como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se sumaban a la biológica para posibilitar un concepto integral de salud, que más tarde ha constituido el centro del denominado modelo psicosocial.

Para concretar, afirma Salleras (1985), la salud se entiende hoy como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permiten los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad. Lo relevante de este nuevo concepto de salud es la aceptación de que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Rodríguez-Marín, 1988).

La aparición del nuevo concepto de salud se ha visto facilitado por diversos factores: el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas y los hallazgos epidemiológicos acerca del origen multicausal de estas

enfermedades, que ponen de relieve la importancia de los comportamientos en su etiología. En todas ellas es evidente la implicación de factores comportamentales, ambientales y sociales, además de los puramente biológicos. Así, por ejemplo, la conducta alimentaria, el hábito de fumar, de consumir alcohol, o fármacos, la falta de ejercicios físicos, etc., son comportamientos que tienen que ver directamente con el estado de salud / enfermedad de la persona. Ello permite hablar de comportamientos de riesgo frente a poblaciones de riesgo, e inferir el papel de la psicología en general y de la psicología social en particular, como ciencia que estudia el comportamiento social, en el campo de la salud.

Según Marín (1995), la importancia de las variables comportamentales y psicosociales fundamenta la exigencia de que los psicólogos sociales estudien estos temas, que son relevantes en el desarrollo de las técnicas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. El papel de los factores psicosociales en la salud no se reduce a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas (siendo muchas veces los responsables de la mejoría o empeoramiento de una situación aguda o crónica), a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables.

La Psicología de la Salud surgió dentro del concepto de bienestar integral, de modo paulatino, como una toma de conciencia unida al trabajo realizado por los psicólogos ligados a cuestiones de salud. Es así como en los Estados Unidos, a fines de los años 70 y, especialmente en los años 80, se formaba, en la American Psychological Association, la división de Health Psychology (Psicología de la Salud), naciendo formalmente como institución y área profesional dentro del campo de la Psicología (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995). Ocurrió lo mismo en Gran Bretaña; en el año 1986 la British Psychological Society estableció la sección de Health Salud (Pitts, 1993) y, en ese mismo año, en Tilburg (Holanda), después de la First European Conferente on Health Psychology (primera Conferencia Europea en Psicología de la Salud), se formó la European Health Psychology society (Sociedad Europea de Psicología de la Salud).

En el Perú, Bustamante, Buse y Lozada (1999), reportaron que no se ha establecido la aceptación de la Psicología de la Salud de una manera formal en el trabajo profesional, y a través de la información verbal recibida y la observación personal, afirman estos profesionales, que se viene trabajando bajo esta modalidad desde mediados de los años 70. Complementan la información explicando que en el año de 1979 se planteó, en el Seguro Social, la necesidad de la expansión del rol del psicólogo dentro del área de atención tanto a nivel primario (educativo y preventivo) como secundario (tratamiento) y terciario (rehabilitación). Esto amplió la atención de los psicólogos que inicialmente sólo estaba dirigido a los Departamentos de Psiquiatría y Rehabilitación Física, hacia los Departamentos de Cirugía, Medicina, Obstetricia y otros. Por otro lado, dentro del campo educativo estas técnicas y perspectivas ya han sido incorporadas al currículo, a nivel de pregrado y postgrado en algunas universidades.

En esos años apareció también el término "Medicina Conductual" (MC), que se utilizaba ya desde 1973 para referirse a las técnicas de biofeedback. En 1974 se crean los primeros centros de MC, pero es en 1977, durante la conferencia de Yale sobre MC y en la Reunión de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, en 1978, en los Estados

Unidos, cuando se concretó una definición del término, entendiendo Medicina Conductual como el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y de las técnicas, propias de las ciencias del comportamiento; y de las biomédicas relacionadas con la salud y la enfermedad; y de la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Los factores que han colaborado con el desarrollo de la MC, según Labrador, Muñoz y Cruzado (1990), han sido:

a) El cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasándose de enfermedades infecciosas a enfermedades funcionales de curso crónico, asociadas al estilo de vida y condiciones ambientales, sociales y ecológicas.

b) La mayor importancia brindada a la prevención y promoción de la salud, así como al diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades crónicas, muy asociadas al estilo de vida de las personas, para evitar los grandes costos de los tratamientos médicos.

c) La investigación acerca de los factores que intervienen en el proceso de enfermar, que no pueden ser estudiados por separado, a nivel comportamental o médico, puesto que resulta más difícil llegar a conclusiones satisfactorias.

d) La madurez alcanzada en la investigación en las ciencias sociales y conductuales, y el desarrollo de la Psicología Médica.

e) La evidencia de la importancia de los factores conductuales en la salud y enfermedad a través de estudios clínicos, epidemiológicos y experimentales.

2.2.2. GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER

El nombre de esta enfermedad llamada cáncer, proviene del latín y significa “cangrejo”, por la similitud que tiene con este animal en cuanto a apariencia física (Diccionario Larousse, 1984).

El cáncer es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, y esta afirmación está confirmada por los vestigios encontrados en Stuttgart-Alemania, donde se han hallado tumores óseos en el *Pithecanthropus Erectus*; también hay referencia de que el cáncer aparece en papiros egipcios del siglo XV a. c., donde se describen ulceraciones de piel resistentes a todo tratamiento, que se extienden a otras partes del cuerpo. En la época de Hipócrates, siglo IV a.c., también se han hallado referencias de esta enfermedad; así mismo, en América, en los restos de un Inca precolombino, se encontraron marcas atribuibles a un melanoma, considerado como maligno.

El término neoplasia, señala Upton (1984), significa literalmente, “nuevo crecimiento”. Si bien es difícil describir con precisión las propiedades de estas neoplasias, puede decirse que están caracterizadas, en sentido amplio, por una proliferación celular que excede y que no está coordinada con el crecimiento normal de los otros tejidos, y que persiste a expensas del huésped.

Los autores coinciden en afirmar que el cáncer es el resultado de un crecimiento desordenado e incontrolable de las células del organismo. Belloch; Sandin y Ramos

(1995), afirman que todas las células están programadas genéticamente para reproducirse, aunque también existe una programación idéntica para detener dicha reproducción. En condiciones normales, las células que constituyen cada uno de los tejidos del cuerpo humano se van perdiendo debido al uso y al desgaste al que se ven sometidas; por esta razón las células inservibles se sustituyen por células nuevas que se van generando; sin embargo, las células cancerosas se dividen y crecen de forma aleatoria, espontánea e incontrolada debido a una alteración en el mecanismo que inhibe la reproducción celular. Además del crecimiento excesivo rápido, otra característica de las células tumorales es que son incapaces de organizarse y autorregularse adecuadamente por sí mismas, de tal modo que la masa de tejido que forman no se parece a un tejido normal.

Las neoplasias se clasifican en dos grupos: neoplasia benigna y neoplasia maligna. Las primeras son frecuentemente encapsuladas, no invasivas, bien diferenciadas, de crecimiento lento, bajo grado de mitosis, no metastizante. Es decir, tienden a crecer lentamente y a permanecer ubicadas en el lugar de origen.

La neoplasia maligna (sinónimo de cáncer) no es encapsulada; es invasiva, poco diferenciada, de crecimiento rápido, alto grado de mitosis, metastizante. El cáncer crece por invasión de las estructuras circundantes incluyendo los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Puede metastizar a distancia.

El cáncer es un proceso biológico anormal de muy larga duración. Cuando el cáncer es localizado puede ser curable en alto porcentaje; pero, requiere ser diagnosticado precozmente, antes de que produzca molestias o signos en el paciente. Y el diagnóstico precoz es factible.

a) Etiopatogenia del Cáncer

El más sugestivo de los factores etiológicos del cáncer es quizá el modo de formación de los tumores. El cáncer permanece como un reto a la ciencia, y, hoy como antes, permanece vigente la pregunta de “¿Cómo se origina o forma un tumor?”. Áviles y cols. (1981), mencionan los siguientes factores como los principales predisponentes a la formación de tumores:

- *Carcinogénesis Química:* establece relación entre el estímulo de sustancias carcinogénicas en el desarrollo del cáncer en el hombre. Esto se observa al establecer las relaciones causa-efecto en la aparición de “tumores profesionales” como parte de los estudios de riesgo ocupacional. No se sabe a ciencia cierta por qué se producen tumores con determinados agentes químicos, pero se han propuesto tres hipótesis:
 - Un efecto local que estimula la transformación maligna de una célula;
 - Virus tumorales que latentes que afectan;
 - Se sabe que la mayoría son inmunosupresores, no sólo para anticuerpos tumorales sino también para inmunidad de tipo celular.
- *Carcinogénesis Física:* mediante estudios e investigaciones exhaustivas se ha podido comprobar que las irradiaciones, rayos solares, etc., producen tumores.

- *Oncogénesis Biológica*: los parásitos, bacterias, virus, metazoarios, etc., han sido referidos desde los albores de la oncología como causantes de tumores. De ello, y tras cuidadosos estudios, se admite actualmente que los virus realmente tienen una participación importante en la oncogénesis humana; pero hasta ahora todos los experimentos no permiten determinar con seguridad absoluta que sean los virus los únicos causantes tumorales.
- *Factores Hereditarios*: este factor, relacionado con el cáncer, debe ser considerado en su más alta intimidad por la frecuencia en que se encuentra en determinadas familias; sin embargo, si no se asocia a otros factores carcinogénicos específicos (biológicos, químicos) e inespecíficos (traumatismos, irritación crónica, infecciones, etc), el tumor no se produce.
- *Factores Geográficos*: las neoplasias se encuentran en todos los ámbitos de la tierra, donde se hallan diferentes razas, regiones, niveles socioeconómicos y hábitos alimenticios, campo en el que ocurren tipos específicos de cáncer.

Miller (1977), informa de manera genérica, al abordar este tema que también se refiere a los agentes ambientales. Sin embargo, se puede relativizar su intervención observando que, de la variedad de exposiciones posibles en su medio, sólo muy pocos producen cáncer en la infancia, en gran parte, debido a que en el caso del niño no se da un contacto tan directo con algunos agentes cancerígenos, mientras que el adulto lo tiene en mayor proporción por motivos de trabajo o hábitos, como es el caso del uso de tabaco.

Desde otra vertiente, Bleger (1964) y Cánepa (1985) afirman que se rescata y presta mayor atención a los aportes que la medicina psicosomática puede proporcionar en el campo de la oncología, no para demostrar la causalidad psíquica de esta enfermedad, sino la simultaneidad y complejidad de los fenómenos corporales y psicológicos, ambos indisociables.

b) Clasificación del Cáncer

Existe infinidad de clasificaciones de los tumores malignos y tipos de cáncer. La mayoría de los autores coincide en clasificarlos en cuatro categorías, de acuerdo con el tipo de célula de la cual se originaron en un principio.

- *Carcinoma*: los que se han formado a partir de células que recubren las superficies internas y externas del organismo (piel, intestino, membrana del tracto respiratorio, urinario o gastrointestinal): constituyen las formas de cáncer más frecuente y tiende a infiltrar los tejidos y extenderse por todo el cuerpo.
- *Sarcoma*: provienen de estructuras más profundas, tales como el cartílago de los huesos o los músculos.
- *Linfomas*: son tumores malignos que se originan en el tejido linfático (cuello, ingle y axila).
- *Leucemia*: constituye una forma de cáncer generada en el sistema sanguíneo, que se origina en la médula ósea; está caracterizado por un incremento del número de glóbulos blancos sin madurar en los tejidos del cuerpo y que puede ocurrir paralelamente a un incremento de los mismos en la circulación sanguínea.

c) Cáncer de Mama

Es un tumor o bulto maligno localizado en la mama. Para diagnosticar se hace mediante examen patológico del tejido mamario. Este tejido puede obtenerse mediante biopsia de aspiración por aguja o biopsia quirúrgica.

El cáncer de mama es un tumor heterogéneo en su naturaleza y en su comportamiento, por lo que tiene patrones de crecimiento y de diseminación metastásica ampliamente dispares, (Solidoro, 1988). Se puede detectar también cuando hay un abultamiento axilar o mama, descamación del pezón, retracción, endurecimiento, formación de hoyuelos en la piel o eritema, edema, ulceración, rara vez hay dolor de mama.

Dentro de la especialidad médica se plantea que la causa del Cáncer de mama no son conocidas, parece ser una enfermedad que depende de una interrelación entre un número de factores. Según los estudios epidemiológicos y las observaciones clínicas, en la etiología del cáncer de mama se han permitido asociar la probabilidad de desarrollar cáncer de mama a determinados factores de los cuales son los más importantes:

- *Historia familiar* del cáncer de mama es importante. Los familiares en primer grado (por ej. madres, hijas y hermanas) de las enfermas con cáncer de mama están sometidas a un riesgo mayor que la población general. El mayor riesgo ocurre en mujeres cuyas madres tuvieron un cáncer de mama bilateral antes de la menopausia.
- *Edad*, mientras las mujeres avanzan en edad, la incidencia aumenta. En general la mujer sobre los 40 años está mas sujeta a riesgos de presentar cáncer de mama.
- *Paridad* es un factor de riesgo importante también, las nulíparas son más susceptibles que las mujeres que han tenido niños, y cuanto mayor es el número de hijos menor es el riesgo de tener cáncer de mama. Las mujeres que retrasan su primer embarazo hasta después de los 35 años tienen un mayor riesgo. Las monjas tienen la mayor incidencia de cáncer de mama. Además, el riesgo en una mujer soltera es el doble que en una mujer casada, y las mujeres no fértiles tienen un mayor riesgo que las fértiles. El inicio precoz de la menstruación y el retraso en la menopausia incrementan el riesgo a padecer cáncer de mama.
- *Administración de hormonas*, es decir, de estrógenos en mayores cantidades facilita el riesgo de cáncer de mama. Estudios clínicos han mostrado la relación existente entre su administración y el cáncer de mama en el varón. Tanto los travestís que se medican con estrógenos para desarrollar los senos como los pacientes tratados con ellos por un cáncer de próstata desarrollan con mayor frecuencia carcinoma mamario. Sin embargo, hasta el momento no se ha podido demostrar en general, que la administración repetida de pequeñas cantidades de estrógenos como las que se emplean en el control de natalidad haya sido acompañado de un incremento del cáncer de mama.

d) Clasificación de los Estadios Clínicos

Al hacer la clasificación clínica del cáncer se hace a través de la clasificación TNM, que en este caso solo es aplicada para carcinoma de mama, utilizando la clasificación

TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer.

Es con la finalidad de describir el desarrollo de la enfermedad desde el momento del diagnóstico y tener una idea clara para el tratamiento, predecir resultados clínicos y pronósticos.

Existen estadios clínicos del I al IV, que son clasificados de acuerdo al tamaño anatómico del tumor primario (T), de la enfermedad sobre el nódulo linfático (N) y la presencia o ausencia de metástasis (M).

T	Tumor primario
N	Ganglios linfáticos regionales
M	Metástasis a distancia

De acuerdo a esta clasificación cuatro estadios pueden considerarse:

ESTADIO I
T1a No o N1a Mo
T1b No o N1b Mo
ESTADIO II
To, N1b, Mo
T1a, N1b, Mo
T1b, N1b, Mo
T2a, No o N1a, Mo
T2b, No o N1a, Mo
T2a, N1b, Mo
T2b, N1b, Mo
ESTADIO III
Cualquier T3 con cualquier N, Mo
Cualquier T4 con cualquier N, Mo
Cualquier T con N2, Mo
Cualquier T con N3, Mo
ESTADIO IV
Cualquier T con cualquier N con M1.

Definiciones TNM

Tumor primario (T):	
TX:	El tumor primario no puede ser evaluado.
T0:	No hay evidencia de tumor primario.
Tis:	Carcinoma in situ; carcinoma intraductal, carcinoma lobular in situ o enfermedad de Paget del pezón sin tumor que lo acompañe
T1:	Tumor de 2,0 cm o menos en su mayor dimensión.
	T1a: Tumor de más de 0,1 cm pero no más de 0,5 cm en su mayor dimensión
	T1b: Tumor de más de 0,5 cm pero no más de 1,0 cm en su mayor dimensión
	T1c: Tumor de más de 1,0 cm pero no más de 2,0 cm en su mayor dimensión.
T2:	Tumor de más de 2,0 cm pero no más de 5,0 cm en su mayor dimensión.
T3:	Tumor mide más de 5,0 cm en su mayor dimensión**
T4:	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a (a) la pared torácica o (b) la piel

Ganglios linfáticos regionales (N):	
NX:	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo, fueron extraídos previamente).
N0:	No hay metástasis regional de los ganglios linfáticos.
N1:	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles.
N2:	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales unidos entre sí o a otras estructuras.
N3:	Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales.

Metástasis distante (M):	
MX:	No se puede evaluar la presencia de metástasis distante.
M0:	No hay metástasis distante.
M1:	Presencia de metástasis distante (incluye metástasis a los ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales).

Estadio I y Estadio II son estadios iniciales del cáncer de mama, pero el cáncer ya ha invadido los tejidos próximos. En el estadio I las células cancerosas no se han extendido más allá de la mama y el tumor no mide más de 2 centímetros en su mayor dimensión. El estadio II significa que el cáncer ha invadido los ganglios linfáticos axilares y/o el tumor en la mama mide más de 2 centímetros pero menos de 5 centímetros en su mayor extensión.

A las mujeres con estadios iniciales (I o II) de la enfermedad se les practicará cirugía conservadora seguida de radioterapia como primer tratamiento local, o bien mastectomía. La elección de cirugía conservadora o mastectomía depende principalmente del tamaño y localización del tumor, el tamaño de la mama de la mujer, ciertas características de la

mamografía, y de como se siente la mujer sobre la preservación de su mama. En cualquiera de los dos casos los ganglios linfáticos axilares se suelen extirpar.

Algunas mujeres en estadio I y la mayoría de mujeres en estadio II reciben quimioterapia y/o hormonoterapia. Este tratamiento adicional se denomina tratamiento adyuvante o complementario, y se aplica para intentar prevenir que el cáncer se reproduzca de nuevo.

Estadio III también llamado cáncer localmente avanzado. El tumor en la mama es grande (más de 5 centímetros de diámetro máximo), se extiende a los ganglios linfáticos axilares, o se ha diseminado a los ganglios linfáticos de otras zonas o a otros tejidos cercanos a la mama. El carcinoma inflamatorio de la mama es uno de los tipos de cáncer de mama localmente avanzado.

Las pacientes en estadio III de la enfermedad suelen recibir un tratamiento sistémico con el fin de extirpar o destruir el cáncer en la mama, y un tratamiento local para impedir la diseminación de la enfermedad. El tratamiento local puede consistir en cirugía y/o radioterapia en la mama y axila. El tratamiento sistémico puede ser quimioterapia, hormonoterapia, o ambos; y puede ser aplicado antes o después del tratamiento local.

Estadio IV es el cáncer metastásico. El cáncer ha diseminado desde la mama hacia otros órganos del cuerpo. Las mujeres que están en el estadio IV del cáncer de mama reciben quimioterapia y/o hormonoterapia para reducir el tumor o destruir células cancerosas. Pueden recibir tratamiento paliativo, o radioterapia para controlar el cáncer en la mama. La radioterapia también puede ser útil para el control de los tumores en otras partes del cuerpo.

Cáncer recidivante significa que la enfermedad se repite a pesar del tratamiento inicial. Incluso cuando un tumor en la mama parece haber sido extirpado o destruido por completo, la enfermedad, a veces, reaparece. Es debido a que algunas células cancerosas indetectables, permanecieron en la zona después del tratamiento o bien porque la enfermedad ya se había diseminado antes del tratamiento. La mayoría de las recurrencias aparecen durante los primeros dos o tres años después del tratamiento, pero el cáncer de mama puede recurrir muchos años más tarde. El cáncer que vuelve a reaparecer sólo en la zona de la cirugía previa se llama recidiva local. Si la enfermedad reaparece en otra parte del cuerpo, hablamos de cáncer de mama metastásico (o enfermedad a distancia). La paciente recibe un tipo de tratamiento o una combinación de tratamientos.

e) El tratamiento en el cáncer de mama

Los métodos de tratamiento para el cáncer de mama son locales o sistémicos. Los tratamientos locales sirven para extirpar, destruir o controlar las células del cáncer en una zona específica. La cirugía y la radioterapia son tratamientos locales. Los tratamientos sistémicos se usan con el fin de destruir o controlar las células cancerosas en cualquier lugar del cuerpo. La quimioterapia y la hormonoterapia son tratamientos sistémicos. Una paciente puede recibir una forma de tratamiento o bien una combinación de ellos. Las diferentes formas de tratamiento pueden ser aplicadas a la vez o bien de forma sucesiva.

La cirugía es el tratamiento más común para el cáncer de mama. Existen varios tipos

de cirugía. El médico debe explicar cada uno de ellos con detalle, informa acerca de los beneficios y riesgos de cada una, y describe cómo se puede afectar el aspecto físico de la paciente según el tipo de técnica aplicada. Cuando se extirpa la mama (o la mayor parte posible) hablamos de mastectomía. La operación en la que se extirpa el cáncer pero no la mama se llama cirugía de conservación. La tumorectomía y la segmentectomía son tipos de cirugía conservadora. Generalmente, después de estos dos tipos de intervención se aplica radioterapia para destruir algunas células cancerosas que puedan haber quedado en la zona. En la mayor parte de los casos, el cirujano también extirpa los ganglios linfáticos que hay debajo del brazo para ayudar a determinar si las células cancerosas han entrado en el sistema linfático.

1) Cirugía mastectomía radical o clásica (también llamada mastectomía radical de Halsted):

El término “mastectomía” indica la extirpación de todo el tejido glandular mamario, los músculos torácicos, todos los ganglios linfáticos debajo del brazo, piel supratumoral y grasa. Durante muchos años, esta opción ha sido considerada la estándar para tratar el cáncer de mama.

2) Cirugía mastectomía radical modificada:

El término “modificada” significa que acepta la conservación de la masa carnosa de uno o ambos músculos pectorales, y comporta la extirpación total de la glándula mamaria, lo músculo pectoral menor, todos los ganglios linfáticos debajo del brazo, piel supratumoral y grasa.

3) Cirugía de conservación o tumorectomía:

Cirugía donde conservase a la mama, y se hace una disección axilar para definir la etapa tumoral y lograr control local, además de evaluar el pronóstico. Se practica una incisión horizontal, independiente de la incisión de la mama, siguiendo el surco axilar. La cirugía de conservación más radioterapia están plena y ampliamente justificadas como tratamiento de elección para carcinomas pequeños (Estadios I y II: T1 y T2 mayor o igual a 4 cm.). (Sánchez, 2000).

4) Quimioterapia:

Es el uso de fármacos para matar las células cancerosas, es un tratamiento sistémico, porque los fármacos entran a la circulación sanguínea y viajan por todo el cuerpo. La quimioterapia se administra en ciclos: un periodo de tratamiento seguido de un periodo de recuperación, luego otro tratamiento, y así sucesivamente. La mayoría de las pacientes reciben la quimioterapia en el hospital de día o en la consulta del médico. Sin embargo, y según el tipo de fármacos que hay que administrar, y según el estado general de la mujer, puede que sea necesario que esta permanezca hospitalizada en el hospital mientras dure el tratamiento.

As pacientes con estadio clínico III en el cáncer de mama, son candidatas en primer lugar a recibir 06 cursos de quimioterapia para luego de acuerdo a la reducción del tumor ser sometidas a mastectomía radical. Si no responden al tratamiento recibirán radioterapia.

5) Radioterapia:

Consiste en utilizar irradiaciones de alta energía, con el fin de dañar las células cancerosas e impedir su crecimiento. Los rayos proceden de material radioactivo situado fuera del cuerpo y dirigido hacia la mama por un aparato (radiación externa). La radiación también puede provenir de material radioactivo colocado directamente en la mama en unos tubos delgados de plástico (implante radioactivo). A veces la paciente recibe ambos tipos de radioterapia.

En el caso de la radioterapia externa, las pacientes acuden al hospital o clínica cada día. Cuando se aplica a continuación de la cirugía de conservación, la radioterapia, se administra cinco días a la semana (5000 cgr a la mama – 1000 cgr a la cicatriz) durante cinco o seis semanas. Una vez finalizada, se suele aplicar una dosis de refuerzo de radiación sólo en la zona donde se extirpó el tumor.

Para las pacientes con cáncer inoperable, la quimioterapia sola o asociada con radioterapia es todavía el tratamiento preferido.

6) Hormonoterapia:

Se utiliza para impedir que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que alteran el funcionamiento hormonal o bien la cirugía para extirpar los ovarios, los cuales producen hormonas femeninas. Al igual que la quimioterapia, la hormonoterapia es un tratamiento sistémico, puede afectar las células cancerosas de cualquier parte del cuerpo.

2.2.3. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER

A) PERSONALIDAD Y AUTO IMAGEN

Considerando que varios autores concuerdan en afirmar que la personalidad es producto de factores hereditarios, constitucionales y ambientales; en mayor o menor grado, también debe señalarse como una estructura compleja que se organiza como resultado de la interacción organismo-ambiente.

Para el presente trabajo tendremos en cuenta la siguiente definición: "...patrones conductuales presentes o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente" (Eysenck, 1973).

