

UNAB



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Facultad de Psicología
Programa de Psicología

ANALISIS DE LA DEPRESION EN MUJERES CON CANCER DE MAMA
(MASTECTOMIZADAS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ
VALENCIA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

Trabajo de Grado para Optar al
■ Titulo de PSICÓLOGA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

VERIFICACION	FECHA oct 07 SEP 2000	NO. DE CONTROL 76/37.00 762819.1 E/1
PRECIO \$20.000	NO. DE CONTROL 846257	

Presentado por:

PAOLA ANDREA TOBAR MARIN

Bajo la dirección de la Psicóloga Martha Eugenia Ortega

Bucaramanga, Julio de 2000

AGRADECIMIENTOS

Cuando después de mucho tiempo, se está en la puerta de un gran triunfo como lo es el recibir un título como profesional, el estudiante empieza a realizar una serie de reviviscencias de lo que fue su época de universidad en pre - grado: las caídas, los éxitos, las traspasadas, los premios, los amigos, los profesores, los buenos y los malos, empezándose a dar cuenta que fue un gran periodo en la vida, fundamental y vital para el comienzo de otra nueva etapa, ya sea como estudiantes en pos - grados, en especializaciones, en diplomados o a nivel familiar y laboral. Hoy, llega este tiempo para mí, dejando atrás experiencias agradables, y otras no tanto, sin embargo, se aprenden de ellas, se crece y se prepara para afrontar otras más. Los logros alcanzados durante el trayecto como estudiantes, son esas experiencias agradables las cuales siempre se recuerdan. El trabajo de grado es uno de esos logros encantadores que perennemente se llevan en el corazón y en el intelecto.

La realización y ejecución de este trabajo no fue tarea fácil, se presentaron dificultades que muchas veces hicieron pensar que no se lograría, no obstante, conté con seres y personas que continuamente me apoyaron, aconsejaron, guiaron en el camino de esta labor. Por ello, deseo primero que todo, darle gracias a Dios, por no permitir que desfalleciera en los momentos difíciles, por acompañarme en esta ardua carrera e impregnarme esa motivación intrínseca que debe tener todo ser humano para culminar con amor lo que empieza. A mis ángeles de la guarda, especialmente al que siempre me custodia. A mis padres Pedro Tobar y Edith Marín, y hermana Claudia Tovar, por soportar esos momentos de crisis, acompañarme y apoyarme desinteresadamente en aspectos espirituales y en el ámbito económico. A la Dra. Martha Ortega, persona que desde mucho tiempo atrás estuvo ahí para aconsejarme y guiarme, a nivel personal y académico. Al Hospital Universitario Ramón González Valencia por darme la oportunidad y confianza para realizar allí la investigación, especialmente al departamento de oncología. Al Dr. Armando Aguilera por pilotarme a última hora, a mi primo Alonso Marín, a mis amigos Paola Badillo, Elvis Vargas y Martín Correa, al Sr. Jairo Chinchilla y la Sra. Lida Céspedes, a un estudiante de la Universidad Pontificia Bolivariana: Edgar Daniel Martínez, y a todas las personas que de alguna forma hicieron este trabajo posible.

Tabla de contenidos

	Pág. No.
Resumen	IV
Descripción y análisis del Duelo	1
Descripción de la institución	2
Problema	3
Objetivos	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Antecedentes Investigativos	4
Marco Teórico	8
Método	34
Participantes	34
Instrumento	34
Justificación Estadística	36
Descripción del Cuestionario	40
Procedimiento	43
Resultados	45
Discusión	63
Referencias	67
Anexos	69

Lista de Figuras

	Pág. No.
Figura 1. Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck	14
Figura 2. El círculo vicioso de la depresión	23
Figura 3. Jerarquización evolutiva del cerebro	25
Figura 4. Niveles de integración. Mecanismos cerebrales	26
Figura 5. Sistema límbico	28
Figura 6. La actividad sinóptica	29
Figura 7. Clasificación de la depresión entre los participantes del estudio.	
Primer ángulo	46
Figura 8. Clasificación de la depresión entre los participantes del estudio. Primer	
Segundo ángulo	47
Figura 9. Promedio del ítem Tristeza	48
Figura 10. Promedio del ítem Pesimismo	49
Figura 11. Promedio del ítem Autodecepción	50
Fi54ra 12. Promedio del ítem Insomnio	51
Fi54ra 13. Promedio del ítem Fatiga	52
Fi55ra 14. Promedio del ítem Pérdida de peso	53
Fi56ra 15. Promedio de ítem Desinterés sexual	54
Fi56ra 16. Promedio del ítem Sentimiento de fracaso	55
Fi57ra 17. Promedio del ítem Culpabilidad	56
Figura 18. Promedio del ítem Ideas de suicidio	57
Figura 19. Promedio del ítem Desinterés social	58
Figura 20. Promedio del ítem Pérdida del apetito	59
Figura 21. Promedio del ítem Problemas físicos	60
Figura 22. Resultados brutos del instrumento aplicado	62

Lista de Tablas

	Pág. No.
Tabla 1. Muestra de ítems de la escala de actitud	15
Tabla 2. Errores cognitivos en la depresión según la teoría de Beck	16
Tabla 3. Errores cognoscitivos y suposiciones de las cuales se derivan	20
Tabla 4. Esquemas que se utilizan en la teoría cognitiva de la depresión de Beck	21
Tabla 5. Índices durante un año de depresión grave de acuerdo con el estado civil pasado y presente	23
Tabla 6. Defectos de Neurotransmisión en la depresión	30
Tabla 7. Validez concurrente	38
Tabla 8. Principales correlaciones por factor retenido	38
Tabla 9. Confiabilidad interna de los factores IDB	39
Tabla 10. Indicadores a estudiar por agrupación de ítems y puntuaciones	40
Tabla 11. Resultados cuantitativos del instrumento	61

Resumen

Este estudio investigativo desarrollado en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga, contó con la participación de las pacientes de esta entidad afectadas por el cáncer de mama, mastectomizadas en el periodo de enero 15 a abril 15 de 2000; esto con el fin de describir las actitudes y estados afectivos relacionados a la depresión de las pacientes. Dado que el diagnóstico de este tipo de carcinoma hace que en la mujer aflore un estado de depresión que le impide elaborar el "duelo" adecuadamente, se planteó determinar cuáles son las condiciones, desde la naturaleza misma que conlleva al estado de depresión, que irrumpen en la aceptación de la pérdida de la mama.

La población que intervino en el estudio fue establecida a partir de la información suministrada por la institución. La prueba aplicada a estas mujeres para el desarrollo de la investigación fue el Inventario de Beck o IDB. La interpretación de los resultados se realizó a partir de las puntuaciones promedio de cada grupo, estableciendo para cada uno de estos un perfil, con base en las variables que maneja la prueba con respecto a los tres factores establecidos para el análisis de los resultados: Factor Conductual, Cognitivo y Somático, de donde se extrajo, según los resultados arrojados por la prueba, que, con respecto al factor conductual, en las mujeres mastectomizadas a causa del cáncer de mama, se incrementa notablemente los sentimientos de insatisfacción, inseguridad, culpabilidad y autodecepción; en cuanto al factor cognitivo, el pesimismo, el sentimiento de castigo, y el desinterés social, se convierten en aspectos predominantes de su vida cotidiana, lo que incide negativamente en sus relaciones familiares y extrafamiliares; y, finalmente, en el factor somático, se ve afectada la imagen corporal, debido a la carencia de atractivo que ellas perciben de si mismas por la pérdida de uno de sus senos, sumando a esto, el descuido personal, debido a la imagen distorsionada de su esquema corporal.

El estudio investigativo es de carácter descriptivo.

ANALISIS DE LA DEPRESION EN MUJERES CON CANCER DE MAMA QUE HAN
(MASTECTOMIZADAS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ
VALENCIA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

En búsqueda de la estabilidad emocional de las mujeres con cáncer de mama que son mastectomizadas en el Hospital Universitario Ramón González Valencia, se propuso el presente estudio investigativo, a partir del cual se determinaron veintiún rasgos de la personalidad que son afectados debido a la depresión por la que atraviesa la mujer después de la cirugía, entendiéndose que el objeto perdido, la mama, es uno de los representantes de la feminidad de la mujer, obligándola a enfrentar la pérdida y el estado de depresión desde el mismo momento de la cirugía hasta la elaboración del duelo.

El tema surge de las necesidades encontradas durante el desarrollo de la práctica clínica de la autora de la investigación, efectuada durante el primer semestre de 1999, en la cual se realizó un estudio investigativo con pacientes amputados (específicamente amputación infra y supracortical de las extremidades inferiores) con el fin de hallar los rasgos psicológicos que se afectaban luego de la cirugía. Dado el interés que afloró el estudio antes mencionado, se propone ampliar la investigación con pacientes mastectomizadas, ya que este tipo de cirugía se encuentra asociada con las amputaciones parciales, las cuales afectan la personalidad del individuo a nivel de autoimagen y otros índices que fueron tomados en cuenta durante el estudio.

La institución elegida como sede de la investigación, fue el Hospital Universitario Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga, debido al interés que mostró la entidad, por fomentar nuevos estudios científicos en el área de la psicología.

Con base a la determinación de las variaciones en la personalidad de las mujeres que padecen el cáncer de mama y fueron sometidas a mastectomía, es posible la trascendencia y relevancia de este trabajo, puesto que se propondrán estrategias encaminadas a favorecer la actuación de las redes de apoyo que laboran en pro del bienestar psicológico de las mujeres antes mencionadas, ampliando de esta manera, los conocimientos en las terapias psicológicas individuales y grupales, utilizadas en la intervención clínica que se les hace a dichas pacientes, con el fin de mejorarles su calidad de vida, obteniendo así, la aceptación de la pérdida y extinción de la depresión que padecieron a causa de la mastectomización de una de las mamas.

Descripción de la Institución

Como se mencionó anteriormente, para efectos del estudio, se contó con la participación del Hospital Universitario Ramón González Valencia, el cual se caracteriza por ser una empresa inteligente, prestadora de servicios integrales de salud.

Es una entidad pública de tercer nivel, descentralizada, de orden departamental, formador de especialistas en el área de salud y líder en la prestación de los servicios integrales de salud en el nororiente colombiano. Cuenta con una adecuada infraestructura física, administrativa, asistencial organizada, biotecnológicamente dotada, debidamente señalizada y con amplias zonas verdes. El personal que labora en la institución, se distingue por ser altamente calificado, comprometido y humanizado. Por otro lado, la empresa les brinda a sus funcionarios, la posibilidad de participación, respetando su libertad en el actuar e identidad en pro al bienestar de los demás.

El Hospital ofrece además, tecnología que responde al avance científico y al desarrollo armónico de la entidad, procediendo constantemente con principios de excelencia. El objeto social es brindar calidad en la atención a la población usuaria, satisfaciendo las expectativas de los clientes.

Dentro de este contexto, el Hospital cuenta con servicios en cuidados intensivos, a nivel pediátrico y adultos, neurocirugía, ortopedia, laboratorio clínico, consulta externa, urgencia, ginecobstetricia, clínica intrahospitalaria, pediatría, cirugía general, medicina interna, cirugía plástica y quemaduras, imágenes diagnósticas y oncología.

Llegado a este punto, es necesario mencionar que la población del estudio competía la participación de mujeres con cáncer de tipo mamario; por ello, se realizó la investigación con la colaboración de la Unidad de Oncología; siendo este el servicio encargado del tratamiento del usuario con cáncer, a través de cirugías, radioterapia, quimioterapia o la combinación de ellos. El jefe de la unidad es el Dr. Jesús Solier Insuasty Enriquez, médico Internista y Oncólogo, encargado del proceso quimioterapéutico de los pacientes afectados por el cáncer. El Dr. Insuasty fue la persona que estudió la propuesta de investigación "Descripción y Análisis de la depresión afrontada en mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomización", e igualmente quien aceptó dar inicio al estudio, con el ánimo de aumentar los

conocimientos en el área de la Psicología, y brindar así, óptima atención a los pacientes con cáncer que asisten a consulta, no solo en el campo médico (físico) sino también emocional. El equipo está compuesto, además, por el coordinador de cirugía Dr. Javier Arias, médico Cirujano y Oncólogo, el cual tiene la responsabilidad de tratar quirúrgicamente a los pacientes con cáncer; la Dra. Adriana Zableth Solano, médico Radioterapeuta y Oncóloga, encargada de la coordinación de las radioterapias que allí se practican; cuenta también con médicos especializados en cirugías de mama, cabeza y cuello, fisiatras, trabajadora social, y personal administrativo, todos unidos con el fin de brindar apoyo integral y especializado al paciente con cáncer que asiste a dicha unidad.

Problema

El servicio de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia tiene en sus manos la responsabilidad de brindar atención médica a los pacientes entre estratos 0, 1, 2 y 3, que asisten con cáncer de mama, próstata, pulmón, colo - rectal, entre otros. Por ser un servicio de apoyo integral, éste comprende la necesidad de la atención psicológica de dichos pacientes.

Actualmente prevalece el cáncer de mama, haciendo que se incremente la mastectomización de alguna de las mismas. Este acontecimiento trae como consecuencia el desequilibrio emocional en las mujeres, dentro de los ámbitos personal, familiar y profesional.

El departamento de Oncología, ante la necesidad de mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama que han sido mastectomizadas, abre sus puertas al estudio propuesto, en el cual se indagarían factores que acentúan la depresión en las mujeres mastectomizadas y que afectan al proceso de elaboración del duelo; lo anterior para establecer, una vez terminado el estudio, estrategias que contribuyan con las terapias psicológicas dirigidas a la depresión, en aspectos como son: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, autodecepción, dificultad psicomotora, enojo, indecisión, incapacidad laboral, insomnio, fatiga, ausencia de apetito y desinterés sexual. Así, la pregunta a estudiar es ¿Cuáles son los estados afectivos y los niveles de depresión por los que atraviesan las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas en edades entre 35 y 55 años?.

Objetivos

Objetivo General

Describir los niveles depresivos por los que atraviesan las mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas, en edades que oscilan entre 35 y 55 años, que se encuentran en la fase de tratamiento posterior a la cirugía, pacientes del departamento de oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de la Ciudad de Bucaramanga mediante la aplicación del IDB, o Inventario de Beck, con el fin de contribuir benéficamente a la red de apoyo de la institución y, eventualmente, a otros organismos que trabajen con este tipo de pacientes.

Objetivos Específicos

Determinar las características sociodemográficas de las mujeres objeto de estudio, a fin de establecer la muestra del estudio.

Detectar los niveles de la depresión que presentan las mujeres con CA de mama sometidas a mastectomización.

Analizar los niveles de depresión que presentan las mujeres con CA mamario que constituyeron la muestra y en este momento se encuentran en tratamiento, en los aspectos cognitivo, conductual y somático.

Contribuir mediante los resultados que arroje la investigación a mejorar la labor de la red de apoyo del Hospital Universitario Ramón González Valencia y, eventualmente, a otros grupos que trabajen con este tipo de pacientes.

Antecedentes Investigateos

En el marco de la salud, los aspectos físicos y psíquicos se complementan para lograr el equilibrio de todo ser humano. Por ello, diversas investigaciones toman como base aspectos psicológicos que afectan y detienen el excelente desarrollo curativo en diferentes enfermedades. El interés de este estudio es encontrar los aspectos emocionales y afectivos relacionados con la depresión de las pacientes con cáncer de mama. De esta manera, es necesario sustentar el estudio con investigaciones que se

hayan realizado acerca del cáncer de mama y sus aspectos psíquicos, los cuales aportaran datos relevantes en el transcurso del estudio.

En España, Ferrero Berlanga, Toledo Aliaga y Barreto Martín (1995), de la Universidad de Valencia, realizaron un estudio acerca de la evaluación cognitiva y el afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama, enfocándose en el hecho de que el diagnóstico de dicho cáncer y los tratamientos que lo acompañan son sin duda elementos capaces de mermar el bienestar psicológico de las mujeres sometidas a esta experiencia; no obstante, la literatura pone de manifiesto que este efecto pernicioso es relativamente breve, y que la mayoría de las pacientes alcanzan con el tiempo sus estándares previos de bienestar, llegando incluso algunas pacientes a informar de cambios favorables en su calidad de vida tras el diagnóstico. Sin embargo, una amplia minoría de pacientes (entre el 20 y el 30%), presenta complicaciones psicológicas a largo plazo, derivadas de su condición de pacientes oncológicas; complicaciones que suelen tomar la forma de ansiedad, depresión o baja autoestima. Además de los efectos atribuibles a la pérdida de la mama, este malestar puede derivarse de lo que se ha dado en llamar "El síndrome de Damocles" (Koocher y O'Malley, 1981; Quigley, 1989) o "Aprieto existencial" (Weissman, 1976), expresiones que recogen la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad y posibilidad de recidivas, así como las limitaciones que perciben las pacientes a la hora de desarrollar un proyecto vital a largo plazo. Estos autores proponen que el modo en que los sujetos evalúan y afrontan un diagnóstico de cáncer puede puntuarse sobre cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico que pueden describirse en los siguientes términos:

Espíritu de lucha: visión del diagnóstico como un reto, visión optimista del pronóstico.

Desamparo / desesperanza: visión de la enfermedad como pérdida irreparable.

Preocupación ansiosa: visión de la enfermedad como una amenaza, incertidumbre.

Fatalismo: aceptación de cualquier pronóstico.

Negación: ausencias de evaluaciones relativas al control.

Lo dicho anteriormente contribuye en la investigación, pues sustenta algunas de las variables a tratar, como es el esfuerzo que hace la mujer enferma por no desfallecer y luchar por su vida, aunque se sienta desvalida ante la pérdida.

Por otro lado, Cano Videll, Sirgo, Díaz Ovejero, Pérez Manga (1997), en algunos apartes de su estudio sobre ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama que realizaron en la Universidad Complutense de Madrid, en el departamento de Psicología Básica II, presentaron una exposición en donde aseguran que el enfrentamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento, sino que puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad; de igual manera, una persona puede emplear diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo. Los diferentes factores psicosociales y modos de afrontamiento frente a la enfermedad, afectan el desarrollo de cáncer de manera indirecta, por ejemplo, haciendo que los sujetos tarden más en buscar ayuda médica o no se impliquen como debieran en los tratamientos ni en la medicación. Al mismo tiempo, se vio que ciertas formas de afrontamiento al cáncer estaban asociadas a respuestas autonómicas, neuroendocrinas e inmunológicas que pueden exacerbar el crecimiento del tumor o la extensión de la metástasis, y debilitan la resistencia del cuerpo al proceso maligno (Pettingole, Philalethis, Tee y Greer, 1981).

Las situaciones estresantes pueden ser relacionadas con el sistema inmune a través del Sistema Nervioso Central por la actuación del Sistema Nervioso Simpático debilitando su funcionamiento. En general, cada vez es más fuerte la evidencia del papel estresante del propio cáncer en el desarrollo de la enfermedad. Tener cáncer en si mismo puede alterar conductas, estados emocionales e incluso disposiciones de personalidad. Cada vez se evidencia con mayor fuerza el papel generador de estrés en el desarrollo del carcinoma. Modelos Bioconductuales, que tienen en cuenta aspectos psicológicos (estrés y calidad de vida), conductuales (conductas de salud y compromiso con los tratamientos) y fisiológicos, tratan de explicar las interrelaciones que se generan desde el cáncer como estresor hasta el desarrollo o agravamiento de la enfermedad (Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994).

Esta investigación soporta la información expuesta en el marco teórico acerca de los aspectos biológicos que intervienen en la depresión.

A su vez, Restrepo, Pérez, Robledo y Sinisterra (1991), en su investigación acerca del impacto emocional sobre la representación corporal, en mujeres en proceso de

diagnóstico de cáncer de mama, concluyeron que las pacientes mostraron una representación corporal disminuida y desvalorizada, que se incrementó ante el diagnóstico positivo de cáncer de mama y que los mecanismos de defensa más comunes activos por el yo, ante la amenaza sobre la representación corporal de los pacientes por el diagnóstico de cáncer de mama, fueron la represión, la regresión, la negación y la omnipotencia e idealización como defensas maniacas.

El hecho prescindible en la investigación de Cano, Díaz, Sirgo y Pérez (1997), radica en el apoyo que dan a una de las variables del instrumento a aplicar "Inventario de Beck", acerca de la disminución y desvalorización de la representación corporal.

En las anteriores investigaciones, los instrumentos utilizados en su orden fueron: escala mental Adjustment to Cáncer (M.A.C de Watson, Greer y Bliss, 1989) la cual posee cuarenta ítems agrupados en cinco subescalas referidas a las dimensiones de espíritu de lucha, desamparo, desesperanza, fatalismo, preocupación ansiosa y negación; Batería de Cuestionario Interpersonal Behavior Scale (IBS - R/ED y IBS/A - Spielberg, 1988), con veintinueve ítems que evalúan armonía y racionalidad; Test de Machover que evalúa rasgos de la personalidad por medio del dibujo de una figura humana, siendo ésta una prueba proyectiva.

