

RELACIÓN ENTRE LOS EVENTOS EMOCIONALES TRAUMÁTICOS Y EL CÁNCER GINECOLÓGICO

Liria Pérez Peláez*
y Silvia Orrego Sierra*

Resumen

En este artículo se expone una investigación sobre la relación entre los eventos emocionales traumáticos y el diagnóstico de cáncer en 158 mujeres, para ello se estudiaron los rasgos de personalidad y los eventos traumáticos que parecen incidir en la aparición del cáncer en adultos. Los hallazgos reafirmaron los resultados de estudios anteriores; se demostró que existe una relación entre los eventos emocionales traumáticos y la aparición del cáncer en personas con tendencia a la depresión, cuyas vidas habían transcurrido en un ambiente de conflicto.

Palabras claves

Actitud

Evento traumático

Tendencia a la depresión

Cáncer

Justificación

El interés por determinar la relación entre las situaciones emocionales traumáticas y la aparición del cáncer surgió de la observación de este hecho

* Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín, Colombia.

en la práctica profesional. Algunos autores,¹ han descrito una asociación entre el diagnóstico de cáncer de mama y la aparente tendencia a suprimir la ira; igualmente en otros estudios² se ha encontrado que las mujeres con cáncer de seno son menos expresivas y se deprimen más que las mujeres sanas o con enfermedad fibroquística. En Colombia, Brainsky y colaboradores³ plantearon que en el desarrollo sintomático del cáncer de seno intervienen los aspectos psicológicos como factores concomitantes y no como causantes del mismo.

Esta investigación se realizó con pacientes a quienes se les había diagnosticado cáncer ginecológico, se escogió esta población ya que en un estudio previo se encontró que el 49,02% de este tipo de pacientes mencionó haber sufrido la muerte de un familiar cercano y la enfermedad o accidente grave de ellos mismos o de un familiar, el 15,69% experimentó problemas afectivos y de relación, el 7,84% sufrió la muerte o separación conyugal, y el 5,88% fue despedido del trabajo o tuvo cambios en los hábitos de vida y de trabajo.⁴ Otro aspecto considerado para la escogencia del grupo de estudio fue la alta morbimortalidad de las personas con cáncer ginecológico.

Objetivo general

Determinar la relación entre los factores emocionales traumáticos, los rasgos de personalidad con tendencia depresiva y la aparición del cáncer ginecológico en mujeres adultas.

Objetivos específicos

Identificar en los individuos con diagnóstico de cáncer ginecológico los rasgos de personalidad con tendencia a la depresión.

Identificar en los individuos con cáncer ginecológico las situaciones emocionales traumáticas que antecedieron al diagnóstico.

Marco teórico

El papel que tienen los eventos tensionantes de la vida en el desarrollo de las enfermedades somáticas ha sido ampliamente demostrado por varios autores entre ellos Schless⁵ y Morrice.⁶ La hipótesis de la relación entre

los factores emocionales y el cáncer fue planteada ya desde el siglo XVI cuando Ambrosio Paré anotó "El cáncer está hecho de melancolía".

En 1926, Evans en sus observaciones anotó que el cáncer era más frecuente en personas que tenían inestabilidad emocional y problemas familiares acentuados;⁷ a su vez Poloucel y Jaqué en un estudio que realizaron con 49 pacientes encontraron que dieciséis pacientes habían tenido un impacto emocional grave precedente a la aparición de los primeros síntomas de cáncer. Otros autores como Pendergrass han encontrado que los individuos con cáncer tienen un recrudescimiento de su enfermedad cuando experimentaban problemas emocionales.⁷

En nuestra sociedad los individuos se ven sometidos a cambios de diversa índole y a situaciones tensionantes, en respuesta a ello algunos desarrollan mecanismos de adaptación para mantener el equilibrio y otros manifiestan diversas alteraciones en su organismo y en su comportamiento.