También se puede formular una serie de leyes y principios que permitan predecir la conducta del individuo en diferentes situaciones. Uno de los objetivos es demostrar, medir y cuantificar la personalidad por medio del comportamiento, y por eso dice que la personalidad es una estructura de rasgos complejos y diferenciados (Cattell, 1972).

Estos rasgos conductuales son considerados como bipolares, que se extienden en un continuum dimensional con conductas individuales y adquiridas bajo condiciones especiales de su desarrollo.

Para otros la personalidad constituye un sistema integrado, una totalidad organizada, una estructura o configuración de elementos, a los que añaden forma de orden en una red de relaciones y/o de procesos dinámicos. Según Allport (1973), la personalidad es el sistema organizado, el todo en funcionamiento o la unidad de hábitos, disposiciones y sentimientos que caracterizan a un miembro de un grupo como diferente de cualquier otro

miembro del mismo grupo.

Uno de los temas que es poco estudiado es la auto imagen o imagen de sí mismo, es decir, la capacidad que cada uno tiene de verse a sí mismo. Él es al mismo tiempo el observador y el observado, el juez y el juzgado, el que evalúa y el evaluado. Para la persona el sí mismo es lo más importante del mundo, el problema de la apariencia y de los sentimientos respecto de sí mismo lo absorbe por completo, puede ser afectado cuando la persona está pasando por una etapa difícil como por ejemplo en este caso, tener una enfermedad como es el cáncer.

Tomaremos en cuenta para el presente trabajo que la auto imagen domina la vida subjetiva del individuo determinando en gran medida sus pensamientos, sus sentimientos y su conducta. Rosenberg (1973), afirma que el autorretrato del individuo no constituye una obra estrictamente subjetiva que refleje los impulsos y la inspiración del creador, sino más bien un retrato más o menos claro basado en la información recogida en su experiencia social.

Uno de los términos que creemos conveniente considerar es la definición propuesta por Coopersmith (1984), afirma que la autoestima es la evaluación que un individuo realiza y mantiene respecto a sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación, e indicando el grado en que se siente capaz, significativo, exitoso y digno.

Desde esta óptica, la autoestima es vital como la autovaloración global, positiva o negativa, que el individuo hace de sí mismo, y que está caracterizado por una estabilidad considerable de una situación a otra.

Asimismo, Martín citado por Busse (1989), afirma que la autoestima, como toda actitud, tiene tres componentes fundamentales: cognitivo, afectivo y comportamental. Es, por lo tanto, una conciencia subjetiva de sí mismo, a la que sigue una relación afectiva o valoración, que dirige posteriormente las reacciones del sujeto, de confianza o preocupación por el propio rendimiento social, en otras palabras, la autoestima no solo es conceptuarse a uno mismo, en un momento de su vida, en relación con sus aspiraciones, objetivos y circunstancias, derivada de su idea del propio yo, de las experiencias de éxito o fracaso en sus iniciativas y en sus relaciones interpersonales, y de la aceptación y valoración de sí mismo percibida en los demás, con una influencia determinante en las respuestas del sujeto frente a las circunstancias y estímulos entre las que vive y se desenvuelve.

a) Estructura de la auto imagen:

La estructura de la auto imagen de sí mismo puede ser descrita en cuanto a su:

a) Contenido: si el individuo se ve a sí mismo inteligente, bondadoso, considerado, etc.; b) Dirección: si nuestras actitudes hacia nosotros mismo son favorables o desfavorables; c) Intensidad: podemos auto valorarnos como malos, muy malos, regulares, buenos, etc.; d) Importancia: vemos si se puede considerar al sí mismo como un asunto de importancia para el individuo; e) Valencia: algunas personas se conceden una gran importancia a sí mismas, en cambio otras son lo contrario; f) Coherencia: son con frecuencia las actitudes contradictorias hacia uno mismo; g) Estabilidad: existen individuos cuya actitud hacia sí mismo es firme, estable y relativamente inmutable,

mientras que otras personas cuyas actitudes hacia sí mismas clara, son inestables y cambian con frecuencia; h) Claridad: la auto imagen de sí mismo varía en cuanto a su claridad, algunas personas tienen una auto imagen de sí mismas clara, nítida y carente de ambigüedad mientras que otras las tienen más vagas, confusas y borrosas.

Si caracterizamos la auto imagen del individuo teniendo en cuenta cada una de estas dimensiones obtendremos una buena, aunque todavía incompleta descripción de la estructura de la auto imagen. Además debemos de considerar que existen factores que desempeñan un fuerte papel en el desarrollo de auto imagen.

La auto imagen, es un concepto que se desarrolla durante la vida de un individuo y se inicia en la niñez. El tener una buena o mala auto imagen de sí mismo tiene sus orígenes en los primeros años de vida y puede mejorar o empeorar de acuerdo con las circunstancias de la vida.

a) El impacto psicológico del cáncer

Pasar de un estado saludable a un estado de enfermedad implica la vivencia de experiencias de frustración y dolor que traen consigo alteraciones a nivel de las estructuras psíquicas del individuo como de sus relaciones objetales, reorganizando y configurando una nueva identidad en algunos casos. Esto se muestra con mayor claridad en enfermedades crónicas y estados terminales, como el cáncer (Greer y Watson, 1985).

Simón (1993), propone tres importantes postulados acerca de este aspecto:

Primer: el cáncer es sinónimo de muerte. Segundo: mientras se trate el cáncer como predador perverso e invencible y no como enfermedad, la mayoría de las personas sufrirán un gran impacto emocional al enterarse que han contraído un cáncer. Tercer: a la concepción mítica del cáncer colaboran inconscientemente políticos, economistas, abogados, periodistas, escritores e intelectuales de todo tipo al usar la metáfora del cáncer para aludir a un mal insidioso capaz de destruir gobiernos, instituciones, tradiciones, etc.

En la medida en que exista este pesimismo difícilmente pueda no transmitirse al paciente, intensificando su estado de estrés y facilitando el fenómeno de la “profecía que se auto realiza”. Miller (1977), afirma que los pacientes que se muestran aprensivos respecto a su enfermedad casi siempre empeoran y mueren con rapidez, aún cuando su cáncer se diagnostique precozmente y reciba un tratamiento adecuado. Por lo tanto para él la ausencia de esperanza puede acortar la vida del paciente; además de viciar su calidad de vida.

El paciente teme hablar de la muerte y evita hablar sobre esta como si tomara distancia de la posibilidad no mencionándola. En el caso del cáncer “...los temores que este genera están vinculados a los de un contagio moral: el mero hecho de hablar de la enfermedad y de la muerte la podría provocar” (Kaffmann, 1984, p. 102).

Basándose en estos postulados Simón (1993), propone las siguientes conclusiones:

- Con el fin de disminuir el impacto emocional del cáncer será importante tratar de erradicar de nuestra sociedad la asociación pavloviana “cáncer-muerte”.
- En la actualidad la hipótesis de que los factores psicológicos pueden influir, positiva o

negativamente, en la evolución de la enfermedad oncológica empieza a tener datos más empíricos a su favor.

· Por ello puede considerarse como dudosamente efectivas las acciones sanitarias que tratan al cuerpo y a la mente como dos entidades separadas y no tengan en cuenta el valor terapéutico de la comunicación con el enfermo.

Las implicaciones del cáncer de la mama en la mujer, según García y Huerga (1997), psicológicamente hablando son muchas. Encontrándonos en ocasiones con sintomatologías verdaderamente complejas. Desde un punto de vista psicológico, el cáncer de mama implica la conjunción de varios factores, de los que destacaremos tres principalmente:

1. El diagnóstico de un cáncer: esto ya supone en un primer momento un impacto importante para cualquier persona y para su familia.

2. La práctica de la mastectomía: en la mayor parte de los casos supone para la mujer una pérdida importante, con las consecuencias derivadas de la misma, como pueden ser: la adaptación, la aceptación del propio cuerpo, la autoestima etc.

3. Los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, etc.). Es otro factor más que se conjuga, en muchos casos, agravando aún la situación psicológica.

Si el cáncer o el tratamiento, en especial cirugía, alteran o extirpa determinado órgano, esos mecanismos se alteran y el paciente debe rehacer sus esquemas. Si no se alteran demasiado o se desarrollan otros nuevos, las dificultades psicológicas son sobrellevadas.

Unos de los efectos secundarios más amenazantes de la quimioterapia es la caída del cabello. Percibiéndola como una señal de pérdida de vitalidad física y del comienzo de un proceso que lo puede llevar a la muerte. Para la mujer el cabello es símbolo de belleza, sensualidad y fertilidad; en el hombre es símbolo de fortaleza y virilidad, representa salud y vida.

Hoffenberg (1984), señalan que la terapia prolongada puede tener efectos de un deterioro psicosocial, es decir la caída del cabello y la disfunción sexual pueden causar trastornos a nivel de identidad, de la imagen corporal, autoestima, pueden presentar una sensación de incapacidad para el trabajo lo que puede ser sentido como una pérdida de su anterior status social.

Burton y Parker (1997), mencionan que sea que el tratamiento tiene estas características puede hacer que afloren miedos y reacciones paranoides o que el paciente se sienta inquieto o incómodo por lo que sugiere que se le informe cuidadosamente al paciente de los efectos adversos, como: anorexia, náuseas, desvanecimiento, cansancio, vómitos, diarreas o estreñimiento, irritación de la piel en el caso de radioterapia. Es importante que se le explique de manera empática al paciente que la radioterapia destruye tanto las células normales como las malignas pero, sin embargo las células normales se recobran rápidamente volviendo a funcionar en forma normal.

Una de las medidas más devastadoras, para intentar tratar el cáncer es la

amputación, la cual siempre es sentida como una amenaza a la integridad física del paciente, especialmente con órganos o partes del cuerpo relacionados con la sexualidad. El paciente tiene una reacción depresiva después de la pérdida de una parte de su cuerpo. En tales circunstancias es necesario un período de duelo, el cual es similar, al que se tiene después de la pérdida de alguien cercano. Cuando el paciente no posee los recursos internos para enfrentar una situación tan estresante como ésta puede llegar incluso a una descompensación psicótica.

Aparecen los miedos neuróticos, miedos basados en la realidad, los miedos a la muerte, en esta situación es común el miedo de ser abandonado, al aislamiento social, de persecución, miedo a dejar salir su agresividad, de su pasividad o de no tener el control de sí mismo. Muchos llegan a envidiar la salud de otros, por no poder disfrutar de la vida, y a la vez temen por una posible recaída, ya que les inunda el pánico de que la enfermedad siga avanzando.

Al hablar de los efectos psicológicos del cáncer es importante señalar que es una enfermedad que no solo afecta al paciente sino que perturba a toda la familia, Rebelger y Vargas (1994), enfatizaron que el cáncer afecta todo el sistema familiar, pudiendo perturbar su equilibrio. El resultado puede ser una mayor tensión para la persona con cáncer, para todos los miembros de la familia, incluso para quienes no viven con el paciente. Las repuestas de los miembros de la familia en relación con la enfermedad pueden tener un impacto significativo en la adaptación del paciente. Por todo ello la familia se ve obligada a reestructurarse para seguir funcionando de manera adecuada, ya que suceden muchas pérdidas, renunciaciones y cambios durante este período, todo lo cual conlleva a sentimientos de pesar y aflicción.

B) PRIMERAS APROXIMACIONES A LA PSICO-ONCOLOGÍA

Remontándose a través de los años, hubieron varios intentos de darle un lugar a la psicología en el trabajo con pacientes con cáncer:

Según Schavelzon (1993), el estudio de las relaciones recíprocas entre psicología y cáncer puede plantearse en dos maneras: la primera, se refiere a la influencia que la estructura psicológica del individuo tiene sobre sus posibilidades de contraer un cáncer, de influir sobre su localización o sobre su evolución. En otras palabras, la psicogénesis del cáncer. La segunda forma fundamental es la influencia que el cáncer tiene sobre la psicología general, ya sea del público o sobre el paciente y su familia.

Burton y Parker (1997), en su experiencia con el uso de la hipnosis en la terapéutica antiálgica, creen en la existencia de una personalidad definida en el paciente con cáncer.

Bacón, Rennecker y Cutler (1952), obtienen historias clínicas psiquiátricas de 40 mujeres con cáncer de mama y encuentran ciertas características de conducta, que numerosos autores confirmaron después. De las 40, 35 tenían una estructura masoquista y no disponían de posibilidades para descargar su ira directamente o en forma sublimada y por otro lado presentaban conflictos de hostilidad familiar no resueltos.

En una revisión crítica de LeShan, publicada por el National Cancer Institute (1959) se llega a las siguientes conclusiones:

1. Parece existir una cierta correlación entre enfermedades neoplásicas y ciertos

tipos de situaciones psicológicas.

2. El factor psíquico registrado con mayor firmeza ha sido la pérdida de un nexo emocional importante en la época anterior al probable comienzo de la enfermedad.

3. Parece haber ciertas relaciones entre la organización de la personalidad y el tipo y localización del tumor. La evidencia de que diferentes personalidades desarrollan diferentes tipos de cáncer es sumamente sugestiva.

4. Este es un terreno de estudios sumamente fértil y lleva a algunas conclusiones muy provocativas y hasta, perturbadoras.

Los estudios con relación a los factores psicológicos que influyen o desencadenan el cáncer, propuestos por Wald (1979), consideran diversos aspectos desde el comportamiento y hábitos nocivos que pueden contribuir al desarrollo del cáncer, hasta características psicológicas más profundas, como el uso de mecanismos represivos en la expresión de un nivel elevado de stress, que puede alterar el sistema inmunológico de defensa. Sin embargo es importante señalar que dado que el cáncer se origina probablemente, varios años antes de que la enfermedad eclosione o se evidencie clínicamente, es difícil determinar qué factores pueden tener mayor importancia en el origen y desencadenamiento de la enfermedad.

Desde una perspectiva psicofisiológica se ha dado grande importancia al stress como un factor que altera la homeostasis del organismo (Miller, 1977; Áviles, 1981; Fisbejn, 1984; González, 1985; Luban-Plozza y Poldinger, 1986). Se dice que el aumentar el nivel de estrés se ve acrecentada la actividad de la corteza suprarrenal, dando lugar a un aumento de la tasa de cortico-esteroides, que son hormonas inmunodepresoras; éstas disminuyen los procesos de defensa inmunológica como la reacción linfocitaria, el proceso de fagocitosis, entre otros, produciéndose así un aumento de las proteínas sericas y una depresión de la producción de células T (Áviles, 1981). Todo esto origina un quiebre del sistema inmunológico de defensa, aumentando así las posibilidades de contraer cáncer (Clark y Cumpley, 1977). Experimentos realizados con animales comprueban que un elevado nivel de estrés debilita el sistema inmunológico, aumentando el nivel de carcinogénesis, se considera que esto también podría ser válido para los humanos (Áviles, 1981; Brammer y Newberry, 1981; González, 1985).

Dentro de las investigaciones realizadas, que inciden en hallar factores desencadenantes de cáncer desde el punto de vista psicológico, aquellas que conceden mayor importancia al estrés como factor de quiebre del sistema inmune de defensa, son las que han logrado mayor aceptación. Conviene señalar que la no expresión de emociones auténticas incrementan el nivel de ansiedad, produciendo reacciones similares a las desencadenadas en situaciones de estrés, es así que ambas perspectivas a cerca de los factores psicológicos que desencadenan cáncer se encuentran relacionadas.

Rosemberg (1973), considera que el comportamiento humano y específicamente la personalidad, es afectada por múltiples factores que interactúan entre sí y se transforman constantemente de causas a efectos, o viceversa, esto se produce como resultado del proceso de biofeedbackd. Considerando estos aspectos puede decirse que el cáncer obedece a múltiples factores que afectan al organismo como sistema.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Schalvelzon (1965) y González (1967), enfatizan algunas características de estructura de personalidad, como el carácter rígido del establecimiento de relaciones objetales; la pérdida de un objeto afectivo, que precede a la eclosión clínica del cáncer; y la represión de emociones, que dificultan la comunicación y dejan aparecer una pseudo adaptación social.

González (1987), siguiendo este mismo enfoque refiere al carácter rígido de las relaciones objetales, mediante algunos estudios, se ha demostrado que las primeras relaciones objetales de los individuos que desarrollan cáncer se establecen con dificultad, son ambivalentes y las situaciones de reparación son vividas de manera anaclítica. Ríquez (1978), es partidario de esta teoría y complementa diciendo que la relación objetal se estructura rígidamente, porque como consecuencia de su ruptura el individuo experimenta un sentimiento profundo de abandono a pesar de que sigue manteniendo el mismo ritmo en sus relaciones interpersonales y en el trabajo; esto se relaciona con su dificultad para expresar emociones.

Bacón, Rennecker y Culter, citados por Schavelzón (1965), a través del estudio de numerosas historias clínicas de mujeres con cáncer de mama, encontraron que la mayoría no disponían de posibilidades para descargar directamente o en forma sublimada su cólera.

Áviles y cols. (1981), en pacientes con cáncer pulmonar encontraron que estos carecen de la capacidad de descargar sus emociones y hacen uso de mecanismos de negación y represión. Tomás (Wald, 1979; Áviles, 1981), en un estudio longitudinal, encontró que aquellas personas que desarrollaban posteriormente cáncer, expresaban de modo restringido sus emociones y presentaban sentimientos de ambivalencia con respecto a dirigir su atención hacia el mundo exterior o hacia su yo interior.

Ríquez (1978), ha observado que en la vida del paciente con cáncer se aprecia una vocación de servicio a toda prueba, a cambio de nada; esto se hace evidente en la forma en que compensa sus pérdidas, es así que se muestra sensato, activo, sacrificándose por los demás, dejando que se acumule a su alrededor toda la actividad de su núcleo familiar y de su grupo comunitario, convirtiéndose en el continente del sufrimiento y problemas de otros, descuidándose a sí mismo y a su salud. En un período posterior la pérdida termina por aislarlo, sufre silenciosamente y heroicamente, coincidiendo esto con la aparición del cáncer, incluso al aparecer los primeros síntomas se preocupa más de su trabajo y familia que de su enfermedad.

En una investigación con pacientes mastectomizadas, Fiszbejn (1984), comprobó el uso frecuente de la represión como mecanismo defensivo básico especialmente en la expresión de agresividad y placer sexual. Así mismo se observó un súper ego primitivo e inflexible, tendencia autodestructivas y preocupación por la cantidad de afecto y atención que pueda recibir de los demás.

Todos estos hallazgos coinciden en demostrar la dificultad del paciente con cáncer para expresar sus emociones auténticas, especialmente cuando se trata de emociones de cólera, tristeza y placer sexual. Además de prestar mayor atención por lo que ocurre a su alrededor que consigo mismo.

C) ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON CÁNCER

En el transcurso de los últimos 20 años, el campo de la Psicología se ha ampliado cada vez más, de ese modo la relación entre la Psicología y la Medicina se ha extendido más allá de los límites de la salud mental y el trabajo con pacientes psiquiátricos, involucrándose en una área mucho más amplia, la cual se preocupa del estudio de factores conductuales que afectan la salud y enfermedad de la persona.

Actualmente la psicología de la salud es pues entendida como el conocimiento científico, profesional y educacional de la psicología que contribuye a la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y correlación diagnóstica de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas (Simón, 1993).

En base a esto, Bammer y Newberry (1981), consideran que todo paciente con cáncer que reciba tratamiento necesita rehabilitación también a nivel psicológico. La vida de los pacientes oncológicos se torna muy limitada, con pocas oportunidades para reintegrarse efectivamente a las actividades que antes realizaban; por ello la rehabilitación implica devolver al paciente, en lo posible, el estado que tenía antes de la enfermedad.

La tendencia general de la medicina especializada en la investigación del cáncer hasta mediados de la década del 70 estuvo fundamentalmente orientada al intento de aislar uno o varios factores cancerígenos. Es a partir de ese momento que se puede observar un cambio significativo en la dirección tomada y hoy en día los esfuerzos se hallan concentrados en los avances que desde el campo de la inmunología se pueden lograr.

Para ejemplificar este postulado cabe mencionar un comentario de Rauscher (1975), en su introducción a la sección viral del libro, *Etiología del Cáncer*: "... se sospecha que para causar cáncer no es necesario el montaje completo de un virus". (p.48).

En efecto, muchos estudios de laboratorios sugieren que se pueden formar cánceres cuando una porción del virus cancerígeno que persiste en pequeñas cantidades en las células desde el momento de nacer, se activa por radiación, sustancias químicas o acontecimientos biológicos. Otros experimentos plantearon la posibilidad de que el virus sea un pasajero en la célula y que aprovecha las aberraciones celulares o la debilidad del sistema inmune para iniciar el proceso carcinogénico. En este sentido, resulta muy interesante tener en cuenta que un especialista en virus oncógenos de ADN y ARN plantea que sería necesaria la presencia de aberraciones celulares o la debilidad del sistema inmune como condición para el inicio de un cáncer; sin que basta para ello la sola presencia de un virus oncógeno.

Se hace manifiesto un cambio de enfoque, pues resulta evidente la nueva inclinación de los científicos a concentrar sus estudios en el sujeto y su estado inmunológico.

Siguiendo esta línea de pensamiento, cabría preguntarse si los factores psicológicos podrían ser responsables de cambios y alteraciones en el sistema inmune. En conformidad con ello, muchos trabajos coinciden en las innegables conexiones entre la psiquis y el tejido dañado, mediatizada a través de los sistemas anatómico, neuroendocrinológico e inmunológico.

Greer (1979), postula que los factores psicológicos que en nuestro estado actual de conocimientos pueden contribuir al cáncer en ciertos individuos y sujetos afectarían los sistemas neuroendocrino e inmunológico.

Riley (1979), informa que el fenómeno del “stress” juega un papel sumamente importante, superior a lo que se imagina hasta ahora, en la aparición de tumores. Diversos experimentos llevados a cabo con animales de laboratorio revelaron que una situación de tensión nerviosa y de angustia debilita notablemente el sistema inmunológico que mantiene bajo control los puntos patógenos del cáncer (p. 51).

Años más tarde, Riley (1982), señala que una situación de tensión nerviosa y angustia puede debilitar el sistema inmunitario, siendo éste el que controla los puntos patógenos del cáncer.

Diversos autores, Lubon-Plazza y Poldinger (1986) han intentado establecer las características de la personalidad premórbida de los pacientes con cáncer, encontrando diversos factores psicológicos:

- La inhibición de la agresión como norma de conducta común a todas estas personas;
- Sentimiento de desesperanza;
- Negación y represión como mecanismos defensivos básicos;
- Depresión;
- Conformismo;
- Severa actitud de la relación del paciente con uno de sus progenitores esté pendiente;
- Trastornos sexuales;
- Parece haber ciertas relaciones entre la organización de la personalidad y el tipo y localización del tumor.

Los factores psicológicos resultarían, en este sentido, importantes para explicar porqué de dos organismos expuestos a un mismo factor potencialmente cancerígeno, ya sea exposición ambiental, alimentos, virus, radiación trauma, inflamación etc. uno se enferma y el otro no.

Es factible que existan aspectos psicológicos que influyen en la rapidez o lentitud con que evoluciona el cáncer, en su dispersión o metástasis y su detección o cura milagrosa en algunos casos.

Dentro de estas perspectivas que fueron señaladas, se han desarrolladas numerosas investigaciones.

Hill y Todd (1975) en un estudio de 2.500 mujeres seguidas durante 10 años, verificaron la predisposición al cáncer en mujeres de tipo psicológico cíclico y de biotipo pícnico, que las predisponen a la melancolía.

Rennecker (1952), obtiene historias clínicas psiquiátricas de 40 mujeres con cáncer de mama, encontrando que las 40, 35 tenían una estructura masoquista y no disponían de posibilidades para descargar su ira directamente o en forma sublimada y por otro lado presentaban conflictos de hostilidad familiar no resueltos.

Greer (1979), y su grupo de investigadores, han estudiado que el descubrimiento de cáncer de mama en la mujer, en la biopsia por un bulto en el busto, es significativamente correlativo con la represión de la ira como norma de conducta.

En el trabajo publicado por Renecker (1952), considera que las mujeres con cáncer de mama confrontan un doble conflicto, por el cual, en primer lugar, deben adaptarse a la mutilación del seno; para luego, en segunda instancia, adaptarse a la invasión de una enfermedad potencialmente mortal. Señalan que en el proceso de ajuste a la mutilación, la reacción más frecuente del grupo estudiado por ellos estuvo marcada por la presencia de ansiedad, insomnio, actitudes depresivas, ideas ocasionalmente de suicidio, y sentimientos de vergüenza y desvalorización. Estas emociones de tipo depresivo son aquellas que caracterizan todo proceso de duelo normal y esperable, en este caso obedecen a la pérdida de un órgano altamente valorado por la mujer madura, considerando como símbolo de su feminidad.

Por lo tanto, la amputación del seno amenaza con sacudir el núcleo de su orientación femenina. Sugieren que quizás por dicho temor, se explicará la demora en consultar al clínico o especialista cuando descubren el primer síntoma.

