

23

157.9  
E123  
E-1

UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA



ESTUDIO DE ASPECTOS PSICOLOGICOS EN SUJETOS  
QUE PADECEN DE CANCER Y EN SUJETOS QUE ADO-  
LECN DE DISPLASIA

T E S I S  
PRESENTADA POR:

RUTH GADALA DE HASBUN

PARA OPTAR AL GRADO DE :

M A S T E R

EN PSICOLOGIA CLINICA

ENERO DE 1987



UNIVERSIDAD "FRANCISCO GAVIDIA"  
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA  
**BIBLIOTECA**  
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

Nº 11111-700195 15-5-87

T-000 499

Estudio Comparativo .

A los pacientes con tumores, quienes fueron una gran motivación del presente trabajo, con un continuo y constante deseo de poder encaminarlos hacia el alivio de sus largos sufrimientos.

UNIVERSIDAD "FRANCISCO GAVIDIA"  
**BIBLIOTECA**  
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

Estudio de Aspectos Psicológicos Relevantes en Sujetos que padecen de cáncer y en Sujetos que Adolecen de Displasia.-

Ruth Gadala de Hasbún  
Universidad Francisco Gavidia

Encabezado : ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE SUJETOS CON CÁNCER Y  
DISPLASIA.-



Estudio de Aspectos Psicológicos Relevantes en Sujetos que Padecen de Cáncer y en Sujetos que Adolecen de Displasia.

Durante los últimos 150 años ha habido una progresiva eliminación de las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte y han pasado a ser la enfermedades cardiovasculares y el cáncer las principales causas actuales. En las sociedades occidentales como en los Estados Unidos y otros países desarrollados, la segunda mayor causa de muerte es el cáncer (Cairns, 1981). La población que muere de dicha enfermedad está aumentando (Hanson, Mckay y Milles, 1980) a pesar de los intentos de diagnóstico y del tratamiento temprano.

La distribución geográfica del cáncer adopta muchos cuadros extraños. El carcinoma mamario es el tumor maligno más frecuente en mujeres en Estados Unidos, Inglaterra y Europa, en cambio es poco frecuente en el Japón. El cáncer del hígado es una variedad poco corriente de enfermedad maligna en Inglaterra y Estados Unidos, pero se observa con frecuencia en el Japón y es muy frecuente en los negros de Sud-Africa, donde a menudo ataca a jóvenes al igual que adultos (Stanley y Robbins, 1968).

Stanley (1968) expresó que el carcinoma del estómago es mucho más frecuente en varones que en mujeres, como también lo es el carcinoma del pulmón, indicando que el sexo parece determinar a ser más susceptible de manera importante a clases específicas de cáncer.

Según Infante Díaz (1964), en América Latina las tasas de mortalidad por cáncer oscilan entre 149.5 y 15.1 por cada 100,000 habitantes correspondientes a Uruguay y a Nicaragua respectivamente. En los países de Sur América se registran las tasa más altas con excepción de Ecuador, donde el cáncer se ha encontrado en 26.8 por 100,000 habitante.

En la mortalidad por cáncer en Centro América, Costa Rica ocupa el primer lugar con una tasa de 76.1 por cada 100,000 habitantes, seguida de Panamá con una tasa de mortalidad equivalente al 47.4. Guatemala se encuentra en tercer lugar con una tasa de 24.6. El Salvador supera a Nicaragua y a Honduras con una tasa de 20.8 por cada 100,000 habitantes en mortalidad por cáncer.

En todos los países del ámbito centroamericano, el cáncer del estómago ocupa el primer lugar como causa de muerte entre todos los tumores malignos. El cáncer uterino ocupa el segundo lugar. El tercero corresponde a las leucemias con excepción de Guatemala y Panamá, donde los cánceres del colon y de pulmón ocupan respectivamente el tercer lugar (Infante Díaz, 1964).

En El Salvador el problema mayor es el hambre y sus consecuencias físicas y psicológicas. Sin embargo, el cáncer es una de las enfermedades que ha experimentado un incremento en las estadísticas nacionales (Infante Díaz, 1964), aumentando los estragos de nuestro país. En el período entre 1953-1962, la defunción por cáncer fué de 4,837 sujetos de cada 100,000 habitantes, siendo el 35.5 % de sexo masculino y el 64.5 % de sexo femenino (Infante Díaz, 1964).

En el Hospital Rosales, en el período comprendido entre 1945-1962, se hicieron 3691 autopistas y 74,473 biopsias, de las cuales 480 autopsias fueron diagnosticadas de cáncer de diferentes localizaciones. En una distribución de 8,117 casos de cáncer comprobados en el laboratorio de anatomía patológica del mismo hospital, para ambos sexos, el primer lugar lo ocupa el cáncer del cuello uterino con 3469 casos que representan el 42.8%. En segundo lugar está el cáncer de la piel con 1,109 casos que representan el 13.7%, y en tercero y cuarto lugar se encuentra el cáncer del estómago y de la cavidad bucal y de la faringe con 422 y 363 casos que representan el 5.3% y el 4.38% respectivamente (Infante

Díaz, 1964).

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el período correspondiente a julio 1967- junio 1972, en la sección de patología uterina, de 13,076 pacientes, 2215 resultaron con tumores malignos (Astacio, Platero, Gómez y Cañadas - 1973). En 1969, en el servicio de radioterapia se atendieron 1419 pacientes con cáncer sin contar los operados y los que se resisten al tratamiento. En los años 1968 y 1969, la frecuencia de neoplasias correspondió al 20.7% de todo el material histológico de la Institución, con una alta frecuencia de las neoplasias malignas del aparato genital femenino. De 148 neoplasias, 104 de ellas correspondieron a carcinoma "in-situ" del cuello uterino. (Astacio, Hidalgo y Toruño, 1970).

Según datos proporcionados por el director del hospital de dicha institución, durante el período 1974-1978, el total de casos atendidos por tumor maligno en los servicios médicos hospitalarios, fué de 1099 pacientes. El mayor número de cáncer malignos de pacientes hospitalizados fué el tumor maligno del estómago - con 307 pacientes que representan el 27.93% de los pacientes con cáncer hospitalizados. En segundo lugar está el tumor maligno de la mama con 125 pacientes, - que representan el 11.37% de los pacientes con cáncer, hospitalizados, y en tercer lugar están los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmones con 85 pacientes que representan el 31.75% de los pacientes hospitalizados con cáncer. O sea que en el período comprendido entre 1974-1978, en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en la población donde se estrajo la muestra, el cáncer - del estómago, el cáncer de la mama y de la cervix y el cáncer de la tráquea, - bronquios y pulmones constituye el 47.05% de los pacientes cancerosos hospitalizados.

En el Instituto de cáncer, en el período comprendido entre 1971 y 1979, se -

Investigaron a 114,507 mujeres, en la clínica de detección y prevención del cáncer del instituto. Los casos nuevos registrados de tumores fué de 19,621, y el total de consultas de diagnóstico y control lo constituyeron 102,258 sujetos — (Díaz-Bazán, 1979). Durante los primeros 10 meses del año 1986 se han registrado 2,281 casos nuevos de cáncer, siendo el total de consultas de diagnóstico y control de 10,169 sujetos. (Díaz-Bazán 1986).

Según las estadísticas expuestas se puede deducir que en El Salvador la incidencia y tasa de muerte por cáncer es elevada, como también es elevada la incidencia de neoplasia correspondiente a carcinoma in-situ del cuello uterino.— En una primera investigación científica llevada a cabo en el país (Gadala de Masbún, 1983), se mostró empíricamente la influencia de los factores psicológicos en la adquisición de la neoplasia. En este estudio se encontró que los sujetos con tumores presentaban un patron represivo como conducta reaccional aprendida desde la infancia, canalizaban la descarga emocional por la vía somática y que los estados agudos de desesperanza acompañada de soledad, desesperación y pérdida del deseo de vivir eran características psicológicas relevantes relacionadas significativamente con la adquisición de los tumores malignos. Sin embargo, en nuestro medio existe mucho escepticismo entre la mayoría de los médicos para aceptar evidencias científicas acerca de la participación de los factores psicológicos en la multicausalidad del cáncer. Ellos parecen ignorar el crecimiento sistemático de las publicaciones científicas mundiales (como las de Amkraut y Salomon 1972; Bahnson 1969; James, Stephens y Watson 1975; LeShan y Resnikoff 1960; LeShan y Worthington, 1956; Miller y Jones 1948; Niemi y Jääs Klainen 1978; Resnikoff y Martin 1957; Schmale e Iker 1966; Stavrasky 1968) y otras investigaciones que se mencionan más adelante que describen la influencia de los factores psicológicos en la tumorogénesis. Consecuentemente a dicho escepticismo, en nuestro medio se continúa dándole poca atención psicológica a

los pacientes cancerosos. En los tratamientos médicos por lo general, los aspectos psicológicos del individuo están dejados afuera. Muchos de ellos no consideran los aspectos psicosomáticos de la neoplasia y continúan con una actitud persistente de omisión de la psicología del individuo.