Simón Brainsky (1984), presentó el trabajo acerca de Factores Psicodinámicos en el Cáncer de Seno, en el que exponía, que, dentro del marco de referencia de lo somático, se estudia la patología del Cáncer de Seno en términos de lo bio-psicológico-social, considerando la personalidad como Estructura Funcional Global, con especial énfasis en lo inconsciente. La interrelación entre factores de personalidad y el Cáncer de seno no se plantea en términos de causa - efecto, sino de factores concomitantes en un síndrome de etiología multideterminada. Se presentó la casuística de 130 pacientes con adenocarcinoma de seno, estudiadas con controles y reportadas por grupos de seis informes anteriores. Se destacan los antecedentes familiares, el hecho de ser hijas únicas mayores, la mala relación con las figuras parentales, la falla en la identificación femenina y la maternidad, lo inadecuado en las relaciones interpersonales y las pérdidas recientes como desencadenantes no específicos. Se hacen planteamientos sobre el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica en pacientes con cáncer de seno con énfasis en las fantasías transferenciales de sometimiento e idealización, el incremento narcisístico, la contratransferencia y el juego de distancias.

Las anteriores investigaciones aportan datos representativos para la investigación que se lleva a cabo, sobre la “Descripción y análisis de la depresión afrontada en mujeres con cáncer de mama”, puesto que, retoman aspectos psicológicos importantes como lo es el de la representación corporal, autoestima, espíritu de lucha, y la ansiedad que manejan este tipo de pacientes. Además, las tres primeras son netamente de tipo cognitivo, siendo esta la línea que lleva el estudio. La última investigación que se mencionó es de carácter psicodinámico, la cual contrasta con el enfoque psicológico que lleva este estudio. Sin embargo, dicha investigación es relevante, ya que ensalza las repercusiones de la mastectomización, debido a que hace una completa descripción de la importancia del seno como representante de la feminidad de la mujer y complemento de la misma.

Marco Teórico

El estudio a realizar data sobre la Descripción y el análisis de la Depresión en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, además de los diferentes niveles que acompañan este proceso. Por esta razón, es prescindible dar a conocer los aspectos, y teorías que hasta hoy existen acerca del cáncer, enfatizando en el de mama. Como el objetivo principal de investigación es describir la depresión en dicha población, teniendo en cuenta que este trastorno del ánimo, afecta gradualmente la elaboración y completa resolución del duelo, causado por la pérdida, se expondrá la teoría de la o- depresión desde el enfoque cognitivo expuesto por Beck y otros autores, y, desde la Psicobiología de la depresión.

El Cáncer

Neoplasia, malignidad (en el caso del idioma inglés) o cáncer son los términos utilizados por la literatura médica y popular para designar la variedad de enfermedades definidas por cuatro características específicas:

Clonalidad: El cáncer se origina de cambios genéticos en una sola célula, la cual se prolifera para formar un clon de células malignas.

Autonomía: El crecimiento no está propiamente regulado por la bioquímica normal y las influencias físicas en el ambiente.

Anaplasia: Hay una pérdida de la diferenciación normal coordinada de las células.

Metástasis: las células cancerosas desarrollan la capacidad para un crecimiento discontinuo y la diseminación a otras partes del cuerpo.

El cáncer causa la muerte al destruir los órganos sanos mediante extensión directa y diseminación hasta regiones aisladas, mediante el torrente sanguíneo, los vasos linfáticos o las superficies serosas (Metástasis). A este respecto hay que aclarar que las células normales pueden expresar una de las cuatro características anteriores, pero en las células carcinógenas la característica es inapropiada o excesiva. El proceso mediante el cual una célula normal es convertida en una que exhibe las cuatro características se denomina transformación maligna (Bennet, 1996).

Según la sociedad americana del cáncer, la mitad de la muerte por esta enfermedad se debe a los tres tipos más comunes de cáncer: Pulmón, Mama y Colo-rectal; prevaleciendo el de pulmón en los hombres, el de mama en las mujeres y el colo-rectal en igualdad entre ambos sexos. Estas patologías se presentan siempre a los médicos como un crecimiento anormal o tumor, el cual causa malestar por:

- Producción de moléculas bioquímicas activas (enzimas).

- Expansión local.

- Invasión adyacente o distante de tejidos.

Los síntomas de la enfermedad dependen de los productos moleculares específicos y de la localización del tumor. Cada tipo de cáncer tiene una historia natural relativamente distinta que describe el curso clínico del proceso neoplástico particular. El diseño de un plan de tratamiento apropiado para un paciente individual con enfermedad cancerosa, depende de determinar la extensión y diseminación de la enfermedad junto con un amplio conocimiento de la historia natural y las alternativas terapéuticas disponibles para el tipo de cáncer particular.

El diagnóstico del cáncer trae inmediatamente a la mente del paciente y de su familia una serie de preguntas y temores que requiere de una atención integral desarrollada por un médico enfático, considerado y capaz. Esta es una verdad particularmente aplicable en los casos de cáncer en los que hay pocas posibilidades de curarse o cuando este reaparece. Según el Doctor John Mendelsohn (1998), los problemas relacionados con lo psicológico más frecuentes en estos pacientes son:

- La preocupación por el autocontrol económico y personal del paciente sobre sí mismo.

- El sentimiento de no contar con alguien que lo ayude.

La dificultad para aceptar la finitud de sí mismo.

La angustia y el temor frente a la mutilación y el dolor.

El dolor de separarse de los seres queridos.

El temor al abandono y la evitación de la soledad.

Las respuestas comunes de los pacientes incluyen la rabia, la negación, el retiro (huida) y la depresión. Aunque la mayoría de los oncólogos están de acuerdo con el tratamiento integral del paciente, existen muy pocos indicios de que la sola intervención psicológica modifique la patogénesis de la enfermedad.

El diagnóstico se hace mediante ciertos tipos de test, entre los cuales encontramos el historial clínico, el examen físico el cual incluye test de Papanicolau y proctoscopia, estudios radiológicos, estudios de laboratorio, exámenes patológicos del tejido, citogenética y genética molecular. Además, las entidades que luchan en contra del cáncer han definido lineamientos para la detección temprana del cáncer en personas asintomáticas, he aquí el parámetro para mujeres:

Mujeres entre 20 y 39 años: Chequeo general que incluye consulta y examen de la cavidad oral, la tiroides, la piel, los nudos linfáticos y los ovarios; auto - examen del seno, mensual; examen clínico del seno cada tres años; mamografías; test de papanicolau y examen pélvico cada año.

Entre 40 y 49: El mismo chequeo anterior y además, examen del tacto rectal cada año; en la menopausia se debe hacer un examen del tejido endométrico en mujeres con alto riesgo.

50 años o más: El mismo chequeo de los dos anteriores y además, pruebas hematológicas y sigmoidoscopia, cada tres o cinco años.

Para las mujeres, el cáncer de mama es uno de los más frecuentes, con una tasa de aproximadamente el 31% (Simón, 1995). Esta variedad de cáncer se presenta generalmente en mujeres solteras o con matrimonios tardíos, aunque no existe predisposición genética, si hay cierta disposición familiar como se expuso en la justificación.

Dado que el 40% de los tumores de mama son hormonodependientes a los estrógenos y la progesterona, esto da una primera pauta para el tratamiento.

En cuanto a grupos de edad es muy raro en las jóvenes, observándose en mayor proporción entre los cuarenta y sesenta años, disminuyendo el riesgo al pasar esta edad. Por esta condición, las pacientes se dividen en:

Tipo I: perimenopáusicas.

Tipo II: posmenopáusicas.

El cáncer de mama se caracteriza por las mastopatías (fibroadenomas y nódulos), los cuales requieren de métodos de tratamiento agresivos (extirpación). La relación del CA de mama con otros tipos de cáncer no es muy frecuente, y casi siempre se da con el de endometrio.

Los dos cuadrantes superiores externos de ambos senos son los lugares más comunes de tumoración mamaria, observándose una incidencia del 43% en el lado derecho frente a un 35% del izquierdo. Se cree que la razón para que sean los lugares apropiados se debe a la acumulación tan grande de tejido mamario. El 95% de los tumores son glandulares (adenocarcinomas).

Existen dos tipos predominantes de cáncer mamario, el de las conductillas y acinas mamarias y el de la extirpe del pezón (enfermedad de paget).

En este tipo de cáncer cuando ya hubo metástasis el tratamiento es tardío.

Los síntomas más comunes son: la tumoración, pudiendo ser nódulo o fibroadenoma; la sangre por el pezón, lo cual podría indicar que se trataría de un CA intracanicular; la retractación de la piel, pudiendo tomar la forma de piel de naranja, edemas, lo que indica un bloqueo de los linfáticos por metástasis y pezón retraído o desviado hacia la dirección del tumor.

Las formas de análisis y diagnósticos más comunes son:

Mamografías: permite reconocer los tumores como manchas calcificadas, ya que el tejido mamario es uniforme.

Ecografía de mama: muy similar a la realizada en el embarazo.

Termografía: especialmente en el CA inflamatorio.

Papaniculau de las secreciones.

Biopsia de tejidos.

Punción de nódulos: donde el patólogo extrae los contenidos con una jeringa.

Marcadores tumorales: (hormonodependencia).

Niveles de estrógeno y progesterona.

El tratamiento ideal para este tipo de patologías, son el de las cirugías y radioterapias. El primero consiste en mastectomizar el seno, ya sea en forma radical ampliada, la cual fue introducida por Halsted, desde el año de 1890, consistiendo en hacer una incisión para extraer toda la mama, dándose un margen de seis a ocho

centímetros de tejido sano. Este médico extirpaba el músculo pectoral mayor con la consiguiente complicación de la alteración de la movilidad del brazo afectado y el pectoral menor, más el vaciamiento ganglionar axilar, ahora en la actualidad se hace el vaciamiento de la cadena mamaria interna. Luego el Dr. Merola (Halsted modificada) estudió sobre el pronóstico de esta cirugía, viendo que sin sacar los pectorales el pronóstico era el mismo, el tejido mamario y el vaciamiento ganglionar. Otro tipo de mastectomía es la simple la cual se efectúa extirpando la mama sin tocar la cadena ganglionar, efectuándose cuando el tumor es pequeño, de volumen y tamaño y no existen definitivamente ganglios. Finalmente, se puede realizar la cuadrantectomía, en la cual se considera que no es necesario sacar la mama, sino el cuadrante ocupado por el tumor; estas cirugías están acompañadas por biopsias en congelación; el espacio desocupado se deja, debido a que con el tiempo se rellena.

Entre las radioterapias tenemos la cobaltoterapia, la telecobalto terapia, la aplicación de iones radioactivos: oro y yodo y las roentgenoterapias las cuales se usan poco. Estas se usan como coadyuvantes de la cirugía, tratamientos en las lesiones primarias de CA avanzado y metástasis (Mendelsohn, 1998).

Teoría de la Depresión

La depresión es una de las dolencias más comunes de las padecidas por la humanidad, e incluso aquellos individuos que no llegan a enfermar de ella sufren a menudo oscilaciones cíclicas del ánimo y cambios en el temperamento. Se usa el término "depresión" para nombrar una enfermedad mental hasta cierto punto bien definida psíquicamente, pero la tendencia a la depresión existe con frecuencia sin desembocar en un claro trastorno clínico. La depresión suscita también condiciones de enfermedad clínica y formas de conducta que, generalmente no se consideran asociadas a ella. Sin embargo, la relación entre la enfermedad y esas formas de conducta puede apreciarse cuando se observan a pacientes durante períodos de tiempo relativamente largos y la conexión se hace más evidente al estudiar los efectos de las nuevas drogas ahora disponibles en el tratamiento de las enfermedades mentales. Sobre la base de investigaciones semejantes, llegamos a concebir la depresión como método de adaptarse a la familia y a la sociedad allí donde la relación normal ha llegado a hacerse imposible. En otras palabras la depresión puede concebirse como un fenómeno biológico característico de la vida comunitaria. A partir

de esta doble perspectiva, clínica y social, emerge un nuevo concepto de la depresión que permite al psicólogo comprender mejor la enfermedad, asimilar su relación con otros trastornos mentales, determinar su terapéutica y descubrir la conexión entre algunas formas de conducta y organización social con necesidades individuales.

Quizá las teorías psicológicas sobre la depresión que tienen mayor influencia y fuerza en la actualidad se derivan de la perspectiva cognitiva. La base éstas es la idea de que la misma experiencia puede afectar a dos personas en forma muy diferente.

Parte de esa diferencia se debe a la manera en que cada persona considera el suceso, a los acontecimientos que cada una tiene sobre éste. Un individuo que no recibe un ascenso que esperaba quizás piense: "No valgo nada. Todos tienen un concepto muy pobre de mí. Si no fuera así, me habrían escogido para el puesto". Es probable que una segunda persona en la misma situación piense: "Eligieron a R. para el puesto que deseaba porque tiene más experiencia en las negociaciones. Sé que yo podría haber hecho el trabajo, pero mis cualidades no parecen tan impresionantes en un papel".

Modelo de la Distorsión Cognitiva de Beck

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck consiste en que los trastornos depresivos comprenden una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre. Dicho procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales, y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores

genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que sea la etiología, este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión.

Como aparece recogido en la figura 1, la teoría de Beck concibe el procesamiento distorsionado de la información que aparece en la depresión como un factor próximo (aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos.

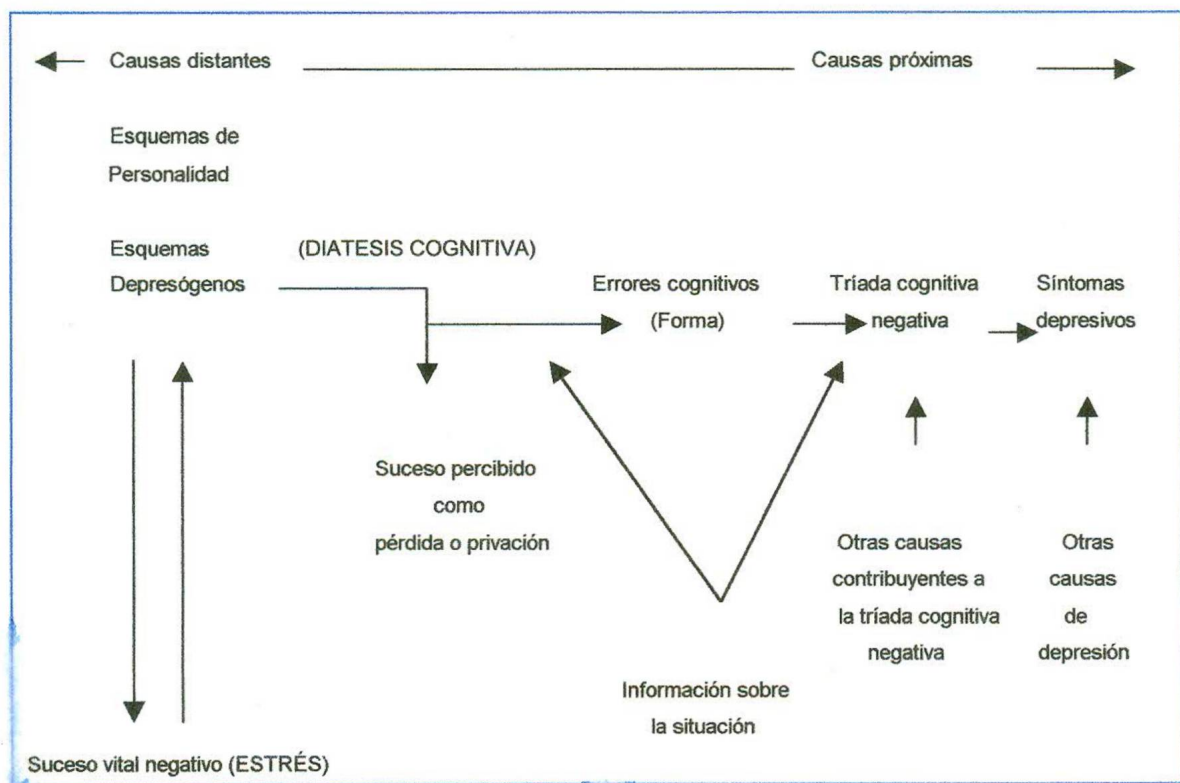


Figura 1. Teoría Cognitiva de la depresión de Beck.

En todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información, la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores; la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de la personalidad del individuo y la

ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Según dice Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior”. Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento, y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de “arriba - abajo” de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de “economía cognitiva”.

Tabla 1.

Muestra de Items de la Escala de Actitudes

LOGRO

1. Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.
 2. La gente probablemente me considerará menos si cometo alguna falla.
 3. Si no hago las cosas tan bien como los demás, eso significa que soy una persona inferior.
 4. Si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla.
 5. Para ser una persona valiosa debo destacar la verdad por lo menos en un aspecto importante.
 6. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas, valen más que aquellas a quienes no se les ocurre.
-

DEPENDENCIA / NECESIDAD DE APROBACION

1. No puedo ser feliz a no ser que me admire la mayor parte de la gente que conozco.
 2. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.
 3. Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.
 4. Si desagradas a los demás no puedes ser feliz.
 5. Es muy importante lo que otras personas piensen sobre mí.
 6. Estar aislado de los demás termina por llevar a la infelicidad.
-

En el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, los esquemas disfuncionales depresógenos, se diferencian de

los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. En la tabla uno se pueden ver algunas de estas actitudes, creencias y reglas. A menudo estas creencias y actitudes están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales.

Tabla 2.

Errores Cognitivos en la Depresión Según la Teoría de Beck.

Error cognitivo	Definición (Beck et al., 1983)	Ejemplos (Beck, 1967, pp 1976, p.93)
Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión,	Un paciente que iba en ascensor tuvo el siguiente pensamiento: "El ascensorista piensa que no soy nadie". Cuando fue preguntando por el incidente, el paciente reconoció que no había base real para pensar en eso.
Abstracción Selectiva	Valoración de una experiencia específica fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.	El jefe de un paciente estaba comentando positivamente su trabajo y, en un momento de la conversación, le pidió que no hiciera copia de las cartas que recibía. Entonces el paciente pensó: "Mi trabajo no es bueno".

Tabla 2 (continuación)

Error cognitivo	Definición (Beck et al., 1983)	Ejemplos (Beck, 1967, pp 1976, P-93)
Generalización excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionarlas.	La mujer de un paciente depresivo estaba enfadada porque los niños tardaban en vestirse. El paciente pensó: "Debo ser un mal padre, porque si no mis hijos tendrían más disciplina."
Magnificación y minimización	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación.	Un paciente, después de que su casa sufriera los destrozos de una tormenta, valoró los daños inicialmente en varios miles de dólares. El costo de la reparación fue, sin embargo, de unos cincuenta dólares.
Personalización	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.	Un médico residente del hospital se deprimió al leer el aviso de que todos los pacientes a cargo de un residente deberían ser posteriormente examinados por un médico de plantilla. Su pensamiento cuando leyó el aviso fue: "El jefe no se fía de mi trabajo".
Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencias a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.	Un jugador de baloncesto: si encestabá menos de ocho puntos en partido pensaba: "Soy un fracasado". Y se deprimía; si encestabá ocho o más puntos pensaba: "Soy realmente un jugador". Y se sentía muy alegre.

La activación de los esquemas depresógenos sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (pérdida de la mamá) similar a aquellos sucesos que proporcionaron la base

para la información durante el proceso de socialización de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas almacenadas en ellos (frustración por el tamaño de los senos).

La teoría de Beck Hipnotiza, que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos, ni tampoco necesariamente se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

En la teoría cognitiva, los rasgos de la personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. La teoría cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia vida (véase la tabla 1). Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal activarían de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos. Una vez activados, los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983): inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista (véase tabla 2). Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan. A la postre, tales operaciones cognitivas

conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la tríada cognitiva negativa (véase figura 1). A diferencia de los esquemas o “actitudes disfuncionales”, estas cogniciones o productos cognitivos tienen correlatos directamente observables: se expresan en forma de pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos tipos de pensamiento comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia, y son dañinos psicológicamente, puesto que interfieren tanto con las actividades que el sujeto realiza en ese momento como, evidentemente con su estado de ánimo.

Por otro lado, el evento estresante externo debe encontrar vulnerabilidades psicológicas específicas para que germine la depresión; de no ser así, nada pasa. Las predisposiciones psíquicas a la depresión adoptan las formas de creencias o teorías. Si aparecen pensamientos irracionales como “pienso que no soy bonita”, “soy inútil”, o, en una versión más musical, “que el mundo me rechaza”, es probable que el sujeto se encuentre en camino de la enfermedad depresiva. Aunque los pensamientos negativos frente a uno, al mundo y al futuro son los activadores principales del trastorno, el sujeto depresivo posee un toque de pesimismo radical totalmente desalentador. Por lo dicho anteriormente, la depresión consiste en la disminución en el estado de ánimo (disforia), que genera síntomas motivacionales como ausencia de placer (“nada me provoca, “la vida no tiene sentido”), síntomas emocionales (tristeza duradera, desamor, llanto, baja autoestima), síntomas físicos (apatía, fatiga, inapetencia o hiperfagia, insomnio, pérdida de peso, baja en la libido), y síntomas mentales (negativismo, pesimismo, pérdida de atención y concentración, fatalismo) (Riso Walter, 1998).

La depresión no es tristeza, y establecer la diferencia es fundamental para detectar cuándo el individuo está padeciendo el trastorno:

En la depresión siempre hay una tendencia al desamor personal y a la baja autoestima. En la tristeza, a pesar de todo, el sujeto se sigue queriendo a sí mismo.

En la depresión hay un claro sentimiento autodestructivo, que puede incluso llevar a la muerte. Junto con la anorexia nerviosa, es la enfermedad psicológica en donde más pelagra la vida. El individuo que se encuentra triste nunca piensa en destruirse a sí mismo.

La persona depresiva siempre busca la soledad y el aislamiento afectivo. Una profunda decepción por la gente define gran parte de su comportamiento. El sujeto triste busca ayuda, y aunque a veces desea estar solo, no pierde la capacidad de conectarse afectivamente con los demás.