Dutil y colaboradores⁸ en un estudio sobre las tensiones encontraron que éstas pueden ser de orden físico o psicosocial, asimismo mencionaron los factores que aumentan los efectos de la tensión y conducen a la ansiedad, la cual es una fuente de variaciones fisiológicas y afectivas en el individuo. Para Bell⁹ el concepto de tensión se refiere a una respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. Un cambio importante aparece como un factor crítico para la vida de la persona.

Muchas investigaciones muestran que existe una relación significativa entre los eventos tensionantes de la vida y las subsecuentes enfermedades físicas y mentales, como lo demostró un estudio realizado por Forrest y colaboradores en el que se describieron los eventos tensionantes que pueden influir en el desarrollo del cáncer.⁹

Otros estudios como el de Le Shan y Wortington¹⁰ muestran la relación entre una pérdida afectiva, entre los ocho meses y los dos años previos, y la aparición del cáncer.

Las reacciones frente a la enfermedad y la muerte generan en el individuo un duelo que se inicia desde el momento que se diagnostica la enfermedad de un ser querido, y puede durar, según Penson,¹¹ hasta dos años

después de su fallecimiento, este duelo se agrava en las fechas de aniversario.

El proceso de duelo puede experimentarse físicamente; la persona puede sentir opresión en el pecho, palpitaciones, sensación de falta de respiración, cefalea y debilidad generalizada. Algunas personas se quejan de inestabilidad, falta de concentración, inapetencia e insomnio; durante este proceso la persona también experimenta sentimientos de desesperanza, impotencia, tristeza, todo lo cual hace más compleja la situación y sus repercusiones afectivas y fisiológicas.¹⁴

Las manifestaciones del duelo tienen una función de adaptación y restitución, por medio de ellas la persona trata de reorganizar su mundo sin el ser perdido; esta reorganización es psicológica, emocional y fisiológica y requiere como paso inicial la aceptación de la realidad.

Desde hace muchos años Lindeman¹² demostró que las viudas tenían más consultas médicas que otros grupos y que generalmente sus enfermedades eran de tipo somático, Penson¹¹ demostró que es frecuente la aparición del cáncer dentro de los tres años siguientes a la pérdida del ser querido, sobre todo en aquellas personas con mayor tendencia a la depresión. Parker y Brown¹³ encontraron en sus investigaciones que el grupo de personas en proceso de duelo había estado más tiempo hospitalizada y había consumido más cantidad de alcohol, cigarrillo y tranquilizantes que el grupo que no estaba en dicho proceso.

Los avances de las investigaciones sobre la biología del cáncer indican la presencia de factores genéticos, inmunitarios, hormonales y virales en la aparición de esta enfermedad. Actualmente, existe una mayor comprensión del papel del sistema inmunitario en la vigilancia y rechazo de la célula neoplásica o mutante, se ha encontrado que la tensión disminuye significativamente esa respuesta inmunitaria y puede favorecer la iniciación de un proceso mutante en la célula, también se ha demostrado que la disminución de las defensas psicológicas se relaciona con el origen y el desarrollo acelerado de las enfermedades autoinmunes y el cáncer.^{14,15}

La Barba¹⁶ expresó que la inmunosupresión obedece a la interacción entre la emoción y las hormonas esteroides adrenocorticales. En estudios¹⁷ rea-

lizados con ratas, se concluyó que la inmunosupresión parece ser la explicación más coherente de la aparición del cáncer, por su parte Rojas¹⁸ afirma que desde el punto de vista inmunológico está demostrado que la aparición de un tumor coincide con limitación en las reacciones del sistema inmunitario.

Una de las principales funciones del sistema inmunitario es la defensa contra el desarrollo de los tumores. En el organismo se llevan a cabo, en todo momento, un gran número de mitosis, algunas de las cuales generan mutaciones que pueden ser hasta un millón de ellas en veinticuatro horas.¹⁸ Por ello la teoría de Burnet afirma que la aparición de un tumor implica una deficiencia del sistema inmunitario, esta teoría ha sido demostrada experimental y clínicamente.