Actualmente existe una amplia literatura mundial que parece ofrecer apoyo a las teorías que proponen la importancia de los factores psicogenéticos en la multicausalidad de la adquisición y desarrollo de las neoplasias, entre algunas de ellas están las investigaciones de (Booth 1964; Gadala de Masbún 1985; Goldfarb, Oriesen y Cole 1967; Katz y Jay 1984. Sklar y Anisman 1979; Stein, Chiavi y Camerino 1976). En esta literatura se propuso el concepto de que la adquisición y desarrollo del cáncer puede depender no solamente de factores genéticos, constitucionales, traumáticos, virales, neuro-endocrinos, sino también de las influencias psicológicas. Justice (1985) propuso que la influencia del stress emocional puede ser mejor entendida a través de uno de los mediatizadores, como el sistema neuro-endocrino. En base a experimentos científicos realizados en ratas se ha concluido que los efectos psicosociales están relacionados con la actividad hipotalámica y su resultante alteración del sistema neuro-endocrino y del sistema nervioso autónomo (James, Stephens y Watson, 1975). Ader(1980). — Fauman (1982), Jemmott y Locker (1984) le dieron importancia al rol del stress y el sistema inmunológico para el control y desarrollo del cáncer. Por otro lado, Miller (1977) indicó que las enfermedades orgánicas frecuentemente son expresiones simbólicas de las tendencias de personalidad y propuso que se debería de poner más atención al psiquismo del individuo en la prevención y manejo del cáncer.

Entre las investigaciones que enfocan los factores psicológicos en relación con el cáncer se encuentran siete estudios independientes indicando la relación entre la represión de la capacidad de expresar emociones negativas y el cáncer (Bahnon, 1966), (Bacon, 1955), (Blumberg, 1954), (Gadala de Hasbún, 1983); (Kissen, 1964, 1967), (Pettingale, 1977). Varios estudios mostraron la relación entre la inhibición de la sexualidad y la enfermedad; entre estos estudios están los de — Bacon, Rennecker y Cutler 1953, Gadala de Hasbún 1983), Stephenson y Grace 1954, Wheeler y Caldwell 1955. Otras investigaciones señalaron que el desajuste sexual (Stephenson y Grace, 1954), la frustración y la ansiedad intensa (LeShan, 1966), como también la integración pobre de la personalidad (Olle Magnell, 1966), como factores relacionados con la adquisición y desarrollo de la neoplasia. Estos resultados consistentes sugieren la probabilidad de que pudiera haber una predisposición psicológica circunstancial al crecimiento de las células patógenas.

A pesar de los esfuerzos realizados para lograr una teoría global del trabajo que den a conocer los factores causales del cáncer, ésto no se ha logrado. Supuestamente circunstancias idénticas no siempre producen el mismo efecto; por lo tanto, a los médicos, oncólogos y a los que padecen de cáncer y de displasia debe interesarles que los psicólogos estudien el rol que juegan los aspectos psicológicos en la adquisición y desarrollo de la neoplasia, como también el rol que juegan dichos aspectos en el desarrollo de las displasias y la relación de ellos con el cáncer ginecológico.

A partir de que hay consenso entre todas las investigaciones anteriormente mencionadas de la existencia de una posible relación entre ciertas condiciones psicológicas y el cáncer y tomando en cuenta los presupuestos médicos de que la displasia finaliza generalmente en un carcinoma, surgen varios interrogantes. El pri

mero se relaciona con los fenómenos psicológicos, que predisponen tanto al crecimiento celular constante y autónomo, que se identifica como cáncer, como a la alteración en tamaño, forma y organización de las células adultas que se conoce como displasia. El segundo va dirigido hacia la comprobación de si en una determinada personalidad, sean predisponentes a la enfermedad los siguientes factores: pérdida significativa de objeto y/o de sujeto seguida de soledad y/o desesperación y, o desesperanza; problemas irresolubles de diversas índoles con sus consecuentes efectos emocionales en el individuo; represión e inhibición de la sexualidad y su afectividad; represión e inhibición de la expresión y/o comunicación de las emociones negativas, dolorosas, problemáticas o traumáticas y la repercusión de ello en el individuo. El tercero se orienta hacia las características de personalidad que facilitarían que las experiencias dolorosas, adversas, problemáticas, negativas o traumáticas, ambientales, influyen en el individuo a ser susceptible a la adquisición del carcinoma in-situ, como también a la adquisición de la displasia.

Para dar respuesta a los interrogantes mencionados se planteó la presente investigación, con el objeto de intentar conocer y analizar el rol que juegan los rasgos o factores psicológicos en combinación con factores situacionales, en la adquisición o desarrollo de las displasias y en la relación de estos factores con el carcinoma in-situ, es decir, detectar si las displasias están relacionadas con factores psicológicos y/o con determinados factores situacionales, de la misma forma en que lo estarían las enfermedades tumorales mencionadas, así como también explorar la posible existencia y la frecuencia de rasgos comunes y/o diferenciales entre los pacientes con displasia, y los pacientes con dichos tumores, los pacientes que adolecen de enfermedades varias no tumorales diferen

tes a las displasias y las personas sin enfermedades relevantes.

El problema es amplio y complejo, por lo tanto debe desglosarse en las diversas circunstancias en que se observa el fenomeno a tratar y estudiar cada una de esas circunstancias por separado es decir, el individuo y su personalidad y el individuo y sus circunstancias; o sea, los factores situacionales influyentes en el individuo.

Para poder dar soluciones al problema expuesto se hipotetizó la existencia de ciertas características, rasgos o factores de personalidad comunes tanto en los pacientes displásicos como en los pacientes con carcinoma in-situ, los cuales se asume son variables predisponentes a la adquisición de dichas enfermedades. También se planteó la hipótesis de que factores circunstanciales de hechos experienciales negativos, en la vida del sujeto, influyen en el psiquismo del individuo, que lo predisponen tanto a un desarrollo de las células patógenas como también a una alteración de la forma, tamaño y organización de las células adultas como sucede en las displasias.

#### Método

##### Sujetos

Para poder hacer comprobación de hipótesis y tratar de encontrar relación entre variables se tomó una parte de la muestra de estudio de archivos de una investigación anterior (Gadala de Hasbún, 1983), la cual se completó con archivos clínicos de pacientes entrevistados en la misma época en que se realizó dicha investigación. La muestra se integró con ciento veinte y ocho sujetos

del sexo femenino cuyas edades estaban comprendidas entre los veinte y cincuenta años de edad. Los sujetos de la muestra llegaron a un exámen rutinario para diagnóstico de cáncer ignorando la posible enfermedad. De dicha muestra se formaron cuatro grupos de treinta y dos sujetos de cada uno, integrados de la siguiente manera: El grupo con cáncer se formó por sujetos cuyas biopsias mostraron carcinoma in-situ. El segundo grupo fué aquel cuyo diagnóstico médico fué la enfermedad displásica. Un tercer grupo cuyas biopsias fueron negativas al cáncer pero que adolecían de enfermedades varias no tumorales ni displásicas. Y un cuarto grupo de sujetos que no tenía las condiciones de prediagnóstico de cáncer y supuestamente sin adolecer de enfermedades somáticas relevantes. Este último grupo se tomó de una institución no hospitalaria y de dicho grupo se obtuvo únicamente los resultados del test que se describe a continuación.

#### Instrumentos.

Se escogió el test C.A.Q. (Cuestionario de Análisis Clínico de Cattell) por considerar que es un instrumento de evaluación de la personalidad de administración rápida y fácil, que incluye un amplio rango de características y que además tiene respaldo de confiabilidad de validez teórica, experimental y estadística (Cattell, 1971).

La primera parte del test mide dieciseis dimensiones bipolares de la personalidad las cuales son: Factor A, reservado vrs, expresivo. Factor B, inteligencia abstracta vrs. concreta. Factor C, estabilidad vrs, inestabilidad emocional. Factor E, sumisión vrs. dominancia. Factor F, seriedad vrs. alegría. Factor G, conciencia fuerte vrs. conciencia débil. Factor H, timidez vrs. Osadía. Factor I, realista vrs. sensitivo. Factor L, confiado vrs. suspicaz. Factor M, práctico

vrs. imaginativo. Factor N, espontáneo vrs. calculador. Factor O, seguro de sí mismo vrs. aprehensivo. Factor Q<sub>1</sub>, conservador vrs. experimentador. Factor Q<sub>2</sub>, dependencia vrs. autosuficiencia. Factor Q<sub>3</sub>, control de los sentimientos vrs. sentimientos incontrolados. Factor Q<sub>4</sub>, relajando vrs. tenso.