Se plantea también la existencia de factores psicosociales en la detección del cáncer de mama, varios autores sospechan que el miedo promueve la demora tanto en la detección como en el tratamiento, se encontró que el conocimiento de los síntomas está altamente relacionado con la detección temprana. Los juicios y actitudes preconcebidas de las mujeres acerca del cáncer, llevan a la acción o a la inacción. La creencia de que los tumores mamarios siempre llevan a la cirugía mutilante, a la debilidad y a la muerte dolorosa subsecuente, es un importante mecanismo de negación de los síntomas y a la inacción. El miedo puede llevar a un comportamiento positivo que resulte en la detección y tratamiento pronto de esta enfermedad, cuando el dolor es mínimo la participación en la selección y en el tratamiento será retrasado y generalmente el tratamiento es requerido cuando los síntomas o la enfermedad son percibidos como serios.

En los últimos años la presencia del psicólogo ha sido vista como un portador de bienestar y cuyo apoyo permite reducir la ansiedad; es necesario aclarar que el rol del psicólogo no es de "curar" el cáncer, sino más bien el de procurar un espacio psicológico para el paciente y para su familia que les permitiera expresar sus sentimientos y preocupaciones respecto a la enfermedad. En relación a esto, el psicólogo en muchos casos se ve en la necesidad de abandonar los esquemas tradicionales preestablecidos, para trabajar sólo con lo que el paciente trae a la consulta y no con lo que se esperaba que él ofreciera.

Así, con una actitud receptiva y una intervención acertada y cuidadosa, nos propone Schalvezon (1993), el psicólogo puede devolver al paciente y a su familia la sensación de control que ha perdido y facilitar progresivamente la reestructuración ordenada de un sistema en caos lo cual lleva a una mejor preparación para aceptar la enfermedad.

De esta manera, el psicólogo permite clarificar los conflictos internos, mecanismos defensivos, estilos de vida e integrar sentimientos frente a la enfermedad. Bayés (1985), resalta la importancia de una labor psicológica apropiada que al brindar nuevamente el control perdido al paciente y velar tanto por su independencia como por su espacio

individual, le permita a éste decidir, sugerir y pedir lo que desea de acuerdo a sus necesidades más apremiantes. Con respecto a esto, manifiesta el autor, que el psicólogo debe ayudar, dentro de un ambiente cálido y acogedor, que el enfermo asuma más tareas y responsabilidades y debe acompañarlo en las diferentes etapas emocionales de la enfermedad. De esta manera, el psicólogo colaborará en la recuperación del paciente con cáncer teniendo en cuenta el sentido de humanización ante todo, aspecto que a veces no es tomado en cuenta.

La psiquiatra Elizabeth Kubler Ross, a través de su trabajo con paciente terminales ha llegado a concluir que existen cinco fases por las que ellos atraviesan, lo que puede ser aplicado también al caso de los pacientes con cáncer no necesariamente en estado terminal; estas son las siguientes:

a) *Negación*: se presenta luego de saber el diagnóstico de la enfermedad, el paciente niega esta realidad. Muchas veces, luego de recibir esta información el paciente va en buscar de otros médicos para que le informen que ha habido un error en el diagnóstico. Cuando esto no ocurre, el paciente busca a curanderos, hechiceros, charlatanes que puedan darle el desmentido que él busca. En esta primera fase dar apoyo al paciente, sin censurarlo por la negación y sin hacer coro a ésta, es la actitud más adecuada. Se debe ofrecer al paciente el tiempo necesario para ir asimilando la noticia y que pueda pasar a la fase siguiente.

b) *Rabia*: en esta fase el paciente ya asume estar con una dolencia terminal. Su actitud pasa a ser de rabia, sentimiento que se puede voltear contra el médico, contra la medicina o contra el equipo de salud que le asiste. Puede volverse también contra familiares, contra la sociedad e incluso contra Dios. El paciente está en busca del responsable de sus dolencias y se revela contra el hecho de ser él y no otra persona, la que se encuentra en esta situación.

c) *Negociación*: en esta fase el paciente intenta superar su mal a través de promesas y cambios. Esta negociación se intenta, al principio, con el propio equipo de salud, que lo está tratando. Luego, estos ofrecimientos miran hacia Dios, el mismo Dios que fue severamente criticado en la fase anterior. Surgen las promesas de oraciones, obras de caridad y peregrinaciones a cambio de recuperar la salud perdida.

d) *Interiorización*: en esta fase el paciente precisa de silencio y a veces de aislamiento. En esta situación el enfermo tendrá la oportunidad de reevaluar su vida, buscando aquellas cosas que le gustaría terminar y que no culminó por diversas razones. Dicha actitud es incomprensible para sus familiares pues se interpreta como ingratitud y piensan que el paciente no desea la compañía de aquellos que le dieron tanta asistencia en el momento de sus dolencias. La familia cree que él ya está prácticamente muriendo. Se necesita de comprensión y paciencia en esta fase.

e) *Aceptación*: en esta fase la aceptación no implica una actitud pasiva, llena de sufrimiento ante una situación inestable. Muy por el contrario, hay una actitud activa, tomada por una persona que paso a tener una comprensión de su vida y que sabe que ha llegado a su momento final. No está alegre pero tampoco triste sus conversaciones tienen un sentido profundo.

2.2.4. CALIDAD DE VIDA

a) Evolución histórica y concepto

Muchos estudios y artículos han enfocado en la conceptualización de calidad de vida, aunque el concepto tiene un significado amplio y general, basando sus raíces en trabajos filosóficos antiguos. Así, la referencia más antigua de este término se encuentra en los escritos de Seneca, aproximadamente 50 años d.c.; este filósofo griego describe en su obra este concepto como “*caulitas vitae*” entendiéndole como la plenitud de una vida feliz.

Toledo (1993), hace mención a la referencia por Campbell (1981), quien refiere que el concepto sobre calidad de vida, más no el mismo término, fija su aparición en los EE.UU entre el final de la segunda guerra mundial, para enfatizar que la “*good life*” (buena vida) supone algo más que la mera abundancia material; es decir se comienza a difundir la idea de que la buena vida implica no solo bienestar material o económico sino también bienestar psicológico. Si bien el concepto de calidad de vida surge en el contexto socio-político de EE.UU como un interés por parte en el bienestar social de sus ciudadanos, desarrollándose programas que tenían como objetivos: examinar la calidad de vida de los individuos; se retoma en él ámbito sanitario debido fundamentalmente a: el incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas donde el objetivo no es la curación total del enfermo, puesto que esto es imposible, sino la adaptación del paciente, el “convivir lo mejor posible con la enfermedad”.

La valoración de la calidad de vida ha estado en aumento al incorporarse los estudios de investigaciones de pacientes con cáncer y se retoma el término calidad de vida para estudiar el impacto del cáncer y su tratamiento en el funcionamiento del individuo, es decir, en qué medida y cómo afecta la enfermedad al sujeto que la padece. Y esto, porque el cáncer y/o sus tratamientos conllevan síntomas y efectos secundarios amén de repercusiones psicosociales que afectan a su bienestar (Toledo M. y cols, 1983).

Marín (1995), destaca que en el caso de los enfermos crónicos encontramos un quiebro importante en una de las variables que se consideran un componente esencial de la calidad de vida: el estado de salud. Podemos considerar su calidad de vida en comparación con la de personas sanas. En este caso, integraremos su estado de salud dentro de su nivel de calidad de vida. Podemos asumir que las variables que son buenas predictoras de la calidad de vida en una persona sana lo serán también en los enfermos crónicos. Por ejemplo, si consideramos que un nivel alto de renta es un buen predictor de la calidad de vida de las personas sanas, aceptaremos que un enfermo crónico con un nivel de renta más alto en otro enfermo crónico, tendrá también mejor calidad de vida, si todas las otras variables tienen niveles iguales o semejantes. Al mismo tiempo podemos preguntarnos cuál es el nivel de la calidad de vida de un enfermo en comparación con la calidad de vida media de su población de referencia. Sin embargo, pueden interesarnos más aspectos específicamente relacionados con la enfermedad crónica, y preguntarnos, por ejemplo, qué deteriora más a la calidad de vida de un enfermo crónico, si el dolor que padece o su incapacidad de auto cuidado. Quizá por ello, debemos considerar una definición y operacionalización del concepto de calidad de vida en el caso concreto de los

enfermos crónicos.

Existe un creciente consenso con respecto a la definición de la calidad de vida y las áreas que deben incorporarse a las evaluaciones de la calidad de vida. Estos incluyen el funcionamiento físico, los síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social. El concepto de calidad de vida fue incluido en el primer seminario taller sobre metodología de Investigación del Cáncer a Nivel Conductual y Psicosocial de la Sociedad Americana del Cáncer, celebrada hace una década.

Afortunadamente, esta creciendo el acuerdo general sobre la definición de calidad de vida:

Bayés (1985), defiende la definición que la calidad de vida es la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud.

Gonzáles (1995), define al concepto de calidad de vida, de la siguiente manera: es parte subjetivo; pero que no se puede admitir que así lo sea totalmente, ya que, si así fuera, estuviésemos renunciando a la posibilidad de su discernimiento científico y de su cuantificación, porque entonces calidad de vida dependería exclusivamente de la escala de valores personales y del mundo de los significados de cada uno.

Así mismo, el autor en mención plantea la diferente percepción y valoración que de la enfermedad tienen el propio paciente y su médico o la familia. Y como conclusión define: que la calidad de vida participan dos elementos muy importantes; uno subjetivo y variable, más en relación con la sensación de felicidad, y con el concepto de cantidad de vida, donde lo que prima es lo personal, y otro, objetivo, invariable, observable, medible, cuantificable, más en relación con unos parámetros externos relacionados con lo que podríamos llamar confort.

Cella (1992), define el concepto de calidad de vida como la evaluación del paciente y su satisfacción con su nivel de funcionamiento comparado con aquello que percibe como posible o ideal. También refiere que existen dos componentes fundamentales del concepto de calidad de vida: la subjetividad y la multidimensionalidad, coincidiendo con la opinión de otros autores.

La subjetividad se refiere al hecho de que la calidad de vida puede ser comprendida sólo desde la perspectiva del paciente. Así como el dolor, que se considera un componente subjetivo, uno puede evaluar la calidad de vida de una persona de manera adecuada sólo preguntándole directamente por la misma. Se toma en cuenta la percepción del paciente de su calidad de vida. De ahí que la definición más útil de calidad de vida es la que incorpora una toma de decisión individual dentro de una apreciación de las principales dimensiones incluidas en el constructo.

La multidimensionalidad de calidad de vida se refiere a un amplio rango de contenido, estas dimensiones importantes de la calidad de vida incluyen el funcionamiento físico, funcional, emocional y social.

Como se aludió anteriormente la percepción del paciente sobre su enfermedad es muy variable, y factores diferentes a la incapacidad actual entran dentro de tal

percepción. Por ejemplo, el mismo grado de náuseas en dos pacientes puede llevar a una disrupción del funcionamiento diario o social agudo en uno de ellos y en el otro a un pequeño cambio. Esto puede deberse a diferencias en la severidad de la reacción emocional hacia las náuseas o puede deberse a diferencias en el rol del paciente, de modo que uno puede funcionar razonablemente bien con las náuseas y el otro no. Sólo una evaluación o medición multidimensional de calidad de vida, puede destacar esta diferenciación.

La subjetividad nunca debe ser confundida con falta de validez. La medición científica que existe debajo de la evaluación de calidad de vida puede asegurar la recolección de datos importantes, reproducibles que pueden ser analizados con tanta confianza como un valor químico de la sangre.

La evaluación del paciente de su calidad de vida es dinámica y cambiante a lo largo del tiempo y quizás también a través de las situaciones. Hay el consenso cada vez mayor sobre la definición de calidad de vida, concluyendo en las siguientes definiciones que son propuestas por dos grupos de investigadores:

1. Calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida como un todo.
2. Calidad de vida se refiere a la estimación y satisfacción del paciente respecto a su nivel normal de vida comparado con el que vea como posible o ideal.

La primera definición, da énfasis a la medida subjetiva y la importancia de una valoración global. La segunda definición, también resalta la evaluación subjetiva de calidad de vida, y la preferencia o valor dado por la persona a su estado de salud actual, es decir, dos personas con la misma discapacidad pueden otorgar un valor distinto a su estado de salud normal.

Toledo (1993), señala que el concepto de calidad de vida hace referencia a: individuos (subjetividad), abarca varias áreas de la vida (multidimensionalidad) y se asocia con la satisfacción percibida actualmente (temporalidad).

1. La subjetividad de la evaluación: cada paciente es único y valora su calidad de vida en función de su experiencia pasada, de sus aspiraciones, de sus deseos, de su filosofía de la vida etc. y que ante unas condiciones objetivas similares, las personas sometidas a ellas diferirán en la evaluación de la calidad de su vida. El concepto de calidad de vida, es por tanto, subjetivo y en él cobran especial importancia las diferencias individuales.

2. Multidimensionalidad: es decir, como afecta la enfermedad y/o tratamiento a los diferentes aspectos de su vida.

3. Temporalidad: la calidad de vida de un paciente es, por antonomasia, dependiente de su estado actual. Por ello, es predecible que su valoración de su calidad de vida cambiará a medida que lo haga su situación., por su cambio personal y evolutivo.

Guillén (1997), ha establecido que existe cuatro contribuyentes dominantes al compuesto calidad de vida: 1) Física u funcionamiento ocupacional (la capacidad para llevar a cabo la propia vocación), 2) Estado psicológico (libre de depresión, ansiedades, etc) 3) Sociabilidad (la capacidad para mantener interacciones sociales y 4) Confort somático (libre de dolor, libre de discomfort, etc).

Aaronson (1988), toman en cuenta lo siguiente para definir calidad de vida:

1. Que la calidad de vida relacionada con la salud, es un concepto multidimensional que incluye áreas extensas del status funcional, bienestar social y psicológico, percepciones de salud y síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

2. Que el grupo de trabajo y la mayoría de investigadores están de acuerdo en que la evaluación de calidad de vida es esencialmente subjetiva y dada por el paciente. Con frecuencia, existe información útil que se puede obtener de los miembros de la familia y el personal médico, sin embargo el enfoque clave es identificar la experiencia subjetiva de la persona, cuya calidad de vida está en cuestión.

La calidad de vida del enfermo crónico depende, como se ve, de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de una y otro. El enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes (demandantes, desequilibradores) de la enfermedad, para conseguir restablecer (o quizás establecer) una vida de la mejor calidad posible, que es una buena "situación de adaptación". Adaptación a la enfermedad y uso de estrategias para afrontarla no pueden considerarse procesos sinónimos. La adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización, mientras que, lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos. Por otro lado, la adaptación desde una perspectiva psicológica se refiere a la capacidad de un sujeto para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social. Así pues, el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento será lo que se evaluará como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida diaria del sujeto ya citadas. (Capacidad funcional, interacción social, respuestas emocionales, etc.).

En cualquier caso, y al margen de los ejemplos concretos, según Marín (1995), parece muy claro que la calidad de vida es un "producto" del proceso de adaptación a la enfermedad y que éste está íntimamente relacionado con el "trabajo" de afrontamiento que el enfermo crónico lleva a cabo.

He mencionado varias definiciones propuestas por varios investigadores, con similitudes en su contenido por definir el concepto, así como investigaciones en la calidad de vida, concluyendo el grupo de trabajo que el progreso más importante se ha logrado en la extensión del conocimiento con respecto a cómo el cáncer afecta la calidad de vida del paciente.

En conclusión, cada vez existe un mayor interés por parte de todos los investigadores en ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por el cáncer. Y según Marín, (1995) hay la necesidad de ampliar la investigación de calidad de vida, pues es probable que los resultados de la valoración de la calidad de vida, se incorpore cada vez más en las decisiones políticas (referidas al área de salud y educación principalmente) puesto que se cuenta con recursos limitados y el objetivo de estos datos de calidad de vida es ayudar a desarrollar estrategias para la mejor asignación de recursos.

Es necesario también, que se defina de un modo operativo, que dimensiones abarca el concepto de calidad de vida. En general, cuando hablamos de calidad de vida en

pacientes oncológicos y funcionamiento social del sujeto, amén de los síntomas relacionados con la enfermedad y/o tratamiento, la mayoría de expertos en este campo ven a la calidad de vida como una estructura multidimensional que incluye varias dimensiones claves. Estas incluyen:

a) Bienestar físico:

La dimensión física se refiere al funcionamiento corporal percibido y observado o disrupción. Se refiere al bienestar físico general tal como es percibido por el paciente.

b) Bienestar funcional (rol-actividades):

La dimensión funcional está correlacionada con la dimensión física pero es diferente a ella. El status funcional se refiere a la capacidad de uno para llevar a cabo actividades relacionadas a necesidades personales, ambiciones y rol social. En el nivel más básico se refiere a funciones de la vida diaria tales como: caminar, alimentarse, bañarse y vestirse por sí mismo. También incluye la capacidad para llevar a cabo responsabilidades dentro y fuera del hogar, incluyendo aquellas con familia, amistades y colegas.

c) Bienestar psicológico:

El funcionamiento psicológico se refiere al estado mental general. Por ejemplo podemos encontrar en las pacientes ansiedad, depresión, cólera, preocupación como posibles consecuencias de la enfermedad y su tratamiento.

d) Bienestar social:

Se refiere a la interacción con otras personas de la comunidad. Incluye dentro del contenido de esta dimensión el soporte social percibido, mantenimiento de actividades libre, funcionamiento familiar, funcionamiento en la intimidad (sexualidad). Ganz, P (1995), toma en cuenta las áreas en mención y asimismo señala que se pueden tener en consideración en la evaluación de la calidad de vida, otros aspectos como preocupaciones espirituales o existenciales, función sexual y la satisfacción con la asistencia de salud.

Es importante tener en cuenta la calidad de vida del paciente durante el tratamiento y los tipos de tratamientos que a pesar de que se hace todo lo posible de prolongar la vida del paciente con tratamientos agresivos afecta su calidad de vida. En relación a esto se refiere que los avances científicos-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapia en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos.

Etapé (1996), menciona que después del tratamiento, se estima de varios estudios, que aproximadamente, el 20% de los pacientes curados tienen problemas significativos con la ansiedad y depresión, y por lo tanto con su performance en sus funciones sociales y laborales. El miedo a la recaída puede ser relacionada con el prejuicio del paciente de que el cáncer nunca se cura. Una vez más, esta es un área donde el brindar a los pacientes de una mejor información puede mejorar su nivel de calidad de vida. Por ejemplo, todos los sobrevivientes de cáncer deben saber que el riesgo de reincidencia disminuye exponencialmente con el tiempo y existe un punto más allá del cual el riesgo de reincidencia es mínima. Así, cuando mayor es el tiempo que el paciente sobrevive mayor es la probabilidad de su cura. El paciente puede estar preocupado acerca del

cáncer familiar y por lo tanto, de un nuevo cáncer en él o en su familia.

b) Objetivos del estudio de la calidad de vida

Desde la última etapa de la década de los ochenta, ha habido un esfuerzo para incluir la valoración de calidad de vida, en cáncer en la práctica clínica a cargo de los equipos de trabajo multidisciplinario. La evaluación de la calidad de vida es una forma adecuada de valorar la eficacia de los tratamientos utilizados en Oncología. Y ello porque la elección de un determinado tratamiento se debe de realizar no solamente en función de la supervivencia y/o parámetros médicos sino también en función de la calidad de vida (Toledo, 1993).

La medida de los cambios en calidad de vida nos sirve para identificar a aquellos pacientes que requieren intervención psicológica. Además, es esencial la reintegración en los distintos roles sociales que anteriormente a la enfermedad asumían: como padres, como parejas, como trabajadores, etc.

Podríamos decir que la evaluación de la calidad de vida cumple con los siguientes objetivos:

- Estudiar el impacto del cáncer y su tratamiento en el funcionamiento (físico, psicológico y social) del paciente.
- Valorar la eficacia de los tratamientos en Oncología.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Ofrecer información útil para la identificación de aquellos pacientes que requieren intervención psicológica y planificación individualizada de programas terapéuticos.
- Una función social ya que aporta información fiable que puede proteger a los pacientes del despido profesional; información útil también para ayudar a los pacientes a reasumir sus anteriores roles sociales y familiares.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.

La introducción de las consideraciones sobre calidad de vida en la investigación y tratamiento de la enfermedad crónica es, por lo tanto, el producto de una tendencia creciente determinada por la propia naturaleza de este tipo de enfermedades. A diferencia de las enfermedades infecciosas, en las que frecuentemente el objetivo terapéutico más realista es la curación, las enfermedades crónicas exigen moderar las expectativas de los pacientes y de sus médicos. El enfermo crónico debe adaptarse a limitaciones funcionales de larga duración. A su vez, los clínicos e investigadores necesitan calibrar constantemente sus instrumentos de evaluación para que reflejen las metas terapéuticas de sus intervenciones. En la medida en que se alcanza un techo en la eficacia de los tratamientos en cuanto a mejorar las tasas de supervivencia, gran parte de la investigación clínica se orienta al desarrollo de formas de tratamiento menos tóxicas y menos discapacitantes. En ese contexto es lógico que se introduzca la consideración de la calidad de vida.

Por otro lado, la aparición del movimiento de derechos de los pacientes, su transformación en “clientes”, y la exigencia cada vez mayor del consentimiento informado

por parte de los pacientes, constituyen factores determinantes de la introducción de la evaluación de la calidad de vida en los enfermos crónicos (Aaronson, 1988).

Finalmente, hay una gran cantidad de estudios psicosociales en el ámbito de la enfermedad crónica que han subrayado el valor de incorporar la perspectiva del paciente cuando se intenta comprender la enfermedad como un fenómeno psicológico y social, y no sólo como un trastorno biológico. Un ejemplo de ello se puede encontrar en el estudio de Coates y cols. (1985), con pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia. Se les pidió que puntuaran la importancia relativa de un conjunto amplio de efectos secundarios del tratamiento, físicos y no físicos. Como era de esperar, los efectos secundarios que se incluyeron más frecuentemente fueron los síntomas físicos más comunes como náuseas y vómitos, fatiga y alopecia. Si embargo, entre los 15 efectos más citados, los pacientes incluyeron también la ansiedad, la depresión, los problemas de sueño, y el impacto negativo del tratamiento sobre su familia, trabajo y actividades sociales. Este tipo de “toxicidad psicológica” es la que no se ha contemplado en la investigación más clásica en el ámbito de las enfermedades crónicas, en general y en de la investigación oncológica en particular.

2.2.5 HOSTILIDAD Y COLERA

2.2.5.1 Enfoques psicológicos de las emociones:

En la literatura psicológica y psiquiátrica los términos hostilidad, cólera y agresión son considerados frecuentemente en conjunto, teniendo en cuenta que estos términos conforman tres aspectos diferentes del comportamiento humano como son la actitud, la reacción emocional y la respuesta instrumental respectivamente.

A través de las diversas investigaciones realizadas acerca de la cólera, hostilidad y agresión, se ha podido observar que las definiciones utilizadas han sido difíciles de definir objetivamente, proclives éstas a la confusión lo cual representa una limitación dentro del marco teórico.

Desde tiempos pasados se sostenía que la emoción se hallaba separada de la cognición; la emoción era considerada como algo primitivo y el pensamiento y la racionalidad como algo divino. Con el desarrollo de la psicología y las evidencias de las investigaciones científicas se pudo comprobar la relación que existe entre estos fenómenos, sobretodo se recalcó la relación estrecha que hay entre la cognición y la emoción. Así, las emociones muchas veces tienen importantes efectos perturbadores en la actividad cognitiva y a la vez como elementos que la afectan en muchos otros aspectos.

La teoría cognitiva de la emoción nombra los primeros intentos de explicarla. Así James-Lange (1885) propusieron que los cambios corporales, a nivel visceral y esquelético, preceden a la experiencia emocional. Posteriormente, Cannon-Bard (1972) postulan que las emociones y la excitación corporal ocurren simultáneamente. Schachter (1971) demuestra que la emoción es una combinación de la excitación física y la etiqueta que se le adjudica. La teoría de la etiquetación señala que la experiencia de la emoción

es precedida por la interpretación de los cambios fisiológicos precedentes. Esta interpretación decide qué emoción particular se está sintiendo y la etiqueta que se le coloca a la excitación depende a qué se le atribuye dicha excitación.

Las teorías que se desarrollan en las siguientes décadas siguen este mismo camino. Uno de los representantes que mejor explica este fenómeno es Richard Lazarus, él enfoca a la emoción desde una perspectiva diferente, la plantea como una respuesta de adaptación al ambiente para lo cual debe primero identificar, evaluar o apreciar la situación.

En los años 80, Lazarus y Folkman presentan su teoría transaccional o relacional de las emociones dónde incluyen al estrés, la evaluación cognitiva y el coping (enfrentamiento), considerados como procesos mediadores dentro de las reacciones emocionales a corto plazo (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al, 1986; Lazarus, 1999).

Estos autores consideran que las emociones son un sistema que depende de una variedad de variables mediadoras y procesos: a) los antecedentes medio ambientales (demandas, constricciones y recursos, ambigüedad e inminencia) y los antecedentes personales (la jerarquía de sus metas y sistemas de creencias); b) los procesos mediadores (la evaluación cognitiva y el coping) y las consecuencias a corto plazo (las emociones durante e inmediatamente después del encuentro; y c) las consecuencias de adaptación a largo plazo (el bienestar o moral subjetivo, el funcionamiento social, la salud corporal. (Lazarus & Folkman, 1987)

Lazarus (1999), define las emociones como: “ un sistema complejo organizado compuesto de pensamientos, creencias, motivos, experiencias corporales subjetivas y estados fisiológicos, todos ellos emergen de nuestra lucha por sobrevivir y florecen de la comprensión del mundo en que vivimos”. (p.100) Considera que hay aproximadamente 15 emociones: 9 negativas (ansiedad, celos, cólera, culpa, disgusto, envidia, pena, susto y vergüenza) 4 positivas (alegría, alivio, amor y orgullo) y dos mixtas (compasión y esperanza) (Lazarus, 1993b, 1993c, 1998).