Con respecto a las tensiones, Burchfield¹⁹ considera que tensión es cualquier cosa o situación que altere los procesos homeostáticos del organismo, estos procesos a su vez son los que responden a las tensiones, pero cuando éstas llegan a límites críticos los mecanismos se vuelven insuficientes y se originan reacciones que varían según la personalidad del individuo.

La compleja situación de las personas que tienen factores emocionales traumáticos y cuya personalidad tiende a la depresión ha llevado a identificar aquellos factores que pudieron incidir en la aparición del cáncer ginecológico en mujeres adultas que reciben tratamiento en dos servicios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín.

Metodología

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que consta de dos partes: la primera considera algunas variables sociodemográficas, la segunda está enfocada a cuatro aspectos que parecen tener influencia en la aparición del cáncer, estos aspectos son:

1. Eventos emocionales traumáticos ocurridos en los últimos años previos al diagnóstico de cáncer y la fecha de ocurrencia de los mismos.
2. Rasgos de la personalidad con tendencia depresiva. Para obtener esta información se utilizó la escala autoevaluativa de Zung, validada en nuestro medio, la cual busca también medir el grado de severidad de la depre-

sión en el adulto. Como este instrumento no empleó la totalidad ni los mismos ítem de la escala de Zung, fue necesario hacer una clasificación con base en los puntajes para el grupo de ítem y considerar que el puntaje mínimo posible fuera uno y el puntaje máximo fuera veintiocho, los puntajes y la correspondiente clasificación de la depresión fueron los siguientes: 1 a 7 depresión leve, 8 a 14 depresión moderada, 15 a 21 depresión severa y 22 a 28 depresión grave.

3. Actitud o comportamiento del individuo frente al evento emocional traumático. El grupo de ítem que mide dicha actitud fue evaluado con una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta. A cada ítem se le dio un puntaje según la alternativa seleccionada. Con el puntaje obtenido en este grupo de ítem se hizo una clasificación que indica la capacidad del individuo de asumir una determinada actitud; para elaborarla se tomó como base el puntaje mínimo posible de cero y el máximo de veintiocho, así: adaptación 0 a 9, resolución 10 a 19 y fracaso 20 a 28.

4. Eventos o situaciones que acompañan la tensión emocional. Para determinar este aspecto se elaboraron unos ítem tipo Likert y a cada uno se le asignaron cuatro alternativas de respuesta; para precisar el grado de reactividad de los individuos a este grupo de ítem se hizo la siguiente clasificación: mínima reactividad 6 a 11, normal reactividad 12 a 17 y mayor reactividad 18 a 23.

Población y muestra

La población de estudio la constituyeron las mujeres con cáncer ginecológico diagnosticado que estaban recibiendo tratamiento en los servicios de radioterapia y clínica de tumores del Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín. La muestra estuvo conformada por 158 personas que asistieron a consulta y tratamiento en los mencionados servicios durante el tercer trimestre de 1990, se consideró que dado el volumen de pacientes atendidos el grupo de este periodo sería representativo de la población.

Análisis e interpretación de los datos

Con referencia a la edad de la población investigada se encontró que el 67,1% de las personas tenía edades entre los 24 y los 54 años y que el

33,0% eran mayores de 55 años. Esto coincide con el estudio realizado por Botero²⁰ quien encontró una proporción alta de mujeres menores de 50 años. Respecto al estado civil se encontró que el 59,5% tenía algún tipo de unión conyugal estable, el 8,2% de las mujeres eran solteras y que de éstas la mayoría tenían diagnóstico de cáncer de ovario y de endometrio, el 15,2% eran viudas y que el 17% de las mujeres estaban separadas de sus compañeros.

En cuanto a la ocupación se halló que el mayor porcentaje, un 69,6%, se dedicaba a las tareas del hogar y que otras mujeres, sobre todo las residentes en áreas rurales, participaban simultáneamente en tareas agrícolas. El 7,6% de las mujeres investigadas trabajaban en la agricultura, el 9,5% se desempeñaban como empleada del servicio doméstico en la ciudad o en las haciendas, el 8,2% trabajaba como obrera y sólo el 1,3% disfrutaban de una pensión de jubilación.