La segunda parte mide doce factores clínicos, que son los siguientes factores primarios: Factor D<sub>1</sub>, hipocondriasis. Factor D<sub>2</sub>, tendencia suicidas. Factor D<sub>3</sub>, inconformidad. Factor D<sub>4</sub>, depresión ansiosa. Factor D<sub>5</sub>, energía eufórica. Factor D<sub>6</sub>, culpa y resentimiento. Factor D<sub>7</sub>, depresión exógena. Factor P<sub>a</sub>, paranoia. Factor P<sub>p</sub>, desviación psicopática. Factor S<sub>c</sub>, esquizofrenia. Factor A<sub>s</sub>, psicastenia. Factor P<sub>s</sub>, psicosis general.

Para identificar la muestra, determinar la homogeneidad o heterogeneidad sociológica de los grupos y detectar la variabilidad y/o el predominio de las circunstancias sociológicas o socioeconómicas de la muestra se utilizó un cuestionario que contiene un titulado de datos personales en donde se pide dar: nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, dirección, estado civil, ocupación, sueldo, escolaridad y clase social.

Se utilizó además una entrevista individual semi-estructurada que es susceptible de medición, en la cual, con cierta libertad de respuesta por parte del paciente, se trató de obtener información en varias áreas de experiencia del sujeto, los cuales se mencionan más adelante.

#### Diseño

En el presente estudio, no se manipulan variables independientes, porque éstas ya han ocurrido, por lo que se comenzó con la observación de la variable dependiente: ausencia o presencia de tumor maligno y la enfermedad displá

sica; y retrospectivamente se estudiaron las variables independientes por sus posibles influencias sobre las variables dependientes. Es decir, se buscaron sujetos con posibilidad de tener un tumor en los órganos sexuales y sujetos con displasia, luego se buscaron los factores psicológicos y situacionales que estuvieron relacionados o influyendo en el desarrollo neoplásico y displásico del individuo. Se trata de una investigación empírica, en donde se buscó una relación entre variables, partiendo de una estructuración concomitante de los factores psicológicos, el carcinoma in-situ y la displasia. El presente estudio se considera un estudio ex-post-facto.

#### Procedimiento.

En la entrevista, se trató de que los sujetos informaran sobre las defensas, pautas de conducta, motivaciones, adaptaciones y reacciones psicológicas ante eventos o circunstancias, posiblemente traumáticas, dolorosas, adversas o negativas para el sujeto. Para efectos de análisis la entrevista se resumió en cuatro áreas las cuales son: infancia, pérdidas, vida conyugal y vida sexual. Cada una de estas áreas contiene las siguientes sub-divisiones: características, repercusiones emocionales, manejo de las emociones y consecuencias. En el área de infancia está contenida la situación del hogar de origen y sus consecuencias afectivas de esas circunstancias. En el área de pérdidas se incluyó las muertes y separaciones de seres queridos y sus repercusiones emocionales, las metas trazadas por el sujeto y no realizadas y los efectos producidos por el sujeto, por la no realización de su objetivo, y las circunstancias de la vida de trabajo, con sus consecuencias estados de satisfacción frustración u otros efectos emocionales. En el área de vida conyugal se incluyó la vida amorosa en su intensidad

relacional y sus consecuencias afectivas. En el área de vida sexual está cont  
nida la vida sexual del sujeto, su adaptación conyugal y sus afectos emocionales.  
La auto-evaluación del paciente sobre dichas experiencias y las aplicaciones so  
bre sus conductas se utilizaron en forma cuantitativa, para buscar relaciones en  
tre estos hechos y la displasia y entre ésta y el cáncer, y en forma cualitativa,  
para formarse una idea o imagen más completa de la personalidad o las formas de  
reaccionar de los sujetos con displasia y poder compararla con la personalidad o  
formas de reaccionar de los sujetos con carcinoma in-situ, con la de los sujetos  
con enfermedades no tumorales ni displásicas y con la de los sujetos supuestamen  
te sin adolecer de enfermedades somáticas relevantes.

Para efectos de estudio, las variables escogidas se separaron en variables de la  
entrevista, las cuales son 44 variables discretas y variables del test, las cua  
les son 28 variables contínuas.

Los sujetos que representaron la muestra del presente estudio fueron seleccio  
nados mediante un muestreo aleatorio simple. Se extrajo del Hospital General del  
Seguro Social. Allí se instruyó adecuadamente a varias trabajadoras para que pu  
dieran estar preparadas para pasar el cuestionario de datos personales cuando -  
los sujetos llegasen a solicitar la cita para seleccionar los pacientes para el  
presente estudio. Se elaboró un horario de trabajo con el fin de dedicar el -  
tiempo que fuera necesario para entrevistar a los pacientes, dejando en liber  
tad al sujeto en el tiempo que podría necesitar, para la entrevista, pero dándo  
le un máximo de dos horas a cada paciente, después de efectuar el test. Cuando  
el paciente llegó a su cita indicada, se le pasó a la oficina de trabajo del Hos  
pital y después de acomodarlo adecuadamente en una mesa, se procedió a explicar  
le el procedimiento y a motivarle a colaborar. Se leyeron las instrucciones de

la parte I del test, tal como aparecen en él, después de haberle entregado al paciente el test y un lápiz, pidiéndole al sujeto que leyera mentalmente junto con la entrevistadora las instrucciones del test. Al finalizar las instrucciones, se cercioró si el sujeto las había entendido y luego se prosiguió con el proceso de respuestas a las preguntas del test. Se repitió el mismo proceso de instrucción y ejecución con la segunda parte del test y luego se continuó con la entrevista semi estructurada. Al finalizar las pruebas, se revisaron para cerciorarse de que estaban bien contestadas. En el caso de que algunos pacientes manifestaron ser analfabetos o que se les dificultaba leer, la investigadora les leyó completamente el test y el cuestionario, leyéndoles item por item y esperando en cada pregunta que el paciente pensara y diera la respuesta. Se prosiguió a elaborar una lista de todos los pacientes entrevistados. Una vez diagnosticados los pacientes por el médico, se recurrió a ver su expediente clínico para seleccionar los grupos de sujetos con carcinoma in-situ, displásias y enfermedades varias no tumorales, hasta llegar a un número de 32 S<sub>g</sub> en cada grupo. Se continuó agrupando por diagnóstico, los datos recogidos por medio del cuestionario sociológico, la entrevista y el instrumento utilizado. Se ordenaron los datos sistemáticamente y luego se hizo una síntesis de cada entrevista. Se continuó con la elaboración de tablas de frecuencias de cada variable en cada área de la entrevista y listados de los factores del test, ambos por grupo diagnóstico. Los datos así obtenidos, separadamente entrevista y test, se tabularon mediante el uso de un sistema de procesamiento electrónico, con la utilización de una computadora programable. Una vez tabulados los datos, los cuales se recopilaron a través de los instrumentos utilizados, se procedió a la aplicación de los estadísticos pertinentes, para la comprobación de las hipótesis planteadas en la presente investigación. Una vez procesados los

datos se comprobó el resultado de cada fórmula empleada en el programa, comparándolo con los resultados de la misma fórmula efectuada manualmente por la investigadora y el técnico en computación, Se procedió al ordenamiento de los resultados obtenidos y se elaboraron tablas y figuras para sus respectivos análisis, comparaciones y relaciones, expuestos a continuación.

### R e s u l t a d o s

En la Tabla 1 se observan los rasgos de personalidad que son características de los diferentes grupos, como también las similitudes y diferencias en los rasgos de personalidad entre ellos, dados por el análisis de varianza y la D.S.H. Al analizar los rasgos de personalidad como características de los sujetos con carcinoma in-situ, y la de los sujetos con displasia no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos, en los rasgos de personalidad, ni en los factores clínicos.

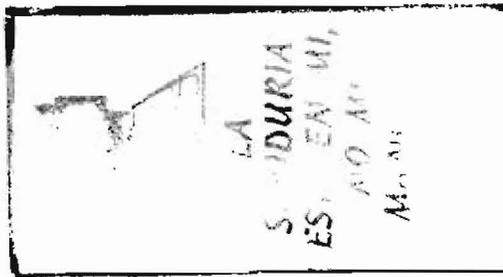
Al comparar los sujetos con carcinoma in-situ, con los sujetos que adolecen de enfermedades varias no tumorales, se observó en los primeros una menor fortaleza del ego ( $C-$ , D.S.H.= 1.5,  $p < 0.01$ ); que son mayormente guiados por realidades objetivas y un juicio más práctico ( $M-$ , D.S.H.= 1.1,  $p < 0.05$ ); y un menor grado de depresión ( $D_7$ , D.S.H.= 1.2,  $p < 0.05$ ); se encontró que son fácilmente heridos sentimentalmente, se sienten inadecuados ante las demandas de la vida diaria y sufren sus inadaptaciones como conflictos internos ( $G+$ , D.S.H.= 1.4,  $p < 0.01$ ); presentaron menor grado de rasgos de paranoia, esquizofrenia y psicosis ( $P_a$ , D.S.H.= .8,  $p < 0.05$ ;  $S_c$ , D.S.H.= .9,  $p < 0.05$ ); una mayor tensión e irritabilidad sin descargar y una libido pobremente controlada ( $Q_4+$ , D.S.H.= 1.5,  $p < 0.05$ ).