En el individuo depresivo, el estado de ánimo se sobregeneraliza abarcando todas las áreas de su vida. El sujeto aquejado de la enfermedad lleva la depresión a cuevas durante todo el día y a todas partes, de ahí que su desempeño general se vea seriamente alterado. En la tristeza, aunque el rendimiento disminuye un poco, el individuo puede seguir desempeñándose de una manera relativamente aceptable.

La persona depresiva no suele tener una conciencia clara del porqué de la enfermedad, mientras que la mayoría de los sujetos tristes pueden llegar a identificar claramente la causa de su enfermedad.

La depresión es más intensa y dura más tiempo que la tristeza.

Tabla 3.

Los errores cognoscitivos y las suposiciones de las cuales se derivan.

Error cognoscitivo	Suposición
1. Generalizar demasiado	1. Si es cierto en un caso, se aplica en cualquier caso que sea, aunque sea ligeramente similar.
2. Abstracción selectiva	2. Los únicos sucesos que importan son los fracasos, la privación, etc. Debo medir el yo de acuerdo a los errores, las debilidades, etc.
3. Responsabilidad excesiva (suponer la causalidad personal)	3. Soy responsable por todas las cosas malas, los fracasos, etc.
4. Suponer la causalidad temporal (predecir sin evidencia suficiente)	4. Si en el pasado fue cierto, siempre lo será.
5. Autoreferencias	5. Soy el centro de la atención de todos, en especial por el mal desempeño o los atributos personales.
6. "Creación de catástrofes"	6. Siempre pensar en lo peor. Es más probable que le suceda al individuo.
7. Pensamiento Dicotómico	7. Todo se encuentra en un extremo o en otro (blanco o negro, bueno o malo).

Beck considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce el autoestima. Cada encuentro con otras personas se convierte en una oportunidad de una autoevaluación negativa. Por ejemplo, al hablar con otras personas, el individuo piensa: "No soy un buen conversador. No soy tan interesante como otras personas". Beck cree que la tendencia a tener estos pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de experiencias durante la niñez. Estos patrones de pensamiento que se conocen como esquemas, afectan todos los elementos de la tríada cognitiva en la vida posterior. La tabla muestra una lista de las características de estos sistemas.

Tabla 4.

Esquemas que se utilizan en la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Esquemas (Suposiciones en silencio)

1. Consisten en suposiciones o creencias inflexibles que no se expresan en forma oral.
 2. Resultan de las experiencias pasadas (tempranas) .
 3. Constituyen la base para observar, discriminar, evaluar y codificar los estímulos.
 4. Constituyen la base para categorizar, evaluar las experiencias y realizar juicios, así como distorsionar la experiencia real.
 5. Determinan el contenido de los conceptos que se forman en las situaciones y la respuesta efectiva a estos.
 6. Incrementan la vulnerabilidad a la recaída.
-

Las investigaciones sobre los resultados o efectos de la psicoterapia dan lugar a algunas dudas sobre si estos conocimientos negativos provocan la depresión. Es posible que los pensamientos negativos sean sólo el resultado de la depresión y no su causa. En la actualidad, no esta clara la respuesta a esta duda sobre la causalidad.

Factores de riesgo

Uno de los principales factores de riesgo para la depresión es , sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces mas propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres. Los investigadores han tratado de

Tabla 5.

Indices durante un año de depresión grave de acuerdo con el estado civil pasado y presente.

Estado civil pasado	Indice por cada cien personas
	1.5
Casado (ningún divorcio)	2.4
Nunca casado	4.1
Divorciado una vez	5.8
Divorciado dos veces	5.1
Unión libre	

Estado civil presente	
Casado	2.1
Viudo	2.1
Separado/Divorciado	6.3
Nunca casado	2.8

Psicobiología de la Depresión

Los estados depresivos son el resultado de la interacción de múltiples factores, genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales, cuyos efectos convergen en el sistema límbico y originan una alteración funcional reversible de los mecanismos cerebrales de gratificación y refuerzo (véase figura 2).

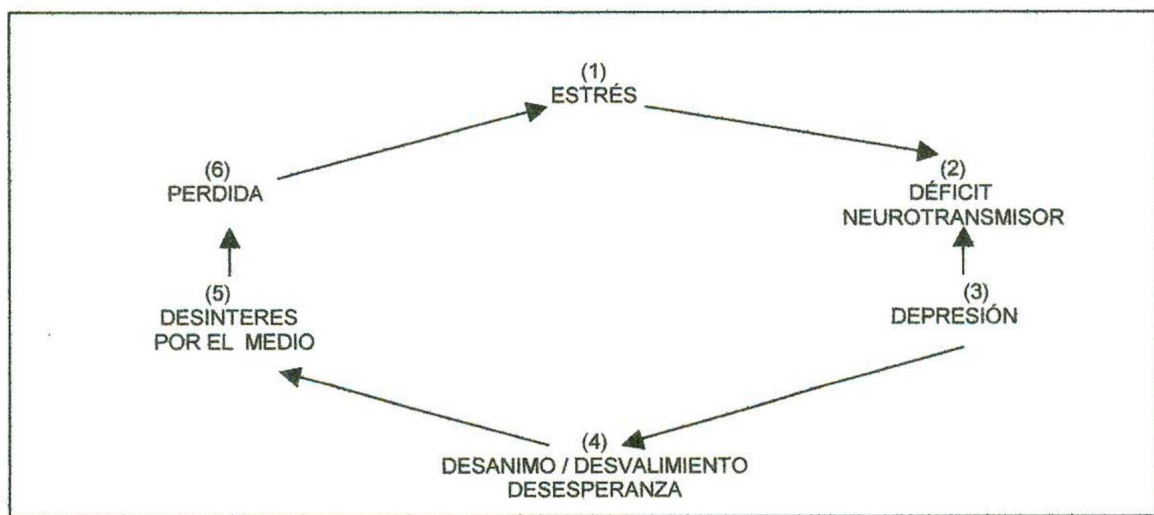


Figura 2. El Circulo Vicioso de la Depresión (Belloch, 1995).

Una situación crónica de estrés (1), puede acabar agotando los mecanismos de neurotransmisión cerebral, con el consiguiente déficit de catecolaminas y/o serotoninas, (2) lo que conduce a un estado depresivo, (3) el desánimo, la indefensión y la desesperanza, (4) propios de la depresión llevan a un estado de desinterés e inhibición generalizada, (5) con la consiguiente inferioridad competitiva y aumento de riesgo de situaciones de pérdida, tanto de personas queridas como de oportunidades, refuerzos y gratificaciones, (6) las experiencias de pérdidas a parte de ser estresantes en sí mismas, aumentan la vulnerabilidad ante el estrés, perpetuándose de esta manera el ciclo (véase figura 2)

Niveles de integración cerebral

Los tres grandes niveles de integración cerebral se hallan ricamente conectados entre sí y están sujetos a una intensa influencia mutua, que puede en ocasiones ser conflictiva o contradictoria. La información procedente de los receptores periféricos y propioceptivos llegan a la corteza sensoriomotora, se integra en las áreas de asociación cortical y es transmitida al sistema límbico. En este segundo nivel se integra el significado psicosocial de la información, su valor emocional y su relación con pautas instintivas de comportamiento. De ahí es transmitido al diencefalo, donde se logra la integración con las pulsiones más elementales.

A partir del hipotálamo, los sistemas neurovegetativo y neuroendocrino transmiten al resto del organismo las órdenes elaboradas en el proceso global de integración (véase figura 4). Por supuesto, que el flujo de información también actúa en sentido inverso, condicionando a el estado de cada nivel la función de los niveles superiores.

La situación se complica enormemente si tenemos en cuenta además la capacidad de memoria, es decir, el almacenamiento de información correspondiente a estados pasados, que pueden continuar siendo operativos a pesar de no tener ya existencia real.

La Corteza Cerebral cumple la función de ofrecer la información perceptual transmitida por los sentidos experimentando una primera integración en la corteza sensoriomotora, difundiéndolas a las áreas asociativas secundarias, fundamentalmente en los lóbulos temporal, parietal y occipital. En estas estructuras tiene lugar una segunda integración de los diversos modos de percepción, permitiendo la elaboración de pensamiento abstracto y de conceptos simbólicos. El lóbulo frontal representa el

último eslabón integrador de la corteza, donde se determina el material que debe ser almacenado en la memoria, se prevé el desarrollo de sucesos futuros, se programan las pautas de acción más convenientes y se inhiben las inapropiadas. Por su porción dorsal y orbitaria, el lóbulo frontal se halla en íntima conexión con el sistema límbico, del que recibe información con el medio interno y sobre el estado emocional. Una interesante peculiaridad de la corteza cerebral es su división en dos hemisferios, anatómicamente idénticos, pero con diferente desarrollo funcional.

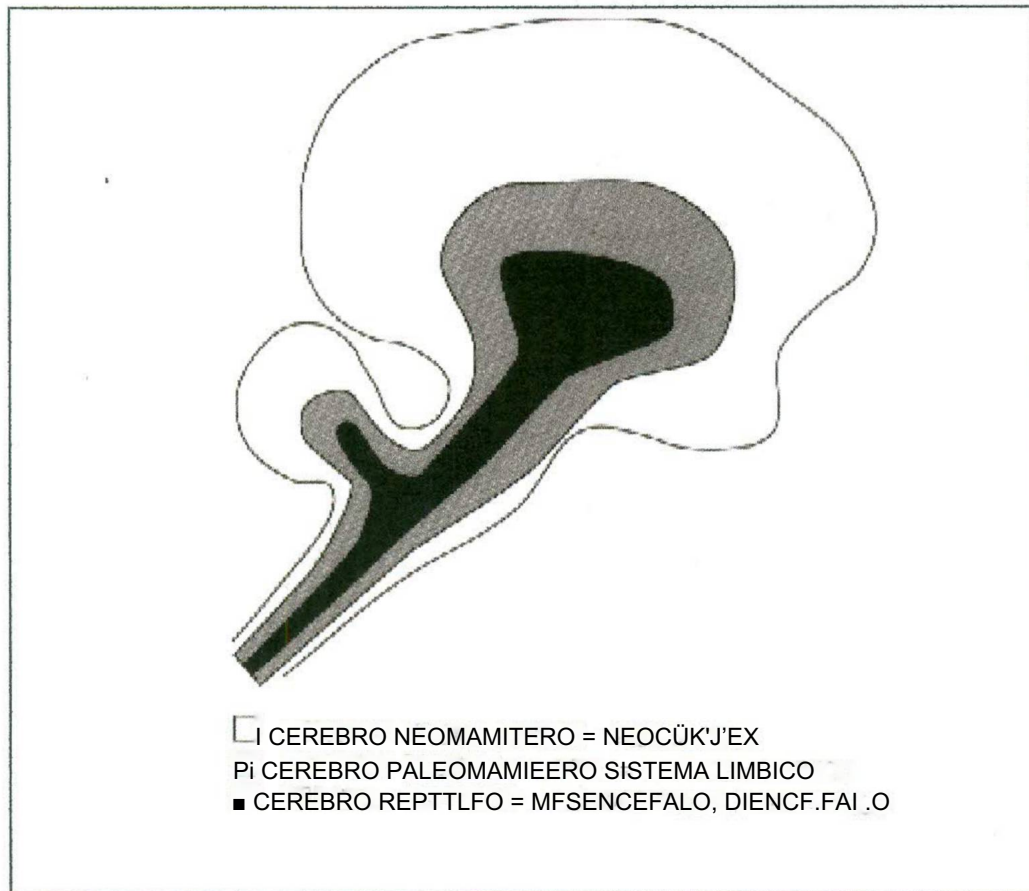


Figura 3. Jerarquización Evolutiva del Cerebro (Belloch, Sandin, Ramos, 1995).

El hemisferio dominante (normalmente el izquierdo) se especializa en un modo cognitivo de tipo lógico, secuencial, organizando, entre otras cosas, el lenguaje.

El hemisferio no dominante (generalmente el derecho) elabora un modo cognitivo asidéntico y globalizante, encargado, entre otras cosas, de la orientación espacial y del pensamiento en imágenes. Ambos hemisferios se encuentran estrechamente

enlazados a través del cuerpo caloso, lo cual permite entre ellos un intercambio continuo de información e influencia.

Las lesiones estructurales del cuerpo caloso son raras, y los estudios por Sperry permitió los primeros descubrimientos sobre la especialización hemisférica. Mucho más frecuente es el síndrome de desconexión funcional interhemisférica, en el bloqueo o entorpecimiento del flujo interactivo interhemisférico es secundario a acontecimientos traumáticos o registros conflictivos incompatibles codificados simultáneamente en ambos hemisferios.

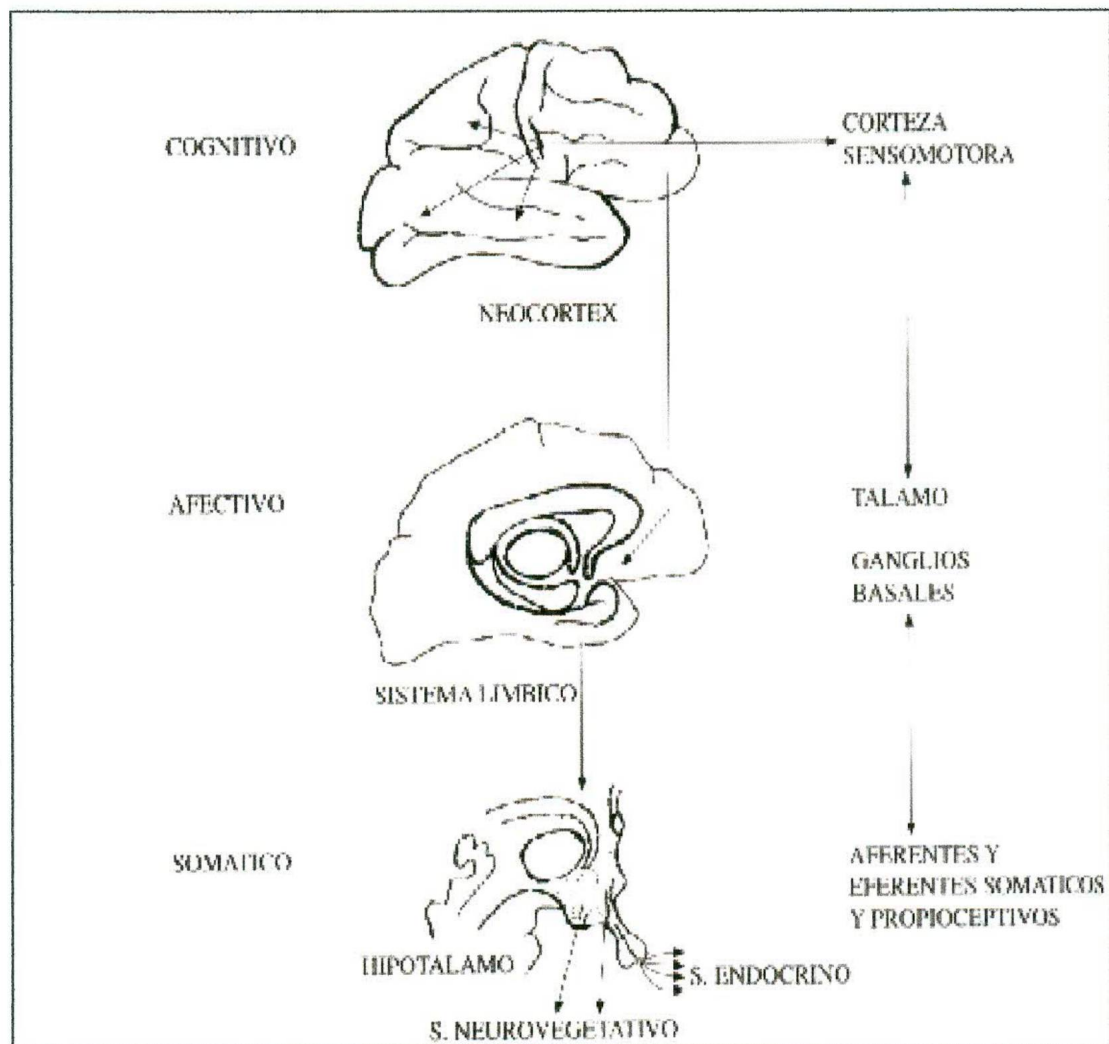


Figura 4. Niveles de Integración de los Mecanismos Cerebrales (Belloch, Sandin, 1995).

Las lesiones corticales en el hemisferio izquierdo, sobre todo en las áreas temporales y prefrontales, se asocian con gran frecuencia a depresión. Inversamente, en muchos enfermos con depresión endógena crónica es posible encontrar alteraciones neurológicas sutiles, indicativas de lesiones córtico-cerebrales mínimas (Georgotas y Cancro, 1988; Goodwin y Jamison, 1990). Sin embargo, el grueso de los casos de depresión parece corresponder, con mucho, a alteraciones neurofuncionales reversibles.

El sistema límbico almacena las pautas innatas de comportamiento, especialmente las relacionadas con el establecimiento de lazos afectivos y la delimitación del propio espacio vital.

Constituye también el sustrato neuronal de la emoción, y está íntimamente ligado con el hipotálamo, hasta el punto de que algunos autores incluyen el hipotálamo como parte integrante del sistema límohipotálamico.

El sistema fue descrito inicialmente por Broca en 1878, quien consideró una parte primitiva de la corteza cerebral y lo denominó "lóbulo límbico". Otros nombres como se le conoce a esta estructura son los de "cerebro visceral" y "cerebro interno".

Su situación es medial, estando recubierto por la corteza y siendo claramente visible en un corte sagital.

En sentido estricto, el sistema límbico comprende el lóbulo cingular, la formación hipocámpica, los cuerpos mamilares y los núcleos talámicos anterior y dorsomediano, con todas sus conexiones intermedias, como el fórnix y el tracto mamilotalámico. Todo este conjunto de núcleos y centros nerviosos se dispone en forma circular alrededor del tálamo y del hipotálamo, ocupando la porción interior de ambos hemisferios.

El sistema diencefalo-hipotálamico a pesar de su íntima conexión con el sistema límbico y el hipotálamo, posee peculiaridades a parte de su clara delimitación anatómica, que lo diferencian claramente de otras estructuras. Constituye el nivel de integración cerebral más directamente imbricado con el mantenimiento de la homeostasis, e incluye entre sus funciones principales la regulación general neurovegetativa y el control neuroendocrino. Su estrecha conexión con la corteza y el sistema límbico permite la influencia de las reacciones emocionales en los procesos neurovegetativos, e inversamente, la actividad de estos centros modulan los procesos cognitivos y afectivos. Alteraciones en la normal regulación hipotálamica, bien intrínsecas, bien secundarias a influjos depresógenos procedentes de la corteza o del

sistema límbico, son responsables de las disfunciones vegetativas presentes en la depresión, desde las alteraciones del sueño hasta las más diversas manifestaciones somáticas, tales como ahogos, taquicardias, entre otras. La segunda gran función del hipotálamo es la regulación endocrina mediante los transductores neuroendocrinos de Wurtman, células mixtas que reciben conexiones nerviosas por su lado dendrítico, pero se comportan como glándulas de secreción interna por el polo axónico, y vierten sus productos directamente a la corriente sanguínea, desde donde actúan principalmente el control de la hipófisis. Disfunciones a este nivel hipotálmico están en el origen de las alteraciones endocrinas frecuentes en la depresión.

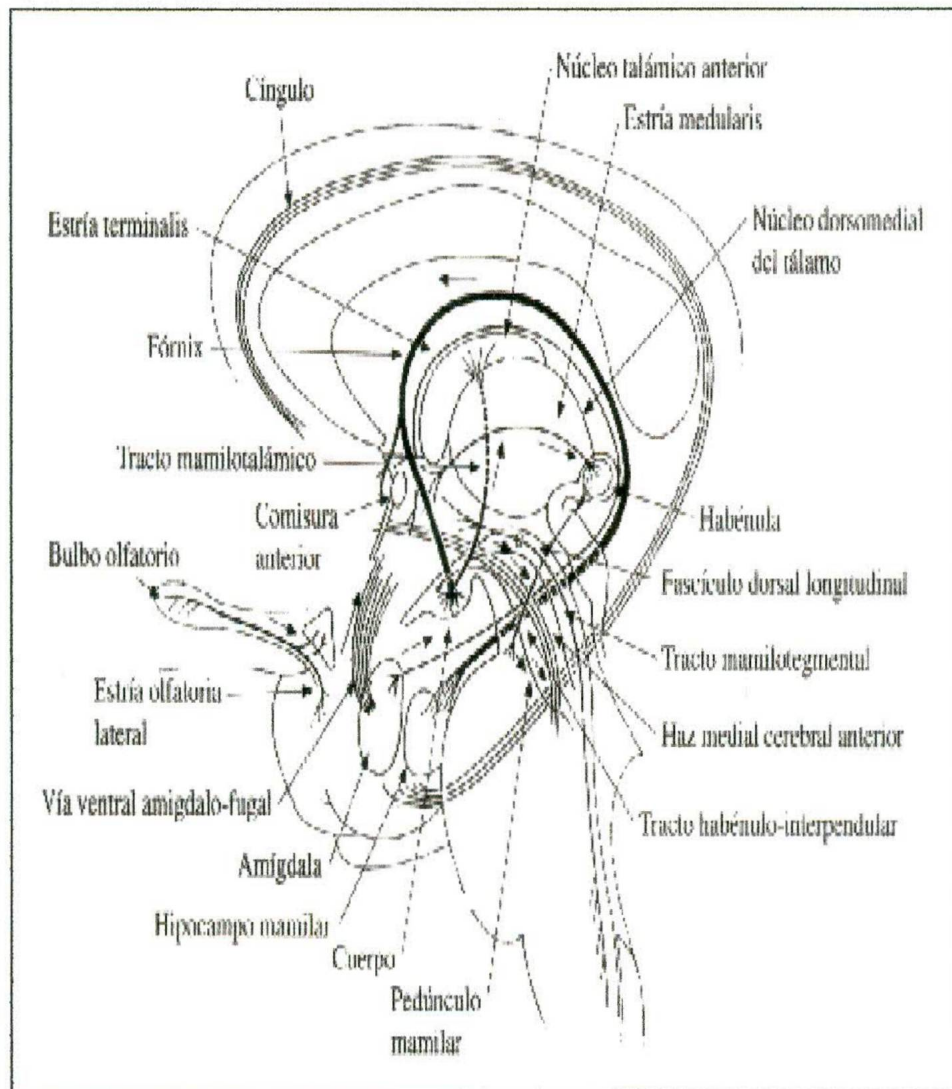


Figura 5. Sistema Límbico (Belloch, Sandín, Ramos, 1995).