El análisis de estos datos muestra que la mayor parte de la población investigada, el 89,4%, que manifestó haber tenido eventos traumáticos previos al diagnóstico relató que el evento sucedió en el mismo año o en los ocho años anteriores al diagnóstico; este hallazgo coincide con lo citado por Le Shan y Worthington,¹⁰ quienes dicen que entre la presentación del evento emocional traumático y la aparición del cáncer pueden transcurrir entre seis meses y ocho años. De esta población, al 30,6% se le hizo el diagnóstico el mismo año del evento traumático, lo cual es similar a lo encontrado por Correa²¹ quien dice que la pérdida ocurrida en el periodo anterior al diagnóstico del cáncer es un factor de estrés y puede potenciar el curso clínico de la enfermedad.

Al hacer el análisis de la localización del tumor y su relación con la edad se encontró que el 47,4% de los casos de tumores de cuello y cuerpo de útero ocurrieron en mujeres con edades entre los 24 y los 44 años, precisamente en la edad reproductiva y laboral de la mujer en la que sus hijos tienen edades medianas, estos factores pueden hacer que el impacto de la enfermedad sea mayor.

El cáncer de endometrio no es tan frecuente y tiene porcentajes muy similares en todos los grupos de edad, algo semejante ocurre con el cáncer de ovario. En cuanto al cáncer invasor es preocupante que ocurra no sólo en

todas las edades sino que casi el 60% de los casos se presente en personas con edades entre los 35 y los 54 años. Estos datos parecen indicar que las campañas educativas referentes a la prevención del cáncer ginecológico, que en nuestro país se vienen desarrollando hace aproximadamente veinticinco años, no han tenido acogida en las capas medias y bajas de la población, especialmente la rural. Debido a esta falta de información las mujeres continúan consultando tardíamente. En este estudio el 62,3% de las mujeres con edades entre los 24 y 54 años tenía un diagnóstico inicial de tumor invasivo.

Con el fin de tener una descripción precisa sobre la procedencia y escolaridad de la población se incluyó esta información en el formulario. Es importante destacar que el analfabetismo en los municipios de Antioquia es de un 30%, y en el resto del país es de un 55%. De las personas investigadas que habían estudiado parte de la educación primaria un porcentaje alto la hizo en Medellín; el 59,5% había realizado estudios de primaria en forma incompleta y completa, el 7,6% había cursado una secundaria en forma incompleta y sólo se encontró una persona con educación secundaria completa.

El panorama educacional de este grupo es posiblemente un reflejo del nivel educacional de la población colombiana. Se pensaría que en la ciudad las posibilidades de educación serían un poco mejores, no obstante los hallazgos de este trabajo parecen indicar que son muy similares a las de las zonas rurales.

En cuanto a la procedencia de la población estudiada se halló que el 44,3% residía en municipios del departamento de Antioquia, un 28,0% vivía en municipios de otros departamentos, especialmente del departamento de Córdoba y 27,0% procedía de la ciudad de Medellín.

Con referencia al cáncer invasor se encontró que es de los cánceres más frecuentes y se presenta de manera semejante en la población proveniente de municipios de fuera de Antioquia, 31,1%, y de municipios de ésta, 30,0%; estos datos no se alejan de los encontrados en las mujeres residentes en Medellín, 25,6%, lo cual hace pensar que los programas preventivos y curativos en la ciudad no han sido efectivos.

Se piensa que el cáncer invasor puede haber llegado a ese estadio debido a que culturalmente se cree que en la etapa de la premenopausia las hemorragias son un proceso normal, por lo que muchas mujeres consultan en una etapa tardía cuando la enfermedad ha avanzado.

En cuanto al cáncer de endometrio el mayor porcentaje de personas afectadas, 13,9%, residía en Medellín, seguido por el porcentaje de quienes vivían en los municipios de Antioquia, 8,9%, y en los municipios de otros departamentos, 5,7%. Los tumores de ovario fueron de escasa ocurrencia, 4,3%, quienes los presentaban procedían en su totalidad de municipios fuera de Antioquia.