Observando las diferencias entre los sujetos con carcinoma in-situ, y los su

jetos sin enfermedades somáticas, se encontró en los primeros una menor fortaleza del ego (C-, D.S.H.= 3.9,  $p < 0.01$ ); mayor seriedad (F-, D.S.H.= 1.4,  $p < 0.01$ ); menor fuerza del super ego (G-, D.S.H.= 2.3,  $p < 0.01$ ); baja resistencia del sistema nervioso simpático a las respuestas que producen stress (H-, D.S.H.= 1.5,  $p < 0.01$ ); que son mayormente guiados por realidades objetivas y juicios prácticos (M-, D.S.H.= 2.1,  $p < 0.01$ ); que son fácilmente heridos sentimentalmente, sienten inadecuación ante las demandas de la vida diaria y sufren sus inadaptaciones como conflictos internos (O+, D.S.H.= 1.4,  $p < 0.01$ ). A si mismo se encontró que muestran ser más conservadores (Q<sub>1</sub>, D.S.H.= 1.8,  $p < 0.01$ ); presentan menor capacidad para dirigir sus sentimientos y emociones en forma controlada (Q<sub>3</sub>, D.S.H.= 1.4,  $p < 0.05$ ); mayor tensión e irritabilidad sin descargar y una libido pobremente controlada (Q<sub>4</sub>, D.S.H.= 2.6,  $p < 0.01$ ). Presentan además mayor grado de hipocondría (D<sub>1</sub>, D.S.H.= 2,  $p < 0.01$ ); intentos suicidas (D<sub>2</sub>, D.S.H.= 2,  $p < 0.01$ ); sentimientos de culpa y resentimiento (D<sub>5</sub>, D.S.H.= 1.8,  $p < 0.01$ ); baja energía eufórica (D<sub>6</sub>, D.S.H.= 2.1,  $p < 0.01$ ); e ideas compulsivas (A<sub>5</sub>, D.S.H.= 2.3,  $p < 0.01$ ).

Comparando a los sujetos con displasia con los sujetos que adolecen enfermedades varias, se encontró que los primeros presentan menor fortaleza del ego (C-, D.S.H.= .9,  $p < 0.05$ ); mayor tensión e irritabilidad sin descargar y una libido pobremente controlada (Q<sub>4</sub>+, D.S.H.= 1.1,  $p < 0.05$ ); como también menor grado de esquizofrenia (S<sub>C</sub>, D.S.H.= 1,  $p < 0.05$ ) y psicosis (P<sub>S</sub>, D.S.H.= .9,  $p < 0.05$ ).

Al comparar los sujetos con displasia con los sujetos sin enfermedades somáticas, se encontró que los primeros exhiben baja fortaleza del ego (C-, D.S.H.= 3,  $p < 0.01$ ); mayor seriedad (F-, D.S.H.= 1.4,  $p < 0.01$ ); menor fuerza del super ego (G-, D.S.H.= 1.9,  $p < 0.01$ ); que son más conservadores (Q<sub>1</sub>, D.S.H.= 1.8 =



$p < 0.01$ ); presentaron mayor tensión e irritabilidad sin descargar y una libido pobre mente controlada ( $Q_4+$ , D.S.H.= 1.5,  $p < 0.01$ ). Se encontró también un mayor grado de hipocondriasis ( $D_1+$ , D.S.H.= 2,  $p < 0.01$ ); de intentos suicidas ( $D_2+$ , D.S.H.= 1.6,  $p < 0.01$ ); descontento general ( $D_3$ , D.S.H.= 1.4,  $p < 0.01$ ); ansiedad ( $D_4$ , D.S.H.= 1.3  $p < 0.05$ ); culpa y resentimiento ( $D_6+$ , D.S.H.= 1.6,  $p < 0.01$ ); depresión exógena ( $D_7+$ , D.S.H.= 1.1,  $p < 0.05$ ), y ausencia de paranoia, esquizofrenia y psicosis (

En cuanto a los sujetos con enfermedades varias, al compararlos con los sujetos sin enfermedades, ellos mostraron baja fortaleza del ego ( $C-$ , D.S.H.= 3.2,  $p < 0.01$ ); menor fuerza del super ego ( $G-$ , D.S.H.= 1.4,  $p < 0.01$ ); baja resistencia del sistema nervioso simpático a las respuestas que producen stress ( $H-$ , D.S.H.= 1.1,  $p < 0.05$ ); que se guían mayormente por realidades objetivas y juicios prácticos ( $M-$ , D.S.H.= 1,  $p < 0.05$ ); son mayormente dependientes de la aprobación social ( $Q_2-$ , D.S.H.= 1.1,  $p < 0.05$ ); exhiben menor capacidad para dirigir sus sentimientos y emociones en forma controlada ( $Q_3-$ , D.S.H.= 1.5,  $p < 0.05$ ); mayor tensión e irritabilidad sin descargar ( $Q_4+$ , D.S.H.= 1.5,  $p < 0.01$ ); como también mayor hipocondriasis ( $D_1+$ , D.S.H.= 2,  $p < 0.01$ ); intentos suicidas ( $D_2-$ , D.S.H.= 2.4  $p < 0.01$ ); descontento general ( $D_3-$ , D.S.H.= 1.7  $p < 0.01$ ); ansiedad ( $D_4-$ , D.S.H.= 1.2,  $p < 0.05$ ); baja energía ( $D_5+$ , D.S.H.= 2.2,  $p < 0.01$ ); mayor culpa y resentimiento ( $D_6+$ , D.S.H.= 2,  $p < 0.01$ ); y presentan además un grado mayor de depresión exógena ( $D_7+$ , D.S.H.= 1.7,  $p < 0.01$ ); paranoia ( $P_a+$ , D.S.H.= 1,  $p < 0.01$ ); esquizofrenia y psicosis ( $P_s+$ , 1.7,  $p < 0.01$ ).

Al comparar a los sujetos con displasia y con cáncer con los sujetos que adolecen de enfermedades varias no tumorales, se encontró que los primeros, a diferencia de los segundos, presentaban baja fortaleza del ego ( $C-$ ) y mayor ten-

sión e irritabilidad sin descargar, como también una libido pobremente controlada ( $Q_4+$ ), además de no presentar esquizofrenia ( $A_5$ ), ni psicosis ( $P_5$ ).

Si se observan los rasgos de personalidad comunes en los sujetos que presentan enfermedades somáticas en general y se comparan con los de los sujetos sin enfermedades, se observa que los primeros muestran menor fuerza del super ego ( $G-$ ), baja resistencia del sistema nervioso simpático a las respuestas que producen stress ( $\dots$ ), como también mayor hipocondría ( $D_1+$ ), intentos suicidas ( $D_2+$ ), sentimientos de culpa y resentimiento ( $D_6+$ ), baja energía ( $D_5$ ), mayor perturbación por pensamientos negativos ( $A_5$ ). No así los sujetos sin enfermedades somáticas.

En las Tablas 2,3,4 y 5 se observan las diferencias significativas, entre los grupos de estudio dadas por el análisis de chi-cuadrado, en tablas de contingencia de  $2 \times 2$ ,  $gl = 1$  para todas las variables. En las variables del área de la infancia presentada en la Tabla 1, los sujetos con carcinoma in-situ, y los sujetos con displasia se mostraron similares en todas las variables. Comparando ambos grupos con los sujetos con enfermedades varias, se encontró que en los dos primeros, las frecuencias resultaron significativamente menores en cuanto a haber recibido cariño en su hogar de la infancia ( $X^2 = 8.57$ ,  $p < 0.01$  y  $X^2 = 6.92$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente); y mayores en cuanto a sometimiento ( $X^2 = 11.46$ ,  $p < 0.01$  y  $X^2 = 8.57$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). Se encontró también, que son sujetos provenientes de familias más punitivas ( $X^2 = 9.97$ ,  $p < 0.01$ ,  $X^2 = 6.06$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). Las repercusiones emocionales indican para ambos grupos, mayor soledad ( $X^2 = 7.75$ ,  $p < 0.01$ , y  $X^2 = 6.47$ ,  $p < 0.05$ , respectivamente). La frustración se presentó con mayor frecuencia únicamente en el grupo de sujetos con carcinoma ( $X^2 = 4.05$ ,  $p < 0.05$ ). El manejo de esas emociones se mostro, en ambos grupos, con una frecuencia mayor en la represión de las emociones ( $X^2 = 8.21$ ).