Neuroquímica de la Depresión

La sinapsis cumple un factor esencial dentro de la neuroquímica de la depresión, ya que la transmisión de información y estímulos entre neuronas se efectúa a través de microscópicos espacios sinápticos, comprendidos entre la terminación del axón de la neurona presináptica y el comienzo de la dendrita de la posináptica. Las terminaciones axónicas como las dendríticas son múltiples, una misma neurona puede conectar con cientos y probablemente miles de otras, siendo la riqueza de arborizaciones dendríticas, índice claro de la actividad neural y del grado de sofisticación y desarrollo cerebral. La actividad sináptica es protagonizada por sustancias segregadas por la terminación axónica, los neurotransmisores, que al fijarse en zonas receptoras especializadas de la membrana dendrítica ejercen su efecto excitante o inhibitor en la neurona posináptica.

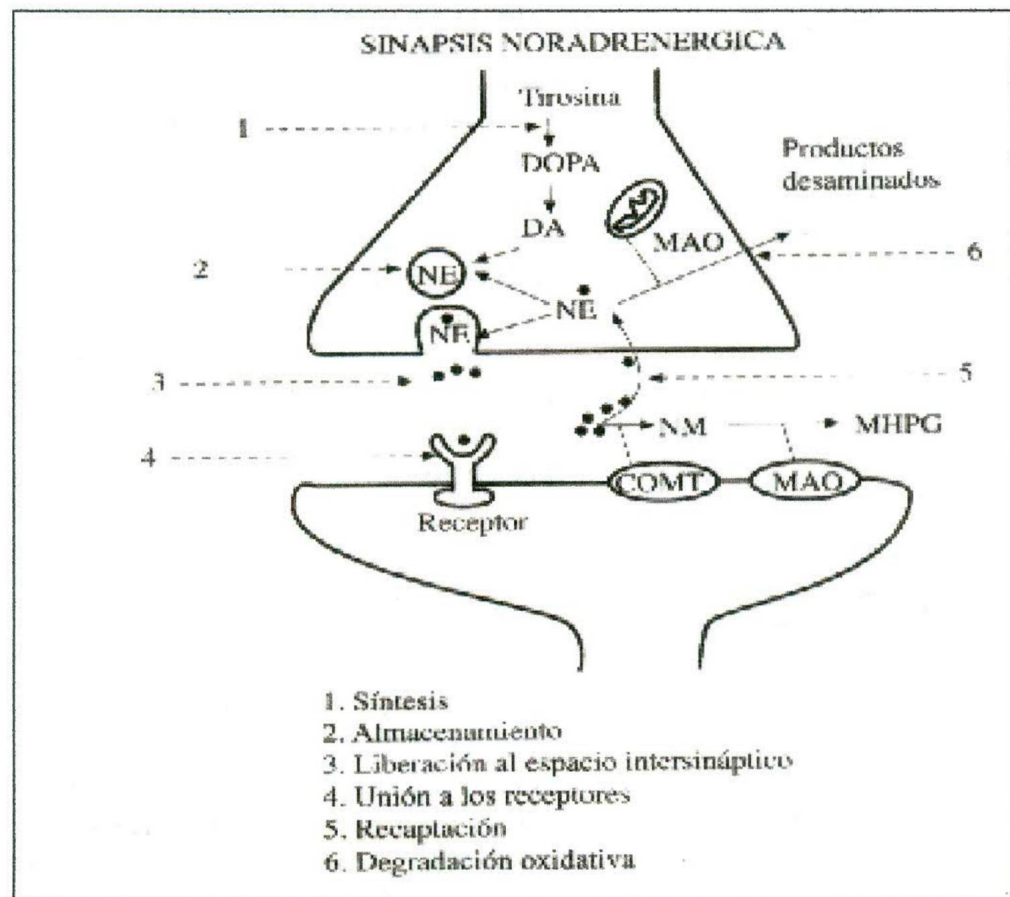


Figura 6. La Actividad Sináptica. Modelo de Neurotransmisión Catecolaminérgica (Belloch, Sandin, Ramos, 1995).

Los neurotransmisores son sintetizados en diversas estructuras del soma neural, y emigran hacia la membrana, protegidos por vesículas que los liberan por exocitosis en el espacio sináptico. Allí actúan sobre lugares específicos en la superficie externa de la membrana neuronal posináptica, los receptores a partir de los cuales inician procesos que aumentan la polarización de las neuronas, inhibiendo la excitación, o al contrario, la despolarizan hasta llegar a provocar su descarga. En la figura seis se presenta como modelo de la actividad sinóptica dos esquemas de neurotransmisión, correspondientes a neuronas noradrenérgicas y serotoninérgicas, respectivamente.

Algunas sustancias denominadas neuromoduladores, modifican de manera inespecífica la excitabilidad de las membranas neuronales, potenciando o inhibiendo la acción de los neurotransmisores. Todo el proceso está sometido a un doble control: por un lado, receptores en la membrana de la propia neurona que lo segrega, denominados autorreceptores, inhiben, al ser estimulados, la síntesis del neurotransmisor, y por lo tanto disminuyen su liberación en la sinapsis. Por otra parte, mecanismos metabólicos de tipo enzimático actúan sobre el neurotransmisor, produciendo su degradación y eliminación. Sin estos mecanismos de control, la transmisión de información quedaría permanentemente fijada en el mismo estado, perdiendo la conducta su necesaria plasticidad. En la figura seis se muestra un modelo de funcionamiento sináptico.

Las principales sustancias neurotransmisoras implicadas en la depresión son las catecolaminas e indolaminas, conocidas también como monoaminas o aminas biógenas, con una implicación menor, y probablemente marginal, de la acetilcolina.

Tabla 6.

Defectos de Neurotransmisión en la Depresión.

DEFECTOS DE NEUROTRANSMISION EN LA DEPRESION

1. Disminución de síntesis.
 2. Disminución de la liberación sinóptica.
 3. Hipersensibilidad del autorreceptor presináptico.
 4. Hipersensibilidad del receptor posináptico.
 5. Excesiva recaptación presináptico.
 6. Actividad enzimática aumentada.
-

Terapia Cognitiva y Depresión

El Paradigma del procesamiento de la información, al igual que las terapias cognitivas tradicionales, propone una psicoterapia estructurada, de tiempo limitado y resolución de problemas, que integra procedimientos cognitivos y comportamentales, orientados a modificar fallas en el procesamiento de la información evidentes en distintos trastornos psicológicos. Básicamente, el tratamiento se focaliza en la identificación y corrección sistemática de esquemas, procesos, productos cognitivos y el componente motor que de ellos se desprende (Clark y Beck, 1989; Ingram y Hollon, 1986; Hollon y Beck, 1986; Beck y col., 1979). Se insinúa una terapia directiva, que pretende enseñar un modelo cognitivo, aportando un punto de referencia racional y científico para que el paciente pueda interpretar su propio comportamiento, identificar, evaluar y modificar las cogniciones y afectos negativos, generando un estilo de afrontamiento que incremente la inmunidad general a adquirir trastornos psicológicos de cualquier tipo.

Desde la perspectiva informacional, las estrategias de intervención que caracterizan la terapia cognitiva pueden organizarse en tres grandes grupos:

1. El empirismo colaborativo. Paciente y terapeuta intentan establecer un “equipo de trabajo” alrededor de una meta común: Examinar la veracidad y el soporte científico de las creencias del paciente. El paciente y el terapeuta se convierten en “coinvestigadores”, los cuales diseñarán y pondrán en práctica una serie de procedimientos para contrastar con la realidad los supuestos cognitivos que se consideran negativos, inadecuados, erróneos o disfuncionales para el normal desenvolvimiento del paciente. De esta manera, el paciente forma parte activa en la terapia, opinando, criticando, o incluso “peleando o refutando” (en el buen sentido de la palabra, si es que lo hay) con el terapeuta. El empirismo colaborativo, independiente de su utilidad táctico-técnica, brinda un enorme espacio estratégico, creando un contexto de comunicación vertical que las líneas psicoanalíticas y menos horizontal como algunas posturas humanistas. El psicólogo no necesita asumir el papel de sabelotodo y escudarse detrás del silencio (al mejor estilo freudiano), ni debe colocarse al mismo nivel de conocimiento que el paciente (de hecho el psicólogo de corte experimental suele saber más de psicología que el paciente) y preguntarle, como ocurre a veces, que opina del diagnóstico. El empirismo colaborativo baja del pedestal al psicólogo, por ende los tranquiliza, y permite al paciente ser más libre en la terapia, sin embargo,

por ser una terapia directiva, el proceso terapéutico solo debe estar bajo su control y responsabilidad profesional.

2. La utilización del diálogo socrático y la disputa verbal. El terapeuta induce y guía al paciente a reconocer las inconsistencias lógicas de sus formulaciones, “atacando” y examinando los supuestos de manera franca, honesta, y directa (asertiva), obviamente sin perder calidez y empatía, y sin volverse amenazante o agresivo para el paciente. Esta “disputa entre amigos” se hace dentro de un contexto de superación y crecimiento personal. Este procedimiento, o estrategia, hace que los psicólogos sin demasiada experiencia “deserten” por considerar agotadora una cita. Una de las características que comparten todas las variaciones cognitivas, es que el terapeuta, además de oír y de escuchar, habla mucho e interviene de manera “activa sobre el problema del paciente”.

3. El descubrimiento guiado. Uno de los aspectos más relevantes del Paradigma del Procesamiento de la información, es que no se alejan del espíritu humanista. El terapeuta cognitivo lleva al paciente a que genere experiencias comportamentales o psicológicas y que descubra aspectos relevantes de su propia personalidad. Producir un estilo de investigación, de riesgo sano y de autodescubrimiento realista. La autoevaluación permanente a través de una actitud de crear datos y modificar así los esquemas, procesos y productos cognitivos, incrementa la inmunidad a los desórdenes psicológicos. El descubrimiento guiado consiste en mantener una actitud de crecimiento por medio de experiencias nuevas, cada vez más enriquecedoras y cuestionadoras de sí mismo.

En la terapia es necesario tener claro los esquemas predominantes cognitivos (contrastación con la realidad) y afectivos (procesamiento emocional completo). En la primera, los ataques directos se hacen, manteniendo la toma de conciencia, la confrontación verbal sometiendo estructuras a confrontación, el cambio del ecosistema social-ambiental o dar información que el sujeto desconozca. Los ataques indirectos, se hacen modificando productos cognitivos, modificando procesos cognitivos, activando esquemas afectivos inhibitorios o activantes y creando esquemas compensatorios. En la segunda, los ataques directos se realizan a través de la activación de emociones incompatibles, farmacoterapia, terapia de música, relajación, inundación, intención paradójica, imaginación. Los ataques indirectos, se realizan por

medio de la explicación del modelo de absorción-procesamiento, cognitividad de los procesos emocionales, revivir experiencias infantiles y fantasías guiadas.

Variable

La variable de la investigación es la depresión, con respecto a como los estados afectivos y las actitudes de esta patología, irrumpen en la adecuada elaboración del duelo en las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomización. En el estudio se maneja (para describir adecuadamente dichos aspectos), tres factores base de la depresión: El conductual, el cual hace referencia a trastornos, síntomas y actitudes del individuo; El cognitivo, que se refiere a la autodecepción, percepción del mundo y del futuro; y el somático, que representa los trastornos fisiológicos.

Método

El presente estudio es de carácter no experimental, de corte transeccional, de tipo descriptivo, el cual se caracteriza por la medición independiente de los conceptos o variables a los que se hace referencia. Este tipo de investigaciones no busca la comprobación de hipótesis, sino información pertinente en la toma de decisiones, a partir de la cual se puedan proponer estrategias orientadas a favorecer o fortalecer la situación de análisis.

Participantes

El estudio investigativo contó con la participación de 15 mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento posterior a la mastectomización, pacientes del Hospital Universitario Ramón González Valencia. No se realizó prueba piloto debido a que el instrumento utilizado se encuentra validado y con una alta confiabilidad a nivel internacional.

Los sujetos poseen las siguientes características sociodemográficas:

Es una población totalmente femenina.

Las edades de las mujeres oscilan entre los 35 y 55 años, debido a que la prevalencia de cáncer de mama es mayor en las edades antes mencionadas.

El estrato social al cual corresponden las mujeres corresponden al 0,1, 2 y 3; lo cual resalta el bajo nivel cultural y pobreza de las participantes.

El Hospital Ramón González Valencia se caracteriza por ofrecer atención médica a nivel departamental. El lugar de procedencia de las mujeres corresponden a Barrancabermeja, Piedecuesta, San Pablo y Bucaramanga.

La muestra utilizada fue el total de la población, debido al reducido número de pacientes que se sometieron a cirugía en el periodo de la investigación.

Instrumento

El instrumento a ser empleado, como previamente se mencionó en los objetivos del estudio, es el Inventario de Beck o IDB, el cual estudia tres factores base de la depresión: El conductual, el cognitivo y el somático. El factor conductual se refiere a trastornos, síntomas y actitudes del individuo con respecto al Duelo. Este factor está comprendido por las siguientes variables:

Tristeza: Estado de ánimo caracterizado por llanto, dolor emocional, aflicción, ensimismamiento, aislamiento, lentitud motriz.

Pesimismo: Condición donde los proyectos pierden importancia y no en función de ellos, toda propuesta está condenada al fracaso.

Sentimientos de fracaso: Situación en la que el sujeto siente que lo que realiza no tiene significado, hay apatía frente a lo que hace y se evita la acción para no fallar.

Insatisfacción: Manifestación de incapacidad para sentir agrado por lo que ejecuta y hacen otros, la vida pierde sentido.

Autodecepción: Condición en la que se está desilusionado de si mismo, se tiene la sensación de haber fallado, no hay ningún logro, sentimientos de inadecuación y autocrítica severamente negativa.

Dificultad psicomotora: Manifestación psicológica donde los movimientos corporales están disminuidos, hay adinamia. Dificultad para reír, llorar y el afecto es plano.

Sentimiento de enojo: Condición caracterizado por estados de irascibilidad, agresividad e hipersensibilidad.

Indecisión: Es un estado donde se dificulta determinar, generar y ejecutar acciones por la falta de precisión en sus decisiones.

Incapacidad laboral: Dificultad para desarrollar las actividades referidas al trabajo, ausencia al mismo, poco productivo o lento en la ejecución de las acciones.

Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño o disminución de este.

Fatiga: Agotamiento por tensión emocional, cansancio anormal al realizar las tareas rutinarias.

Pérdida del apetito: Disminución en el deseo de ingesta de alimentos.

Desinterés sexual: Disminución y ausencia del deseo sexual provocado por factores internos como ansiedad, tristeza, estrés y factores externos como deterioro en la salud del familiar.

El factor cognitivo mide la autodecepción, percepción del mundo y del futuro, es representado por las siguientes variables:

Pesimismo: Hay desesperanza, el futuro le desanima y nada le parece relevante.

Sentimiento de fracaso: Los pensamientos sobre los proyectos futuros son negativos y hay incapacidad para valorar logros.

Insatisfacción: Para el sujeto, nada de lo que hace, siente y piensa es satisfactorio, permanece aburrido, ningún logro le satisface.

Culpabilidad: Hay sentimientos de culpa constantemente y pensamientos acusadores, lo que hace o deja de hacer igualmente lo hace sentir culpable.

Sentimientos de castigo: Se caracteriza por sentir que todo lo negativo que le sucede se debe a que lo están castigando.

Autodecepción: El individuo esta decepcionado de lo que hace, siente y piensa, hay una subvaloración de sí mismo.

Autoculpabilización: El sujeto se culpa de lo que le pasa a él y a los demás, siente que ha cometido más errores que los otros.

Ideas de suicidio: Intención de quitarse la vida por situaciones desfavorables, que no han sido resueltas y generan gran sufrimiento emocional.

Desinterés social: El sujeto manifiesta deseos de aislarse, no le llama la atención las reuniones sociales, se fastidia en los grupos, sus interacciones son pobres.

El factor somático representa en lo fundamental los trastornos fisiológicos, en este se utilizan las siguientes variables:

Imagen Corporal: El sujeto presenta una imagen distorsionada de su esquema corporal, se percibe sin atractivo, hay descuido personal.

Pérdida de peso: El cuerpo presenta delgadez, hay descuido en la importancia de nutrirse.

Problemas físicos: Se caracteriza por vomito, cefaleas recurrentes, calambres, gastritis, altos niveles de accidentalidad, herpes simples.

Justificación Estadística

El estudio de validez y confiabilidad se realizó en la Habana (Cuba) con una muestra de sujetos deprimidos de ambos sexos en edades entre 18 y 65 años (N=144). Los sujetos deprimidos presentaron diagnóstico de Depresión mayor y Distimia de acuerdo a los criterios del DSM - IV.

Confiabilidad

Se realizó un análisis de la confiabilidad temporal y la consistencia interna. La confiabilidad temporal se evaluó por el método test ~ retest, mediante la aplicación del instrumento IDB en dos ocasiones a la muestra con un periodo intermedio de cinco

días. Esto permitió conocer la estabilidad temporal de los resultados en relación con la primera aplicación.

La consistencia interna se determinó a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach, de forma global y eliminado el puntaje del ítem a analizar; la correlación ítem - total y el coeficiente de determinación. Estos métodos ofrecieron información acerca del grado de homogeneidad de los instrumentos.

El índice de confiabilidad temporal obtenido en el IDB fue de 0.77. Los resultados del coeficiente de determinación muestran que el 59% de los ítems en el IDB presenta valores iguales o superiores a 0.50, lo que sugiere que en un porcentaje importante el cambio promedio de un ítem puede ser explicado por los restantes en la prueba. Esto corresponde con los coeficientes alpha de Cronbach de 0.95. El 91% de los ítems del IDB presentan una correlación con el resto superior a 0.40. Solamente dos ítems presentan valores inferiores a este: ítem 11 (irritabilidad) con 0.36 e ítem 19 (pérdida de peso) con 0.38. Los ítems que mayores modificaciones le aportan al alpha global, disminuyendo sus valores, son: ítem 1 (tristeza) con 0.93, ítem 2 (pesimismo) con 0.943, ítem 3 (sentimientos de fracaso) con 0.943, ítem 7 (autodecepción) con 0.943. Como se aprecia, estos ítems son parte de la sintomatología descrita, como componentes centrales de la depresión. Los ítems 11 y 19 (ver anexo A página 70), que presentan los valores más bajos en su correlación con el total, son los que, de ser eliminados, contribuyen al aumento del alpha global.

Los resultados obtenidos, por medio de los métodos aplicados señalan homogeneidad en el instrumento IDB.

Validez

El estudio de validez se realizó partiendo del análisis de la validez concurrente y la de constructo.

Para evaluar la validez concurrente, se empleó el método de diferenciación de grupos extremos, lo cual permitió conocer las posibilidades discriminatorias del IDB en cuanto a grupos de sujetos deprimidos y no deprimidos. La validez de constructo se determinó por medio del análisis factorial por componentes principales para conocer la composición de las pruebas por dimensiones o factores y la correspondencia con el constructo teórico de base. Se realizó también un estudio de las comunalidades para conocer la representatividad de las variables en los factores retenidos y un análisis de

la consistencia interna por factor extraído. Se analizaron las interrelaciones (correlativas) de ambas pruebas entre sí para conocer si éstas evalúan la sintomatología depresiva coincidiendo en la presencia o ausencia de la depresión.

Tabla 7.

Validez Concurrente Según Grupos Extremos.

Grupos	Media	Desviación Estándar	E . P (t)
1	20.2	7.07	-10.54
2	42.8	17.6	

$p = .000$

Los resultados obtenidos mediante el análisis factorial para la validez de constructo sugieren la presencia de tres factores en el IDB que se identificaron como Conductual, Cognitivo y Somático (véase tabla 8). Estos explican el 58.5% de la varianza. El factor conductual se refiere a trastornos, síntomas y actitudes comportamentales que traduce la depresión en la actividad diaria del individuo y satura un 48.8% de la varianza total. El Cognitivo satura un 5.1% de la varianza total y reúne ítems que miden autopercepción, percepción del mundo y del futuro que, en el caso de los individuos deprimidos, representan evaluaciones negativas, fatalistas y distorsionadas de la realidad, asociadas a la depresión. El tercer factor que se denominó Somático, representa los trastornos fisiológicos que causa la depresión, y explica un 4.6% de la varianza total.