En cuanto a la relación entre los eventos emocionales traumáticos y los antecedentes familiares de cáncer se encontró que 75 personas habían experimentado la muerte de seres queridos y separación marital; de éstas el 10,67% tenía antecedentes familiares de cáncer entre los abuelos paternos y maternos, el 16,0% entre los padres y hermanos y el 8,0% entre los tíos paternos y maternos.

Veintiséis mujeres de la población investigada manifestaron haber tenido problemas afectivos y enfermedad o accidente grave de sí mismas o de sus seres queridos; de éstas el 19,23% había tenido abuelos paternos y maternos con diagnóstico de cáncer, el 11,54% relató la presencia de esta enfermedad en sus padres y hermanos. Sólo tres personas que habían tenido cambios sustanciales en sus hábitos de vida y de trabajo tuvieron antecedentes de cáncer entre los padres y hermanos.

Se encontró que algunas mujeres no tenían antecedentes familiares de cáncer aunque sí habían tenido eventos emocionales traumáticos. El 63,33% de las mujeres investigadas experimentó pérdidas afectivas por la muerte de seres queridos o por la separación marital, el 69,23% había tenido problemas afectivos y de salud o un accidente grave de sí mismas o de sus seres queridos y el 81,25% tuvo cambios sustanciales en sus hábitos de vida y de trabajo.

En el estudio se acordó incluir los antecedentes personales de cáncer, comúnmente conocidos y divulgados a través de las campañas educativas co-

mo signos de premalignidad, con el fin de establecer la presencia de éstos en la población investigada y su ocurrencia según el tipo de cáncer.

Cuando se relacionaron los antecedentes personales y el tipo de diagnóstico se encontró que el signo de premalignidad de mayor ocurrencia, según lo relatado por las mujeres, fue el de cambios en los hábitos de evacuación y eliminación, con un 64,3%; seguido de hemorragias en un 59,7% de las mujeres con cáncer de cuello y cuerpo del útero, las hemorragias se presentaron en el 35,1% de las personas con cáncer invasor. Dado que la hemorragia es un signo frecuente y aparece en las etapas iniciales de la enfermedad maligna de útero llama la atención el porcentaje mencionado, se piensa que esto puede deberse a que las mujeres asociaron las hemorragias con los cambios de la etapa premenopáusicas y no como un hecho relacionado con la enfermedad maligna.

En cuanto a las lesiones de piel y la aparición de nódulos se encontró que estaban presentes en el 55,5% de las mujeres con diagnóstico de cáncer en cuello y útero y en porcentajes mucho menores en otros tipos de diagnóstico.

Factores que predisponen al cáncer

Para determinar en las pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico los rasgos de personalidad con tendencia a la depresión, los eventos que acompañan la tensión emocional y los eventos traumáticos más comúnmente experimentados por el grupo de personas investigadas se aplicó el formulario tipo Likert, diseñado para tal efecto.

En la tabla 1 se presentan los ítem con los cuales se midieron los rasgos de personalidad, las medias obtenidas oscilaron entre 3,40 la más alta y 2,40 la más baja. En este grupo de ítem las desviaciones típicas fueron altas, lo que indica una población heterogénea que frente a los conceptos tenía actitudes diferentes. El ítem "Soy persona fácil de agradar" obtuvo la media más alta en este grupo, seguido de los ítem "Me preocupo por cosas que realmente no tienen mucha importancia", "Me parece que debo sacrificarme por los otros" y "Considero que todo lo que poseo pertenece a los demás", los cuales obtuvieron una media de 3,0. En esto influyó posiblemente la necesidad de sentirse aceptados y la incapacidad para relajarse, también contribuyó lo que Marcus²² denominó la desesperanza del indivi-

duo, este autor considera que la persona cuyas acciones voluntarias no tienen el resultado que ella desea va aprendiendo progresivamente a vivir sin esperanza, su bienestar psicológico se ve disminuido y llega a experimentar depresión y sentimientos de baja estima.