$p < 0.01$  y  $X^2 = 6.92$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente),

El área de pérdidas observada en la Tabla 3, señala que los grupos de sujetos con carcinoma y sujetos con displasia, presentaron mayor frecuencia de pérdidas en la infancia que los sujetos con enfermedades varias ( $X^2 = 5.33$ ,  $p < 0.05$ ; y  $X^2 = 4.26$ ,  $p < 0.05$ , respectivamente). Sin embargo el grupo con carcinoma presentó una mayor frecuencia de pérdidas recientes que el grupo con displasia ( $X^2 = 4.65$ ,  $p < 0.05$ ). En las repercusiones emocionales de esa pérdidas se encontró una mayor frecuencia de soledad ( $X^2 = 9.05$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2 = 7.27$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). y desesperación ( $X^2 = 6.66$ ,  $p < 0.01$ , y  $X^2 = 5.31$ ,  $p < 0.05$ , respectivamente), en los grupos con carcinoma y displasia, en comparación con el grupo de sujetos con enfermedades varias. Se observó también una mayor frecuencia de desesperanza en el grupo con carcinoma que en el grupo con displasia ( $X^2 = 0.57$ ,  $p < 0.01$ ); y que en el grupo con enfermedades varias ( $X^2 = 20.57$ ,  $p < 0.01$ ). En el manejo de esas emociones, los grupos con displasia y carcinoma tuvieron una frecuencia mayor de represión ( $X^2 = 16.25$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2 = 12.29$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente), en comparación con el grupo de sujetos con enfermedades varias no tumorales. En cuanto a las consecuencias, los tres grupos mostraron diferencias significativas en las frecuencias de la variable "no deseo de vivir", siendo mayor la frecuencia del grupo de sujetos con carcinoma, comparada con el grupo de sujetos con displasia ( $X^2 = 16.06$ ,  $p < 0.01$ ); y comparada con el grupo con enfermedades varias: ( $X^2 = 32.26$ ,  $p < 0.01$ ). El grupo con displasia mostró también una mayor frecuencia, en esa misma variable, al compararlo con el grupo con enfermedades varias ( $X^2 = 5.14$ ,  $p < 0.05$ ).

El área de la vida sexual presentada en la Tabla 4, se encontró que los sujetos con carcinoma in-situ y los sujetos con displasia no diferían de manera signifi

cativa, en las frecuencia de ninguna de las variables de éstas área. Al comparar ambos grupos con el grupo de sujetos que adolecen de enfermedades varias, se encontró que la primera relación sexual de ambos grupos fué traumática ( $X^2=5.42$ ,  $p < 0.05$ , y  $X^2= 5.42$ ,  $p < 0.05$ , y  $X^2= 4.26$ ,  $p < 0.05$ , respectivamente), además de insatisfactoria ( $X^2= 13.57$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2= 15.27$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). En las relaciones subsecuentes, ambos grupos mostraron frecuencias mayores en el rechazo a la relación ( $X^2= 13.06$ ,  $p < 0.01$ , y  $X^2= 9.97$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente), y frecuencias menores en la expresión sexual ( $X^2= 18.51$ ,  $p < 0.01$ , y  $X^2= 16.25$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). Las repercusiones emocionales de esas relaciones se mostraron en ambos grupos, con frecuencias mayores en las variables: tensión - ( $X^2= 9.32$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2= 7.94$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente), desdicha ( $X^2=9.05$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2= 7.72$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente), frustración ( $X^2= 13.06$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2= 11.46$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente) y culpa ( $X^2= 18.61$ ,  $p < 0.01$ ; y  $X^2= 16.84$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). Las emociones fueron significativamente más reprimidas en estos dos grupos en comparación con el grupo de sujetos con enfermedades varias ( $X^2= 23.12$ ,  $p < 0.01$ , y  $X^2= 20.98$ ,  $p < 0.01$ ).

Como puede apreciarse en la Tabla 5, tanto en los sujetos con displasia como en los sujetos con carcinoma in-situ, la vida conyugal se presentó con mayor frecuencias de problemas sin solución que el grupo de sujetos con enfermedades varias ( $X^2= 10.57$ ,  $p < 0.01$  y  $X^2= 12.29$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente). Las repercusiones emocionales de esa situación, se manifestaron, en ambos grupos, significativamente diferentes que el grupo de sujetos con enfermedades varias, en las variables soledad ( $X^2= 7.27$ ,  $p < 0.01$  y  $X^2= 8.57$ ,  $p < 0.01$ , respectivamente), hostilidad ( $X^2= 5.74$ ,  $p < 0.05$  y  $X^2= 4.65$ ,  $p < 0.05$ , respectivamente), desesperación ( $X^2= 5.31$ ,  $p < 0.05$  y  $X^2= 4.26$ ,  $p < 0.05$ , respectivamente). En la variable desespe

ranza los tres grupos se mostraron diferentes. Los sujetos con carcinoma mostraron mayor frecuencia que los displásicos ( $X^2=5.10$ ,  $p<0.05$ ), y que los sujetos con enfermedades varias ( $X^2=20.48$ ,  $p<0.02$ ). Los sujetos con displasia mostraron también diferencias con los sujetos con enfermedades varias ( $X^2=6.56$ ,  $p<0.05$ ). En el manejo de esos sentimientos, tanto los sujetos con displasia, como los sujetos con carcinoma, reprimieron esas emociones, en comparación con los sujetos con enfermedades varias ( $X^2=16.58$ ,  $p<0.01$ , y  $X^2=14.76$ ,  $p<0.01$ ). Las consecuencias fueron diferentes en los tres grupos. Los sujetos con carcinoma exhiben mayor frecuencia en la variable "no deseo de vivir" que los sujetos con enfermedades varias ( $X^2=29.95$ ,  $p<0.01$ ), y que los sujetos con displasia ( $X^2=16.25$ ,  $p<0.01$ ). A su vez este último grupo exhibe mayor frecuencia que los sujetos con enfermedades varias, en esa misma variable ( $X^2=4.01$ ,  $p<0.05$ ). Se observa también una mayor frecuencia de conductas neuróticas en el grupo de sujetos con enfermedades varias en comparación con los otros dos grupos ( $X^2=4.26$ ,  $p<0.05$ ).

### Discusión

En vista de los múltiples y limitados recursos que hacen imposible un estudio sobre las bases psicológicas del cáncer en términos nacionales, este estudio se efectuó, limitándolo a un ámbito menos amplio, obteniendo una muestra de una institución no hospitalaria, algunos pacientes de consulta privada y de un hospital del país. Tampoco se han considerado las variables orgánicas como sistema nervioso, endocrino o genético celular, que en la literatura sobre el cáncer han sido propuestos como mediatizadores del proceso neoplásico.

El trabajo se refiere fundamentalmente a grupos de mujeres con diagnóstico de displasia y con diagnóstico específico de carcinoma in-situ, del cuello uterino.

Interpretando los resultados del test, C.A.Q. se encontró que los tres grupos con enfermedades exhibieron un alto grado de tendencia suicida. Fué significativa la ausencia de los factores clínicos como la esquizofrenia y psicosis en los dos grupos, en comparación con el alto grado de cada uno de dichos factores en los sujetos con enfermedades varias. También resultó significativo el grado de depresión exógena mostrado en los sujetos con displasia, en los cuales se encontró que se comportaban sin diferenciarse de los sujetos con carcinoma, pero tan poco de los sujetos con enfermedades. Sin embargo, se advirtió un puntaje alto, comparado con el puntaje de los sujetos sin enfermedades. De este hecho se deducen varios aspectos de importancia. El primero es que las tendencias suicidas de dichos grupos parecen obedecer a diferentes causas. En los sujetos con enfermedades varias son importantes el alto grado de los factores clínicos y la depresión, mientras que en los sujetos con carcinoma, las tendencias suicidas no forman parte de la psicodinámica de dichos factores. En los sujetos con displasia, la psicodinámica de la depresión podría ser un componente importante de los intentos suicidas; pero también podría deberse a otras razones. El segundo aspecto de importancia es que el carcinoma podría estar actuando como una alternativa a la depresión, a la esquizofrenia y/o a las psicosis. Es decir como una alternativa a las enfermedades mentales o a la depresión.

Otro aspecto importante de mencionar, es el hecho que los tres grupos de sujetos con enfermedades somáticas, han mostrado una baja resistencia del sistema nervioso simpático a las respuestas productoras de stress. Esto indica que

esta es la vía por la cual las emociones hacen su efecto, en el organismo de dichos sujetos.