Los resultados obtenidos mediante el análisis de validez concurrente (véase tabla 7), muestra que se obtuvieron puntuaciones significativamente más altas para el grupo de sujetos deprimidos, con las puntuaciones más bajas en la prueba.

Tabla 8.

Principales Correlaciones por Factor Retenido y Variables en Matriz Rotada.

Factor/ Variable	Correlaciones (rjk)
CONDUCTUAL	
Fatiga	.78
Dificultad psicomotora	.75

Tabla 8 (continuación)

Factor / Variable	Correlaciones (rjk)
CONDUCTUAL	
Pérdida de apetito	.67
Indecisión	.68
Tristeza	.66
Incapacidad laboral	.63
Insatisfacción	.63
Insomnio	.62
Pesimismo	.55
Autodecepción	.55
Sentimientos de fracaso	.53
Desinterés sexual	.51
COGNITIVO	
Sentimientos de Castigo	.73
Culpabilidad	.70
Autoculpabilización	.69
Sentimientos de fracaso	.63
Insatisfacción	.57
Pesimismo	.54
Desinterés Sexual	.52
Ideas de suicidio	.51
Autodecepción	.50
SOMATICO	
Pérdida de peso	.80
Problemas Físicos	.56
Imagen Corporal	.53

Los Items referidos al pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción y autodecepción, aparecieron reflejados de forma equivalente en los dos primeros factores: Conductual y Cognitivo, ya que son actitudes y estados efectivos típicos de la depresión expresada tanto de forma cognitiva, como conductual, lo cual refleja la teoría que sustenta la prueba.

Tabla 9.

Confiabilidad Interna de los Factores IDB.

Factor	# de Variables	Coficiente
Conductual	12	.94
Cognitivo	9	.93
Somático	3	.65
IDB	22	.95

El 77% de las variables presentan comunalidades elevadas con valores superiores a 0.50, por lo que están bien representadas por los tres factores retenidos. Los índices de consistencia interna entre las variables de cada factor fluctúan entre 0.65 y 0.94 (véase tabla 9).

Los índices de consistencia interna más altos, resultaron ser los factores conductual y cognitivo, lo que señala que la homogeneidad entre las variables que constituyen estos factores es alta. El factor somático obtuvo un índice más bajo, notándose una mayor heterogeneidad entre sus variables y un menor número de éstas que afectan el coeficiente obtenido.

Descripción del cuestionario

El IDB está conformado por 21 grupos de oraciones que permiten evaluar la sintomatología asociada a la depresión. Cada grupo de oraciones posee cuatro respuestas ordenadas de 0 a 3. Las puntuaciones finales fluctúan de 0 a 63 puntos e informan sobre el número de síntomas y su gravedad. En el caso en que el sujeto indique dos alternativas en una pregunta, se selecciona la respuesta de mayor valor numérico. La puntuación permite la identificación de niveles de sintomatología depresiva de la siguiente manera: 0-10 estado no depresivo; 11-20 sintomatología depresiva leve; 21 - 30 moderada; 31 - 56 severa.

En la tabla 10 se encuentran los aspectos que evalúa cada uno de los ítems por respectivos grupos establecidos y su correspondiente puntuación.

Tabla 10.

Indicadores a Estudiar por Agrupación de Ítems y Puntuaciones.

Indicadores	Ítems	Ptos
Tristeza	No me siento triste	0
	Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado	2
	Me siento triste	1
	Me siento tan triste e infeliz que ya no aguanto más	3
Pesimismo	Siento que no hay esperanza para el futuro	3
	Siento que nada me llama la atención	2
	El futuro me desanima	1
	El futuro no me desanima especialmente	0

Tabla 10 (continuación)

Indicadores	Items	Ptos
Sentimiento de fracaso	Siento que he cometido más errores que la toda la gente	1
	Al mirar hacia atrás lo único que veo son errores	2
	No me siento un fracaso	0
	Siento que soy un completo fracaso como persona	3
Insatisfacción	Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo	3
	Ya no tengo satisfacciones reales	2
	No disfruto las cosas como antes	1
	Tengo tanta insatisfacción como antes	0
Culpabilidad	Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.	1
	Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo.	3
	No tengo sentimientos de culpa	0
	Tengo bastantes sentimientos de culpa el mayor tiempo	2
Autodecepción	Me odio a mi mismo	3
	Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a)	2
	Estoy desilusionado (a) de mi mismo (a)	1
	No me siento desilusionado (a) de mi mismo	0
Autoculpabilidad	No me siento peor que otros	0
	Me culpo por todas las cosas malas que me pasan	3
	Soy crítico (a) con mis debilidades y errores	1
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas	2
Ideas de Suicidio	No he pensado en matarme	0
	He pensado en matarme pero no lo haría	1
	Me gustaría matarme	2
	Me mataría si tuviera la oportunidad	3
Dificultad psicomotora	Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque desee.	3
	Ahora lloro todo el tiempo.	2
	Lloro más que antes	1
	No lloro más que lo usual	0
Sentimientos de enojo	Me irrito o me enojo más fácil que antes	1
	Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban	0
	Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo	3
	Ahora me irrito más que antes	2

Tabla 10 (continuación)

Indicadores	Items	Ptos
Desinterés social	No he perdido el interés en otras personas	0
	Me interesan las personas menos que antes	1
	He perdido gran parte del interés en otra gente	2
	He perdido todo el interés por otras personas	3
Indecisión	Pospongo las decisiones más que antes	1
	Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho	0
	Ya no puedo tomar decisiones como antes	3
	Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes	2
Imagen Corporal	No creo que me vea peor que antes	0
	Creo que me veo horrible	3
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractiva	2
	Me preocupa verme viejo (a) y sin atractivos	1
Incapacidad Laboral	No puedo hacer ningún trabajo	3
	Tengo que esforzarme mucho para cualquier cosa	2
	Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar algo.	1
	Puedo trabajar también como antes	0
Insomnio	No puedo dormir como antes	1
	Me despierto muchas horas antes de lo usual y no puedo dormir más.	3
	Puedo dormir también como antes	0
	Me despierto una o dos horas antes de lo usual y no puedo dormir más.	2
Fatiga	No me canso más de lo normal	0
	Me canso más fácilmente que antes	1
	Me canso de hacer cualquier cosa	2
	Me canso demasiado de hacer cualquier cosa	3
Pérdida del apetito	Ahora he perdido todo el apetito	3
	Mi apetito es peor ahora	2
	Mi apetito no es tan bueno como era antes	1
	Mi apetito no es peor que antes	0
Desinterés sexual	He perdido completamente el interés por el sexo	3
	Estoy mucho menos interesado (a) por el sexo ahora	2
	Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes	1
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual	0

Tabla 10 (continuación)

Indicadores	Items	Ptos
Sentimiento de castigo	Tengo la expectativa de que me van a castigar	2
	No siento que me están castigando	0
	Siento que me están castigando	3
	Siento que no puedo ser castigado	1
Problemas físicos	No me preocupo por mi salud más de lo usual	0
	Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa.	3
	Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa.	2
	Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, 1 malestares estomacales o estreñimiento.	1
Pérdida de peso	No he perdido mucho peso	0
	He perdido más o menos 5 libras	1
	He perdido más de 10 libras	2
	He perdido mas de 15 libras	3

Procedimiento

El desarrollo y consecución de este proceso investigativo, se describe a continuación, con el propósito de facilitar la ejecución en otras instituciones hospitalarias o fundaciones que trabajan con individuos afectados por cualquier tipo de cáncer.

Los pasos en los cuales se desarrolló el presente estudio se pueden enumerar así:

1. Definición de la propuesta de investigación: se ubicó el problema, se definieron los objetivos de la investigación, se realizó una extensa revisión teórica con el fin de estudiar las investigaciones ya realizadas sobre el tema, y decidir de esta forma, la mejor manera de abordar el proceso investigativo.
2. Recolección de la información: se determinó el instrumento a ser empleado, teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación, el cual busca determinar los aspectos emocionales y afectivos, relevantes y observables de la depresión en las mujeres con cáncer de mama que se sometieron a mastectomización tomando el instrumento IDB o prueba de Beck, el cual permite identificar los aspectos claves de esta patología.

3. Determinación del tamaño de la muestra de sujetos participantes, a partir del tamaño total de la población: fue imposible extraer una muestra, debido a que la población es flotante; es decir, no se puede determinar el promedio de pacientes que sean diagnosticadas con cáncer de mama y mucho menos cuando son destinadas a cirugía en el transcurso del estudio. Por tanto se tomó el número total de las mujeres que asistieron en el periodo que duró la investigación. El total de los sujetos objeto de estudio fue de 15.

4. Determinación de las características sociodemográficas de la población: se tuvo en cuenta la edad y el grado de escolaridad. La edad era importante especificarla, debido a que el rango de edades de las mujeres a estudiar oscilaban entre 35 y 55 años y por tanto la prueba debía ser aplicada a las pacientes de esta edad. La escolaridad se indagaba para determinar que grados de conocimientos poseían, y así, dictaminar si la prueba se aplicaba individual o dirigida por el investigador.

5. Análisis de los resultados: se tomó la puntuación y calificación de los resultados con el fin de obtener un perfil individual de cada uno de los sujetos. Por otro lado, se analizó el promedio de los datos obtenidos por las participantes en cada uno de los respectivos grupos "Tristeza, pesimismo, Sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpabilidad, sentimiento de castigo, autodecepción, autoculpabilidad, ideas de suicidio, dificultad psicomotora, sentimiento de enojo, desinterés social, indecisión, imagen corporal, incapacidad laboral, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, pérdida de peso, problemas físicos, desinterés sexual". Según los resultados arrojados por el instrumento, se agruparon a las mujeres entre los diferentes tipos de depresión: Ausencia de depresión, Depresión leve o media, Depresión moderadamente severa y Depresión severa. Seguidamente, se interpretó el perfil correspondiente a cada una de las depresiones "Leve", "Moderada", "Severa", determinando a partir de dicha interpretación los rasgos de mayor influencia presentes en el proceso de Duelo.

La correlación de los resultados obtenidos mediante la interpretación de cada perfil, se realizó, globalizando los resultados a partir de la calificación de las pruebas. Con base en el enfoque teórico cognitivista, lo cual permitió llegar a las conclusiones y consideraciones que se exponen en la discusión del estudio.

Resultados

Para el análisis de los resultados, se tienen en cuenta los tres factores base de la depresión: Conductual, Cognitivo y Somático, además, del estudio minucioso de las 21 variables que utiliza Beck en su Inventario de Depresión, extrayendo gráficamente las más relevantes para el estudio; es decir, que los resultados fueron significativos, con el fin de optimizar la información recibida.

Por otro lado, por medio de los resultados, se identifica el tipo de depresión por el que atraviesa cada una de las 15 personas que se sometieron a evaluación y aplicación de la prueba. Así, Los resultados indican que de los 15 sujetos participantes, ocho se encuentran dentro de lo que llamamos Depresión Severa, cinco en Depresión Moderada y dos en una Depresión Leve - Media, durante el periodo inmediatamente posterior a la cirugía de mastectomización.

Para comprender cómo se evalúa la intensidad de la depresión, se debe tener en cuenta el DSM-IV, puesto que este establece la necesidad de la presencia casi a diario de al menos cinco de los siguientes criterios:

Estado de Animo Deprimido: el rostro denota tristeza, los ojos a menudo están enrojecidos de llorar, y dicen sentirse “mal”, “tristes”, “hundidos” o “desesperados”.

Anhedonia: disminución del placer en las actividades cotidianas que eran realizadas anteriormente con gusto. Nada les hace sentir bien.

Cambio de Peso y Apetito: se consideran como el aumento o disminución de peso en un mes del cinco por cien sobre el peso habitual.

Trastornos del Sueño: puede presentarse la hipersomnia, caracterizada por dormir más de lo normal, o insomnio, catalogándose como el despertar más de 30 minutos durante la noche con dificultades para volver a dormir o, tardarse más de 30 minutos en quedarse dormido.

Trastornos Psicomotores: hacen referencia a la agitación psicomotora, demarcada por locuacidad verbal, no poder permanecer quieto (deambular, frotarse las manos, tirarse del pelo mientras se encuentra sentado).

Fatiga o Pérdida de Energía: sensación de estar cansado, aunque no haya ningún esfuerzo físico, incrementada si existen problemas de sueño.

Sentimientos Excesivos de Falta de Valía, Autorreproches o Culpa.

Dificultad para Concentrarse, Pensar o Tomar Decisiones: el sujeto es incapaz de mantener una conversación, prestar total atención a un programa de televisión, o concentrarse en el trabajo.

Pensamientos Recurrentes de Suicidio o Muerte: este es el único criterio que no requiere una presencia casi diaria, simplemente debe presentarse en forma repetida.

En todas las tres formas de depresión manejadas en los resultados del estudio, se pueden presentar estos indicadores, pero la diferencia radica en que los pacientes que padecen Depresión Severa es más complejo el manejo de síntomas, mientras que para la Depresión Moderada y Leve-Media tal complejidad es menor.

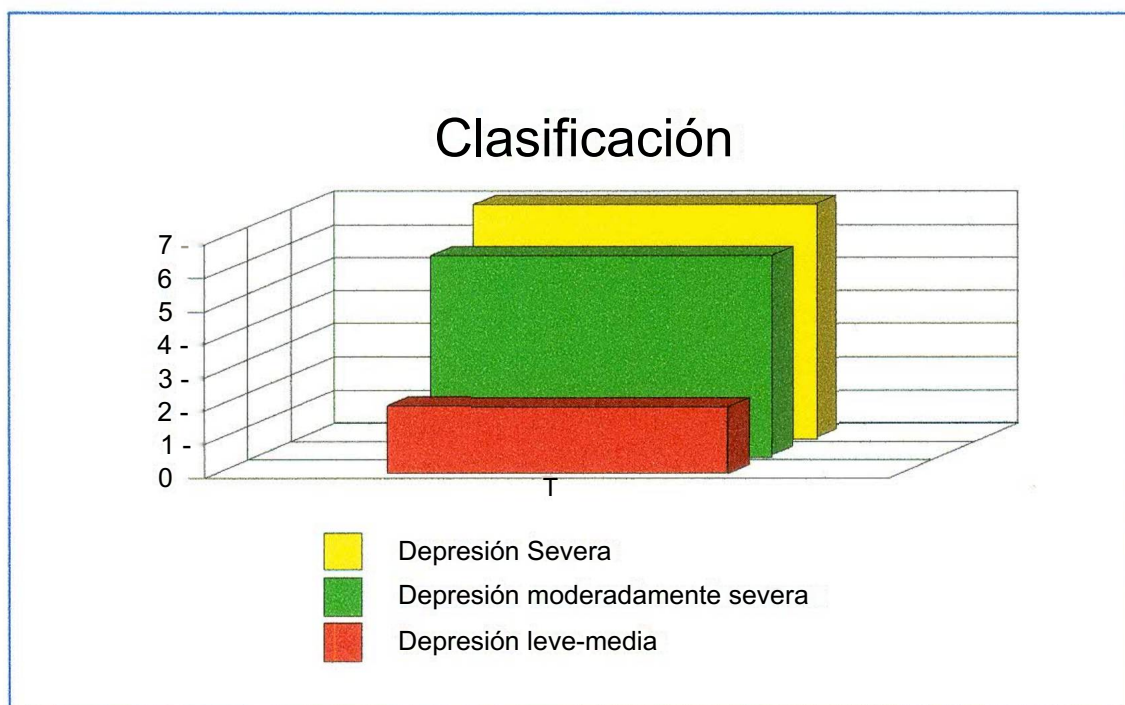


Figura 7. Clasificación de la Depresión de los Participantes Arrojadados por el Instrumento. Angulo Cercano.

Como se puede observar en las figuras 7 y 8, las mujeres con cáncer de mama durante el periodo post-operatorio de la mastectomia, específicamente dentro del primer o segundo mes tienden a entrar en un episodio depresivo; éste se puede explicar, según los criterios manejados por Beck, cuando menciona que unas de las

variables primordiales para detectar la depresión, son la tristeza, el trastorno en el sueño, la dificultad para concentrarse, y los pensamientos recurrentes de suicidio.

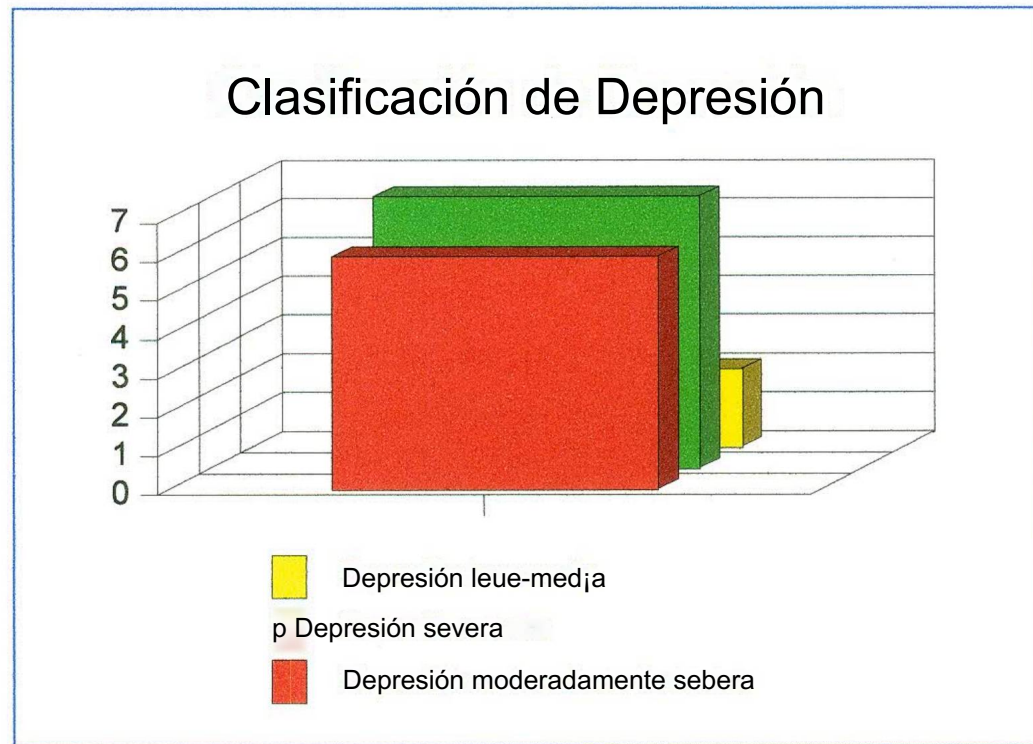


Figura 8. Clasificación de la Depresión de los Participantes Arrojos por el Instrumento. Angulo Lejano.

Los resultados anteriormente revelados, se reflejaron mediante la calificación del instrumento aplicado, analizando cada uno de los 21 indicadores que constituye la prueba, teniendo en cuenta la puntuación que el autor exige para la clasificación de la depresión, según el puntaje arrojado. Estos resultados se encuentran en los anexos página 74.

Cada indicador enmarca aspectos claves para llegar a dicha clasificación; así se discernieron los 21 indicadores, extrayendo los más relevantes de cada uno de los tres aspectos: Conductual, cognitivo y somático. Estos resultados se grafican para observar claramente el promedio de cada uno de ellos y, de esta manera realizar una mejor interpretación de acuerdo a las repercusiones que estos traen en la elaboración del duelo, en las mujeres mastectomizadas.

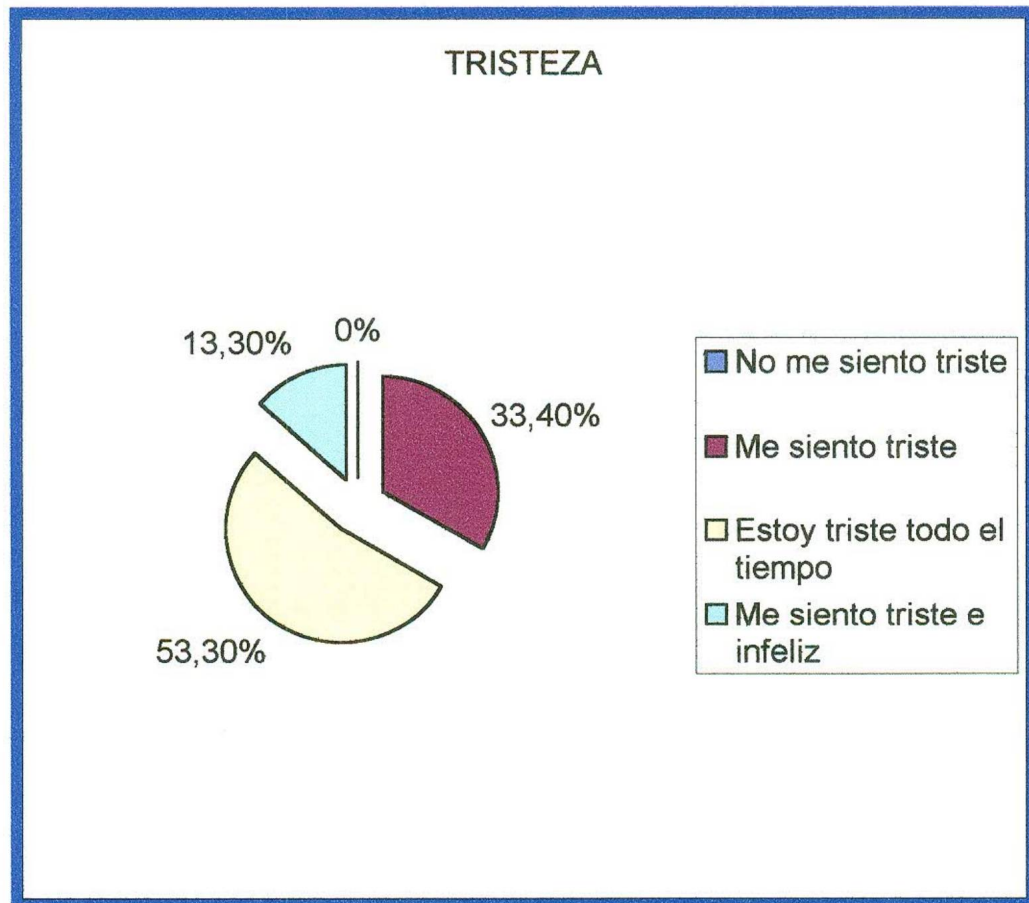
Factor Conductual

Figura 9. Promedio del Item Tristeza

Este indicador muestra que ninguna mujer contestó que no se sentía triste, el 33.4% se sentían tristes, el 53.3% está triste todo el tiempo y no puede salir de ese estado y el 13.3% se siente tan triste e infeliz que expresa no aguantar más (ítem #1 de la prueba) la situación por la que está atravesando. Como se sabe, la tristeza es la característica capital del estado de ánimo, caracterizados por que la queja constante de sentirse abatidas, insatisfechas, siendo incapaces de reaccionar ante cosas que normalmente solían darle alegría. Al comparar este resultado con los criterios del DSM-IV, vemos que el porcentaje significativo de mujeres que manifestaron sentirse tristes todo el tiempo puede tomarse como indicador de un cuadro depresivo, empezando a denotar que, este aspecto irrumpe negativamente en el individuo, cronificando la aceptación de la pérdida.