Si luego de realizar la evaluación cognitiva, la persona evalúa la situación como controlable, tiende mayormente a usar modos de coping enfocado al problema; pero si la evalúa como incontrolable, emplea emoción. En la vida diaria, las evaluaciones cognitivas sobre el control o no de las situaciones es bastante permutable; esto hace que la persona utilice ambos estilos de coping según como estas se van desenvolviendo (Folkman, 1984).

En 1993 Lazarus explica la evolución de su teoría cognitiva-motivacional-relacional de las emociones donde integra los constructos de estrés, evaluación cognitiva y coping (Lazarus, 1993b, 1993c, 1999). Este autor considera que si bien la psicología del estrés se centra en las emociones negativas, las emociones positivas sirven a la persona como respiro (una pausa del estrés) y restauración (reabastecimiento de recursos dañados) y, si expandimos nuestros conocimientos del simple estrés hacia los otros estados emocionales que experimenta la persona, nuestra información será mucho más completa (1993c).

Los seres humanos tienden de por sí a la búsqueda y a la construcción de

significados y constantemente están evaluando cualquier hecho que acontece a su alrededor. Dichas evaluaciones son dirigidas por las estructuras cognitivas que orientan al individuo con relación a lo que es importante para su bienestar tanto físico como psicológico. Las estructuras provienen tanto de la evolución filogenética del individuo, así como de su experiencia social, actuando en forma de creencias que influyen en la evaluación de cualquier evento.

Los esquemas que forman las estructuras cognitivas serán las encargadas de dirigir el análisis de información captadas por los sentidos, simplificándola y organizándola, desechando lo que no es relevante. Estos esquemas, a su vez, establecen en qué focalizará la atención y, por lo tanto, qué es lo que pasará a la conciencia, determinando no solo lo que entra sino también lo que no entra. Las estructuras cognitivas no siempre esperan a que el procesamiento de la información decodifique todos los datos para evaluar lo que está sucediendo en nuestro entorno, sino que el organismo responde rápidamente a señales parciales, a veces con tal velocidad que parecería que el significado y la emoción se dan simultáneamente con la percepción. En suma, aunque no siempre se presentan un proceso consciente, la evaluación cognitiva por mínima que sea siempre precede a la emoción (Lazarus y Folkman, 1986).

Se concluye que la evaluación cognitiva siempre media las reacciones emocionales en mayor o en menor grado, a pesar de que las emociones una vez generadas pueden afectar a su vez los procesos de evaluación.

Por otro lado, los teóricos conductistas intentaron describir la naturaleza de las emociones como la angustia, pero pocos han logrado conceptualizar la naturaleza general de éstas. Por ejemplo, Watson la define como un patrón de reacción hereditario basándose en el esquema estímulo-respuesta. Por otro lado, Skinner señaló que la emoción no es una respuesta sino un estado de fuerza comparable en muchos aspectos a un impulso. Se produce una activación fisiológica durante muchas emociones diferentes. Las emociones crean predisposiciones; es decir, una persona enojada tiene probabilidad de golpear, y una probabilidad disminuida de recompensar a otra persona. De esto se infiere que identificamos los estados de enojo o temor, no al notar los cambios autonómicos, sino más bien al observar cómo el comportamiento de un individuo afecta el ambiente. Skinner presupone que los sentimientos y las emociones internas determinaban el comportamiento, en vez de suponer que son los eventos ambientales los que las motivan.

Estos comentarios son limitados pues no dan mayor importancia a las introspecciones, dando mayor importancia a la expresión de esta experiencia que a lo que la persona siente internamente.

2.2.5.2 El distrés en los pacientes con cáncer

A las personas enfermas con cáncer se les presentan varias situaciones donde el distrés emocional es predominante. Son los momentos donde perciben una mayor amenaza de su salud y bienestar. Recibir por primera vez el diagnóstico, al ser sometidos a alguna de las terapias médicas (cirugía, quimioterapia, radioterapia) al tener sus exámenes para ver si hay una recaída, al presentarse la metástasis, y cuando están en la última fase de la

enfermedad donde decae el estado general de la persona y se aproxima la situación de muerte. En pocas palabras, se presentan los procesos de distrés siempre que en su evaluación cognitiva concluyan que su salud e integridad física y psicológica se ven afectadas. De allí que se hayan hecho diversas investigaciones durante estas etapas de la enfermedad.

Classen y colaboradores (1996), mencionan algunos trabajos en relación al estilo de coping y el ajuste psicológico en los pacientes con cáncer en las diversas etapas de distrés de la enfermedad. Ellos encontraron que las pacientes con cáncer a la mama avanzado, el espíritu de lucha y la expresión emocional estaban asociados con un mejor ajuste.

En el caso de las pacientes con cáncer, la estrategia de coping después de la cirugía depende del contexto en que ocurre la enfermedad y la etapa o fase que se encuentra. Durante los procesos estresantes, varían las emociones y los patrones de coping de las pacientes según las etapas en que se encuentran. El coping mismo es capaz de mediar la consecuencia emocional de la paciente, cuando cambia el estado emocional desde el inicio hasta el final del encuentro. La reevaluación positiva y la solución de problemas planeada cambian las emociones negativas hacia otra y otras menos negativas e positivas, mientras que el coping confrontacional y de distanciamiento se correlacionan con un mayor distrés (Lazarus, 1993a).

Moscoso y colaboradores (2000), basándose en su experiencia definen al distrés psicológico o emocional como: “ una experiencia general sin sufrimiento que incluye una perturbación transitoria del estado de animo, preocupación y desengaño, reflejando una variedad de estresores tales como el diagnostico de cáncer y la tensión provocada o por los abrumadores efectos secundarios de los tratamientos. Este estado emocional esta marcado por sentimientos subjetivos y una constelación de síntomas que varían en intensidad desde los sentimientos de tristeza, incertidumbre, vulnerabilidad, confusión y preocupación a reacciones que pueden ser perturbadoras, tal con la cólera, la ansiedad, el aislamiento social, la desesperanza y la desmoralización”. (p.4)

2.2.5.3 Naturaleza de la conducta agresiva

Acerca del surgimiento y desarrollo de la agresión, es decir, con respecto a su naturaleza misma, se han esbozado a lo largo de la historia de la psicología dos respuestas genéricas: a) la que afirma que la agresión es innata y b) la que señala que por el contrario se trata de una conducta aprendida (Anicama, 1994).

a) Agresión como conducta innata: los dos enfoques más relevantes acerca de la agresión como conducta innata o instintiva son el psicoanalítico y el etológico. El primer, se ha sustentado en los trabajos basados en la teoría psicodinamica de Freud (1920), el cual propone que todos los comportamientos humanos se generan a partir de una interacción compleja entre el eros y el thanatos, así, la agresión deriva del encauzamiento del instinto destructivo de muerte lejos del individuo, dirigiéndolos a los demás (Ollendick y Hersen, 1986).

Mackal (1983) afirma que Freud supuso que el niño nace con pulsiones agresivas, pero que los modelos en que se expresan se aprenden; es así, que la catarsis brinda una

solución única al problema de la agresión humana: si el mecanismo de liberación catártica es bloqueado, el sujeto se pondrá más agresivo, mientras que si se produce la catarsis, la persona se sentirá mejor y menos agresiva. En el hombre existen dos tipos de liberación emotiva: la catarsis verbalizada, teoría enunciada por Freud, y la fatiga (movimiento catártico), que nace de los trabajos en psicología deportiva. A su vez, este enfoque psicoanalítico distingue tres procesos modificadores del impacto agresivo: el desplazamiento a otros objetos, implicación con la libido y sublimación de la energía agresiva, siendo este último de gran importancia por permitir transformar la energía agresiva en energía neutra a disposición del yo, y suponen que si la constancia objetual depende de la capacidad del sujeto para soportar la frustración, también depende de la sublimación de la agresividad, y que la agresividad en el lactante actúa para evitar la insatisfacción y obtener la satisfacción de las necesidades vitales, refiere Ajuriaguerra (1980); por lo que un niño criado libre de toda frustración, carecerá luego de la energía necesaria para ganar recursos en la lucha por la vida, agregando que la fuerza del yo y la fuerza vital, se superponen, con los cuales los impulsos agresivos actúan no por la destrucción, sino por la afirmación de la vida.

El segundo enfoque es el enfoque etológico, postulado por su máximo exponente, K. Lorenz, que considera que la agresión se fundamenta en los factores hereditarios. Se basa en el hecho de que al ser nuestros antecesores animales instintivamente violentos y, dado que hemos evolucionado a partir de ellos, nosotros debemos también ser portadores de impulsos destructivos de nuestras estructuras genéticas. Asimismo, sugiere que la agresión se halla generada por un instinto innato de lucha que el homo sapiens comparte con los organismos vivos, en especial con los vertebrados (Ollendick y Hersen, 1986), aceptando una opinión modificada de auténtico instinto, pues tales respuestas agresivas producen una excitación y su correspondiente apetencia (Ajuriaguerra, 1980) que pueden activarse ante determinados patrones de estímulo.

En consecuencia, la posición etológica postula la imposibilidad de eliminar la agresión del repertorio de los organismos vivos debido a que reconocen que el medio ecológico requiere de la conducta agresiva como mecanismo adaptativo continuo, tanto para la selección natural de las especies como para la conservación de las mismas, por lo que en 1966, Lorenz afirma que: el eliminar, a través de la educación, la urgencia interna a luchar, será, sino imposible, por lo menos muy difícil. (Bandura y Ribes, 1977)

Sin embargo, posteriores observaciones ponen en discusión esta teoría instintiva, siendo la teoría del aprendizaje social su mayor detractor, que reluce la omisión indebida de los factores ambientales y la relación de estos con la conducta. Así, Bandura y Ribes (1977) coinciden en afirmar que el error de dicha proposición estriba en considerar filogenéticamente idénticos (a nivel funcional) al hombre y al resto de vertebrados, por ello no puede dejarse de lado la discontinuidad enorme entre el y sus compañeros de evolución.

Así mismo, si bien la agresividad en animales de una misma especie son instintivas reacciones de defensa, la agresividad humano no es innata, afirma Meerloo (1968; en Ajuriaguerra, 1980), al resultar esta de la desorganización de los impulsos, producidas por diversos factores internos y externos, así como, por la falta de cultura y control. El hombre no es un auténtico luchador, no tiene zarpas ni colmillos como las fieras, ha llegado al

mundo desnudo y sin defensas ni armas, su lucha por la vida se transforma en una batalla interior en defensa de impulsos internos y contra las fuerzas coercitivas del exterior, siendo la agresividad una respuesta humana a frustraciones como el hambre, la carencia de afecto, de comunicación con otros, de satisfacciones sexuales y de acogida.

b) Agresión como conducta aprendida

Los dos enfoques más importantes son: el modelo de impulso provocado y el de aprendizaje social.

El modelo de impulso provocado ha sido desarrollado por el grupo de Yalle, dirigido por Dollard y Miller (1976), quienes sostuvieron que había un componente de frustración preciso que era el que ocasionaba el comportamiento agresivo y delictivo subsecuente. La famosa hipótesis de la frustración-agresión domino a literatura científica en las ciencias médicas, en las ciencias psicológicas y sociales durante unos buenos años, ellos señalaban entonces que la agresión suponía siempre la existencia previa de una frustración y que esta conducía siempre a alguna forma de agresión.

Dicha propuesta precisa que al ocurrir una conducta agresiva, se presupone siempre un hecho frustrante y, a la inversa, la existencia de frustración conduce siempre a algún acto agresivo (Buss, 1961). Sin embargo, a pesar que dicha generalización se corrigiera dos años después, aun se pensaba que la agresión era la respuesta natural dominante a la frustración, y que solo al ser castigado o no recompensada sería posible dar una respuesta diferente (Bandura y Walters, 1977). Así, la afirmación que una conducta agresiva suponía una frustración, condujo al hallazgo de evidencias que la respaldan, según afirman Clarizio y MCCoy (1981), asegurando que un ambiente familiar punitivo, amenazante y de rechazo paternal, son un factor principal entre las correlaciones familiares de la agresión en estudios con niños varones, y que el castigo a la agresión que frustra al niños esta relacionada con una mayor agresividad infantil.

A su vez, resulta cada vez más evidente, para los autores, que la hipótesis frustración-agresión no puede explicar toda conducta agresiva, y que si bien hay investigaciones que revelan aumento de agresión posterior a una frustración, también se halla disminución en algunas de ellas (frustración-agresión) y otras ocasiones no hubo cambio en la agresión. Así mismo, Buss (1961) señala que el énfasis en la frustración descuidó algunos antecedentes importantes (los estímulos nocivos) y a la agresión como respuesta instrumental, admitiendo que la frustración es un antecedente de la agresión pero no la más potente, noción aceptada por Berkowitz (1977), quien realiza una revisión posterior sobre la teoría de la agresión como impulso provocado.

El modelo de aprendizaje social, es un modelo mas reciente vinculado a aquel aporte que se empezó a desarrollar desde Stanford por Bandura y Walters (1974), quienes sostuvieron sobre la base de una serie de investigaciones de campo, en escuelas, en ambientes clínicos y en ambientes comunitarios, que los comportamientos antisociales, agresivos y violentos dependían esencialmente mas de un proceso de aprendizaje, que de cuestiones biológicas o hereditarias.

Entonces mas que poner el énfasis en acontecimientos internos psicológicos o acontecimientos internos bioquímicos o fisiológicos, que no se van a desconocer evidentemente en su totalidad, se sostuvo que el componente principal y aquello que

podrían estar determinando la característica del comportamiento agresivo y violento, eran fundamentalmente un componente de interacción con el ambiente, es decir, un proceso de aprendizaje. El concepto utilizado por Bandura (1977) estuvo vinculado al mecanismo de aprendizaje que ellos descubrieron, que es la imitación, siendo el procedimiento experimental que se introduce el “modelado”.

Además, Bandura y Walters (1974) sostuvieron que la agresión no es una conducta innata, sino que responde al tipo de educación que va a impartirse en el grupo social y que, fundamentalmente este comportamiento de agresión, se aprende por un mecanismo de imitación de modelos y por reforzamiento positivo selectivo a la conducta violenta. Hay entonces dos conceptos de aprendizaje muy importantes: modeling o modelado, que significa que las personas están observando a un modelo agresivo ejecutar un patrón determinado de conducta y en segundo lugar, el concepto de reforzamiento; es decir, las personas por su comportamiento hostil o violento, de alguna forma son reforzadas por ejecutar dicho comportamiento y el sujeto observa entonces el modelo hostil y sus reforzamientos, llamándosele reforzamiento vicario o reforzamiento indirecto. Este controla la adquisición de un mecanismo de aprendizaje y después lo mantiene e incrementa.

Con estos conceptos la teoría del aprendizaje social de Bandura y Walters, tuvo mucho impacto y empezó a generar una importante cantidad de investigación, con la cual se empezaron a rebatir algunos de los conceptos formulados por Dollard y Miller, así como aquellos conceptos de Lorenz, Morris y Freud, quienes postulan un componente innato decisivo en la conducta agresiva.

De acuerdo con Bandura (1973), la definición de un acto agresivo esta en función de múltiples componentes:

1. Topografía y calidad de la conducta.
2. Intensidad de la conducta.
3. Efectos observados.
4. Intenciones del ejecutor.
5. Mayor o menor sensibilización hacia la agresión del calificador.
6. Características individuales del ejecutor de la agresión.

Ahora, al asumir que el comportamiento agresivo es fundamentalmente el resultado de un proceso de aprendizaje social, nos lleva a pensar entonces, que por esos mismos mecanismos de aprendizaje se pueden desarrollar alternativas o procedimientos que impidan el surgimiento de la conducta agresiva, y/o desarrollar procedimientos que la eliminen e instaurar conductas pro-sociales, las cuales por su propia naturaleza, van a suponer la inhibición de la conducta agresiva.

En resumen, el punto de vista conceptual que aquí se asume es uno que integra varios elementos y conceptos de las teorías del aprendizaje. Hay un énfasis en los factores ambientales, sin embargo, no negamos sino más bien integramos en donde sea necesario los componentes fisiológicos, bioquímicos y sociales, pero no los hereditarios.

La conducta agresiva es provocada así por varias condiciones, incluyendo

provocación o estimulación aversiva, altos niveles de actividad emocional y anticipación de consecuencias de refuerzo o castigo. Sin embargo, como ha destacado Bandura (1973), los más poderosos reforzadores para la conducta agresiva son: a) la terminación de una estimulación aversiva o provocación, b) el logro de los resultados o refuerzos deseados y, c) el reforzamiento social usualmente proveído por los amigos. Al respecto, en años recientes, Goldstein (1983), Feindler y Ecton (1986) y Meichenbaum (1985), han enfatizado en los mecanismos de mediación cognitiva para la agresión y ello parece ser una aproximación superior y más global del problema.

La hostilidad vista de manera más amplia es una reacción de la actitud que comporta una reacción verbal implícita de sentimientos negativos, como la mala disposición y evaluaciones negativas de las personas y de los acontecimientos. La respuesta hostil no es instrumental ni autonómica sino más bien engloba a la interpretación y a la evaluación de los estímulos; las evaluaciones negativas no tienen impacto alguno sobre otras personas si no son expresadas verbalmente, pero si estas evaluaciones negativas son verbales, las respuestas hostiles se vuelven en comentarios o afirmaciones agresivas. La hostilidad puede también formar parte de una reacción agresiva si existe un fuerte resentimiento y una evaluación negativa de la que se va a ser la víctima del ataque.

Después de que la cólera disminuye, persisten respuestas verbales negativas debido a resentimientos, celos, o creencias de que otros están amenazando. Estas respuestas han estado condicionadas a la cólera, pero perduran después que la cólera se disipa, dichas respuestas son los residuos llamados hostilidad.

Cuando hablamos de un individuo con nivel alto de hostilidad nos estamos refiriendo a una persona que tiende a percibir de forma negativa distintas situaciones que le generan sentimientos de cólera como molestia, irritación, enfado, entre otros. Mientras que los individuos con niveles bajos de hostilidad son menos propensos a experimentar estados de cólera en situaciones de dificultad o frustración.

Puesto que la hostilidad se desarrolla sobre la base de clasificaciones verbales que identifican y clasifican a los estímulos y las respuestas verbales existen sólo en los seres humanos, la hostilidad sólo tiene lugar en el hombre; por lo tanto, los animales y los bebés no odian sólo se enfurecen y atacan, mas como no poseen mecanismos necesarios para las respuestas simbólicas no son capaces de sentir resentimiento, rencor o venganza.

La agresión es, una respuesta instrumental pero que proporciona castigo. Todas las respuestas poseen dos características: (a) la descarga de estímulos nocivos, y (b) un contexto interpersonal; siendo así la agresión una reacción que descarga estímulos nocivos sobre otro organismo. Sin embargo, siempre que los estímulos nocivos sean administrados dentro del contexto de un comportamiento social reconocido con consecuencias socialmente deseables a largo plazo, el comportamiento no es considerado agresivo, un ejemplo de ello sería un padre que necesita disciplinar a su hijo. Por el contrario, los estímulos nocivos son proporcionados dentro del contexto de una situación interpersonal sin ningún provecho social a largo plazo como consecuencia probable, entonces la reacción es considerada agresiva.

Se asume que la cólera es una reacción emocional con componentes anatómicos,

faciales y del esqueleto; debido a que las expresiones características de la cólera sufren modificaciones durante la socialización, es con los niños donde se le puede observar en sus aspectos faciales y corporales. A ellos se les enseña a modular la agresión como la expresión de la cólera corrigiéndoseles el ceño fruncido o una pose amenazadora de brazos y tras la corrección continua se logra extinguir estas expresiones de cólera. Si bien las actitudes características de la cólera pueden eliminar los aspectos fisiológicos, ellas no son afectadas por la socialización y es difícil controlar las respuestas o prohibirlas en situaciones cotidianas. Por ello los aspectos autonómicos de la cólera permanecen intactos, mientras que los aspectos faciales y actitudinales sí pueden ser modelados o prohibidos.

Si bien la cólera es considerada como una reacción emocional y las emociones tienen propiedades impulsivas, la cólera puede ser considerada como un estado impulsivo mas no el impulso para la agresión, sino como uno de los impulsos que conduce a la agresión.

Estudios de investigación en psicología de la salud y medicina comportamental reportan que la cólera y hostilidad cumplen un rol significativo en la etiología y progreso de ciertas enfermedades. Un representativo porcentaje de dichos trabajos indican que la supresión y la expresión de la cólera contribuyen al progreso de desórdenes físicos tales como la diabetes (De Shields et al., 1989), cáncer (Cox y MarKay, 1982; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Ruiz, Sebastián y Spielberger, 1997), enfermedades cardiovasculares (Chesney y Rosenman, 1985; Spielberg y Moscoso, 1995) y VIH-SIDA (Robins et. al., 1994; Moscoso, 1997; Brown, Schultz, y Gragg, 1995).

Williams, Barefoot y Shekelle (1985), sugieren que la cólera y hostilidad contribuyen al progreso de disfunciones coronarias a través de su asociación con un alto riesgo de actividad neuroendocrina elevando el nivel de vulnerabilidad de la persona enferma.

2.2.5.4 Cólera y tipos de cólera

Es también importante establecer que la experiencia y la expresión de la cólera son dos conceptos distintos fenomenológica y científicamente. Spielberg, Jacobs, Russel y Crane (1983), definieron la cólera como un estado emocional el cual incluye sentimientos que varían en intensidad, desde una simple irritación o molestia hasta una furia intensa; mientras que la hostilidad usualmente involucra sentimientos de cólera, este concepto connota, también, un complejo conjunto de actitudes que motivan directamente la conducta agresiva de destruir o dañar físicamente a otros; y la agresión implica la conducta agresiva propiamente dicha.

Por lo tanto, se define que la cólera como estado emocional es una reacción transitoria entre el individuo y su medio ambiente en un determinado tiempo y espacio.

En la escala de la expresión de la cólera (IMEC) se pueden distinguir dos tipos de cólera: manifiesta y contenida.

La distinción entre “cólera contenida” y “cólera manifiesta” como las principales formas de expresión de la cólera ha sido ampliamente reconocida en el campo de la psicología de la salud y medicina conductual, de manera particular en cuanto al impacto

negativo de la cólera sobre el sistema cardiovascular.

Dentro de la cólera manifiesta se encuentran los individuos que expresan cólera hacia otras personas u objetos del medio ambiente, generalmente es la manifestación de conductas agresivas. Esta cólera directa puede ser expresada en actos físicos como asalto a otras personas, destrucción de objetos o expresada, tanto de forma verbal como física. La cólera puede ser expresada directamente producto de una provocación, frustración o indirectamente asociada a personas u objetos como un agente provocador.

La expresión de la cólera fue inicialmente estudiada por Funkenstein, King y Drolette en el año de 1954. Estos investigadores presentaron condiciones experimentales de cólera inducida en el laboratorio a dos grupos de sujetos con el propósito de evaluar presión sanguínea y pulso. Todos los sujetos que llegaron a experimentar cólera y la dirigieron hacia el investigador o las condiciones de laboratorio fueron clasificadas como “cólera manifiesta” los individuos que lograron suprimir la cólera o que la dirigieron a sí mismos fueron caracterizados como “cólera contenida”. Reportaron estos autores que el aumento en el promedio de pulso para los estudiantes que suprimieron la cólera fueron tres veces mayor que el de los estudiantes que manifestaron cólera.

La supresión de la cólera es aceptada como una respuesta de afrontamiento a la provocación. En la medida que este tipo de respuestas se presenta de manera usual a través de diferentes situaciones sociales el individuo desarrolla estados de hostilidad y resentimiento. Bajo estas condiciones emocionales, los procesos psicofisiológicos son estimulados en base a un conjunto de actitudes y creencias de naturaleza antagonistas; el ritmo cardíaco y la presión sanguínea se elevan produciendo una excitación del sistema nervioso central. En otras palabras, se experimenta un estado de cólera o rabia sin lograr una adecuada forma de expresarla.

En la escala de control de la cólera, se encuentran los individuos que gastan un gran nivel de energía en prevenir tanto la expresión de la cólera (cólera manifiesta) y la experiencia de la misma (cólera contenida) tratando de mantener el control. Si bien es cierto que la necesidad de controlar la cólera es importante, el exceso de ella puede ser dañino, pudiendo dar como resultado la facilidad para expresar estados de depresión.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Cáncer: Es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento anormal de células de acuerdo a un patrón establecido, en las cuales hay una multiplicación incontrolada, que si no se detiene causa la muerte.

Cáncer de mama: Tumor o bulbo maligno localizado en la mama. La principal función de la glándula mamaria es la producción de leche para la lactancia. Por eso cuenta con dos componentes fundamentales: el llamado hacin glandular, que es el sitio donde se produce la leche, y los conductos, por lo cuales sale al exterior.

El cáncer se presenta cuando las células de cualquiera de esos componentes comienzan a reproducirse en forma desordenada afectando el tejido sano que se

encuentra cerca de ellas.