También es importante el acuerdo substancial encontrado, tanto en los factores de personalidad como en los factores clínicos del test, C.A.Q., en el perfil de los sujetos neoplásicos y displásicos. Este hecho sugiere que ambos grupos de sujetos tienen características similares, según medición del C.A.Q. Las discrepancias relevantes se encontraron entre el grupo de sujetos con enfermedades varias y el grupo de sujetos con displasia. Estas discrepancias radican en la ausencia de esquizofrenia y psicosis y, en el menor grado, de fortaleza del ego, mayor tensión e irritabilidad sin descargar una libido pobremente controlada, encontrada en los sujetos con displasia. Este grupo comparte esas discrepancias con el grupo de sujetos con neoplasia. Se podría decir que estas características de personalidad podrían tomarse como base para futuras investigaciones longitudinales, en las que pueda considerarse la posibilidad de predecir el cancer en base a ellas, además de otras variables como la baja resistencia del sistema nervioso simpático a las respuestas productoras de stress y los intentos suicidas. Desde el punto de vista teórico se puede argumentar que si el test muestra similitudes entre los sujetos con displasia y carcinoma, y diferencias entre ellos y los sujetos con otras enfermedades, es de esperarse que funcione efectivamente en la detección, prevención y diagnóstico de la personalidad precancerosa, tomado juntamente con la evaluación de la historia personal del individuo.

Estos resultados concuerdan con los resultados de otras investigaciones como las de Kavetsky y Balitsky (1960), quienes analizaron y mostraron la participación del sistema nervioso en la patogenia del cáncer, y las de Bacon, =

Renecker y Cutler (1952), quienes consideraron un impulso auto-destructor internalizado en las personas con cáncer. También son acordes con los postulados — por LeShan (1959), quien describió a los pacientes con neoplasia como personas incapaces de descargar efectivamente su energía psíquica; y con las observaciones de Risquez (1978), quien enfatizó que los pacientes con la enfermedad neoplásica, vistos en psicoterapia, son personas sacrificadas y que no tienen ningún síntoma de enfermedad mental.

En la interpretación de los resultados de la entrevista se puede decir que tanto los sujetos con carcinoma como los sujetos con displasia provienen más frecuentemente de hogares sin cariño, en el cual ha prevalecido el castigo como un medio para imponer la autoridad paterna o la de sus sustitutos. Ante la imposibilidad de encontrar soluciones adecuadas a esa situación, los sujetos resultaron ser sujetos sumisos. Experimentaron un aprendizaje negativo al inhibir toda expresión de sus sentimientos hostiles y frustraciones, como también al inhibir todo acto que implicara rebelarse a dicha situación. Ellos empezaron a sufrir soledad y adoptar respuestas típicas y habituales ante situaciones dolorosas, adversas, problemáticas e irresolubles, productoras de emociones negativas. De esta manera aplazaron indefinidamente el modo constructivo de adaptación. Este mecanismo reaccional represivo aprendido en la infancia, se repite en la vida de los sujetos de ambos grupos, ante situaciones de pérdidas de trabajo, seres queridos, metas inalcanzables, insatisfacciones sexuales y problemas conyugales irresolubles, como se puede observar en las tablas de la 2 a la 5.

Al hacer un análisis interpretativo, se puede decir que los sujetos con enfermedades varias presentan mayor frecuencia de conductas neuróticas como una forma de manejar las emociones negativas. Esta conducta es utilizada por ellos como

una técnica neurótica que activa la descarga emocional. Aunque no sea éste, el medio más adecuado de canalizar los impulsos, es una forma de descarga parcial de la energía psíquica producida por situaciones circunstanciales negativas en dichos sujetos. En cambio en los sujetos con displasia esa energía no ha sido descargada por la vía neurótica, pero tampoco tienen una sobrecarga reaccional reprimida como para verse lesionados por el exceso de sus propios mecanismos de represión, como se observa en los sujetos con carcinoma. Estos últimos sujetos presentan mayor frecuencia de pérdidas recientes y se mantienen en un estado de desesperanza psicológica. Es decir, que el patrón represivo observado como forma de manejar las emociones negativas y dolorosas producidas por las situaciones ya descritas, sólo ha enmascarado una parte de la fuente conflictual y ha impedido el hallazgo de soluciones más adecuadas en ambos grupos. Ante esa situación, los sujetos con displasia viven en un estado de soledad y desesperación, algunas veces acompañada de hostilidad reprimida. Sin embargo los sujetos con carcinoma han vivido mayores situaciones productoras de emociones dolorosas, entrando en un estado más agudo. Es decir, no sólo experimentan la soledad y desesperación, sino que también viven en un estado de desesperanza psicológica. Su resistencia ha llegado al máximo. consecuentemente esos sujetos - han perdido el deseo de vivir. Sin embargo, tanto en los displásicos como en los neoplásicos, las emociones reprimidas han sido una carga tensional productora - de presiones internas. Una energía psíquica sin descargar que actúa como fuerza predisponente al desarrollo de la enfermedad. Es decir, que la energía reprimida es descargada por la vía somática expresada en la sistomatología presentada primeramente en la displasia y posteriormente en el cáncer. O sea que el sufrimiento humano es volcado en una vertiente que se expresa en lo somático y culmina en la muerte por cáncer. Este último representa una enfermedad orgánica con-

veniente, la cual encaja dentro de las necesidades emocionales cargadas por los sujetos, dentro de la situación particular de ellos. Estos hallazgos sugieren, primeramente que tanto los pacientes con displasia como los pacientes con carcinoma in-situ, canalizan la descarga emocional no por la vía comportamental o los medios psicológicos, sino por la vía somática, en lo cual el sistema nervioso juega un papel importante en la desestabilización del sistema inmune del organismo. Esto concuerda con lo que expone Bayés (1983) sobre el postulado de Ader. Este último concluye que "el sistema inmunitario y el sistema nervioso central son complementarios y operan de forma concertada con el fin de incrementar la capacidad adaptativa del individuo, además propone que los procesos de condicionamiento pueden representar uno de los mecanismos involucrados en la compleja patogenia de la enfermedad psicosomática, incluyendo los factores psicobiológicos que contribuyen a la etiología y patogénesis del cáncer". En segundo lugar, los hallazgos sugieren que la inestabilidad emocional y la represión de las emociones negativas o dolorosas, son características relevantes relacionadas significativamente con la adquisición de dichas enfermedades y, tercero, que los estados agudos de desesperanza psicológica acompañada de soledad y desesperación y la pérdida del deseo de vivir son factores psicológicos, relacionadas significativamente con la adquisición del carcinoma in-situ. Estos resultados respaldan la hipótesis sobre la existencia de ciertas características o rasgos de personalidad, factores psicológicos y experienciales, relacionados significativamente con la displasia y el carcinoma in-situ. Los hallazgos aquí presentados permiten suponer una relación antecedente-consecuente.

Sin embargo, para establecer con más exactitud una personalidad premorbida en la adquisición de la neoplasia se necesitan mayores estudios al respecto. Así mis -

mo para precisar con exactitud la relación subyacente, se hace necesario un estudio multidisciplinario en la que los profesionales de las diferentes áreas de la ciencia tengan como meta comun estudiar, no el cáncer o la displasia, sino que el individuo que la adolece de cáncer o de displasia, como un todo.

Pérez Alvarez (1986), expone que actualmente se dispone de creciente evidencia que sostiene la interrelacion entre el sistema inmune y el sistema nervioso y de este con el sistema endocrino. Esto lo propone como inconcebible si no se sitúa en referencia con interrelaciones con otros sistemas externos. Esto hace parecer concebible que las personas con inestabilidad emocional, baja resistencia del sistema nervioso y envueltas en una constelación de fuerzas emocionales reprimidas, pueden reaccionar mas facilmente que otras, de tal forma que cambie la química del cuerpo, creando o facilitando el crecimiento celular maligno. Por lo tanto se recomienda un estudio multidisciplinario en el que se tomen como base de medición los procesos que han sido propuestos como mediatizadores entre la experiencia vivencial circunstancial del hombre y los procesos biológicos, como por ejemplo el sistema neuro-endocrino. Esto haría posible un estudio bioquímico y fisiológico de los procesos que intervienen entre la descarga de los impulsos psicológicos reprimidos y la creación, facilitación o precipitación del proceso canceroso. Desde el punto de vista metodológico es interesante establecer un poder predictivo de estas variables, en investigaciones dentro del trabajo clínico.