Por otro lado, es necesario mencionar que, la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Está presente en prácticamente todos los deprimidos, siendo la queja principal de estos. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más habituales, suele también presentarse estado de ánimo irritable, sensación de vacío o nerviosismo.

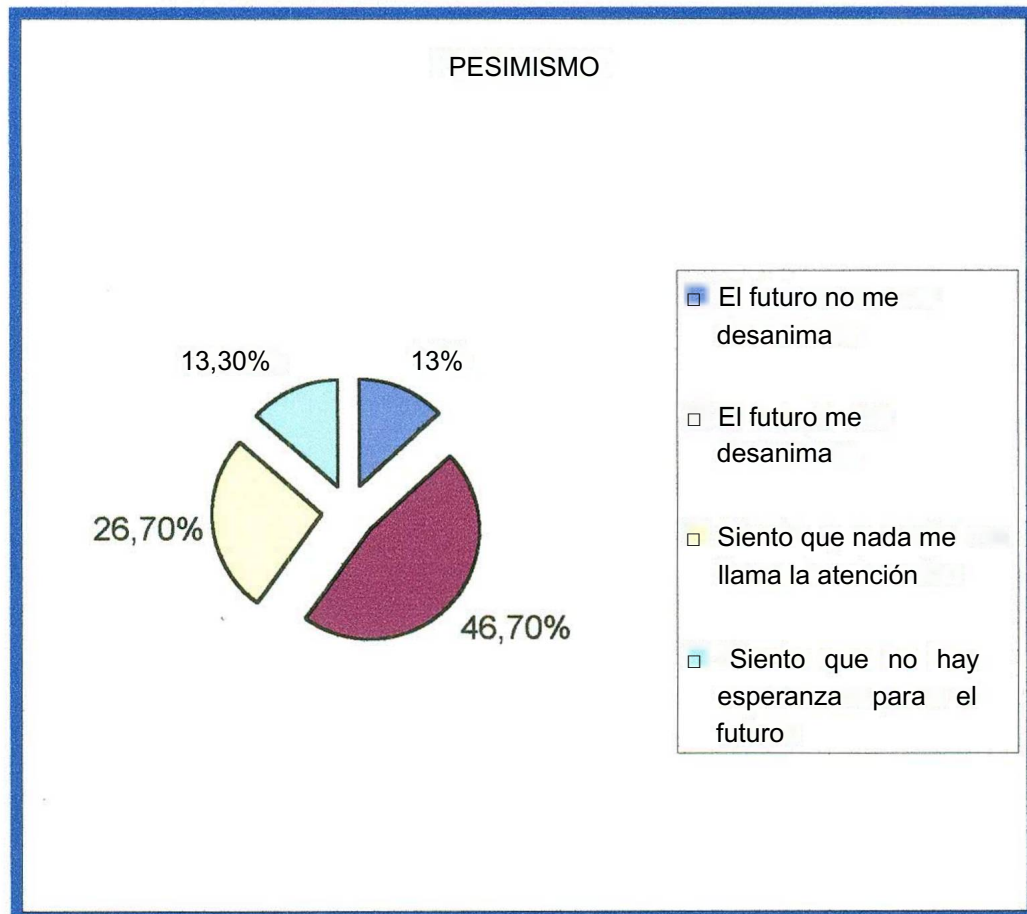


Figura 10. Promedio del Ítem Pesimismo.

El 13 % de los sujetos objeto de estudio no le desanima el futuro especialmente, el 46.7% le desanima el futuro, el 26.7% siente que nada le llama la atención y el 13.3% siente que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar. Este resultado explica el porqué los proyectos para estas mujeres pierden importancia y no se trabaja en función de ellos, estando condenadas al fracaso si no se realiza una intervención adecuada.

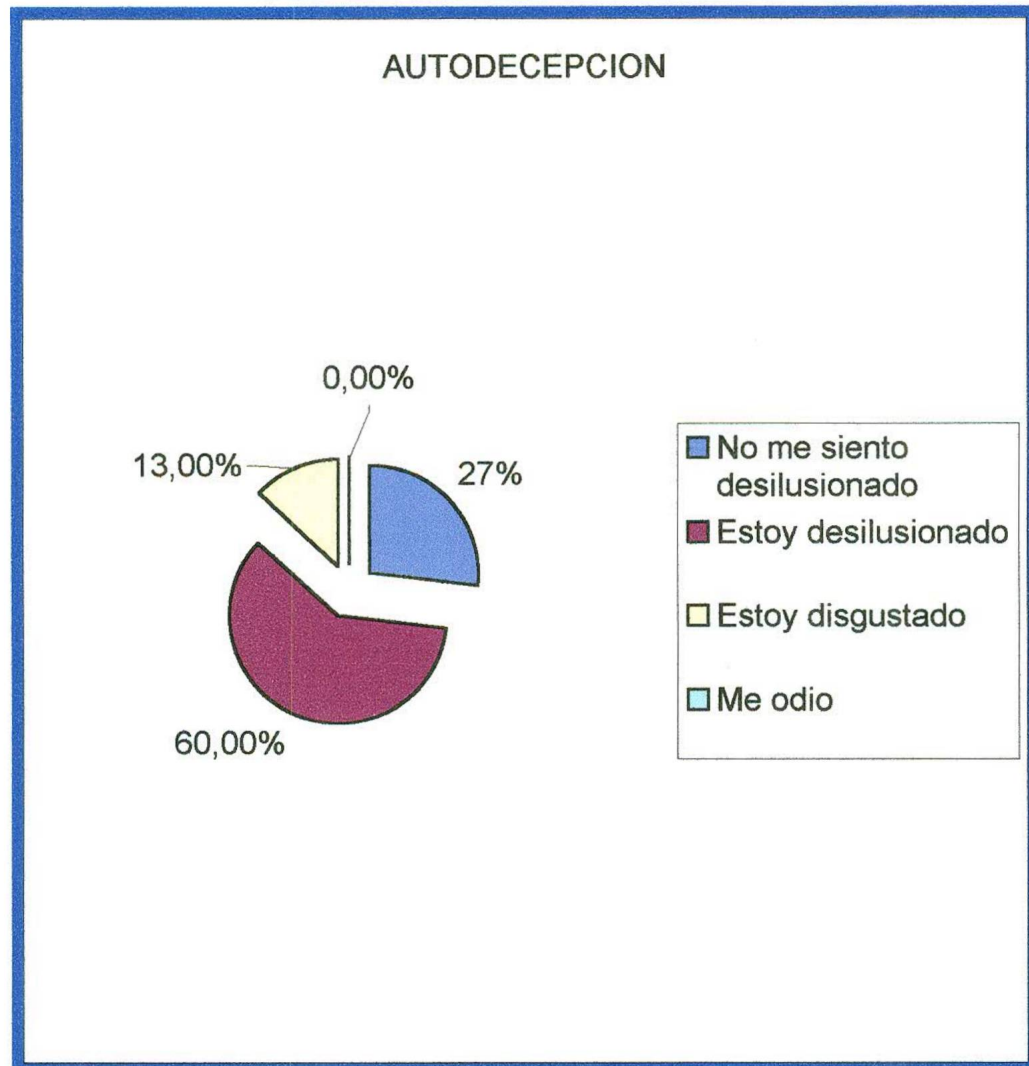


Figura 11. Promedio del Ítem Autodecepción.

El 27% no se siente desilusionada de si misma, el 60% está desilusionada consigo misma, el 13% está disgustada de si misma y ninguna se odia. Teniendo en cuenta que el resultado de autodecepción es superior a la media, se corrobora que estas pacientes tienen la sensación de haber fallado y se autocritican severamente, pues no se perdonan el hecho de haber perdido uno de sus senos a causa del cáncer de mama, y peor aún, la culpa que manejan es superior a ellas, pues realmente piensan que si hubieran asistido a tiempo al médico, tal vez se hubiera prevenido la metástasis.

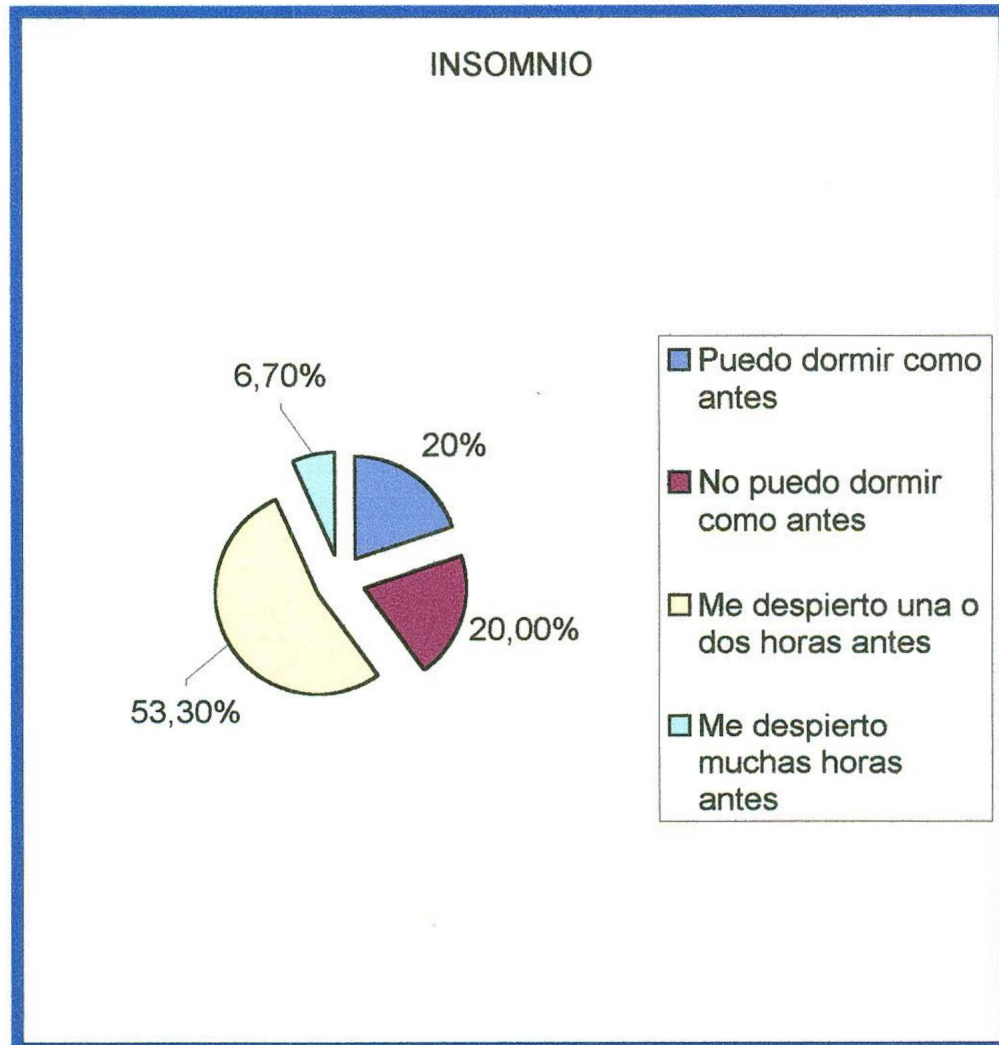


Figura 12. Promedio del Item Insomnio.

El 20% puede dormir también como antes, el otro 20% no puede dormir como antes, el 53.3% se despierta una o dos horas más temprano de lo usual y le cuesta trabajo volverse a dormir y el 6.7% se despierta varias horas más temprano de lo usual y no puede volverse a dormir. Aquí se evidencia un porcentaje significativo, concordante con los criterios del DSM-IV, en lo concerniente a trastornos frecuentes de sueño, relacionados al insomnio, pues este es considerado como la disminución en la duración del dormir y puede implicar dificultad para la conciliación o despertar temprano frecuente en estos estados depresivos, o el sueño puede estar interrumpido por despertares frecuentes durante la noche, por crisis de ansiedad ocasionadas por la actividad onírica de contenido ansiógeno-pesadillas.

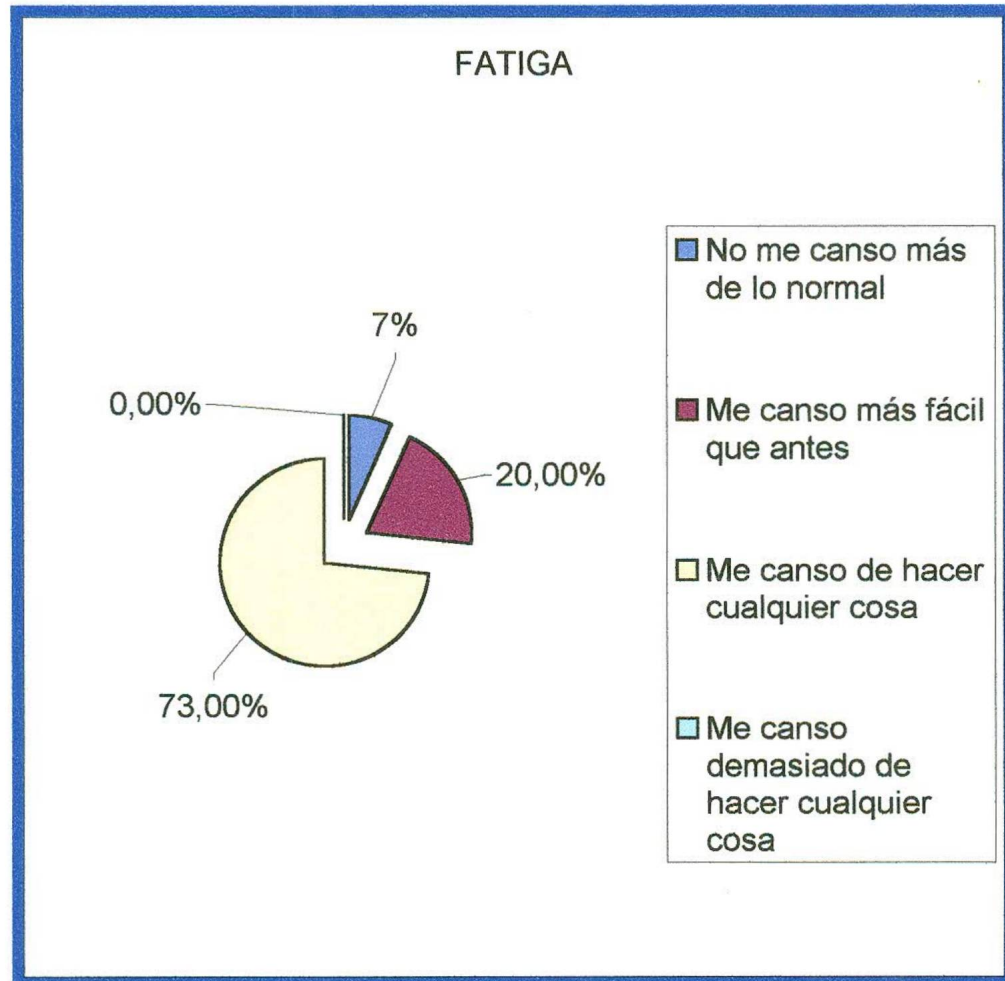


Figura 13. Promedio del Ítem Fatiga.

El 7% no se cansa más de lo normal, el 20% se cansa más fácilmente que antes, el 73% se cansa de hacer cualquier cosa, no prevaleció el índice de mujeres que se cansan demasiado de hacer cualquier cosa. Es relevante mencionar que, la sensación de estar cansado puede aparecer incluso aunque la paciente no haga nada: puede estar en estado de reposo una buena parte del día y la fatiga es igual. A lo anterior se le suman los problemas de sueño que las mujeres padecen (insomnio), por lo tanto el cansancio se pronuncia de forma fuerte y cronificado.

Por otro lado, hay disminución en el interés por las actividades rutinarias (domésticas o laborales) que antes realizaban con mayor entusiasmo, debido a que se quejan de carecer de energía para efectuarlas. Es imprescindible decir que la falta de energía, se debe a la disminución del interés por hacer las cosas.

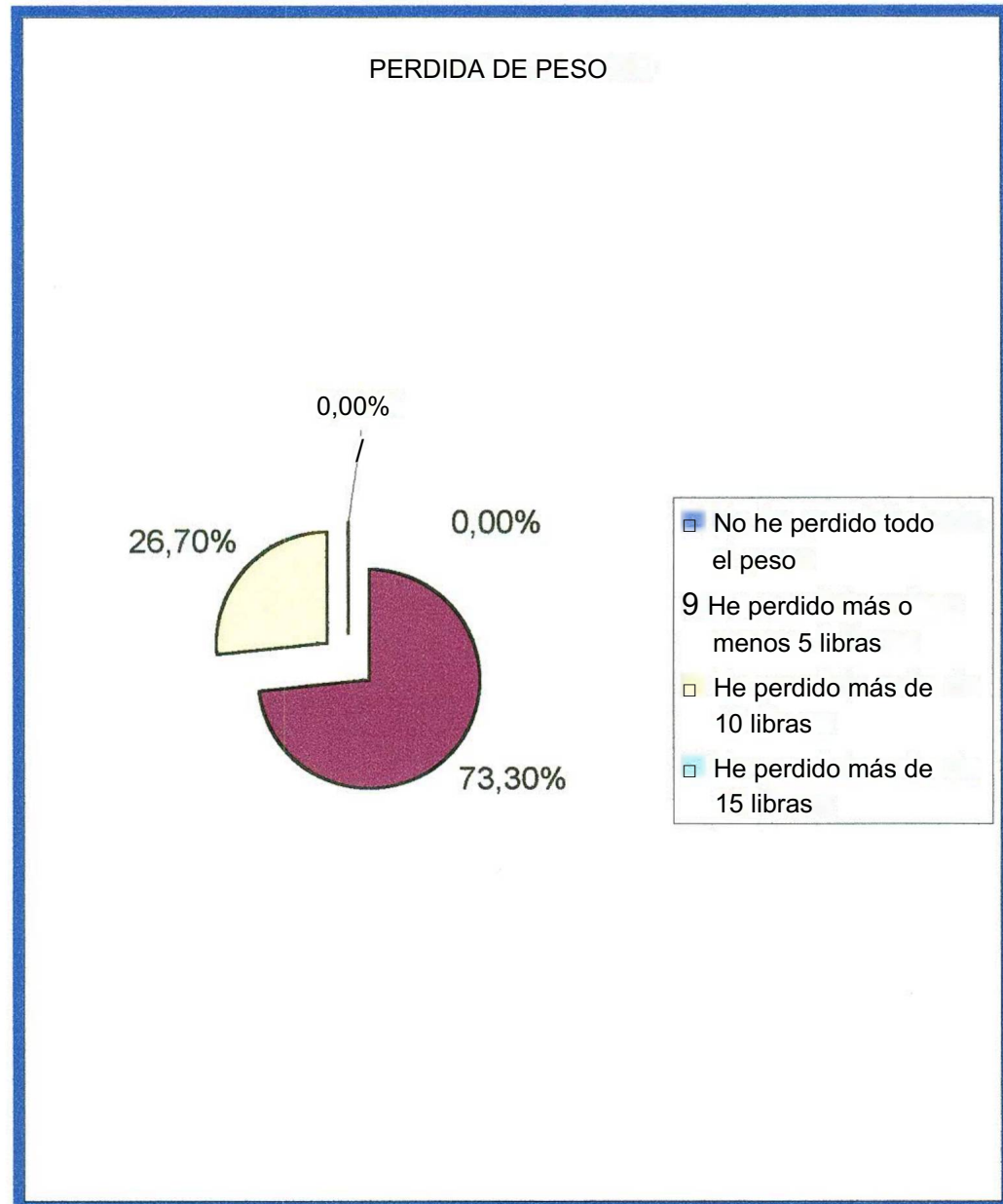


Figura 14. Promedio del Item Pérdida de Peso.