Cirugía mastectomía radical: Consiste en la extirpación de toda la mama y todos los ganglios linfáticos debajo del brazo, y un poco de piel y grasa.

Recidiva: Reparición de los síntomas de una enfermedad. Recurrencia de un neoplasma tras su aparente extirpación completa.

Cirugía de conservación o tumorectomía: Cirugía donde se conserva la mama, y se hace una disección axilar para definir la etapa tumoral y lograr control local. Se practica una incisión horizontal, independiente de la incisión de la mama, siguiendo el surco axilar.

Quimioterapia: La palabra se deriva de una combinación de los sustantivos “química” y “terapia”, que consiste en el uso de drogas (agentes quimioterapéuticos) para destruir o controlar el crecimiento de las células de cáncer. Hoy en día, la quimioterapia es uno de los métodos de mayor uso para el tratamiento del cáncer. Se puede utilizarla solamente o en combinación con otras formas de tratamiento, como lo son principalmente la cirugía o la radioterapia.

Radioterapia: Consiste en la administración de partículas radioactivas que destruyen el tumor. Dichas partículas son invisibles y sólo afectan la zona donde se localiza el cáncer. La radiación es un tipo de energía especial que se transmite a través de ondas.

Metástasis: Las metástasis es la extensión del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Se produce cuando las células irrumpen del lugar donde se halla el tumor primario, se desplazan a través del cuerpo vía torrente sanguíneo y/o circulación linfática y se quedan atrapadas en los capilares de los órganos. Desde allí infiltran el tejido del órgano y se desarrollan formando nuevos depósitos tumorales.

Calidad de Vida: Valoración que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud. Se refiere a la estimación y satisfacción del paciente en los diferentes componentes de su vida. Esto incluye áreas extensas del status funcional, bienestar social, psicológico, y síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Hostilidad: Se refiere a un rasgo de personalidad caracterizado por sentimientos de cólera, actitud negativa y conducta agresiva hacia el medio o hacia sí mismo.

Cólera: Se refiere a un estado emocional caracterizado por diversos sentimientos negativos con varios niveles de intensidad desde una ligera irritación o molestia hasta rabia o furia intensa; los cuales pueden ser expresados conductualmente o no.

Cólera Contenida: Es descrita en términos de la frecuencia con la que un individuo experimenta y a la vez suprime los sentimientos de cólera.

Cólera Manifiesta: Es descrita en términos de la frecuencia con la que un individuo expresa sentimientos de cólera de manera verbal o muestra una conducta agresiva.

2.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CENTRALES

H1: Existen diferencias en las correlaciones entre los componentes de la calidad de vida con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H2: Existen diferencias en las correlaciones entre los componentes de la calidad de vida con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente físico (esfuerzos importantes, desplazamientos y actividades físicas diarias) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H2: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente rol de actividades (impedimento para hacer el trabajo, arreglos del hogar y realizar trabajo profesional) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H3: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente cognitivo (aspectos referidos a la concentración y memoria) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H4: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente emocional (al estado de ánimo) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H5: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente social (actividades sociales y familiares) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H6: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente síntomas (aspectos referidos a fatiga, náuseas, vómitos, dolor, asfixia, insomnio, falta de apetito, estreñimiento y diarrea) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H7: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente económico (impacto económico) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H8: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente de la vida global (calidad de vida en general) con la expresión de hostilidad en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares

pero con intervención quirúrgica conservadora.

H9: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente físico (esfuerzos importantes, desplazamientos y actividades físicas diarias) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H10: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente rol de actividades (impedimento para hacer el trabajo, arreglos del hogar y realizar trabajo profesional) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H11: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente cognitivo (aspectos referidos a la concentración y memoria) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H12: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente emocional (al estado de ánimo) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H13: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente social (actividades sociales y familiares) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H14: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente síntomas (aspectos referidos a fatiga, náuseas, vómitos, dolor, asfixia, insomnio, falta de apetito, estreñimiento y diarrea) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H15: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente económico (impacto económico) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

H16: Existen diferencias en las correlaciones entre la calidad de vida en el componente de la vida global (calidad de vida en general) con la expresión de cólera en las mujeres sometidas a la intervención quirúrgica radical con respecto a sus similares pero con intervención quirúrgica conservadora.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es Descriptivo Correlacional, con un diseño Comparativo, puesto que nuestro propósito consiste en averiguar la correlación entre los componentes de la calidad de vida con la expresión de la hostilidad primero y luego con los tipos de expresión de cólera, en mujeres con cáncer de mama donde un grupo ha sido sometido a cirugía radical y el otro grupo a cirugía conservadora.

Este diseño escogido, corresponde al plan o estrategia para responder a las hipótesis planteadas en el presente trabajo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

La población considerada en el presente estudio, comprende a las aseguradas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que asisten el Servicio de Oncología, diagnosticadas con cáncer de mama. De dicha población no fue posible obtener el número total de pacientes atendidas en esta institución, razón por la cual se optó por una

muestra intencional no probabilística, sin embargo los resultados no permiten una generalización mayor para otros casos no contemplados en este estudio.

Los requisitos de inclusión que asumimos en la selección de la muestra fueron los siguientes:

- Edad: se incluyen edades a partir de los 30 años.
- Sexo: femenino.
- Maternidad: con o sin hijos.
- Grado de instrucción: todas aquellas mujeres con estudios secundarios y superior.
- Ocupación: se toma en cuenta cualquier actividad ocupacional.
- Lugar de procedencia: de cualquier departamento del Perú.
- Estado civil: soltera, casada, viuda, separada, divorciada, conviviente.
- Condición médica: pacientes con diagnóstico de cáncer de mama estadios I, II que fueran sometidas a cirugía.
- Período del estudio: a partir de los seis meses post-operatorio hasta los 2 años y medios pasados de la cirugía.

De esta manera la muestra quedo constituida por 70 pacientes de sexo femenino diagnosticadas con cáncer de mama. De ellas 35 fueron intervenidas con Cirugía Radical (mastectomía) y las otras 35 con Cirugía Conservadora (tumorectomía).

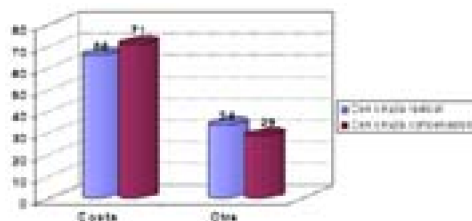
En las tablas 1,2,3 y 4 se resume las características socio demográficas y de enfermedad de la muestra investigada.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra investigada

Características cualitativas		Con Cirugía radical (n=35)	Con Cirugía conservador (n=35)	Total
Estado Civil	Soltera	8	3	11
	Casada	19	22	41
	Viuda	7	6	13
	Conviviente	1		1
	Separada		4	4
Grado de Instrucción	Secundaria	21	20	41
	Superior	14	15	29
Lugar de nacimiento	Costa	23	25	48
	Sierra	9	8	17
	Selva	3	2	5
Ciudad en que vive actualmente	Lima	29	31	60
	Provincia	6	4	10

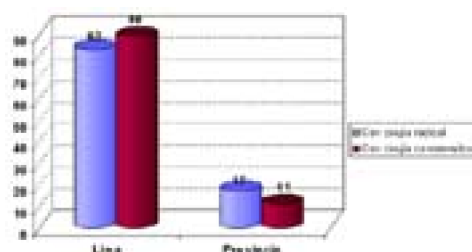
Como se muestra en la tabla 1, los grupos de estudio que se formaron son muy

semejantes. En ambos grupos prevalecen las mujeres casadas con educación de nivel secundaria, costeñas y que viven en Lima. Véase figuras 1 a 4.



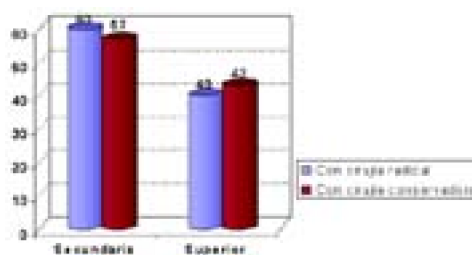
Gráfica 1: Región de procedencia de las evaluadas por grupos de estudio

Como se puede ver en la gráfica el 66 % de las evaluadas con cirugía radical y el 71 % de las evaluadas con cirugía conservadora es de la costa. Mientras que un 34% de las evaluadas con cirugía radical y 29% de las evaluadas con cirugía conservadora pertenecen a otras regiones.



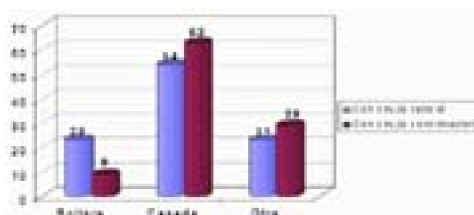
Gráfica 2: Residencia de las evaluadas por grupos de estudio

De la gráfica se desprende que el 83 % de las evaluadas con cirugía radical y el 89% de las evaluadas con cirugía conservadora es de Lima. Mientras que un 17% de evaluadas con cirugía radical y 11% de evaluadas con cirugía conservadora pertenecen a provincias.



Gráfica 3: Nivel educativo de las evaluadas por grupos de estudio.

Como se puede ver en la gráfica el 60 % de las evaluadas con cirugía radical y el 57 % de las evaluadas con cirugía conservadora posee educación secundaria. Mientras que un 40% de evaluadas con cirugía radical y 43% de evaluadas con cirugía conservadora poseen educación superior.



Gráfica 4: Estado civil de las evaluadas por grupos de estudio

De la gráfica se desprende que el 54 % de las evaluadas con cirugía radical y el 63 % de las evaluadas con cirugía conservadora es casada. El 23% de las evaluadas con cirugía radical y el 9% de las evaluadas con cirugía conservadora es soltera.

Tabla 2: Características cuantitativas de la muestra investigada

Características cuantitativas	Estadísticas	Con Cirugía Radical (n=19)	Con Cirugía Conservadora (n=12)
Edad	Media	48.17	56.11
	Desviación estándar	10.51	10.47
	Coeficiente de variabilidad	21.83	18.66
Edad de la primera relación	Media	22.25	24.53
	Desviación estándar	3.72	4.14
	Coeficiente de variabilidad	16.72	16.89
Número de hijos naturales	Media	2.42	1.89
	Desviación estándar	1.08	1.70
	Coeficiente de variabilidad	44.84	89.52

Para 19 mujeres del grupo al que se practicó Cirugía radical el promedio de edad era de 48 años (de 30 a 65 años), el promedio de la edad en la que tuvieron su primera relación sexual fue de 22 años (17 a 29 años) y el número promedio de hijos es 2 (de 1 a 4).

Para 12 mujeres del grupo al que se practico Cirugía conservadora el promedio de edad era de 56 años (de 36 a 74 años), el promedio de la edad en la que tuvieron su primera relación sexual fue de 23 años (18 a 35 años) y el número promedio de hijos es 2 (de 0 a 5).

Por otro lado, el ingreso económico promedio es de 931 soles y 837 para el primer y segundo grupo respectivamente.

Tabla 3: Características de la enfermedad para la muestra investigada

Características de la enfermedad		Con Cirugía Radical (n=35)	Con Cirugía Conservadora (n=35)	Total
Hace cuanto tiempo se le diagnostico cáncer de mama(años)	1	9	18	27
	2	18	16	34
	3	6	1	7
	4	2	0	2
Hace cuanto tiempo fue operada	1	17	25	42
	2	18	10	28
Regresa el cáncer de mama	Sí	2	1	3
	No	33	34	67
Fue operada por segunda vez	Sí	0	2	2
	No	35	33	68
Tiene algún familiar con cáncer	Sí	29	27	56
	No	6	8	14
Estadio	I	0	19	19
	II	35	16	51

De la tabla 3 se desprende que ambos grupos tienen entre 1 o 2 años desde que se la practico la Cirugía radical tiempo similar desde que se les diagnóstico el cáncer a la mama. A la gran mayoría de ambos grupos no le ha vuelto el cáncer y por tanto no ha sido operada por segunda vez. También una inmensa mayoría de ellas declara tener algún familiar con cáncer. Todas las personas con que fueron operadas con Cirugía radical están en el estadio II de la enfermedad mientras que el grupo al que se hizo una operación conservadora se divide entre el estadio I y II de la enfermedad.

La presencia de cáncer en algún familiar merece un análisis más detallado.

En la tabla 4 se informa si la paciente tiene 1, 2 o 3 familiares con cáncer y el grado de parentesco. También aquí se observa que los grupos son muy similares y que en ellos la presencia de cáncer es muy cercana.

Tabla 4: Número y grado de parentesco de familiares con cáncer para la muestra investigada

Número y grado de parentesco de familiares con cáncer		Con cirugía Radical	Con Cirugía Conservadora	Total
1. familiar	Madre	4	2	6
	Padre	3	3	6
	Hermano(a)	3	6	9
	Abuela	4	3	7
	Tía(o)	8	5	13
	Subtotal	22	19	41
2 familiares	Madre/padre		1	1
	Madre/hermana(o)	1	2	3
	Padre/hermana(o)	1		1
	Abuela(o)/madre		1	1
	Abuela/tía(o)	2		2
	Madre/tía(o)		2	2
	Padre/tía(o)		1	1
	Tía(o)/hermana(o)	2	1	3
	Sub total	6	7	13
3 familiares	Abuela(o)/hermana(o) tía(o)/	1		1
No informa		6	8	14
Total		35	35	70

3.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables que vamos asumir en el presente trabajo serán:

- En el análisis correlacional:
 - V1: Calidad de vida.
 - V2: Expresión de la Hostilidad.
 - V3: Expresión de la Cólera.
- En el análisis comparativo:
 - **Variable Independiente:** los dos tipos de cirugía: radical y conservadora.
 - **Variable Dependiente:** los coeficientes de relación entre las respuestas dadas a los ítems de los componentes de Calidad de vida con la Hostilidad y cólera.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Ficha de registro personal;
- Historia Clínica;
- Entrevista;
- Cuestionarios:
 - Calidad de Vida: EORTC- QLQ-C30.
 - Expresión de Hostilidad y Cólera: IMECH

3.4.1 Ficha de registro personal:

Su aplicabilidad tiene como objetivo el registro de datos básicos de los pacientes, como edad, lugar de nacimiento, ocupación, etc. cuyo modelo se puede ver en el anexo.

3.4.2 Historia Clínica:

La historia clínica es el protocolo médico clínico que siguen el personal médico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en la que se consigna los siguientes datos: nombre, apellido, edad, motivo atención médica, médico responsable, diagnóstico, estadio de la enfermedad, seguimiento, pronóstico y observaciones.

3.4.3 Entrevista:

La entrevista se utilizó como un medio para establecer el rapport con las pacientes e invitarles a participar en la investigación a realizarse. Adicionalmente si aprovecho la ocasión para escuchar atentamente las pacientes sin pretender intervención alguna.

3.4.4 Cuestionario de Calidad de Vida: EORTC QLQ-C30

- Autor: Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer (EORTC).
- Administración: Individual.
- Duración: 20 minutos aproximadamente.
- Número de ítems: consta de 30 ítems.

- **Ámbito de aplicación:** se considera que el cuestionario es aplicable a pacientes con cáncer.
- **Objetivo:** medir y evaluar como el cáncer y tratamiento pueden estar afectando su calidad de vida, en relación a sus diversas áreas de funcionamiento.
- **Escalas y ítems:**

a) Escala Física	1,2,3,4,5.
b) Escala Rol De Actividades	6,7.
c) Escala Cognitiva	20,25.
d) Escala Emocional	21,22,23,24.
e) Escala Social	26,27.
f) Escala De Síntomas	10,12,18,14,15,9,19,8,11,13,16,17.
g) Escala Económica	28.
h) Escala De Vida Global	29,30.

Calificación

De acuerdo con la calificación que puede se ver en el anexo pag. 176.

Confiabilidad

La confiabilidad en el Perú fue revisada por Velásquez (1997), psicóloga del Hospital de Neoplasias con 173 pacientes utilizando el método de consistencia interna mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados para cada una de las escalas, antes y después del tratamiento que a continuación se reproduce:

ESCALA	Antes del Tratamiento	Después del Tratamiento
Físico.	74.	76
Rol-Actividad	77.	75
Cognitivo.	75	73
Emocional.	74.	80
Social.	75	.74
Síntomas.	71	.73
Impacto Económico.	76.	78

Por los coeficientes hallados en ambos momentos nos da un indicador de la estabilidad de la medición del cuestionario.

Validez

Realizada por Velásquez (1997), en el Hospital Neoplásicas, fue mediante la validez de construcción efectuando las correlaciones intertest, observó las correlaciones entre escalas en ambos momentos de la aplicación del cuestionario del QLQ-30 EORTC, encontrándose que las correlaciones entre las escalas Físico con Actividad (P 0.0001), Físico con Síntomas (P 0.0008), Actividad con Síntomas (P 0.0002), Cognitivo con

Síntomas (P 0.0001), Cognitivo con Impacto Económico (P 0.01), Social con Síntomas (P 0.0007), se siguen correlacionando en ambos momentos, antes de la cirugía y después de la cirugía, lo que indica que es una prueba con validez.

Para la presente investigación hemos revisado la Consistencia Interna del Cuestionario QLQ-C30, para lo cual se ha efectuado las correlaciones interescalas enfatizando en las relaciones con la Escala de Vida Global. Para este análisis es necesario recordar que las 7 primeras escalas a mayor puntuación indican menor calidad de vida, por lo contrario la Escala de Vida Global a mayor puntuación indica mayor calidad de vida, por lo tanto si el Cuestionario esta cumpliendo su propósito de medida debemos encontrar que las 7 escalas tengan correlaciones adecuadas entre ellas, pero que tengan dirección negativa con la Escala de Vida Global. De cumplirse esta condición nos esta indicando que efectivamente cuanto menos bienestar tenga el sujeto, en cada una de las escalas, debe presentar menos bienestar global, es decir que a menos puntuación en cada una de las escalas como índice de buena calidad de vida debe obtenerse una puntuación en la escala global mayor como indicador de buena calidad de vida, resultado que se ha confirmado en la presente investigación tal como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 5: De correlaciones ínter escalares del Cuestionario de Calidad de Vida, obtenida con una muestra de 70 mujeres.

	EF	ER	EC	EE	ES	ED	EE
EF	1						
ER	0.9417	1					
EC	0.9417	1	1				
EE	0.91	0.9648	0.9648	1			
ES	0.8879	0.9458	0.9458	0.9521	1		
ED	0.9478	0.9628	0.9628	0.9564	0.9581	1	
EE	0.3444	0.4873	0.4873	0.4622	0.4449	0.4006	1

3.4.5 Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. (IMECH).

Adaptado en el español por Moscoso y Reheiser (1996) de la versión original en ingles State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) elaborado por Charles Spielberger y otros (1988), y en el Perú Nelly Ugarriza (1998) lo normalizó.

- Autores: Spielberger, C.D (1988).
- Procedencia: USA.
- Administración: Individual y Colectiva
- Aplicación: Adolescentes y Adultos
- Duración: 10 a 15 minutos

- Objetivo: brindar una medición concisa del modo como se experimenta y expresa la cólera.

Calificación

De acuerdo con la calificación que puede se ver en el anexo pag. 181.

Validez y Confiabilidad

Para la confiabilidad y la validez se ha trabajado con el método de la consistencia interna que permite conocer la variabilidad de los ítems respecto a la puntuación total.

La validez de construcción se puede investigar mediante diferentes técnicas que se pueden agrupar en cinco categorías: métodos intra pruebas, métodos inter pruebas, estudios relacionados con los criterios, manipulaciones experimentales y estudios de capacidad de generalización.

Para este estudio se ha elegido una subclase de método intra pruebas, el de homogeneidad que se han obtenido mediante la determinación de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach y se obtuvo los siguientes resultados, para los diferentes subtests varia dependiendo de las características de la muestra, así los coeficientes alfa para cólera-estado (.9482) y cólera-rasgo (.8841) en el intervalo de 24-26 años es más elevado que para los otros grupos etáneos. En el mismo sentido, aunque ligeramente más bajos, los coeficientes alfa alcanzados considerando las variables sexo, tipo de universidad y especialidad demuestran que la confiabilidad expresada a través de la consistencia interna es satisfacción y no es afectada por las variables mencionadas. En general los reactivos de las diferentes áreas del IMECH se intercorrelacionan significativamente.

Relaciones entre las variables Cólera-Hostilidad

Las correlaciones más altas y significativas al.001 se dan entre Cólera-Rasgo (CR) con Cólera-Temperamento (Ct) (.9094) y Cólera-Rasgo con Cólera Reacción (Cr) (.8543) Ct y Cr miden las diferencias individuales en la disposición a experimentar cólera, (ser colérico) sin ser específicamente provocado (Ct) y cuando se es criticado (Cr).

Las pruebas pueden verse en el anexo.

Para la presente investigación hemos revisado la Consistencia Interna del Inventario IMECH, correlacionando la varianza de cada ítem con la varianza total, obteniendo los resultados que ha continuación se reproduce.

Tabla 6: De Consistencia Interna del Inventario Multicultural Latinoamericano de la expresión de hostilidad y cólera, obtenida con un grupo de 70 mujeres de la ciudad de Lima.

	r20	Decisión
Escala de Hostilidad	0.93	Muy buena
Escala de Cólera	0.83	Alta

3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La decisión de estadístico paramétrico para la análisis de los resultados de la presente investigación fue debido primero que los datos se muestran simétricos, y como prueba de verificación mediante el test de Smirnov-Kolmorokov obtiene valor cuyo p. es inferior a 0.05 lo que indica que los datos se distribuyen dentro de la normalidad estadística.

Con tal criterio se utilizó estadísticos descriptivos como media aritmética, desviación standart, coeficiente de variabilidad, además de gráficas para la visualización de los resultados.

En la análisis inferencial fue mediante la razón crítica de diferencia de medias conocida también como la prueba t. de student.

Para calcular las correlaciones se utilizó el coeficiente de análisis de producto de momento de Pearson y para calcular la significación de estas correlaciones se utilizó la prueba t. de student para coeficiente de correlaciones.

Los cálculos se efectuaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 9.0.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo analizaremos los resultados con el propósito de despejar la interrogante planteada cuyo objetivo consiste en conocer la relación entre la Calidad de Vida con la expresión de Hostilidad y Cólera en mujeres con cáncer de mama que presentan intervención quirúrgica radical y intervención quirúrgica conservadora. Para este fin se examinó a las pacientes con las pruebas IMECH y EORTC-QLQ –C30, luego los resultados fueron sometidos a la prueba de normalidad de Sminorv-Kolmorogov, obteniendo un valor $p < 0.05$ lo que indica que el estadístico que se puede utilizar es para distribuciones normales, refiriéndonos a estadísticos paramétricos.

Los estadísticos calculados corresponden a la correlación de Pearson, la media aritmética, desviación standart, como prueba de contrastaciones la t de student aplicados y analizados en el orden siguiente.

Primero, se calculo las correlaciones con el coeficiente de Pearson entre la expresión de hostilidad, tipos de cólera con cada componente de la calidad de vida, tanto para el grupo total, como para el grupo de pacientes con cirugía radical y el grupo con cirugía conservadora.

Luego se analiza y se compara cada uno de los componentes de la calidad de vida

en ambos grupos, haciendo lo propio con la expresión de hostilidad y la cólera en cada uno de sus tipos.

4.1.1 Relación entre la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en la muestra total.

Al efectuar las correlaciones entre la expresión de hostilidad y los tipos de cólera con los componentes de la calidad de vida, hemos calculado para cada coeficiente de correlación su significación mediante la prueba t de student respectiva, con el propósito de verificar si el coeficiente hallado es real o espurio.

En general no se ha encontrado correlaciones entre la expresión de hostilidad y las escalas de calidad de vida en la muestra total de pacientes, salvo entre la escala de síntomas con la hostilidad con un valor r 0.24 cuyo valor p de 0.041 indica que es significativo al 0.05 de margen de error. Siendo la dirección positiva indica que en la medida que aumenta la hostilidad, aumenta la sintomatología en contra de la calidad de vida.

Por otro lado, no se ha encontrado correlación significativa entre las escalas de la calidad de vida y tipos de cólera: cólera manifiesta, cólera contenida, control de cólera manifiesta y control de cólera contenida, salvo en el caso de la escala de síntomas que correlaciona con la expresión de cólera, con un valor r 0.27 cuyo valor p de 0.022 indica que es significativa al 0.05. Nuevamente la dirección positiva indica que a mayor expresión de cólera habrá mayor sintomatología obviamente en contra de la calidad de vida.

Es conveniente destacar que en 2 de las 48 correlaciones calculadas lo que representa solo el 4%, hemos encontrado relación significativa. De lo hallado se desprende que la expresión de hostilidad y tipos de cólera con cada componente de la calidad de vida son variables independientes.

En suma, después de 6 meses o más tiempo de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos presentan correlación significativa entre la percepción de su calidad de vida referente a síntomas (fatiga, náuseas, vómitos, dolor, asfixia, insomnio, falta de apetito, estreñimiento y diarrea) con sus puntajes en hostilidad y expresión de cólera, lo que se puede ver en la tabla 7.

Tabla 7: Correlaciones entre los puntajes de expresión de Hostilidad y Tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en la muestra total.