Desde las observaciones de Galeno, de que las mujeres melancólicas estaban mas propensas a adquirir el cáncer que las sanguíneas, hasta los estudios científicos actuales, se encuentran investigaciones cuyos resultados dan soporte adicional tanto a la evidencia de la conexión entre ciertas características de persona

lidad, algunos factores circunstanciales y el desarrollo del cáncer, como también al concepto de que el desarrollo neoplásico puede depender no solamente de factores congénitos, constitucionales, virales, traumáticos, neuro-endocrino, inmunológicos, sino también de las influencias emocionales. Muchos de los resultados de este estudio concuerdan con varios resultados ya mencionados además de concordar con los hallazgos de otros autores. Por ejemplo Magnell (1966) concluye que la integración pobre de la personalidad es un factor relacionado con la adquisición de la neoplasia. Salomón (1969), mostró evidencias directas de la implicación del sistema nervioso central en el control de la inmunogénesis. Bahnsen y Bahnsen (1969) propusieron que la represión es un factor pre-existente en las personas que desarrollan el cáncer y por lo tanto encamina la aparición de la enfermedad. LeShan (1966), expresó que los pacientes con cáncer habían experimentado desesperación y desesperanza psicológica. Además reportó que las pacientes con cáncer habían perdido la razón por la cual existir, respectivamente, Risquez (1978), enfatizó que los pacientes con cáncer vistos en psicoterapia eran personas sacrificadas y no tienen ningún sí toma de enfermedad mental. Bayés (1985), expone que las investigaciones sobre psicología y cáncer parecen apuntar hacia la influencia de los factores psicológicos en el desarrollo y evolución de los procesos neoplásicos.

Con explicación presentada acerca de la relación encontrada entre personalidad, emociones y somaticidad, se cree necesario hacer una delineación aguda de los componentes sobresalientes que operan en un organismo psicobiológico y entocar al individuo con su historia personal, sus características de personalidad, sus capacidades y reaccionando a un set particular de fuerzas descriptivas en un momento dado. Dentro de este concepto, una evaluación de la personalidad y de su

historia emocional podría ser usada juntamente con las técnicas médicas como un método de identificar aquellas personas que tengan una alta probabilidad de desarrollar el cáncer. Una psicoterapia profiláctica podría ser también de mucha utilidad práctica, si es prescrita para aquellos individuos que aparecen estar atrapados en una constelación de fuerzas emocionales reprimidas, las que eventualmente - predisponente al proceso neoplásico o displásico. Además se cree importante que el médico, el oncólogo, radioterapeuta y quimioterapeuta modernos, consideren que tanto una personalidad predisponente a adquirir la enfermedad como sus conflictos emocionales son tan reales y concretos como lo es la alteración de la forma y tamaño de las células adultas y la profilaferación celular. Esto hace importante el que unan sus esfuerzos en una búsqueda de soluciones conjuntas para este importante problema, en el cual, hasta el momento, los aspectos psicológicos de los pacientes tanto displásicos como cancerosos, han permanecido en un abandono total en El Salvador.-

## Referencias

- Abse, D.W., Wilkins, M.M., Van De Castle, R.L.y. Buxton, W.D., (1974) Personality and behavioral Characteristic of lung cancer patients. Journal of Psychosomatic Research, 18, 101-113.
- Ader, R., (1980). Psychosomatic and Psychoimmunologic Research, Psychosomatic Medicine 42, 307-321.
- Astacio, J., Hidalgo, G., Toruño, H., (1970). Anales Médicos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 39-42
- Astacio, J., Platero, Gómez, Cañada.,(1973), Anales Médicos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. 36-38.
- Amkraut, A., y Solomon, G. F., (1972). Stress and murine sarcoma virus (molony) -induced tumor. Cancer Research. 32 1428-1433, July.
- Bacon, C.I., Renneker, R. y Cutler, M., (1953). A psychosomatic survey of cancer of the Breast. Psychosomatic Medicine. 14, 453 - 560.
- Bahnson, C.B., (1966). Role of ego defenses: denial and repression in the etiology of Malignant neoplasms. Annals of The New York Academy of Science, 125, 827-845
- Bahnson, C.B., (1969). Ego Defenses in Cancer Patients. Annal of The New York Academy of Science 164, 546-599.
- Bahnson, M.B., y Bahnson C.B., (1969). Ego defenses in cancer patient. Annals of The New York Academy of Science, 164,546.
- Bayés, R. (1983). Biorretroalimentación y efecto placebo. En G. Aguilar y S. - Vinaccia (Eds.) Medicina Conductual. El Aporte Iberoamericano. En revisión.
- Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica. Barcelona. Martinez -Roca.

- Booth, G., (1964). Irrational Complications of The Cancer Problem. American Journal of Psychoanalysis 25, 41-60.
- Blumerg, E.M., (1954). A possible relationship between Psychological Factors and Human Cancer. Psychosomatic Medicine, 16, 277.
- Cairns, J., (1981). Cáncer: Ciencia y Sociedad. Ed. Reverté, S.A. Barcelona.
- Cattell, R.B., (1971) Manual for the Clinical Analysis Questions Naire (C.A.Q. ) I.P.A.T. Interim Experimental Edition, Illinois.
- Diaz-Bazán (1979). Informe estadístico. Instituto del Cáncer. 1-2
- Diaz-Bazán (1986). Nuevo llamamiento para seguir en la lucha contra el cáncer hace Dr. Diaz Bazán. ( Viernes 12 de diciembre de 1986). El Mundo, 2.
- Fauman, M.A.,(1982).The Central Nervous System and the Immune System. Biological Psychiatry. 17,1459-1482.
- Gadala de Hasbun, R., (1983). Estudio Exploratorio de Aspectos Psicológicos Relevantes en Sujetos que Padecen Diversos Tipos de Cáncer. Tesis Inédita.
- Goldfarb, C., Driesen, J., y Cole,D., (1967). Psychophysiologic aspects of malignacy. American Journal of Psychiatry 123 , 1545-1552.
- Hanson, M.R., Mckay, F.W., Miller, R.W.(1980). Three dimensional perspective of U.S. cáncer mortality. The Lancet August 2, 246-247.
- Infante Diaz, S.,(1964). Cáncer En El Salvador. Ministerio de Educación, Dirección General de Publicaciones, San Salvador.

- James, P.H., Stephens, P.M. y Watson, F.M., (1975). Force breeding, social disorder and mamary tumor formation in CBA/USC mouse colonies: a pilot study.  
Psychosomatic Medicine 37 Nº 3
- Jemott, J.B. III, y Locke, S.E., (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human suceptibility to infectious. diseases. Psychollogical Bulletin 95,78-108
- Justice, A., (1985). Reviws of the effects of stress on cancer in laboratory animals: importance of time of stree<sup>s</sup> application and type of tumor. Psychollogical Bulletin. 98, Nª1. 108-138.
- Kavetsky, R.E., y Balitsky, K.P. y Cols. 1960. The neoplastic process and the nervous system. National Science Foundation, Washington
- Katz y Jay, (1984). Psychological aspects of cancer in children, adolescent and their family. Clinical Psychology Review, 4, 525,542.
- Kissen, D.M., (1984). Lung cancer, innalation and personality. En Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease. D.M. Kissen y L . LeShan, Editores. Pitman, London, England.
- Kissen, D.M., (1967). Psychological factors, personality and lung cancer in men aged 55-64. British Journal of Medical Psychology, 40, 29
- LeShan L. 1959. Psychological States as factors in the development of malignant disease. Journal of the Nature Cancer Institute. 22 :1
- LeShan, L.L., (1966). An emotional life history pattern associated with neoplastic desease. Annals of New York Academy of Science. 125, 780
- LeShan, L., y Resnikoff, M., (1960). Psychological Factor apparently associated with neoplastic desease. Journal of Abnormal and Social Psychology. 60 Nª3, 439-440.
- LeShan, L., y Worthington, R., (1956). Loss of Catheses as a common psychodynamic

- characteristic of cancer patienth. Psychological Reports, 2, 183-193.
- Miller, T.R., (1977). Psychophysiologic aspects of cancer. Cancer, 39, 413-418
- Miller, F.R., y Jones, H.W. (1948), the possibility of precipitating the leukemic state by emotional factors. Blood, 3, 880.
- Niemi, T. y Jaasklainen, J., (1978). Cancer morbidity in depressive persons. Journal of Psychosomatic Research. 22, 117.
- Magnell, O., (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947-1957. New York Academy of Science. 125
- Perez Alvarez, M. (1986). Los efectos del sujeto en los procesos de salud-enfermedad y en la intervención. En G. Aguilar y S. Vinaccia (eds.) Medicina Conductual. El Aporte Iberoamericano. En revisión.
- Pettingale, K., Steven, y Dundley, E., (1977). Serum Iga and emotional expression in breast cancer patients. Journal of Psychosomatic Research. 21, 395-399.
- Resnikoff, N., y Martin, D.E., (1957). The influence of stress of mamary cancer in mice. Psychosomatic Research, 2, 56-60
- Risquez, F. (1978). El Enfermo Canceroso. Cintas grabadas sobre el trabajo presentado en el Simposio 21 del XII Congreso Internacional del Cáncer. Buenos Aires.
- Solomon, G.F. (1969). Role of central nervous system in the control of immune-genesis. Annals of the New York Academy of Science, 164, 335-342.
- Schmale, A., e Iker, H., (1966). The psychological setting of uterine cervical cancer. Annals of New York Accademy of Science. 125, 807-813.