Solo se notó que el 73.3% ha perdido más de 5 libras y el 26.7% ha perdido más de 10 libras. Con relación al ítem referente a la pérdida del apetito, existe consecuencia entre la disminución de apetencia y la pérdida gradual de peso en un lapso breve de tiempo, a consecuencia de la mastectomización, producto del cáncer de mama que se encontraba en una fase avanzada.

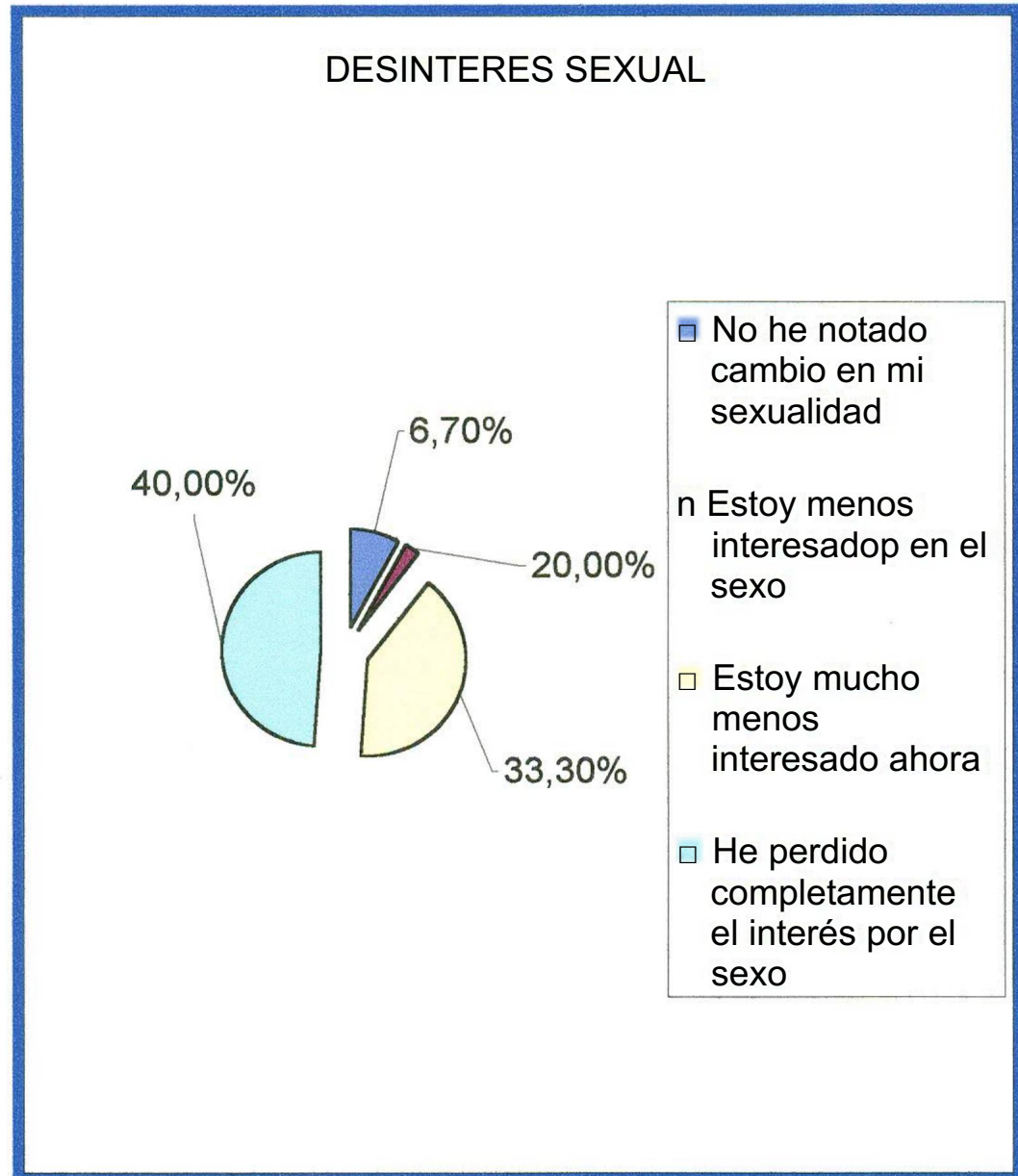


Figura 15. Promedio del Item Desinterés Sexual.

El 6.7% no ha notado ningún cambio reciente en su interés sexual, el 20% está menos interesada en el sexo que antes, el 33.3% está mucho menos interesada en el sexo ahora y el 40% ha perdido completamente el interés por el sexo. Estos resultados hacen evidente el malestar para con su autoimagen, significativa para el ejercicio de la sexualidad, lo cual hace que se disminuya parcial o totalmente el interés por los contactos sexuales con la pareja.

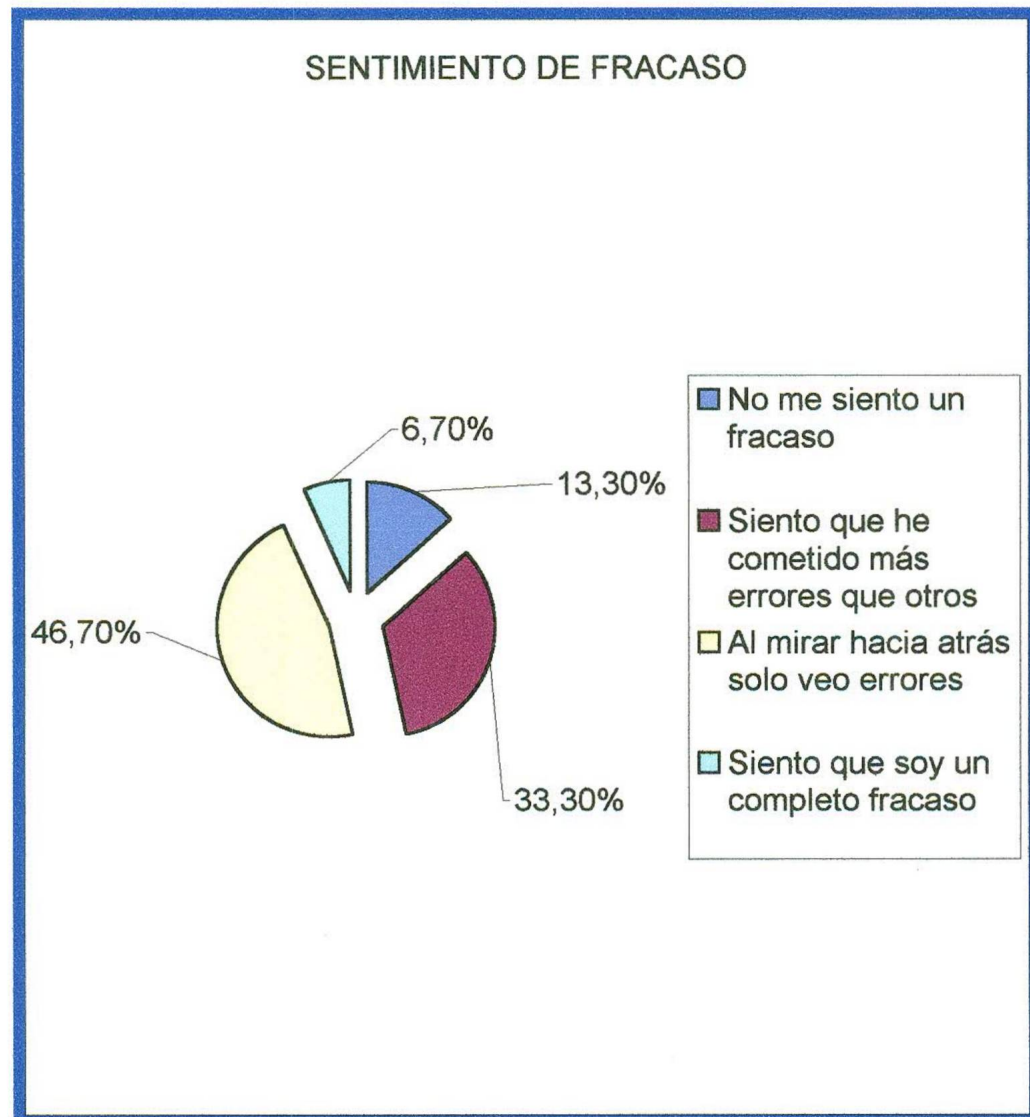
Factor Cognitivo

Figura 16. Promedio del Item Sentimiento de Fracaso

El 13.3% de los sujetos objeto de observación no se sienten fracasados, el 33.3% siente que ha cometido más errores que la mayoría de las personas, el 46.7% siente que nada le llama la atención, y el 6.7% sienten que son un completo fracaso como persona. Este resultado apoya lo dicho por Beck, en referencia a que las mujeres, especialmente las que han sido sometidas a una mastectomía, pierden la capacidad para valorar logros.

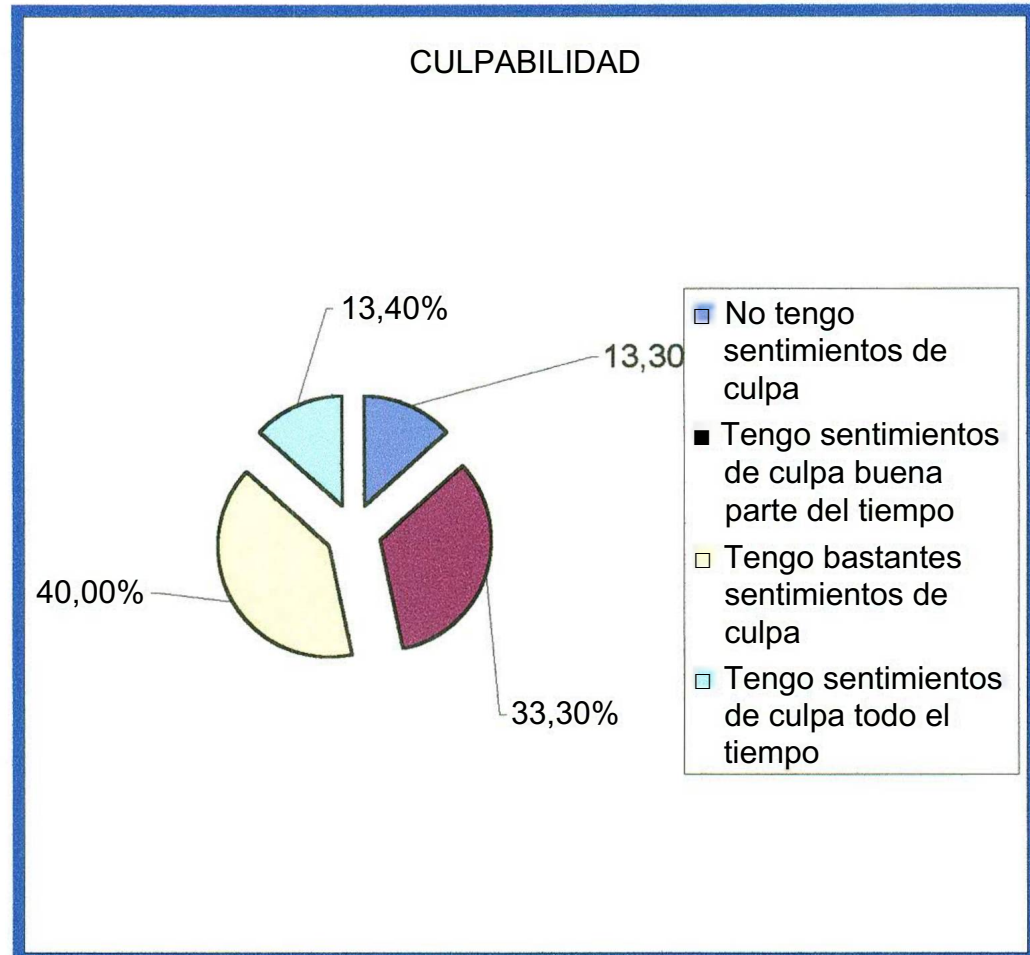


Figura 17. Promedio del Item Culpabilidad.

El 13.3% no tiene sentimientos de culpa, el 33.3% posee sentimientos de culpa una buena parte del tiempo, el 40% sufre de bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo y el 13.4% expresa tener sentimientos de culpa todo el tiempo.

Observando los resultados anteriores, acerca de los sentimientos de culpa que pueden llegar a manejar estas pacientes, se puede corroborar que estas mujeres poseen constantemente pensamientos acusadores y cualquier actividad desempeñada las hará sentir culpables. Además, poseen la percepción de ser castigadas por esta culpa y que lo experimentado se puede deber a errores del pasado. Las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en la depresión (mujeres mastectomizadas) pueden conducirla a creer que merecen la muerte (autocastigo) o a ver un futuro tan negro que sea mejor morir antes de vivir en el estado actual (huida).

En la siguiente gráfica se observará el porcentaje de ideas de suicidio, la cual servirá como soporte al análisis realizado en el presente ítem.

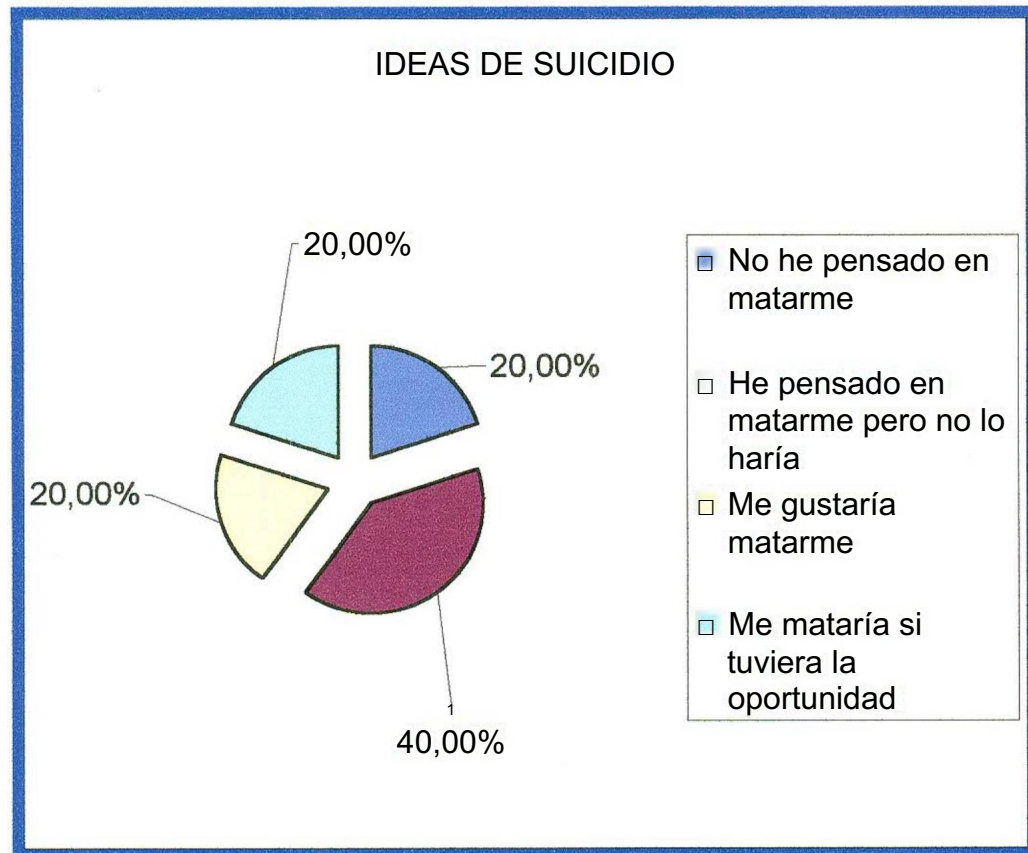


Figura 18. Promedio del Item Ideas de Suicidio

El 20% de las mujeres no ha pensado en matarse, el 40% ha pensado en matarse pero no lo haría, el 20% les gustaría matarse y el otro 20% se matarían si tuvieran la oportunidad. Los resultados denotan que a pesar de que las mujeres están viviendo un periodo de trance difícil, no desean quitarse la vida, aunque lo hayan pensado, puesto que están conscientes de la importancia de la vida y están dispuestas a luchar por ella; lo cual no significa que la elaboración del duelo sea un proceso fácil. Según las estadísticas, entre un 60 y un 80 por cien de los suicidios que se cometen se dan en pacientes diagnosticados con depresión. Tener depresión incrementa en unas 30 veces el riesgo de suicidio. Las ideas o tentativas de suicidio no se presentan a diario, solo es ocasional. Estas ideas de muerte o suicidio repetidas veces, existiendo un plan

específico o no para lograr dicho objetivo, basta para consignar la presencia de este síntoma, siendo el principal para intervenir dentro de las terapias de apoyo.

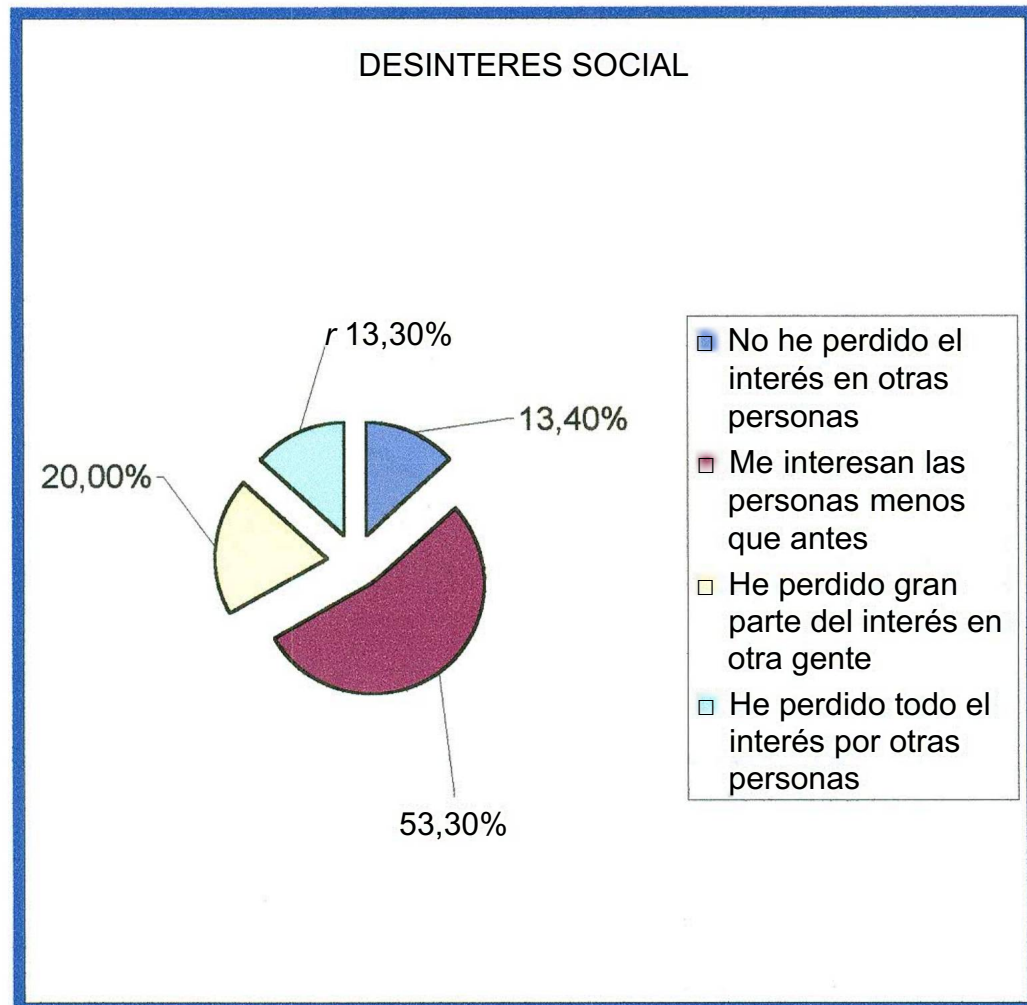


Figura 19. Promedio del Item Desinterés Social.

El 13.4% no ha perdido el interés por otras personas, el 53.3% le interesan las personas menos que antes, el 20% ha perdido gran parte del interés por otras personas y el 13.3% ha perdido todo el interés por otras personas. Este resultado permite ver que las mujeres estudiadas prefieren aislarse, para evitar una posible estigmatización por parte del medio social que las rodea. Así mismo, los resultados arrojados indican que estas mujeres tienen dificultad para ejecutar, generar y determinar acciones, lo que conlleva a una minusvalía e incapacidad laboral, ocasionando por tal motivo episodios fuertes de enojo.