		H	CM	CC	CCC	CCM	EC
Escala Física	r	0.150	0.074	0.057	0.000	-0.053	0.073
	sig	0.215	0.542	0.642	0.999	0.664	0.546
Escala de Rol de Actividades	r	0.032	-0.022	-0.063	-0.064	-0.149	0.060
	sig	0.795	0.855	0.605	0.599	0.217	0.625
Escala Cognitiva	r	0.066	0.004	0.097	-0.081	0.064	0.051
	sig	0.589	0.972	0.424	0.503	0.601	0.673
Escala Emocional	r	0.168	0.137	-0.059	-0.010	-0.035	0.040
	sig	0.166	0.258	0.629	0.935	0.773	0.740
Escala Social	r	0.127	0.045	0.236	-0.066	0.018	0.139
	sig	0.294	0.709	0.050	0.590	0.882	0.250
Escala de Síntomas	r	0.245	0.203	0.164	-0.114	-0.189	0.274
	sig	0.041*	0.092	0.174	0.349	0.117	0.022*
Escala Económica	r	-0.006	0.125	0.075	-0.155	-0.109	0.191
	sig	0.962	0.302	0.539	0.201	0.371	0.113
Escala de Vida Global	r	-0.123	-0.021	0.031	0.100	-0.012	-0.032
	sig	0.309	0.864	0.799	0.410	0.920	0.794

*: sig <0.05. Hay diferencias estadísticamente significativas al 5 %

H: Hostilidad

CC: Control de cólera

CM: Cólera manifiesta

CCC: Control de cólera contenida

CCM: Control de cólera manifiesta

EC: Expresión de cólera

4.1.2 Relación entre la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en el grupo con cirugía radical:

Efectuando un análisis similar al anterior pero esta vez solo con cirugía radical, en general no se ha encontrado correlaciones significativas entre la expresión de hostilidad y los componentes de la calidad de vida.

Tampoco se ha encontrado correlación significativa entre los tipos de cólera: cólera manifiesta, control de cólera, control de cólera contenida y las escalas de la calidad de vida. Solo se ha encontrado correlación entre la escala de síntomas con la expresión de cólera con un valor r 0.431 cuyo valor p de 0.010 es muy significativa a 0.05. Un resultado similar pero de dirección inversa se ha encontrado entre el control de cólera manifiesta con síntomas.

La correlación encontrada entre la expresión de cólera con la escala de síntomas de

la calidad de vida es de 0.43 que indica que a mayor expresión de cólera habrá mayor sintomatología.

La correlación encontrada entre control de cólera manifiesta con la escala de síntomas de la calidad de vida es de -0.43 que indica que a mayor control de cólera manifiesta habrá menor sintomatología. La dirección de la correlación entre control de cólera manifiesta con la escala de sintomatología tiene dirección negativa de -0.43 lo que indica que cuando sube el control de la cólera disminuye la sintomatología, mejorando la calidad de vida.

En este análisis encontramos un resultado similar al anterior, solo en el 4% de las correlaciones calculadas estas son significativas. Por tanto, se concluye que la expresión de hostilidad y tipos de cólera son variables independientes.

Después de 6 meses a más tiempo de producida la intervención quirúrgica radical, las pacientes presentan correlación entre la percepción de su calidad de vida referente a síntomas (fatiga, náuseas, vómitos, dolor, asfixia, insomnio, falta de apetito, estreñimiento y diarrea) con sus puntajes en control de cólera manifiesta y expresión de cólera, lo que puede verse en la tabla 8.

Tabla 8: Correlaciones entre los puntajes de la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en el grupo con cirugía radical.

		H	CM	CC	CCC	CCM	EC
Escala Física	R	0.045	0.096	0.074	0.083	-0.124	0.087
	Sig	0.796	0.584	0.675	0.634	0.480	0.621
Escala de Rol de Actividades	R	-0.022	-0.014	-0.191	0.092	0.007	-0.135
	Sig	0.900	0.935	0.273	0.599	0.966	0.438
Escala Cognitiva	R	-0.109	-0.048	0.037	0.089	0.189	-0.117
	Sig	0.534	0.784	0.831	0.610	0.277	0.505
Escala Emocional	R	0.168	0.188	-0.192	0.188	-0.209	-0.013
	Sig	0.336	0.279	0.268	0.279	0.228	0.941
Escala Social	R	-0.091	-0.007	0.142	0.002	0.071	0.033
	Sig	0.602	0.969	0.416	0.991	0.685	0.850
Escala de Síntomas	R	0.223	0.256	0.205	-0.150	-0.432	0.431
	Sig	0.198	0.138	0.236	0.391	0.010*	0.010*
Escala Económica	R	-0.054	0.084	0.076	-0.298	-0.089	0.225
	Sig	0.758	0.633	0.663	0.082	0.610	0.194
Escala de Vida Global	R	-0.216	-0.128	0.055	0.026	0.230	-0.127
	Sig	0.214	0.464	0.753	0.880	0.185	0.466

*: sig <0.05. Hay diferencias estadísticamente significativas al 5 %

H: Hostilidad

CC: Control de cólera

CM: Cólera manifiesta

CCC: Control de cólera contenida

CCM: Control de cólera manifiesta

EC: Expresión de cólera

4.1.3 Relación entre la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en el grupo con Cirugía Conservadora

Efectuando un análisis similar al anterior pero esta vez solo con cirugía conservadora, en general no se ha encontrado correlaciones significativas entre la expresión de hostilidad y los componentes de la calidad de vida.

Tampoco se ha encontrado correlación significativa entre los tipos de cólera y las escalas de calidad de vida. Con excepción, de la escala cognitiva con el control de cólera contenida con un coeficiente r igual a -0.33 que resulta significativo al 0.05 de margen de error. Que indica que a mayor control de cólera contenida habrá menor concentración y atención, esto significa que posiblemente las pacientes controlen su cólera utilizando como mecanismo la distracción o las supresiones y olvidos.

Esta vez de las 48 correlaciones calculadas solo en el 2% hemos encontrado correlaciones significativas, hecho que significa que estas variables son independientes.

En síntesis después de 6 meses a más tiempo de producida la intervención quirúrgica radical, las pacientes presentan correlación inversa negativa entre la percepción de su calidad de vida referente a cognición (memoria y concentración) con sus puntajes en control de cólera contenida, lo que puede se ver en la tabla 9.

Tabla 9: Correlaciones entre los puntajes de la expresión de Hostilidad y tipos de Cólera con cada componente de la Calidad de Vida en el grupo con Cirugía Conservadora

		H	CM	CC	CCC	CCM	EC
Escala Física	r	0.229	0.002	0.008	-0.099	0.023	0.039
	sig	0.185	0.992	0.965	0.570	0.896	0.826
Escala de Rol de Actividades	r	0.083	-0.050	0.073	-0.214	-0.292	0.246
	sig	0.637	0.776	0.678	0.217	0.089	0.154
Escala Cognitiva	r	0.203	-0.063	0.108	-0.334	-0.025	0.188
	sig	0.242	0.717	0.538	0.050*	0.887	0.280
Escala Emocional	r	0.106	0.004	0.031	-0.231	0.145	0.053
	sig	0.546	0.982	0.858	0.183	0.406	0.764
Escala Social	r	0.247	-0.148	0.267	-0.302	0.044	0.179
	sig	0.152	0.398	0.120	0.078	0.803	0.303
Escala de Síntomas	r	0.220	0.096	0.093	-0.146	-0.010	0.139
	sig	0.205	0.585	0.597	0.404	0.956	0.426
Escala Económica	r	-0.059	0.046	-0.011	-0.102	-0.101	0.103
	sig	0.735	0.792	0.950	0.561	0.564	0.555
Escala de Vida Global	r	0.007	0.138	0.055	0.194	-0.202	0.070
	sig	0.966	0.430	0.752	0.263	0.245	0.688

*: sig <0.05. Hay diferencias estadísticamente significativas al 5 %

H: Hostilidad

CM: Cólera manifiesta

CCM: Control de cólera manifiesta

CC: Control de cólera

CCC: Control de cólera contenida

EC: Expresión de cólera

4.1.4 Comparación de las medias de las variables de Calidad de Vida según los grupos investigados

En los componentes de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama atendidas unas con cirugía radical y otras con cirugía conservadora, para el análisis de contrastación hemos calculado la media aritmética y la desviación standart de cada uno de los componentes de la calidad de vida para los dos grupos, cuyas medias aritméticas se constrataron con la prueba t de student que a continuación detallamos:

- En el componente Físico de la Calidad de Vida no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos físicos como hacer actividades que requieren esfuerzo importante, paseos y valerse por sí mismo, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos muestran los mismos puntajes de percepción de calidad física negativa. Los promedios

alcanzados por ambos grupos superan apenas el puntaje mínimo de calidad física negativa que significa que las pacientes no admiten mayores dificultades en sus actividades físicas diarias, tal como se puede ver en la tabla 10.

Tabla 10: Comparación de las medias aritméticas de la Escala Física según grupos investigados a través de la prueba t de student.

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t.	gl	sig	Diferencias
Escala Física	Con Cirugía Radical	5.83	0.79				
				0.90	68	0.14	No
	Con Cirugía Conservadora	5.66	0.80				

En el componente rol de actividades no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos de impedimento para hacer el trabajo y arreglos del hogar y realizar trabajo profesional, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos muestran los mismos puntajes de percepción de calidad de rol de actividades negativas. Los promedios alcanzados por ambos grupos superan apenas el puntaje mínimo de calidad en el rol de actividades, que significa que las pacientes no admiten mayores dificultades en el ejercicio de su rol de actividades.

Tabla 11: Comparación de las medias de la escala rol de actividades según grupos investigados a través de la prueba t de student

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t.	gl	sig	Diferencias
Escala de Rol de Actividades	Con Cirugía Radical	2.17	0.45				
				0.27	68	0.787	No
	Con Cirugía Conservadora	2.14	0.43				

En el componente cognitivo no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos de la escala cognitivo como dificultad para concentrarse y recordar cosas, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos muestran los mismos puntajes de percepción de calidad cognitiva negativa. Los promedios alcanzados por ambos grupos superan el puntaje mínimo de calidad cognitiva que significa que las pacientes no admiten mayores dificultades en la concentración y el recuerdo de cosas.

Tabla 12: Comparación de las medias de la Escala Cognitiva según grupos investigados a través de la prueba t de student.

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t.	gl	sig	Diferencias
Escala Cognitiva	Con Cirugía radical	3.66	1.37				
				1.89	68	0.063	No
	Con Cirugía conservadora	3.09	1.15				

- En el componente emocional no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos de la escala emocional como sentirse nerviosa, preocupada, irritable y deprimida, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos muestran los mismos puntajes de percepción de calidad emocional negativa. Los promedios alcanzados por ambos grupos superan el puntaje mínimo de calidad cognitiva que significa que las pacientes no admiten una repercusión mediana en su calidad emocional.

Tabla 13: Comparación de las medias de la Escala Emocional según grupos investigados a través de la prueba t de student

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t.	gl	sig	Diferencias
Escala Emocional	Con Cirugía Radical	8.49	2.92				
				1.48	68	0.144	No
	Con Cirugía Conservadora	7.46	2.89				

- En el componente social se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos de la escala social como percibir que el tratamiento médico y la enfermedad influyen en sus actividades sociales y familiares, en los dos grupos investigados, al comparar las medias aritméticas encontramos un valor p. 3.87 muy significativo. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes sometidas a cirugía radical muestran mayor puntaje de percepción de calidad social negativa, quienes admiten más que el tratamiento médico y la enfermedad influyen en su actividad social y familiar. Es conveniente recordar que el puntaje alto en esta escala indica percepción inadecuada de la atención médica y mayor influencia de la enfermedad sobre su vida social y familiar.

Tabla 14: Comparación de las medias de la Escala Social según grupos investigados a través de la prueba t de student

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t.	gl	sig	Diferencias
Escala Social	Con Cirugía Radical	4.03	1.38				
				3.87	68	0.000**	Sí
	Con Cirugía Conservadora	2.86	1.14				

- En el componente síntomas no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos referentes a síntomas como fatiga, cansancio, náuseas, vómitos, dolor, asfixia, insomnio, apetito, estreñimiento y diarrea, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos muestran los mismos puntajes de percepción de síntomas negativos. Los promedios alcanzados por ambos grupos superan apenas el puntaje mínimo de síntomas que significa que las pacientes admiten pocos síntomas como consecuencia de la cirugía.

Tabla 15: Comparación de las medias de la Escala de Síntomas según grupos investigados a través de la prueba t de student

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t.	gl	sig	Diferencias
Escala de Síntomas	Con Cirugía Radical	18.54	3.66				
				1.59	68	0.117	No
	Con Cirugía Conservadora	16.91	4.83				

- En el componente económico se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a aspectos de impacto económico, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes sometidas a cirugía radical muestran mayor puntaje de percepción de calidad económica negativa. Los promedios alcanzados por ambos grupos superan el puntaje mínimo de esta escala. Las pacientes sometidas a cirugía radical admiten un impacto económico mayor que las pacientes sometidas a cirugía conservadora.

Tabla 16: Comparación de las medias de la Escala económica según grupos investigados a través de la prueba t de student

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t	gl	sig	Diferencias
Escala Económica	Con Cirugía Radical	2.14	0.97				
				2.10	68	0.039*	Si
	Con Cirugía Conservadora	1.71	0.71				

- En el componente de vida global no se encontraron diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida referente a su condición física general y su calidad de vida global, en los dos grupos investigados. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes sometidas a cirugía radical muestran los mismos puntajes de percepción de calidad de vida global negativa. Los promedios alcanzados por ambos grupos superan mucho el puntaje mínimo de la escala, lo que significa que las pacientes admiten en general que su calidad de vida es negativa.

Tabla 17: Comparación de las medias de la Escala de vida global según grupos investigados a través de la prueba t de student

Calidad de Vida	Grupo de Estudio	Media	D.E	t	gl	sig	Diferencias
Escala de Vida Global	Con Cirugía radical	10.11	1.68				
				-1.31	68	0.194	No
	Con Cirugía conservadora	10.71	2.12				

En suma, se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas solamente en las escalas: social y económica de la calidad de vida. Las mujeres a las que se les practicó Cirugía radical muestran un promedio más elevado en estas escalas que las mujeres a quienes se le practicó Cirugía conservadora. Considerándose que en las escalas de la calidad de vida a excepción de la de vida global lo ideal es obtener puntajes bajos.

En las demás escalas: física, rol de actividades, cognitiva, emocional, de síntomas y en la escala de vida global no se ha encontrado diferencias significativas.

Sin embargo tomando en cuenta sólo las medias de ambos grupos se observa que el grupo con cirugía radical obtiene una media levemente más alta que el grupo con cirugía conservadora.

En el caso de la escala de vida global el grupo con cirugía conservadora obtiene una media levemente más alta que el grupo con cirugía radical, considerándose que en esta escala de la calidad de vida lo ideal es obtener puntajes altos este grupo admite menor calidad de vida.

4.1.5. Comparación de las medias de las variables de Hostilidad y tipos de Cólera según los grupos investigados

En un análisis similar a los anteriores hemos contrastado las medias aritméticas de las pacientes con cirugía radical y con cirugía conservadora, para la hostilidad y los tipos de cólera, cuyo resultado se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 18: Comparación de las medias de las variables de Hostilidad y tipos de Cólera según grupos investigados a través de la prueba t de student

Variables de Hostilidad y Cólera	Grupo de Estudio	Media	D.E	t	gl	sig	Diferencias
Hostilidad	Con cirugía radical	18.66	5.75	1.61	68	0.113	No
	Con cirugía conservadora	16.57	5.09				
Cólera manifiesta	Con cirugía radical	10.94	2.99	2.14	68	0.036*	Si
	Con cirugía conservadora	9.43	2.94				
Cólera contenida	Con cirugía radical	11.51	4.12	1.18	68	0.241	No
	Con cirugía conservadora	10.40	3.76				
Control de cólera contenida	Con cirugía radical	20.66	3.57	1.28	68	0.205	No
	Con cirugía conservadora	19.46	4.25				
Control de cólera manifiesta	Con cirugía radical	19.43	3.77	-0.65	68	0.517	No
	Con cirugía conservadora	20.06	4.28				
Expresión de cólera	Con cirugía radical	18.37	8.75	0.95	68	0.343	No
	Con cirugía conservadora	16.31	9.28				

*: sig <0.05. Hay diferencias estadísticamente significativas al 5 %

Solamente se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en la cólera manifiesta de los grupos. Después de 6 meses a más de producida la intervención quirúrgica radical o conservadora, las pacientes de ambos grupos muestran en general los mismos niveles de Hostilidad, Cólera Contenida, Control de Cólera Manifiesta, Control de Cólera Contenida y Expresión de Cólera. Tan sólo las mujeres a las que se les practicó cirugía radical muestran mayor promedio de cólera manifiesta que a las que se le practicó cirugía conservadora.

Sin embargo tomando sólo en cuenta las medias de ambos grupos se observa que el grupo con cirugía radical obtiene una media levemente más alta que el grupo con cirugía conservadora en hostilidad, expresión de cólera y todas las subáreas de expresión de cólera excepto en la subárea de control de cólera manifiesta.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se ha realizado un estudio de carácter descriptivo, comparativo y correlacional sobre la expresión de hostilidad y tipos de cólera con la calidad de vida, en dos grupos de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama: intervenidas con cirugía radical (mastectomía o amputación del seno) y con cirugía conservadora (tumorectomía, con conservación del seno).

Los resultados de nuestro estudio tienen el propósito de dar a conocer las diferencias encontradas en cuanto a las valoraciones que ambos grupos de pacientes presentan para con los diferentes aspectos de su vida (calidad de vida) y a las reacciones o sentimientos que mantienen en cuanto a su estado emocional (expresión de hostilidad y cólera) después de intervenidas con cirugía radical y con cirugía conservadora.

Con nuestra investigación queremos aportar una visión global sobre los dos aspectos en mención: en un grupo de pacientes tan especial como es el caso de mujeres con cáncer de mama, ya que en nuestro país no hay estudios sobre la expresión de hostilidad y cólera en esta muestra, pues sólo registramos dos estudios: Ugarriza (1998) quien realizó la normalización del IMEC en estudiantes universitarios de una Universidad estatal y en otra privada de la ciudad de Lima; y el segundo, el trabajo de Esquivias y Tello (1999), que realizaron un estudio exploratorio de la expresión de hostilidad y cólera en los conductores de transporte público urbano en Lima. Y son muy pocos los estudios que se han hecho sobre la calidad de vida. Por ejemplo, tenemos el estudio en el Hospital INEN

de Velásquez (1997) sobre la calidad de vida, con el cuestionario QLQ – C 30 en 173 pacientes con cáncer de mama pero con alcances sólo a nivel psicométrico.

Por lo tanto, creemos que es de interés dar a conocer nuestros hallazgos y así contribuir con conocimiento de aspectos tan importantes como los mencionados, en este tipo de población.

Los resultados de esta investigación son:

a) Relación entre la expresión de hostilidad y tipos de cólera con cada componente de la calidad de vida en la muestra completa: en general no se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre la expresión de hostilidad y los tipos de cólera con cada componente de la calidad de vida en la muestra total. Excepto, en la escala de hostilidad, entre la expresión de hostilidad ($\text{sig}=0.041$) con el componente síntomas de la calidad de vida, donde aumentan la hostilidad, aumentan la sintomatología en contra de la calidad de vida; y encontramos también correlación significativa en la escala de la expresión de la cólera ($\text{sig}=0.022$) con el componente síntomas de la calidad de vida, donde aumentan la expresión de cólera, aumentan la sintomatología en contra de la calidad de vida (Tabla 7).

Esta investigación nos lleva a conocer que la expresión de hostilidad y cólera está asociado con la presencia de síntomas, sobre la base de que las pacientes tienden a experimentar estados de frustración y pueden expresar su cólera con una mínima provocación, activando procesos psicofisiológicos (elevación de presión sanguínea, ritmo cardiaco etc.), propiciando la aparición de una variedad de síntomas como: fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor, falta de apetito e insomnio, que podría llevar a un nivel de vulnerabilidad de la persona, en la medida que baja su sistema inmunológico y, consecuentemente, la persona está más propensa a desarrollar enfermedades oportunistas, reduciendo su tiempo de vida.

Un representativo número de estudios de investigación en el área de la salud, reportó que la hostilidad y la supresión o expresión de la cólera, cumplen un rol significativo en el progreso de ciertas enfermedades tales como el cáncer (Cox y Mackay, 1982; Fernández-Ballesteros Zamarrón, Ruiz, Sebastián y Spielberg, 1997), enfermedades cardiovasculares (Chesney y Roseman, 1985; Spielberg y Moscoso, 1995) y VIH-SIDA (Robins et al, 1994; Moscoso, 1997; Brown, Schultz y Gras, 1995) citados por Moscoso (2000).

No creemos que el trauma emocional sea capaz de desarrollar un cáncer, pero sí creemos en la posibilidad que disminuya su resistencia, influyendo en el crecimiento del tumor y facilitando que las células neoplásicas circulantes se transformen en metástasis. Bajo una forma especial y muy grave de estrés, puede romper importantes mecanismos de adaptación que el paciente ha desarrollado, pues descubre que sus mecanismos de defensa cotidianos ya no son tan eficientes.

b) Relación entre la expresión de hostilidad y tipos de cólera con cada componente de la calidad de vida en el grupo con cirugía radical: pese a haber encontrado correlación directa, positiva y significativa entre la escala de la expresión de cólera ($\text{sig}=0.10$) con el componente síntomas, lo cual indica que cuando aumenta la cólera, también aumenta la sintomatología.

Así mismo, hay correlaciones significativas en el grupo de cirugía radical, entre la escala de control de cólera manifiesta ($\text{sig}=0.010$) con el componente síntoma de la calidad de vida, con dirección negativa, esto significa que cuando se incrementa la puntuación en la escala de síntomas disminuye el control de la cólera manifiesta. Siendo las 2 únicas correlaciones significativas no podemos afirmar que la expresión de hostilidad y tipos de cólera este correlacionada con la calidad de vida (Tabla 8).

La mastectomía, es la remoción quirúrgica de la mama, un tratamiento usual para el cáncer localizado en la mama, y que no tiene función vital, es decir función física esencial (excepto lactancia), y que la mujer, cuando se ve amenazada por el cáncer de mama, debiera aceptar su remoción con un sacrificio relativamente pequeño en beneficio de su salud o su propia vida. La mama para la mujer, recordémoslo, tiene doble significación: estética y sexual, principalmente en nuestra cultura, y su consecuente pérdida puede constituir una amenaza a su afirmación de feminidad, no sólo para ella, sino también para su pareja. Podría incluso, conducir a la idea errónea de que la pérdida de la mama equivale a la pérdida de la atracción sexual. La expresión de la cólera podría estar ligada a esta percepción de la pérdida, pues (según Moscoso, 2000) ésta incluye sentimientos como una reacción (estado emocional) transitoria entre el individuo y el medio, lo cual incluye sentimientos subjetivos negativos que varían en intensidad desde una pequeña irritación o molestia hasta una furia o rabia intensa, como función de frustración, percepciones de injusticias, etc.

c) Relación entre la expresión de hostilidad y tipos de cólera con cada componente de la calidad de vida en el grupo con cirugía conservadora: sólo hemos encontrado correlación significativa, y con dirección negativa, entre control de cólera contenida ($\text{sig}=0.050$) con el componente cognitivo de la calidad de vida, y no con los otros indicadores de estas variables. Así podemos afirmar que la expresión de hostilidad y cólera, y la calidad de vida, no están correlacionadas en este grupo muestral, siendo esta única correlación encontrada (Tabla 9). Según Dollette (1954), la cólera contenida es cuando se experimenta un estado de cólera, mas sin lograr una adecuada forma de expresarla. Entonces, las pacientes con cólera contenida, gastan un gran nivel de energía cognitiva en prevenir su expresión tratando de mantener el control. Si bien es cierto la necesidad de controlar la cólera es importante, el exceso de ella puede ser dañino, pudiendo conducir a estados de depresión. Sobre la supresión de la cólera, Arana (1989) en su investigación sobre la relación de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, concluye que la depresión es un rasgo que acompaña a enfermedades tanto físicas como psicológicas; en este caso, por las características de la enfermedad, está asociada a la muerte.

d) Análisis comparativo de las variables de calidad de vida en los grupos investigados: de los 8 componentes de la calidad de vida medidos por el cuestionario EORTC – QLQ-C30, sólo hemos encontrado diferencias significativas en los componentes social ($\text{sig}:0.000$) y económico ($\text{sig}:0.039$) (Tabla 14 y16). En el componente social las personas con cirugía radical presentan una valoración más negativa en sus relaciones sociales como consecuencia de su estado de salud, en sus resultados promedios casi todas las pacientes mencionaron cambios en su vida social y familiar. La terapia para detener el cáncer generalmente tiene efectos de un deterioro

psicosocial, pues la caída del cabello y la disfunción sexual, pueden causar trastornos a nivel de la imagen corporal y autoestima. Las personas con cáncer presentan una sensación de incapacidad para el trabajo debido a los síntomas, que puede ser sentido como una pérdida de su status anterior. Sumados a esto hubo la amputación del seno, una de las medidas más devastadoras usada para detener el avance del cáncer, además, muchas veces es sentida como una amenaza a la integridad física de la paciente, puesto que estos órganos están relacionados especialmente con la sexualidad. Tolledo(1995), en su estudio longitudinal, afirma que el pronóstico de sobre vivencia en pacientes con cáncer de mama ha aumentado porque actualmente se dispone de nuevos tratamientos; sin embargo, estos tienen efectos negativos en los aspectos físicos, sociales y psicológicos, que confirman los hallazgos de esta investigación. Torrie (1971), encontró también que un tercio de las pacientes perdió interés en las actividades sociales y casi la mitad de ellas experimentó dificultades sexuales habituales.