- Stanley; y Robbins, L., (1968). Tratado de Patología 3ª Edición, Edit. Interamericana, México.
- Stavrasky, K., (1968). Psychological factors in the incidence of human cancer. Journal of Psychosomatic Research, 12, 251-259.
- Stein, M., Schiavi, R.C., y Camerino, M., (1976). Influence of brain and behaviour on the immune system, Science 191:435-440.
- Stephenson, J.H. y Grace, W.J., (1954). Life Stress and cancer of the cervix. Psychosomatic Medicine. 16, Nº 4, 287-294.
- Sklar, L.S. y Anisman, H., (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. Science, 205, August.
- Wheeler, I.J. y Caldwell, B.M., (1955). Psychological evaluation of women with cancer of the breast and of the cervix. Psychosomatic Medicine, 17, 256.

Tabla 1

Resultados Estadísticos de La Razón F. del Análisis de Varianza y de La D.S.H. (Diferencia Significativa Honesta), De Los Factores del Test C.A.Q., Entre Los Grupos De Estudio.-

Factores	Razón F	Diferencias entre Las Frecuencias de Los Grupos					
		C/D	C/V	C/S	D/V	D/S	V/S
A	1.89	-	-	-	-	-	-
C	44.12	.6	1.5+	3.9+	.9+	3.3+	2.4 +
E	2.05	-	-	-	-	-	-
F	5.42 +	0	.8	1.4	.9	1.4 +	.6
G	10.97 +	.4	.9	2.3 +	.5	1.9 +	1.4 +
H	5.29 +	.4	.4	1.5 +	.1	1.1 ++	1.1 ++
I	4.00 +	.3	.9	1.4 +	.6	1.1	.5
L	1.04	-	-	-	-	-	-
M	9.78 +	1.0	1.1 ++ ,	2.1 +	1.0	1.1 ++	1.0 ++
N	2.29 +	-	-	-	-	-	-
O	4.43 +	1.0	1.6 +	1.6 +	.8	.8	0
Q <sub>1</sub>	6.27 +	0	.6	1.8 +	.6	1.8 +	1.2
Q <sub>2</sub>	3.15 ++	.6	1.0	.1	.4	.7	1.1 ++
Q <sub>3</sub>	3.53 ++	.7	.1	1.4 ++	.8	.7	1.5 ++
Q <sub>4</sub>	7.36 +	.2	1.5 +	2.6 +	1.1 ++	2.2 +	1.1 ++

Continuación Tabla 1

Factores	Razón						
	F	C/D	C/V	C/S	D/V	D/S	V/S
D <sub>1</sub>	19.39 +	0	0	2.0 +	0	2.0 +	2.0 +
D <sub>2</sub>	15.69 +	.4	.6	2.0	.2	1.6 +	2.4 +
D <sub>3</sub>	5.48 +	.4	.7	1.0	.3	1.0	1.7 +
D <sub>4</sub>	3.37 ++	.3	.2	1.0	1.0	1.3 ++	1.2 ++
D <sub>5</sub>	8.99 +	0	.1	2.1 +	.1	2.2 +	2.2 +
D <sub>6</sub>	11.91 +	.2	.2	1.8 +	.4	1.6 +	2.0 +
D <sub>7</sub>	7.25 +	.8	1.2 ++	.5	.4	1.1	1.7 +
P <sub>a</sub>	.30	-	-	-	-	-	-
S <sub>C</sub>	4.26 +	.1	.9	.4	.1	.3	1.3 +
A <sub>S</sub>	17.66 ++	.2	.5	2.3 +	.3	2.1	2.4 +
P <sub>S</sub>	6.85 +	0	.9	.8	.9	.8	1.7 +

+ = p 0.01

++ = p 0.05

M = Grupo de sujetos con tumor maligno

B = Grupo de sujetos con tumor benigno

V = Grupo de sujetos con enfermedades varias

S = Grupo de sujetos sin adolecer enfermedades

Tabla 2

Resultados Estadísticos Dados Por el Chi-Cuadrado, en Las Variables de La Entrevista, en Los Grupos de Estudio en el Area de La Infancia.

Variables	Diferencias entre Las Frecuencias de Los Grupos		
	C/D	C/V	D/V
<u>Características del hogar</u>			
Estructurado	.62	0	.62
Con Cariño	.10	8.57+	6.92 +
Sometimiento	.25	11.46 +	8.57 +
Privaciones económicas	.10	2.28	1.44
Familia Punitiva	.56	9.97 +	6.06
<u>Repercusiones emocionales</u>			
Soledad	.06	7.75 +	6.47 +
Hostilidad	.09	.41	.10
Desesperación	.12	2.94	1.95
Desesperanza	.21	3.14	2.06
Frustración	.10	4.05 ++	2.94
<u>Manejo de las emociones</u>			
Represión	.06	8.21 +	6.92 ++
Conductas neuróticas	0	.34	.34
Negación	.34	0	.34
<u>Consecuencias:</u>			
No deseo de vivir	0	2.06	2.06

C= Grupo de sujetos con carcinoma in-situ  
 D= Grupo de sujetos con displasia  
 V= Grupo de sujetos con enfermedades varias

+ =  $p < 0.01$   
 ++ =  $p < 0.05$

Tabla 3

Resultados Estadísticos Dados Por el Chi-Cuadrado, en Las Variables de La Entrevista, en Los Grupos de Estudio en el Area de las Pérdidas.

Variables	Diferencias entre Las Frecuencias de Los Grupos		
	C/D	C/V	D/V
<u>Características</u>			
Lejanas una	.25	1.69	.63
Lejanas varias	.08	.41	.86
Recientes una	2.25	3.06	.06
Recientes varias	.25	4.65 ++	2.78
Continua	0	2.28	2.28
Infancia	.67	5.33	4.26 ++
<u>Repercusiones emocionales</u>			
Soledad	1.2	9.05 +	7.27
Desesperación	.08	6.66 +	5.31 ++
Desesperanza	10.57 +	20.57 +	2.17
Frustración	.57	.57	0
Hostilidad	.06	1.64	2.33
Culpa	1.44	1.44	0
Nerviosismo	.08	2.74	1.89
<u>Manejo de las emociones</u>			
Represión	.36	16.25 +	12.29 +
Negación	.21	.57	1.44
<u>Consecuencias:</u>			
No deseos de vivir	16.06 +	32.26 +	5.14 ++

Nota:

+ =  $p < 0.01$ ++ =  $p < 0.05$ 

M= Grupo de sujetos con carcinoma

D= Grupo de sujetos con displasia

Tabla 4

Resultados Estadísticos Dados Por el Chi-Cuadrado, en Las Variables de La Entrevista, en el Area de la Vida Sexual.

Características	Diferencias entre Las Frecuencias de Los Grupos		
	C/D	C/V	D/V
<u>Primera Relación</u>			
Traumatica	.12	5.42 ++	4.26 ++
Dolorosa	0	.56	.56
Desagradable	.06	2.40	1.77
Negación	.12	.16	.57
Insatisfactoria	.06	13.57 +	15.27 +
<u>Relaciones Subsecuentes</u>			
Insatisfactoria	.18	18.08 +	16.06 +
Sin relación	.16	.73	.21
Rechazo	.25	13.06 +	9.97 +
Indiferencia	.16	1.64	2.74
Negación	0	1.95	1.95
Expresión sexual	.10	18.51 +	16.25 +

Nota:

+ = p 0.01

++ = p 0.05

M = Grupo de sujetos con carcinoma in-situ

D = Grupo de sujetos con displasia

V = Grupo de sujetos con enfermedades varias

Tabla 5

Resultados Estadísticos Dados Por el Chi-Cuadrado, en Las Variables de La Entrevista, en el Area de La Vida Conyugal.

<u>Características</u>	Diferencias entre Las Frecuencias de Los Grupos		
	C/D	C/V	D/V
Problemas sin solución	.08	12.29 +	10.57 +
<u>Repercusiones emocionales</u>			
Soledad	.06	8.57 +	7.27 +
Frustración	.06	.27	.07
Hostilidad	.06	4.65 ++	5.74 ++
Desesperación	.06	4.26 ++	5.31 ++
Desesperanza	5.10 ++	20.48 +	6.56 ++
<u>Manejo de las emociones</u>			
Represión	.06	14.76 +	16.58 +
Negación	0	.34	.34
Conductas neuróticas	.21	4.26 ++	2.74
<u>Consecuencias:</u>			
No deseos de vivir	16.25 +	29.93 +	4.01 +

Nota:

+ = p 0.01

++ = p 0.05

M = Grupos de sujetos con carcinoma in-situ

D = Grupo de sujetos con displasia

V = Grupo de sujetos con enfermedades varias