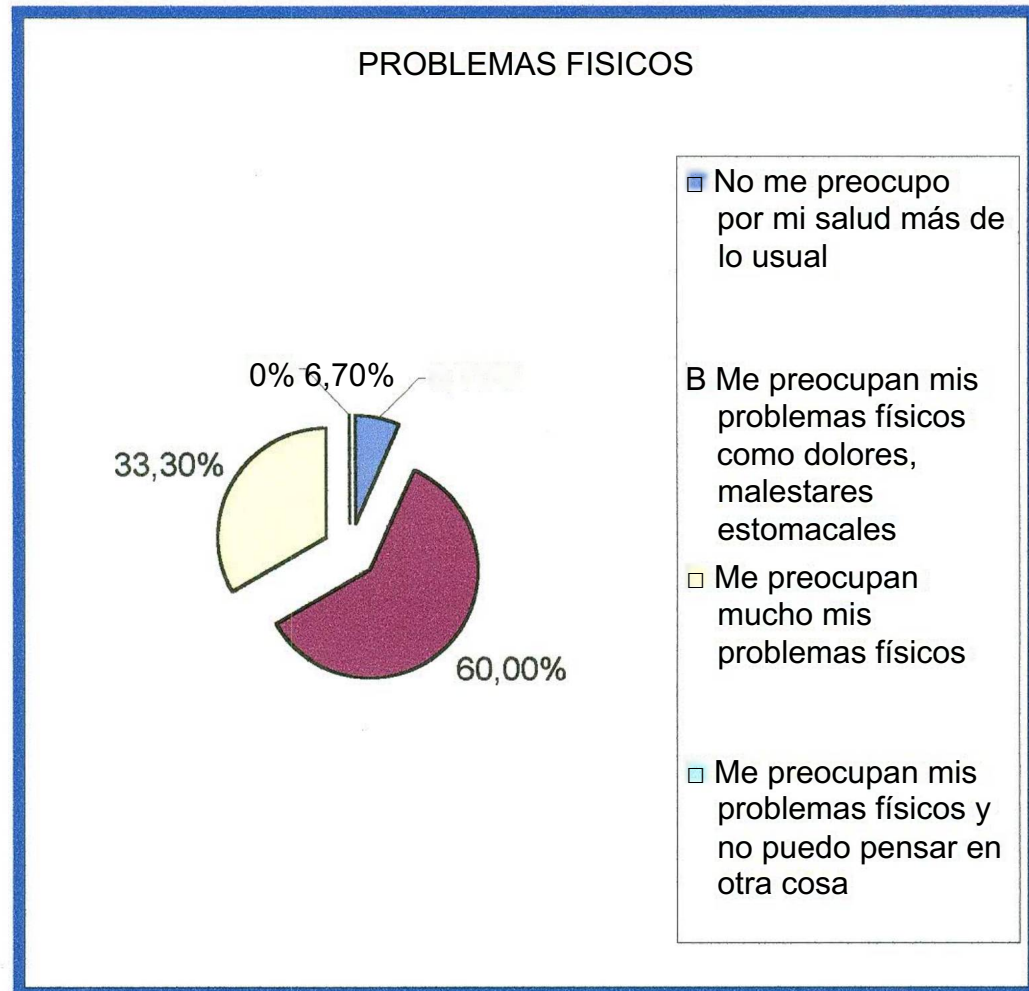


Figura 21. Promedio del Item Problemas Físicos.

El 6.7% no se preocupa por su salud más de lo usual, el 60% se preocupan por sus problemas físicos como dolores, estreñimiento, malestares estomacales entre otros, y, el 33.3% le preocupa mucho sus problemas físicos y le cuesta pensar en otra cosa. El ítem que hacía referencia a la preocupación de sus problemas físicos sin llegar a un extremo, no fue escogido. Aquí se evidencian dos aspectos principales: la preocupación por la propia salud, producto de saber que padecen una grave enfermedad, y la aparición de malestares propios del tratamiento médico del carcinoma.

La Tabla 11 se gráfica con el fin de ilustrar los resultados brutos arrojados por la prueba aplicada, Inventario de Beck. Esto con el fin de que el lector pueda discernir de que forma el autor de la prueba escinde la Depresión por medio de puntajes. Así, la

Ausencia de Depresión oscila entre cero y diez puntos, la Depresión Leve - Media entre 11 y 20 puntos, la Depresión Moderada entre 21 y 30 puntos, y la Depresión Severa de 31 puntos en adelante. La Figura 22 recrea dichos puntajes por medio de barras, para permitir una mayor claridad en la apreciación de los puntajes brutos de cada una de las participantes. Las Figuras 7 y 8, como se expresó anteriormente, hacen referencia al promedio de mujeres que se encuentran agrupadas en los diferentes niveles de Depresión.

Tabla 11.

Resultados Cuantitativos Brutos del Instrumento por Items.

Items	Respuestas														
1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	3	2	1	2	2	1
2	3	1	1	0	3	2	2	1	1	2	1	1	0	2	1
3	1	1	2	1	2	2	3	2	2	0	1	2	2	1	0
4	2	1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	3	2	0	1
5	3	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	0	3	0	1
6	2	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2
7	1	1	0	1	0	1	0	1	1	2	2	1	1	1	0
8	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
9	2	2	1	3	3	0	1	1	0	2	3	1	1	0	1
10	2	2	1	1	2	3	1	0	1	2	2	2	3	3	2
11	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	1	2	2	1
12	1	1	2	3	1	1	2	2	1	1	1	0	3	1	0
13	1	2	3	3	1	1	2	1	1	0	1	2	3	2	1
14	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	0	3	1	1
15	3	2	2	0	1	0	2	0	0	3	2	1	1	0	0
16	2	0	0	2	2	1	2	1	0	2	3	2	2	2	1
17	2	2	2	2	2	2	1	1	0	2	2	2	2	1	2
18	1	3	1	2	2	2	2	1	0	3	2	2	2	2	0
19	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
20	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	Q
21	3	1	2	3	1	2	3	2	0	2	2	3	3	3	1
Total	36	30	29	32	38	33	41	28	20	36	38	29	41	29	18

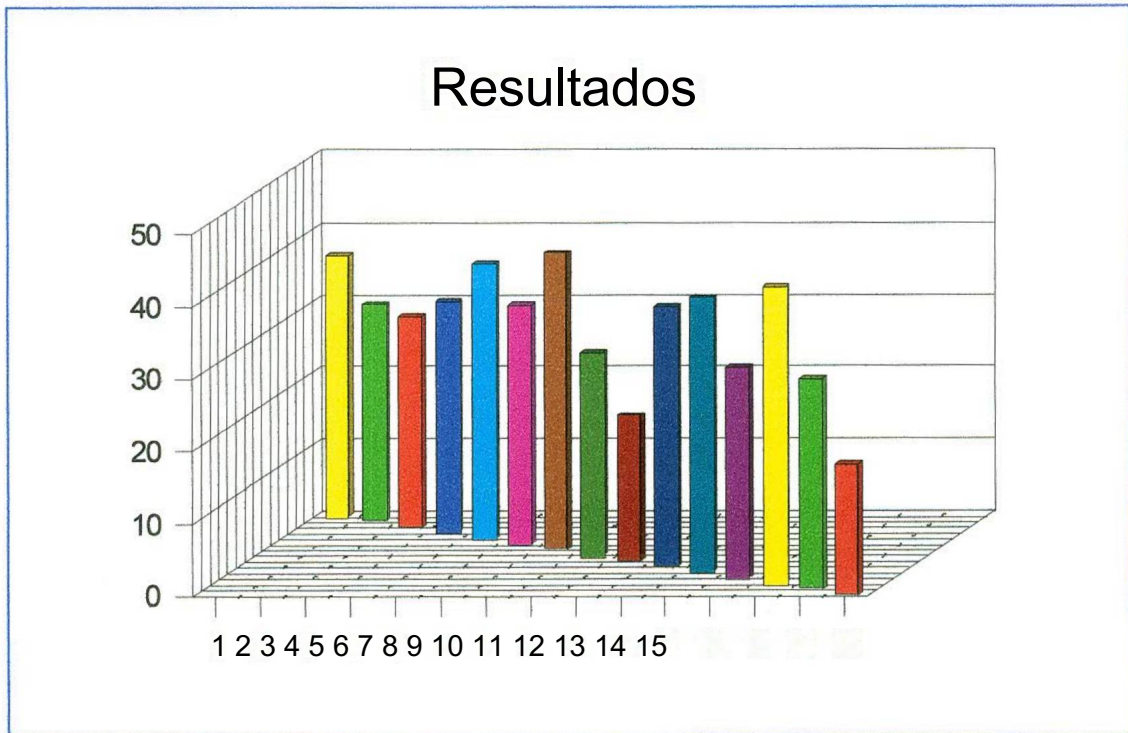


Figura 22. Resultados Brutos del Instrumento Aplicado.

La anterior figura devela la agrupación sintomática de las pacientes sometidas a mastectomización con respecto a la depresión que surge debido a la pérdida de la mama.

Como se mencionó anteriormente, el puntaje para clasificar los diferentes tipos de depresión oscilan entre 0 y 10, 11 y 20, 21 y 30, 31 en adelante. Así, ninguna mostró no estar padeciendo posquirúrgicamente episodios depresivos, por el contrario, solo dos mujeres reflejaron estar pasando por una depresión leve, el otro porcentaje de la población pasan por episodios moderados y severos, entendiéndose que, cinco padecen el moderado y siete el severo.

Discusión

En los resultados obtenidos de las mujeres que son sometidas a cirugía por consecuencia del cáncer de seno detectado tardíamente y el cual no puede ser detenido por medio de tratamiento farmacéutico sino que es necesario recurrir a la mastectomización, se nota la presencia clara de la Depresión, constituyendo dicha patología como una entidad de frecuencia no solo en esta población, sino además en el medio en general.

Las pacientes que han sido tratadas pos - quirúrgicamente, se caracterizan por la pérdida de la vitalidad, la falta de interés, energía, rehuyen a la actividad social, la esperanza e ilusión decrece en gran magnitud de esferas, el pesimismo y la desesperanza invaden las ideas y fantasías, en ocasiones la tristeza viene de la mano con la ansiedad y gran angustia por lo que ya no tienen; al despertar hay un sentimiento de vaciamiento y poseen poco ánimo para comenzar el día. En gran parte de la población prevalecen las ideas suicidas. Se encuentran rasgos de deterioro en el sueño, hay disminución en la duración del dormir y puede implicar, además, dificultad para la conciliación, caracterizados por despertares frecuentes durante la noche, crisis de angustia ocasionadas por la actividad onírica de contenido ansiógeno - pesadillas.

La anorexia es aspecto importante en esta población, pues debido a los factores antes mencionados, la pérdida de apetito se cronifica en ellas y provoca rápidamente una pérdida notoria de peso, implicando una maximización por la preocupación de sus enfermedades, la paciente comienza a sentirse desvalida, frágil y sin fuerzas para continuar con la lucha. Presenta vómitos, cefaleas, calambres, problemas gástricos, sin registro alguno que sustente las enfermedades. A esto se le suma la dificultad económica de gran parte de ellas.

Al describir la población, se resalta el estrato de las participantes en la investigación, oscilando entre 0,1, 2 y 3, prevaleciendo el 1 y 2. Gran mayoría de los objetos de estudio (mujeres mastectomizadas), presentan dificultades a nivel familiar: los esposos son desempleados, hay gran cantidad de hijos por los que deben responder, la vivienda no es propia, hay hacinamiento en los lugares donde residen, situación que contribuye a que se agudice la enfermedad física y así mismo los trastornos psicológicos.

Dados en un inicio los factores a estudiar, se puede concluir que los trastornos fisiológicos, síntomas, actitudes, autodecepción y percepción del mundo y del futuro de las mujeres sometidas a la amputación de la mama, son caracterizados por llanto frecuente, dolor emocional, aflicción, obnubilación, entendida por la falta de espontaneidad e iniciativa de las pacientes, dificultándose la consecución de la atención y la reflexión, hay dificultad para la comprensión de las ideas, disminución de la actividad psíquica por déficit ideatorio comprendiendo difícilmente el mundo que le rodea.

Al establecer el objetivo de la investigación, se especifica el tiempo de éste, por lo que es necesario aclarar que las participantes se encontraban en el momento del estudio, en la fase de tratamiento médico debido a que la cirugía se había practicado mes o mes y medio antes de la aplicación de la prueba. La población se encuentra entonces, en plena resolución del duelo por la pérdida de ese objeto amado. La mujer se percibe con una imagen distorsionada de su esquema corporal, sin atractivo alguno ni para ella, ni para su pareja, con llevando dicha situación a su descuido personal.

Otro aspecto relevante son los sentimientos de castigo que prevalecen en el sujeto, pues piensan que la enfermedad fue concebida debido a errores del pasado o pecados que no le han sido perdonados. Este aspecto puede ser agravado por el bajo nivel cultural que poseen las pacientes: los maleficios y los actos satánicos ocupan un lugar primordial en sus creencias y representaciones mentales.

Por lo dicho anteriormente, el duelo que debe afrontar esta población es doloroso y tardío debido al constante enfrentamiento que ellas deben realizar de su imagen corporal. En el momento en que se les informa la importancia de practicarle la cirugía, con el fin de prolongarles la vida, la incredulidad persiste en las pacientes, negando la situación y aferrándose a un posible milagro. Cuando son sometidas a la cirugía y se ven por vez primera en el espejo, la ira y rabia se apoderan de ellas lo cual le dificulta la aceptación de la pérdida de uno de sus senos. Al transcurrir los días, existe en la población descrita, un desasosiego y falta de rumbo. Se incrementan las preocupaciones somáticas y es reiterada la reviviscencia de los recuerdos como por ejemplo: "Si no me hubiera descuidado tanto, y hubiera asistido al médico con anterioridad, todavía poseyera mi seno". Aquí se nota nuevamente la culpa.

Aspecto relevante que las mujeres presentan durante este proceso, es la presencia de fe religiosa. Muchas de ellas se aferran tanto al "Dios" de cada una, que

diagnosticadas con cáncer, situación que aumenta el bajo nivel de autoestima que ellas poseen y contribuye a que la depresión se torne en un nivel grave y de cuidado extremo en las terapias de apoyo que se les brinda.

Para concluir, se recomienda seguir con este estudio, debido a que el cáncer de mama es el de mayor prevalencia en la actualidad, por tanto es necesario investigar cuales son las causas psicológicas que fortalecen este CA mamario y buscar alternativas claves para disminuir el riesgo de contraer la enfermedad en las mujeres. Además, como aspecto relevante y fundamental, brindarles a las mujeres con este tipo de cáncer atención psicológica pre y pos quirúrgicas con el fin de aminorar las actitudes y estados afectivos anteriormente mencionados, estableciendo nuevos patrones, objetos y objetivos en la población afectada.

Referencias

- ALARCÓN, R. (1996). Los procesos de la soledad y la muerte a través de la historia. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría Vol. XXV, No. 3.
- ARDILA, R. (1995). Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 27 - No.1.
- BAPTISTA, L. (1999). Metodología de la Investigación (2ª edición). México: Me Graw Hill.
- BRAINSKI, S. (1987). Factores Psicodinámicos en el Cáncer de Seno. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Vol. 12 #1.
- BEJARANO, P. (1992). Morir con Dignidad. Fundación Omega, Santafé de Bogotá.
- BELLOCH, A. (1995). Manual de Psicopatología Vol. 2. México: Me Graw_Hill.
- BENNET, C. (1996). Tratado de Medicina Interna de Cecil. México: Me Graw Hill.
- BERLANGA, J. TOLEDO, M. BARRETO, MP. (1995). Evaluación Qognitiva y Afrontamiento como Predictores del bienestar futuro de las pacientes con Cáncer de Mama. Revista Latinoamericana de Psicología: Vol. 27, No. 1.
- CANO, V. SIRGO, A. DIAZ, MB. PEREZ, G. (1997). Ansiedad, Racionalidad, Armonía y Optimismo en el Cáncer de mama: un estudio comparativo. Revista electrónica de Psicología, Vol. 1, No. 1.
- FREUD, S. (1996). Obras Completas. Tomo I y II. Madrid España: Biblioteca Nueva.
- HOLLAND, JF. (1993). Cáncer Medicine. Philadelphia: Lea and Febiger.
- INTERNET www.Geocities.com/Capecanaverallaunchpad/3445/gineco/camamahtml.
- INTERNET www.gobcan.es/funcis/esect/esect5-3html.
- LARA, MC. PONCE DE LEON, S. DE LA FUENTE, R. (1996). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer. México: Secretaria de salud.
- MENDELS, J. (1990). La Depresión. Barcelona: Herder.
- MENDELSON, J. (1989). Part Twelve Hematology and Oncology. Philadelphia: Lippincott.
- NEWELL, S. (1998). American Cáncer Society. New South Wales Cáncer Council Cáncer Education Research.

- PAPALIA, D. (1997). Desarrollo Humano (6ª edición). Colombia: Me Graw Hill.
- PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Resúmenes Analíticos de Trabajos de Grado (1995). La Psicología de hoy. Cali. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- RISO, W. (1990). Depresión. Colombia: Gráficas Ltda.
- RISO, W. (1997). De Regreso a Casa. Colombia: Grupo Editorial Norma.
- TABORDA, LC. (1985). Principios de Semiología Psiquiátrica. Facultad de Medicina. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en Bogotá.
- TAYLOR, K. (1998). Investigación de mercados (5ª edición). Colombia: Me Graw Hill.
- THE JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. (1999). Detecting Skin Cancer. Jama, Volumen 281, # 7.
- BOWLBY, J. (1983). La Pérdida afectiva. Buenos aires: Paídos.
- STURGEON, W. (1981). Depresión. Barcelona: Gríjalbo.

Lista de anexos

	Pág. No.
Anexo A. Inventario de depresión de Beck	70
Anexo B. Criterios para la aplicación de la escala Beck	73
Anexo C. Resultado según puntuación	74
Anexo D. Gráfica del rango de edades de las participantes en el estudio	75

Anexo A

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB)
EVALUACION PSICOLOGICA DE LA DEPRESION

FECHA: _____ H. C. _____

NOMBRE(S) Y APELLIDOS _____

INSTRUCCIONES

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un circulo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta.

- 1.0 No me siento triste A
 2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado
 1 Me siento triste
 2 Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más
2. 3 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar B
 2 Siento que nada me llama la atención
 1 El futuro me desanima
 0 El futuro no me desanima especialmente
3. 1 Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas C
 2 Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores
 0 No me siento un fracasado
 3 Siento que soy un completo fracaso como persona
4. 3 Estoy (a) o aburrido (a) con todo D
 2 Ya no tengo satisfacciones reales
 1 No disfruto las cosas como antes
 0 Tengo tanta satisfacción como antes
5. 1 Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo E
 3 Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo
 0 No tengo sentimientos de culpa
 2 Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo

6. 2 Tengo la expectativa de que me van a castigar F
 0 No siento que me estén castigando
 3 Siento que me están castigando
 1 Siento que no puedo ser castigado (a)
7. 3 Me odio a mi mismo (a) 6
 2 Estoy (a) conmigo mismo (a)
 1 Estoy desilusionado a de mi mismo (a)
 0 No me siento desilusionado (a) de mi mismo (a)
8. 0 No me siento peor que otros H
 3 Me culpo por todas las cosas malas que pasan
 1 Soy critico (a) con mis debilidades y errores
 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
9. 0 No he pensado en matarme I
 1 He pensado en matarme pero no lo haría
 2 Me gustaría matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
10. 3 Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque desee J
 2 Ahora lloro todo el tiempo
 1 Lloro más ahora que antes
 0 No lloro más que lo usual
- 11.1 Me irrito o me enojo más fácilmente que antes K
 0 Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban
 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo
 1 Ahora me irrito más que antes
12. 0 No he perdido el interés en otras personas L
 1 Me interesan las personas menos que antes
 2 He perdido gran parte del interés en otra gente
 3 He perdido todo el interés por otras personas
13. 1 Pospongo las decisiones más que antes M
 0 Tomo mis decisiones también como siempre lo he hecho
 3 Ya no puedo tomar decisiones
 2 Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes
14. 0 No creo que me vea peor que antes N
 3 Creo que me veo horrible
 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo(a)
 1 Me preocupa verme viejo (a) y sin atractivos

15. 3 No puedo hacer ningún trabajo
2 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
1 Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar cualquier cosa
0 Puedo trabajar también como antes
16. 1 No puedo dormir como antes
3 Me despierto varias horas de lo usual y no puedo volverme a dormir
0 Puedo dormir también como antes
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me canso más de lo normal
1 Me canso más fácilmente que antes
2 Me canso de hacer cualquier cosa
3 Me canso demasiado de hacer cualquier cosa
18. 3 Ahora he perdido todo el apetito
2 Mi apetito es peor ahora
1 Mi apetito no es tan bueno como era antes
0 Mi apetito no es peor que antes
19. 0 No he perdido mucho peso
1 He perdido más de 5 libras
2 He perdido más de 10 libras
3 He perdido más de 15 libras
20. 0 No me preocupo por mi salud más de lo usual
3 Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa
2 Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa
1 Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales, estreñimiento.
21. 3 He perdido completamente el interés por el sexo
2 estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

Anexo B

CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BECK

<u>Item</u>	<u>Calificación</u>			
1	0.	1.	2.	3.
2	0.	1.	2.	3.
3	0.	1.	2.	3.
4	0.	1.	2.	3.
5	0.	1.	2.	3.
6	0.	1.	2.	3.
7	0.	1.	2.	3.
8	0.	1.	2.	3.
9	0.	1.	2.	3.
10	0.	1.	2.	3.
11	0.	1.	2.	3.
12	0.	1.	2.	3.
13	0.	1.	2.	3.
14	0.	1.	2.	3.
15	0.	1.	2.	3.
16	0.	1.	2.	3.
17	0.	1.	2.	3.
18	0.	1.	2.	3.
19	0.	1.	2.	3.
20	0.	1.	2.	3.
21	0.	1.	2.	3.

TOTAL

OBSERVACIONES

Anexo C

RESULTADO SEGÚN PUNTAJE ARROJADO

1. Ausencia de depresión	0 a 10 puntos
2. Depresión leve - media	11 a 20 puntos
3. Depresión moderadamente severa	21 a 30 puntos
4. Depresión severa	31 puntos o más

Anexo D

GRAFICACION DEL RANGO DE EDADES DE LAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO INVESTIGATIVO