En el componente económico, igualmente en el grupo de cirugía radical, presenta una valoración más negativa en relación a su salud, que el grupo con cirugía conservadora. Las pacientes están afectadas por gastos económicos que a su vez demandan mayores costos de movilidad, hospital para controles, medicamentos etc. Debemos considerar, también, que la paciente, por un período de tiempo, deja de producir, ya que no puede trabajar o está limitada por los efectos del tratamiento.

e) Análisis comparativo de las variables de expresión de hostilidad y tipos de cólera en los grupos investigados: sólo en la escala de cólera manifiesta (0.036) hay diferencias significativas entre las pacientes a quienes se les practicó la cirugía radical promedios más elevados en la escala de cólera manifiesta (Tabla 18).

Nuevamente tenemos aquí que las pacientes a las que se les practicó cirugía radical muestran un promedio más elevado que las pacientes con cirugía conservadora. Debemos tomar en cuenta que los promedios altos en esta escala muestran personas que por lo general experimentan cólera, manifiestan a través de conductas agresivas dirigidas a otras personas u objetos. La cólera manifiesta puede ser expresada en actos físicos o puede ser también manifestada de manera verbal (Moscoso y Reheiser; 1996).

Podríamos entonces inferir que las pacientes sometidas a cirugía radical pueden ser más propensas, por la nueva situación que están atravesando, a presentar expresiones emocionales de cólera manifiesta en forma física, verbal o conductual. Volvemos nuevamente a recalcar que por tratarse de un grupo expuesto a nuevas situaciones en las que deben afrontar recaídas y el natural temor hacia la muerte, así como la readaptación a su medio, pueden manifestar este tipo de reacciones. Así tenemos los hallazgos de Fiszbejn (1984), que en su estudio acerca de los aspectos psicológicos intervinientes en el cáncer de mamas, en pacientes con mastectomía, con metástasis y sin metástasis; encontró elementos comunes de estructura de personalidad en ambos grupos, siendo común la inclinación a no exteriorizar sus impulsos, a pesar de sentirlos, evidenciando un acentuado uso de la represión: 83% insatisfacción sexual y manifiesta incapacidad para expresar agresión, la que se vuelve contra un yo con características masoquistas. Esta conducta autodestructiva se hace más evidente en las pacientes que han hecho metástasis. También podríamos citar el estudio realizado por Andrés Solidoro y colaboradores (1988), que en una encuesta entrevista con 50 pacientes de cáncer, que

conocían su diagnóstico y que recibían radioterapia en la Clínica Internacional (Lima – Perú) encontraron que todos tenían en mayor grado reacciones emocionales como ansiedad, depresión, cólera y culpa. La reacción emocional más frecuente en los pacientes neoplásicos fue de ansiedad, la depresión fue la segunda más común. La mitad de los pacientes tenía cólera por tener cáncer, y esta cólera estaba dirigida indistintamente hacia la clínica, los médicos y familiares. En ambas investigaciones podemos evidenciar que este tipo de pacientes tiene una sensibilidad más elevada respecto de sí mismo como también del medio que lo rodea, en relación con el resto..

En la presente investigación, tomando en cuenta sólo los promedios de ambos grupos visualizamos que el grupo con cirugía radical obtiene promedios más altos que el grupo con cirugía conservadora en la expresión de hostilidad y en la expresión de cólera, y en las subáreas de expresión de cólera: cólera contenida y control de cólera contenida. Esto nos indica que el grupo con cirugía radical es más propenso que el grupo con cirugía conservadora a experimentar de manera más frecuente sentimientos de cólera, o también la tendencia a suprimir tal emoción en lugar de expresarla de manera verbal o física.

La expresión de cólera en este grupo de pacientes puede darse tanto de manera manifiesta, descrito anteriormente, como de manera contenida a través de la supresión de la cólera como un mecanismo de defensa, o a “explotar” en un determinado momento de manera muy agresiva. Por ello la importancia de conocer las manifestaciones de este grupo de pacientes para poder plantearse un tratamiento más seguro y dirigido a que puedan manifestar sus sentimientos y temores hacia la enfermedad, así como la mejor manera de poder afrontarla.

Finalmente, podemos ver que el grupo con cirugía conservadora, pese a no existir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tiene un promedio más alto que el grupo con cirugía radical en la escala de control de la cólera manifiesta, que muestra individuos con un gran nivel de energía para prevenir la experiencia y expresión de la cólera; pero que pueden desencadenar estados de depresión o ansiedad (Spielberger, 1988). Esto una vez más nos recalca la importancia de asegurarnos un conocimiento global de las diferentes manifestaciones de este grupo de pacientes.

Otro aspecto importante de notar en el caso de la escala de calidad de vida global, que, pese a no existir diferencias significativas entre los grupos de estudio, podemos observar que el grupo con cirugía conservadora obtiene un promedio más alto que el grupo con cirugía radical. Lo mencionamos debido a que la prueba utilizada para evaluar la calidad de vida indica que los puntajes altos en esta escala corresponden a una adecuada valoración de su salud, mientras que los puntajes bajos indican lo contrario. Entonces, desde el punto de vista de las emociones, se observa los resultados favorables de la cirugía conservadora, en aquellos casos en que estuviera indicado este tipo de procedimiento.

Según Sánchez (2000), que realizó su investigación en el mismo centro hospitalario, los resultados favorables del cáncer de mama, tratados con cirugía conservadora y radioterapia (T1 y T2 mayor o igual a 4cm), son similares a los de las pacientes tratadas con cirugía radical, lo que es sostenido por minuciosos estudios tanto en forma

retrospectiva, como de manera prospectiva. Para realizar un adecuado tratamiento con esta modalidad debe existir un equipo multidisciplinario, incluyendo el psicólogo, que trabajaría con las pacientes el temor a la recurrencia en la cirugía conservadora, pues las pacientes que se niegan a este tipo de intervención, manifiestan su preocupación porque la enfermedad pueda regresar debido a la extracción de una pequeña parte de su seno. Según la paciente: C.D.E., 54 años, declara: "siento más seguridad en la extirpación de todo el seno, por cuanto puede regresar esta enfermedad".

Con los nuevos adelantos de las técnicas quirúrgicas y sus tratamientos coadyuvantes, la cirugía conservadora consigue índices de supervivencia a largo plazo equivalente a aquellos hechos con cirugía radical (Dewar, Arraigada, Benhamou, 1995; Osteen, 1994). Y como resultado también se puede obtener una mejor estética corporal con menores repercusiones psicológicas (Lasry y Margolese, 1992).

Cabe aquí sugerir un estudio posterior sobre los temores de una posible recurrencia del cáncer en mujeres que fueron sometidas a cirugía conservadora, lo que es causa de importante preocupación, pues produce miedo y angustia en estas pacientes, ya que todavía existe poca información sobre los nuevos adelantos de la medicina, lo que genera pensamientos de que sólo la extirpación total de la mama es el tratamiento indicado pero que la consecuencia es la pérdida del seno, desgraciadamente.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- Sólo existe correlación significativa entre el componente síntomas, de la escala de calidad de vida, y la expresión de hostilidad, en la muestra total de pacientes.
- Sólo existe correlación significativa entre el componente síntomas, de la escala de calidad de vida, y la expresión de cólera, en la muestra total de pacientes.
- Sólo existe correlación significativa entre el componente síntomas, de la escala de calidad de vida, y la expresión de cólera, en el grupo con cirugía radical.
- Sólo existe correlación negativa significativa entre el componente síntomas, de la escala de calidad de vida, y el control cólera manifiesta, en el grupo con cirugía radical.
- Sólo existe correlación negativa significativa entre el componente cognitivo, de la escala de calidad de vida, y el control cólera contenida, en el grupo con cirugía conservadora.
- En cuanto al estudio de las diferencias entre los promedios de calidad de vida existen diferencias estadísticamente significativas sólo en el componente social ($\text{sig}=0.000$) y en el componente económico ($\text{sig}=0.039$), donde el grupo con cirugía radical presenta una media más elevada que el grupo con cirugía conservadora.

- En cuanto al estudio de las diferencias entre los promedios de la expresión de hostilidad y cólera existen diferencias estadísticamente significativas sólo en la cólera manifiesta ($\text{sig}=0.036$) donde el grupo con cirugía radical presenta una media más elevada que el grupo con cirugía conservadora.

SUGERENCIAS

A continuación se plantean algunas recomendaciones en el trabajo con personas con problemas de cáncer de mama en los campos de política de la salud, intervención clínica e investigación psicológica.

- **Trabajo de prevención:** elaborar documentos instructivos para ser distribuidos en los centros de salud, laborales, educativos y medios de comunicación, mediante la colaboración económica de entidades estatales y privadas, y en coordinación con un equipo de profesionales especialistas en el área.
- **Trabajo multidisciplinar:** colaborar en la mejora de la comunicación entre los diversos profesionales involucrados para que puedan hacer un trabajo planificado y coordinado, de modo que las responsabilidades sean compartidas por igual. Además, facilitar la realización de un trabajo de apoyo con la familia del paciente, para que también éstos sientan confianza y apoyen al paciente a seguir con el tratamiento hacia una recuperación más favorable.
- **Trabajo educativo:** a los profesionales de la salud -especialistas y no especialistas - a través de programas preventivos de promoción de la salud, programas informativos de actualización, entrenamiento al personal sobre los modos de proveer información y comunicarse con los pacientes y con sus familiares.
- **Trabajo terapéutico:** la terapia psicológica debe ser considerada según la etapa de la enfermedad en que se halle la persona, se debe incluir una etapa educativa para mejorar la calidad de vida a través de los cambios sociales (Maes, Leventhal, Ridder, 1996). Es conveniente la incorporación de la pareja y de los otros miembros de la familia en ciertos casos (Kerns, 1996; Smith y Nicasio 1996), ya que este tipo de enfermedad crónica tiene consecuencias perturbadoras en toda la familia: cambios de roles, cambios económicos, cambios en las actividades sociales etc. Algunas técnicas pueden ser aplicadas a nivel grupal con los pacientes, como es el aprendizaje de técnicas cognitivas comportamentales y el manejo de las emociones: técnicas de relajación, técnicas asertivas, técnicas para manejar la ansiedad, la cólera, el dolor. (Deffenbacher, 1994; Katz y Ritvo, Irvine y Jackson, 1996; Parker, 1996; Turk y Salovey, 1996). Participar de actividades sociales, culturales y recreativas contribuye con la autoestima y el optimismo necesarios para tener una actitud proactiva en su salud.
- Desarrollar estudios multidisciplinarios en el área de las enfermedades del cáncer para evaluar mejor las relaciones entre los diversos aspectos involucrados tales como los

aspectos biológicos, psicológicos y sociales que tienen influencia en estas personas.

- En el área de la intervención clínica es importante resaltar la promoción del optimismo, de las actitudes positivas, los beneficios de eliminar el descontrol emocional, canalizar y controlar las emociones perjudiciales (rencor, cólera, descontrol, miedo, ansiedad etc.), prevenir el aislamiento social y facilitar la formación de hábitos que contribuyan a la permanencia del nuevo estilo de vida que facilitará su recuperación y proceso de bienestar en el futuro. Recalco la importancia de incorporar a su pareja y/o a su familia en la terapia, ya que estas enfermedades impactan a toda la familia. De otro lado, en el paciente debe promoverse el interés por participar en actividades sociales y culturales que promuevan su nuevo estilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- AAROMSON, N. K (1988) Quality of Life: What is it? How should it be measured? *Oncology*, 2(5), 11-16.
- ALLPORT, G. (1973). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Editorial Herder, Barcelona, España.
- ALLPORT, G. (1971). *Psicología de la personalidad*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- ARANA, M. (1989). *Relación entre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de cerviz*. Tesis para optar el grado de Licenciatura, Facultad de Psicología, Univ. de Lima: USPM.
- ARDILA, R (1998) *Psicología Contemporánea. El problema de la mente – cuerpo: Implicaciones para la psicología de la Salud*. Universidad Intercontinental, México.
- AVILÉS, E.; FUENTES, S.; VALDÉS, P. y YOUNG, A. (1981). *Oncología Básica*. Editorial Universitaria, Panamá.
- BAMMER, K. y NEWBERRY, B. (1981). *Stress and cancer*. Canada: C.J.Hogrefe, Inc.
- BANNISTER, D. (1969). *Una nueva teoría de la personalidad*. Ed. Fontanella, Barcelona.
- BAYÉS, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Editorial Martínez Roca, Barcelona.
- BAHNSON, C. Y BAHNSON, M. (1966). Role of the ego defenses: Denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annals*, 125. New York Academy of

- Sciences, pp. 827 – 845.
- BECOÑA, E.; VÁZQUES, F.L.; OBLITAS, L.A. (1995). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la Salud. *Psicología Contemporánea*, 2 (1) 4-15.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B. Y RAMOS, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Editorial McGraw-Hill, España.
- BISCHOF, L. (1973). *Interpretación de las teorías de la personalidad*. Ed.Trillas, México.
- BLEGER, L. (1964). El paciente y el cáncer. En *psicología y cáncer*. Ediciones Horme, Buenos Aires.
- BREAST.(1997) In: American Joint Committee on Cancer: *AJCC Cancer Staging Manual*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th ed., 171-180.
- BULNES et al. (1998). Calidad de vida y Comunicación Familiar en Madres Adolescentes. En: *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. (2): 99-113.
- BURKBERG, J. (1984). Depresión in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic medicine*, 46 (3): 119-212.
- BURTON, M. y PARKER, R. (1997). Psychological aspects of cancer surgery surgeons, attitudes and opinions: *Psychooncology*. (6): 47-64.
- BUSSE, U. (1989). Autoestima y su relación con el nivel de soporte social brindado por padres y pares. Tesis de Bachiller. Lima. PUC.
- BUSTAMANTE, J. A. (1972). *Personalidad en psiquiatría*. Ed. De Ciencia y Técnica. La Habana,: 26.
- BUSTAMANTE, M.; BUSE, M.R.; LOZADA, N. (1979). Nuevas perspectivas del psicólogo en la seguridad social. Trabajo presentado en el Segundo Congreso de seguridad Social del Perú. Hospital General G. Almenara. Lima, Perú.
- CACERES, E. (1965). Debe el médico revelar al paciente con cáncer su diagnóstico y pronóstico. *Academia Peruana de Cirugía*. 18 (3): 381-383.
- CALVO, M.,L. (1993) Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Diss.Abstr.Int.*; 54(4): 1131. Universidad de Sevilla – España.
- CAMPOS, J. (1987). Intento de establecer un perfil de personalidad en pacientes mastectomizados a través del MMPI. Tesis para optar el grado de Licenciatura, Facultad de Psicología, Univ. de Lima: URP.
- CANEPA, M. A. (1985). Fantasías y vivencias en un grupo de enfermos de tuberculosis pulmonar. Tesis para optar el grado de Bachiller, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima.
- CARRILLO, C. (1978). El psicodiagnóstico de Rorschach en un grupo de pacientes histerectomizadas. Tesis para optar el grado de Bachiller, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú – Lima.
- CATELL, R. (1972). *El estudio científico de la personalidad*.: Editorial Fontanela, Barcelona, España.
- CERDÁ, E. (1976). *Una psicología de Hoy*. Editorial Herder, Barcelona, España.
- CLARK, R. y CUMPLEY, R. (1977). *The year book of cancer*. Year Book Medical

- Publishers, Inc. Chicago.
- COOPERSMITH, S. (1984) Antecedents of self-esteem. Palo Alto, California, Athinson Richard.
- COHEN, J. (1980). Evaluación de la personalidad. Ed. Trillas, México.
- COUSINS, N. (1980). Introducción. En L. Le Shan, you can fight for your life. M. Evans and Co., Inc. New York, 2da ed.
- CRUZADO, J. y OLIVARES, M. (1996). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En: J.M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades (pp 495-543). Madrid: Pirámide.
- DEFFENBACHER, J.L. (1994). Anger reduction: Issues, assessment, and intervention strategies. En A.W. Siegman; T.W. Smith (Eds), Anger, hostility, and the heart: 239-169. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erbaun Associates.
- DEROGATIS, L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Jama. 249 (6): 751.757.
- DELGADO, H. (1957). El alma de enfermo. Anales de la Facultad de Medicina - XI – 303 – 14 –II Trimestre. Lima. Perú.
- DÍAZ – GUERRERO, R. (1976). Hacía una personalidad Social del 3er Mundo. UNAM, Cuadernos de Humanidades, México: 39.
- DICAPRIO, N. (1985). Teorías de la personalidad. Ed. Interamericana, México.
- DONEGAN, S. Y SPRATT, R (1932). Cáncer de mama. Ed. Medica Panamericana, Buenos aires.
- ESTAPE, T (1996). La información del diagnóstico. Punto de vista de los familiares del enfermo en psico-oncología II. Publicaciones de la European School of Oncology – Ambito Español.
- ESQUIVIAS, A. Y TELLO, C.R.M. (1999) Estudio exploratorio de la expresión de la Hostilidad y Cólera en conductores de transporte público urbano en Lima Metropolitana. Tesis para optar el grado de Bachiller, Facultad de Psicología, Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Perú.
- EYSENCK, H.J. (1970). Fundamentos Biológicos de la personalidad. Edit. Fontanella, Barcelona: 5-6.
- EYSENCK, H. J. (1973). El estudio científico de la personalidad. Editorial Paidos, Buenos Aires, Argentina, 14.
- FALLOWFIELD, L. (1995) Evaluación de la calidad de vida en cáncer de mama. Abstract. Communication y Counselling Research Centre, University College, London Medical Schol, Departament of Oncology England. Acta Oncológica. Vol. 34. Nro 5.
- FERRERO, J. B.MP; TOLEDO, M. (1994) Ajuste mental al cáncer y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: Un estudio piloto. Schol of Psychology, Univ. of Valencia. Psycho-Oncology; 3(3);223-32.
- FISZBEJAN, A. (1984). Aspectos psicológicos intervinientes en el cáncer de mama. Tesis para optar al grado de Bachiller en Psicología: Pontificia Universidad Católica del Perú-Lima.
- FOLKMAN, S.C; LAZARUS, R.S (1988) Coping as a mediator of emotion. Journal of

- Personality and Social Psychology, 54 (3), 466 – 475.
- FOWLER, H.W. Y F.G. FOWLER. (1964). The Concise Oxford Dictionary. Oxford Univ. Pree, Oxford.
- GONZALEZ, C.A. (1994). Análisis Epidemiológico del cáncer en la Actualidad. 1ra. Jornada de Psicología Oncológica. España.
- GONZALEZ, S. (1985). Factores Psicológicos en la etiopatogenia del cáncer. Revista de Psicología. PUC. 3(1): 81 – 89.
- GONZALEZ, V.R. (1967). Psiquismo y Sociedad. Publicaciones de estudiantes de ciencias sociales. Lima: La Molina: 36.
- GONZALEZ, B, M. (1995). La información al enfermo con cáncer, en Gonzales, M. De Apartado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial Médica Panamericana, España.
- GUEVARRA, R.M. (1939). Estudio Descriptivo de la Auto imagen de un grupo de mujeres infértiles. Universidad San Martín de Porras, Perú.
- GUILLÉN, J. y GUILLEN M. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico. Madrid: Dossier.
- GOLDBERG, R. (1981). Management of depresion in patient with advance cancer. JAMA. 246 (4): 373 – 376.
- GREER & SILBERFAB (1994) Manejo de la depresión en el paciente con cáncer. Oncología. Vol. 17 Nro 12. Madrid. España.
- GROSSARTH – MATICEK, R. y EYSENCK, H. J. (1990). Personality, stress and disease: Description and valid a new inventory. Psychological Reports, 66, 355 – 375.
- GROSSARTH - MATICEK, R. y EYSENCK, H. J. (1991). Personality, stress and motivational factors in drink determinante of risk for cancer and coronary heart disease. Psychological Reports, 69, 1027 – 1045.
- GROSSARTH – MATICEK, R. y EYSENCK, H. J. (1995). Self - regulation and mortality from cancer, coronary disease, and other causas: A prospective study. Psychological Reports, 19 (6), 781.
- GREER, S y WATSON, M (1935). Towards a psychological model of cancer. Psycologi considerations social science and Medicine, 20(8), 773 – 777.
- GREER, S. (1979). Psychological enquiry: a contribution to cancer research. Psychological Medicine: 9: 81-89.
- HALL, C.S. y LINDZEY. (1974). La Teoría Factorial de la Personalidad. Ed. Paidos. BS. AS: 20.
- HILL, D. y TODD, P. (1975). Pilot survey of womens attitudes to breast cancer and surgery. Cancer Forum Kogarah.: 4:141 – 146.
- HOFFENBERG, L. (1978 -1984). Aspectos psicológicos de la mastectomía Cancerline.: 71.
- HOLLAND, J. y MASTROVITO, R. (1980). Psychological adaptation to breast cancer. Cancer. 46 (Supp.4): 1045-1052.
- HOLLAND, J. (1986). Living with cancer. En A. Holleb (Ed.) The American Cancer Society Book. Prevention. Detection. Diagnosis. Treatment. Rehabilitation. Cure.

- Nueva York: Doubleday y Company Inc.
- HOLLAND, J. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psico-oncology. New York: Oxford, 3-15.
- HOLLAND, J. y ROWLAND, J. (1990) Psychosocial Aspects of oncology. En: Handbook o Psycho oncology. Oxford University Press.
- IRVING, L. y BENNETTS, A. (1997). Quality of life after breast conservation or mastectomy a systematic review. Journal surgery, 67 (11), 750 -754.
- KAFFMANN, A. (1984). Hacia una tipología de actitudes del enfermo de Cáncer. Una visión sociológica. Neoplasia.: 1(3):102-103.
- KLUCKHOHN, C. y MURRAY, H. (1980). La personalidad en la Naturaleza, la sociedad y la cultura, Ed. Grijalbo, México.
- LASRY, J. y MARGOLESE, R. (1992) Fear of recurrence, breast-conserving surgery, and the trade-off hypothesis. Cáncer, 69 (8), 2111-2115.
- LANYON, R. Evaluación de la personalidad. (1977). Editorial El Manual Moderno S. A. México.
- LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martinez Roca, Barcelona.
- LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S (1985). Stress, appraisal and coping. New York. Springer.
- LAZARUS, R.S; (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. Psychosomatic Medicine, 55, 234 – 247.
- LAZARUS, R.S; (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. Annual review of Psychology. 44, 1-21.
- LAZARUS, R.S; (1993c). Why we should think of stress as a subset of emotion. En L. Goldbergh, C.S. Brezmitz. (eds.), Handbook of stress. Theoretical and research and clinical aspects. (2ed.). New York: Free Press. 21-39.
- LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S (1999). Stress and emotion. A new synthesis. New York. Springer.
- LUBAN-PLAZSA, B. Y POLDINGER, W. (1986). El enfermo psicossomático y su médico práctico. Brasilea: Roche.
- MAES, S.; LEVENTHAL, H.; RIDDER, D.T.D. (1996). Coping with chronic diseases. En M. Zeidner; N. Endler (Eds), Handbook of coping. Theory, research and applications: 222-251. New York.
- MAHONEY, M.J.; THORESEN, C.E. (1974). Self-Control: Power to the person. Monterrey, California: Brooks/Cole.
- MARIN, J.R. (1995). Psicología social de la salud. Editorial Síntesis S.A, Madrid.
- MARIN, B. (1988). La promoción de la salud: Teoría y Practica. En Boletín de Psicología del Ministerio de Salud Publica Hospital Psiquiátrico de la Habana N° 2, vol. VIII.
- MISCHEL, W. (1979). Introducción a la personalidad. Nueva Editorial Interamericana, México.
- MILLER, R. (1977). Etiology of childhoon cancer. En W. Sutow, T. Viet y D. Fernbacyh

- (Eds), Clinical Pediatric Oncology. USA: The C.V. Mosby Company, 2da ed.
- MOOREY y GREER. (1989) Manejo de la depresión en el paciente con cáncer. Oncología. Vol. 17. Nro 12. Madrid. España.
- MOSCOSO, M. (1997). Revista Peruana de Psicología: Medición de la cólera y Hostilidad. Año 2, vol. 2, N: 4, pp 39 a 64. Perú.
- MOSCOSO, M.; McCreary, D.J; Goldenfard, P.B; Knapp, M.J; Rohr, J.S. (en prensa (A brief screaming inventory manolete.moscoso @baycare.org.)
- MOSCOSO, M. y REHISER, E. (1995). The multicultural spanish inventory of experience of anger: State and trait anger. XXV Congreso Interamericano de Psicología. San Juan de Puerto Rico.
- MOSCOSO, M.; SPIELBERGER, C. (1985), La expresión de Cólera y Hostilidad y sus consecuencias en el sistema cardiovascular. EE.UU.
- NERENZ, D., LEVENTHAL, H. y LOVE, R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. Cancer. 50 (5): 1020-1027.
- NUNALLY, J. (1973). Introducción a la medición psicológica. Edición Paidós, 1ra. Edición, Buenos Aires: 402.
- O. M. S. (1974). Constitución de la Organización Mundial de la Salud: documentos básicos 24. Ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORTIZ, P.C. (1994). El sistema de la Personalidad. Imprenta Centro Gráfico Comercial Orión S.R.L., 1ra Edición. Lima, Perú.
- ORTIZ, J. (2000). El peligro aumenta en el Perú en cáncer. Un verdugo al acecho. Pp 4-5. Suplemento especial. El comercio. Lima-Perú.
- OTERO, H. (1998). Calidad de vida y Enfermedad. En: Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Pg. 125-133.
- PARKER, J.C. (1996). Coping and defense: A historical overview. En M. Zeidner; N. Endler (Eds), Handbook of coping. Theory, research and applications. New York: 3-23
- PEZET, O. y PAEZ, C. (1978). Análisis de los rasgos de personalidad y la frustración en pacientes adultos de nivel socio-económico bajo que padecen cáncer. Tesis para optar el grado de Bachiller, Facultad de Psicología, Univ. de Lima, UNIFE.
- POQUIOMA, E. (1995). Tendencias en la incidencia del cáncer en Lima Metropolitana 1968-1991. Acta cancerológica N° 4, Lima, Perú.
- PITTS, M. (1993). The experience of treatment. En M. Pitts y K. Phillips (Eds), The Psychology of Health. An introduction: 64-74. London, Routledge.
- RAINHAM, D. (1998). A fresh look at stress in the hospital. Hospital News: 11 (2):18.
- REHEISER, E. C. (1991). The interactions of state anxiety and trait anxiety: As evoked by stressful episodic imagery. Unpublished Honors Thesis. University of South Florida Tampa.
- RENNECKER, R. (1952). M.D. Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. J A. M.A, 48 (10): 834 – 835.
- RELBERGER, R. y VARGAS, L. (1994). El impacto psicológico del cáncer en el niño y adolescente. (CD-ROM) Revisión Pediátrica, 65(1):48-55. Abstract from: Lilacs file:

30 va edición:140470.

- RILEY, V. (1982). Ciudad: el "stress" favorecería el cáncer. Artículo publicado en El Comercio. Lima (Pacific Northwes Research Foundation de Seattle).
- RISQUEZ (1978). El enfermo Canceroso: el impacto psicológico del cáncer. Trabajo presentado en el Simposio 21 del XII Congreso Internacional del Cáncer. Ed. Galerna Madrid.
- RODRIGUEZ-MARÍN, J. (1988). La Psicología de la Salud: una alternativa para uno de los futuros posibles de la Psicología. VI (33-34), 13-18.
- RODRIGUEZ-MARÍN, J. (1991). Psicología de la Salud: Situación en la España actual. Revista de Psicología de la Salud. 3 (1):55-91.
- ROWLAND, J. H. y HOLLAND, J. C. (1989) Breast Cancer En J.C. Hollond y J.H. Rowland (Eds) Handbook of psychooncology Oxford University y Press. Oxford.
- ROSENBERG, M. (1973) La auto imagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- ROTONDO, H. (1973). Diccionario Abreviado de Términos Usuales en Psicología y Psiquiatría. Departamento Académico de Psiquiatría de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- SALLERAS, L. (1985). Educación Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos.
- SÁNCHEZ R., ALVAREZ O. (1996). Tratamiento conservador en cáncer de mama. Ver. Med. IPSS.
- SARASON, I.G. (1977). Psicología Anormal: Los problemas de la conducta desadaptada. Editorial Trillas, México.
- SARASON, I. (1978). Psicología un enfoque objetivo. Ed. Limusa, México.
- SIMÓN, M. A. (1993). Psicología de la Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Editorial Pirámide, Madrid.
- SCHAVELZON, J. (1993). Psicología y Cáncer. Editorial Pirámide, Madrid.
- SCHAVELZON, J.(1965). Psicología y Cáncer. Ediciones Hormé, Buenos Aires.
- SCHAVELZON, R., HUBNER, J. y STATON, G. (1976) Validation of construct interpretations. Review of Educational Research. 46, 407 – 441.
- SOLIDORO, A. (1983). Tratamiento Médico del Cáncer. Editoriales Unidad. S. Lima Perú.
- SOLIDORO, A. (1983). Aspectos psicopatológicos del dolor. Lima Perú. 7 (1): 10 – 14.
- SPIELBERGER, C. JACOBS, G; RUSSEL, S; CRANE, R.S. (1983). Advances in personality assessment: Assessment of anger: the State- trait Anger Scale, Vol, 2 New York, Gol.
- SPIELBERGER, C.; KRASNER, S.; SOLOMON, E.; (1988) Health psychology: Individual Differences and Stress, The experience, expression, and control of anger. New York, Ed. Springer Verlag.
- SPIELBERGER, C.; REHEISER, E.; SYDEMAN, S.; (1995) Anger disorders: definitions, diagnosis, and treatment: measuring the experience, expression and control of anger. pp. 49-67. Washington D.C. Ed. Taylor & Francis.

- STAGNER, R. (1974). Psicología de la Personalidad. Ed. Trillas, 1ra. Ed., México: 111.
- STERN, M. y NOMAN, S. (1993). Adolescents with Cancer: self-image perceived social support as indexes of adaptation. *Journal of Adolescent Research*, 8(1): 124-142.
- TURK, D.C; SALOVERY, P. (1996). Cognitive-Behavioral treatment of illness behavior. En P.M. Nicassio; T. Smith (Eds), *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective*: 245-284. Washington, DC: American Psychological Association.
- TYLER, L. (1972). Pruebas y medición en psicología. Madrid: Ed. Pretines Hall, 2da. Edición: 75.
- TOLEDO, M. (1993). Calidad de vida en Oncología: una reflexión acerca de las cuestiones básicas, conceptuales y metodológicas. *Revista de Oncología*. Vol. 16. Barcelona.
- TOLEDO, M. (1995). Estudio longitudinal en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. *Udiss Abstr. Int.* 56(3):799. Universidad de Valencia. España.
- UGARRIZA, N.C. (1998). Normalización del Inventario Multicultural de la expresión de cólera-hostilidad en estudiantes universitarios. *IPSI - Revista de Investigación en Psicología*. Lima – Perú. 1 (1): 59-88.
- URBAN, J. (1978). Modificaciones del procedimiento terapéutico en el cáncer de mama por razones psicológicas en: Simposio 21 del XII Congreso Interamericano del Cáncer.
- UPTON, A. (1984). Principios de la biología del cáncer: etiología y prevención del cáncer. En V. Devir y otros (Eds), *Principios y Práctica De Oncología*. Salvat Editores S.A. Barcelona.
- VELÁSQUEZ, L.V. (1997) Impacto del cáncer en la calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer de mama EC II-B antes de la mastectomía sin haber recibido quimioterapia, y después de la mastectomía habiendo recibido cuatro cursos de quimioterapia. Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología, Universidad Inca Gracilazo de la Vega, Lima.
- VOUTÉ, P. A. (1992). Cáncer infantil. En J.Estapé (Ed) *Manual de oncología clínica*. Ediciones Domma, 5ta ed., Barcelona.
- WALD, N. (1979). Mind and cancer. *The Lancet*. 1 (8118): 706-707.
- WHITTAKER, J. O. (1977). *Psicología Nueva* Editorial Interamericana S. A de C. V. México.
- WOLMAN, B. (1979). *Teorías y sistemas contemporáneos en psicología.*: Ediciones Martinez Roca S. A., Barcelona.
- WOLMAN, B. (1980). *Manual de psicología general*. Ediciones Martinez Roca S. A. Vol. IV, Barcelona.
- WOLMAN, B. (1984). *Diccionario de ciencias de la conducta*, Ed. Trillas.Mexico.
- ZAMBRANO, R. (1987) Grado de depresión en el paciente canceroso. Tesis para obtener el Título de Licenciatura en Psicología. Univ. San Martín de Porras. Lima. Perú.

ANEXOS

INSTRUMENTOS

FICHA DE REGISTRO PERSONAL

Por: Missiaggia, Elaine

Lima, 2001

I. DATOS PERSONALES:

Fecha de nacimiento:.....

Edad:.....

Sexo: F () M ()

Actualmente es:

() soltera

() casada

() divorciada

() conviviente

() separada

Que edad tenia cuando tuvo su primera relación sexual:

.....

Cuantos hijos naturales tienes:

.....

Grado de instrucción:

() primaria

() secundaria

() superior

Lugar de nacimiento:

() costa

() sierra

() selva Ciudad de.....

Donde vive:

() Lima

() Provincia

Ciudad de.....

Profesión.....

Ingresos Económicos Mensuales:.....

II. DIAGNOSTICO:

1. Hace cuanto tiempo le diagnosticaron el cáncer de mama:

.....

2. Fuiste operada de la mama: SI () NO () Hace cuanto tiempo

.....

3. Regresó su cáncer de mama: SI () NO () Después de cuanto tiempo de la cirugía:

.....

4. Tienes algún familiar con cáncer: SI () NO ()

Grado de parentesco:

() abuela (o)

() madre

() padre

() hermana (o)

() tía (o)

() que tipo de cáncer fue diagnosticado:

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....
 Fecha.....

EORTC- QLQ-C-30:

Consultar el formato impreso

EORTC- QLQ-C-30:

Por: Organización Europea para la Investigación y tratamiento del cancer (EORTC).

Calificación:

a) Sección 1: Escala Física (esfuerzos importantes, desplazamientos y actividades físicas diarias), ítems 1,2,3,4 y 5. Respuesta Sí=1 punto y respuesta No=2 puntos. Puntaje mínima 5 y máxima 10 puntos.

b) Sección 2: Escala Rol de Actividades (impedimento para hacer el trabajo y arreglos del hogar y realizar trabajo profesional), ítems 6 y 7. Respuesta Sí=1 punto y respuesta No=2 puntos. Puntaje mínima 2 y máxima 4 puntos. Escala de 4 grados: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho. Puntaje mínima 2 y máxima 8 puntos.

c) Sección 3: Escala Cognitiva (concentración y memoria), ítems 20 y 25. Escala de 4 grados: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho. Puntaje mínima 2 y máxima 8 puntos.

d) Sección 4: Escala Emocional (estado de ánimo), ítems 21,22,23 y 24. Escala de 4 grados: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho. Puntaje mínima 4 y máxima 16 puntos.

e) Sección 5: Escala Social (actividades sociales y familiares), ítems 26 y 27. Escala de 4 grados: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho. Puntaje mínima 2 y máxima 8 puntos.

f) Sección 6: Escala de Síntomas (fatiga, náuseas, vómitos, dolor, asfixia, insomnio, falta de apetito, estreñimiento y diarrea), ítems 8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19. Escala de 4 grados: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho. Puntaje mínima 12 y máxima 48 puntos.

g) Sección 7: Escala Económica (impacto económico), ítem 28. Escala de 4 grados: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante y 4=mucho. Puntaje mínima 1 y máxima 4 puntos.

h) Sección 8: Escala de Vida Global (calidad de vida en general), ítems 29 y 30. Escala de 7 grados: que va de 1 pésimo a 7 excelente. Puntaje mínima 2 y máxima 14 puntos.

INVENTARIO MULTICULTURAL DE LA EXPRESIÓN DE LA CÓLERA

Consultar el formato impreso

PROTOCOLO del IMECH:

El IMECH ha sido adaptado al español por Manolete Moscoso y Reheiser en 1996, Spielberg en 1988 desarrollo el STAXI como un elemento multidimensional para evaluar

la experiencia, expresión y control de la cólera. La construcción de las escalas se dio en cuatro fases diferentes.

a). Primera fase, en esta se construyeron las escalas de la cólera rasgo-estado (State-Trait Anger Scales, STAS), las que evaluaban la intensidad de los sentimientos de cólera como un estado emocional e individual, que eran diferentes de la cólera como un rasgo de personalidad (Spielberger, Jacobs, Russell, Crane, 1983). La Investigación sobre la estructura de los factores del STAS indicaron de manera consistentemente dos factores independientes: cólera estado (E-cólera) y cólera rasgo (R-cólera). Se encontró coeficientes alfa de .90 para cólera estado y .84 para cólera rasgo, lo cual indica un grado adecuado de consistencia interna.

b). Segunda fase, incluye la construcción de la escala de expresión de la cólera (AX), la cual fue estimulada por la necesidad de distinguir entre la experiencia de la cólera, de la expresión de los sentimientos de cólera. Los dos factores octogonales que identificados fueron llamados cólera contenida y cólera manifiesta y se construyeron subescalas para medir estas dimensiones básicas. En muestras grandes de hombres y mujeres de la escuela secundaria se ha encontrado correlación cero entre estas subescalas, proyectando evidencias de que estas subescalas de medición son dos dimensiones conceptual y empíricamente independientes. La consistencia interna de las subescalas cólera contenida y cólera manifiesta, medidas por el medio del coeficiente alfa oscilan de .73 a .84 lo cual es satisfactorio. La mediana de correlación item-test para las subescalas cólera contenida y cólera manifiesta fue de .53 y .44 respectivamente.

c). Tercera fase, esta se inicia con la identificación del factor control de la cólera, comprometido con tres de los ítems de las escalas originales del AX, lo cual estimulaba el desarrollo de la escala control de la cólera (AX/Con) (Spielberger, 1988). En el análisis factorial se encontró que el factor control de la cólera era independiente de la cólera manifiesta y de la cólera contenida.

d). Cuarta fase, en esta la construcción del STAXI plantea la importancia de distinguir entre dos diferentes mecanismos para controlar la cólera: el control de la cólera cognitiva (contenida) y el control de la cólera conductual (manifiesta). Se desarrollaron subescalas separadas para medir el control de la expresión de la cólera en conductas agresivas (AX/Con-out) y reducir la intensidad de la cólera suprimida (AX/Conin), lo que fue estimulado por la investigación psicolingüística que identifica diferentes metáforas para la cólera

Moscoso y Rehiser (1995) realizaron un análisis del STAXI con una población multicultural haciéndose el análisis psicométrico del Inventario Multicultural de la Expresión de Cólera Rasgo Estado versión español (IMECRE), el cual se basa en el marco conceptual del STAXI de Spielberger. La muestra utilizada para el estudio de la validez de construcción y consistencia interna del ML-STAXI (IMECRE) estuvo compuesta por un total de 257 participantes (179 mujeres y 78 varones) de 18 países de América del Sur, México y el Caribe durante el 25vo. Congreso Interamericano de Psicología realizado en San Juan, Puerto Rico. Obtuvieron información demográfica de cada sujeto en relación con la edad, nacionalidad, género y nivel de educación. Las edades de los sujetos variaron entre 20 y 78 años siendo el promedio 36.

La obtención de la muestra fue programada de dos maneras distintas, ofreciendo instrucciones verbales y escritas a todos los participantes en ambos casos. La primera forma se realiza al final de cinco sesiones científicas, solicitando a los sujetos completar la página de información demográfica, responder a los 56 ítems del “cuestionario de auto-evaluación”, y hacer comentarios de carácter lingüístico, si fuera necesario, al final de la prueba. Durante la segunda forma de aplicación, se repitieron las mismas instrucciones a todos los participantes. Esta se realiza en grupos de 5 a 10 sujetos en la sala de exposiciones e información del congreso. En ambos casos, la participación fue voluntaria y se mantuvo la anonimidad del participante. Cada sujeto completo el cuestionario y al final, cada participante tuvo la oportunidad de hacer comentarios con relación a ciertas diferencias o equivalencias lingüísticas de los ítems.

La construcción y adaptación de los 56 ítems que inicialmente conformaron el ML-STAX se llevo a cabo en 1995. La primera fase del proceso de elaboración de estos ítems considera los siguientes principios metodológicos: (1) El marco teórico y conceptual que sirvió de guía en la construcción de ítems del State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988). (2) La teoría de equivalencia psicométrica y el marco conceptual de respuesta de ítems en medición transcultural.

Algunos de los 56 ítems del ML-STAXI fueron contruidos y desarrollados específicamente para su incorporación en el ML-STAXI. Estos ítems fueron elaborados sobre la base del marco conceptual y teórico que guío la construcción del STAXI (“me enojo muy fácilmente”, “me pone furioso cuando cometo errores estúpidos”, “me enfado cuando alguien arruina mis planes”, “respiro profundo para relajarme”). Otro grupo significativo de ítems fue adaptado sobre la base de la equivalencia gramatical y de concepto (“me siento enojado”, “estoy colérico”). Este aspecto es particularmente importante debido al hecho que el ML-STAXI tiene como propósito ser utilizado con sujetos de diferentes culturas Latinoamericanas; en este sentido, es vital que los ítems adaptados de la forma original mantengan equivalencia en cuanto a la experiencia del concepto.

Durante el proceso de adaptación de ítems, se evitó la traducción de frases idiomáticas. No se incorporaron los ítems de la versión original del STAXI que reflejan aspectos idiomáticos en la lengua inglesa (“I am Burned up”, “I fly off the andle”, “I try to simmer down”, “I keep my cool”). La traducción directa de frases idiomáticas es reconocida como una fuente de limitación en el proceso de adaptación de instrumentos psicológicos en investigación transcultural. Finalmente, es importante indicar que algunos ítems del STAXI fueron traducidos directamente debido a su fácil adaptación al nuevo instrumento, sin peligro de perder la equivalencia gramatical y de experiencia conceptual de dichos ítems (“estoy furioso”, “me siento irritado”).

La segunda fase en la adaptación del ML-STAXI incluye la presentación de los 56 ítems que originalmente conformaron el ML-STAXI a un grupo de 26 psicólogos de diversos países Latinoamericanos quienes cumplieron el rol de jueces, con el propósito de evaluar los ítems cualitativamente basándose en los comentarios de carácter lingüístico y adecuación del instrumento en las diversas culturas de América del Sur, México y el Caribe (Moscoso Y Spielberger, 1997). Estos 56 ítems fueron contruidos y/o adaptados con el propósito de evaluar las siguientes dimensiones de la cólera: Hostilidad

(12 ítems); Expresión de la Cólera (32 ítems) conformada por cuatro subescalas (1) Cólera Manifiesta, Cólera Contenida, Control de la Cólera Manifiesta, y Control de la Cólera Contenida.

El ML-STAXI, al igual que la versión original en Ingles, presenta instrucciones específicas para las escalas de Hostilidad y Expresión de la Cólera. Estas requieren que el sujeto conteste los ítems basándose en una frecuencia de 4 puntos (casi Nunca 1, Algunas Veces 2, Frecuentemente 3, Casi Siempre 4).

Se verificó la consistencia y la estructura factorial de los 56 ítems. Como resultado de este primer análisis factorial, se seleccionó 44 ítems basándose en dos criterios: (1) poseer un peso factorial mínimo de .35 en su propio factor, y saturaciones insignificantes en los demás factores; (2) considerar los ítems que mantuvieran coherencia conceptual en el factor dominante. Los 44 ítems que actualmente conforman las 2 escalas del ML-STAXI fueron analizados factorialmente de manera separada. Se decidió utilizar el análisis factorial exploratorio, en lugar de análisis factorial confirmatorio, debido a que el primero facilita un tipo de análisis más conservativo (Gorsuch, 1988)

Los resultados del análisis factorial de la escala de Hostilidad confirman 2 factores claramente definidos: Temperamento y Reacción de cinco ítems cada uno. Los coeficientes alfa de la escala de hostilidad demuestran una elevada consistencia interna de ambos factores correspondiendo .86 en mujeres y .82 en varones. (Apéndice B)

El análisis factorial de los 24 ítems de la escala de la Expresión de la Cólera verifica la existencia de 4 factores no correlacionados: (1) Control/Cólera Contenida, (2) Control/Cólera Manifiesta, (3) Cólera Contenida y (4) Cólera Manifiesta. Como resultado de los análisis se confirma la consistencia de los 2 primeros factores. Los coeficientes alfa de estos 4 factores varían entre .61 y .90 en mujeres, y .69 y .92 en varones; indicándonos que dichos ítems son claramente de naturaleza homogénea. (Apéndice B)

Los análisis reportados en este estudio demostraron el grado elevado de similitud en la estructura factorial del ML-STAXI (IMEC) con la versión en ingles y su elevado nivel de consistencia interna. No obstante, los resultados de este estudio deben ser considerados como preliminares y sólo con fines de investigación.

a) Calificación

La hoja de respuestas del Inventario Multicultural de la Expresión Cólera presenta puntajes que varían de 1 a 4 puntos por cada ítem. Después que el examinado haya respondido el inventario completamente, la calificación se lleva a cabo de la siguiente manera:

1). Escala de Hostilidad: para su calificación, se suma el total de cada respuesta, lo que permitirá obtener un puntaje global. El puntaje máximo para la escala de Hostilidad es 40 y el puntaje mínimo es 10.

2). Escala de la Expresión de la Cólera: la escala de la Expresión de la Cólera está compuesta de 24 ítems y reporta 4 puntajes parciales en base a las 4 subescalas (Cólera manifiesta, Cólera Contenida, Control de la Cólera manifiesta, Control de la Cólera contenida o suprimida). Estas cuatro subescalas evalúan diferencias individuales en la tendencia a:

a). expresar cólera hacia otras personas u objetos en el ambiente;

b). experimentar y suprimir la cólera;

c). lograr controlar la expresión de la cólera; y por último,

d). ejercer un control sobre la cólera suprimida. Además, la Escala de la Expresión de la Cólera genera un puntaje global basado en los 24 ítems, el cual provee una pauta general de la frecuencia con que la cólera es expresada o suprimida. Para calcular dicho puntaje se utiliza la siguiente fórmula: $\text{expresión de la cólera} = \text{cólera manifiesta} + \text{cólera contenida} - \text{control} + 36$.

Nota la constante 36 es incluida en la fórmula con el propósito de evitar números negativos. Los puntajes netos en la escala de la expresión de la cólera varían de 0 a 72.

El análisis estadístico puede ser llevado a cabo basándose en los puntajes netos (raw scores).

Los 6 ítems que componen cada una de las cuatro subescalas de la escala de la expresión de la cólera son los siguientes:

Cólera Manifiesta (02) (06) (15) (23) (08) (14)

Cólera Contenida (12) (13) (03) (11) (04) (09)

Control/Cólera Contenida (18) (19) (17) (20) (21) (22)

Control/Cólera Manifiesta (01) (24) (10) (07) (05) (16)

b) Interpretación

Esta prueba sólo cuenta con interpretación de puntajes elevados, por lo tanto:

1) Interpretación de puntajes elevados:

(a) Interpretación de las personas con puntajes elevados en la escala de Hostilidad: Las personas con puntajes elevados en la escala de Hostilidad experimentan de manera frecuente sentimientos de cólera. Estos individuos sienten frecuentemente que son tratados de manera injusta por el resto de personas. Dichas personas tienden a experimentar estados de frustración muy fuerte y pueden expresar su cólera con una mínima provocación. Estas personas son impulsivas, puntajes elevado en esta escala, así como también en las escalas de Control de la Expresión de la Cólera, se da en sujetos autoritarios con tendencia a intimidar a otros. Así mismo, estos pueden ser individuos altamente sensibles a críticas y evaluaciones negativas por parte de otras personas.

(b) Interpretación de las personas con puntajes elevados en la escala de Cólera Manifiesta: Estos individuos por lo general experimentan cólera la cual es expresada a través de conductas agresivas dirigidas a otras personas u objetos. La Cólera Manifiesta puede ser expresada en actos físicos o puede ser también manifestada de manera verbal.

(c) Interpretación de las personas con puntajes elevados en la escala de Cólera Contenida: Estos sujetos por lo común experimentan sentimientos de cólera, pero tienden a suprimir tal emoción en lugar de expresarla de manera verbal o física. Sin embargo, es importante indicar que ciertos individuos con puntajes elevados en Cólera Contenida, pueden expresar tal emoción de manera agresiva. Ello indica que en algunas situaciones

logran suprimir la cólera y en otras situaciones la expresan. Cuando expresan cólera de manera agresiva, ésta se produce por lo general en forma muy intensa.

(d) Interpretación de personas con puntajes elevados en las escalas de Control de la Cólera: Dicho individuos tienden a gastar un gran nivel de energía en prevenir la experiencia y expresión de la cólera. A pesar que el control de la cólera es deseable, el exceso de control de la Cólera Manifiesta o de la Cólera Contenida, puede resultar en un estado de pasividad lo cual facilita estados de depresión o ansiedad, particularmente en sujetos con elevados puntajes en las escalas de Control de la Cólera y de la escala de hostilidad.

2) Interpretación de puntajes bajos

Individuos con puntajes bajos (por debajo del 50% del puntaje total de la escala) en las escalas de hostilidad, Cólera-Manifiesta y Cólera-Contenida por lo general experimentan, expresan, o suprimen relativamente niveles bajos de cólera. Puntajes bajos en estas escalas, en todo caso, pueden indicar la utilización de defensas y supresión de esta emoción como una forma de protección del individuo a experimentar sentimientos de cólera indeseables. En base a estudios de investigación, la supresión excesiva de la cólera refleja, por lo general, un estilo de vida que se caracteriza por estilos de afrontamiento de evitación.