Tabla 1 Media y desviación típica obtenida en los ítem relacionados con los rasgos de personalidad de 158 mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico atendidas en dos servicios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1990

<i>Rasgos de personalidad</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
1. En general muestro desinterés por muchos aspectos de la vida.	2,46	1,6
2. En mis relaciones de trabajo me muestro exigente.	2,41	1,5
3. Soy persona fácil de agradar.	3,40	1,8
4. En las relaciones con el medio en el cual vivo me manifiesto agresivo(a).	2,84	1,6
5. Me preocupó por cosas que realmente no tienen mucha importancia.	3,00	1,7
6. Me parece que debo sacrificarme por los otros.	3,08	1,7
7. Considero que todo lo que poseo pertenece a los demás.	3,15	1,7

En el caso de las mujeres investigadas es importante considerar el aspecto sociocultural, la mayoría son campesinas o han vivido alguna vez en el campo, amas de casa dedicadas a oficios domésticos con intereses limitados y preocupaciones familiares y económicas variables. Estos antecedentes las hace sentir como mujeres sometidas a tensiones, que difícilmente pueden expresar sus opiniones y que casi siempre se ven precisadas a sacrificarse por los demás y a sentir que no pueden expresar su descontento o agresividad, más aún, no se les permite manifestar sus necesidades personales o sus puntos de vista porque la sociedad y la familia esperan que

la mujer no piense en sí misma y se dedique por entero al cuidado de la familia, de esta manera se hace evidente lo expresado por Cardinal "Lo femenino es pasividad, sumisión, receptividad y, especialmente capacidad y necesidad de sufrimiento".²³

Por medio de estos rasgos de personalidad se trató de detectar la tendencia a la depresión en las personas investigadas y se encontró que no había ninguna mujer con tendencia leve a la depresión, es decir, con puntajes entre 1 y 7. Esto puede deberse a los procedimientos inconcientes conocidos como mecanismos de defensa que son manejados por el yo del individuo, ellos le sirven para suavizar tendencias contradictorias, manejar la angustia resultante de los conflictos, disminuir frustraciones, preservar la autoestima y adaptarse a la realidad.

Se podría asumir entonces que la mínima reactividad de las mujeres estudiadas ante el evento emocional traumático, puede deberse al empleo de un mecanismo de negación el cual implica un conjunto de maniobras adaptativas y defensivas de la persona para negar el hecho y poder afrontar la realidad.²⁴ El mayor número de mujeres, 68,35%, tenía tendencia severa a la depresión con puntajes entre 15 y 21; el 28,48% presentaba tendencia grave a la depresión y en el 3,17% de las mujeres la tendencia era moderada. Desde el punto de vista salud mental y repercusión en el posible diagnóstico de cáncer, es preocupante observar que el 96,83% de las personas de la población investigada tenía una tendencia severa y grave a la depresión.

Todo evento de la vida tiene un papel significativo en la persona y si ella lo percibe o visualiza como amenazante posiblemente lo refleje en su capacidad para adaptarse y enfrentar la situación, ya que como dice Fiori "La persona deprimida tiene la creencia que todas sus acciones son pueriles",²⁵ también agrega el mismo autor "Hay evidencia creciente que los sentimientos de desesperanza y depresión están comprometidos en la causa del cáncer". Posiblemente, la cultura también influye ya que se espera que las mujeres sean sacrificadas, tristes y estén preocupadas por múltiples razones.

Con referencia a las actitudes frente al evento emocional traumático se encontró que las medias oscilan entre 3,33, la más alta, y 2,45, la más baja; en cuanto a las desviaciones típicas todas están entre 1,6 y 1,8, lo cual

indica una dispersión en las actitudes de los individuos frente al evento emocional traumático (Véase tabla 2). Es posible que para algunas personas los eventos traumáticos sean tomados como algo inherente a su condición femenina que deben aceptar con resignación o estoicismo, en otras produce sufrimiento y preocupación, lo que repercute en su estado de salud y en la forma de enfrentar las situaciones.

Tabla 2 Media y desviación típica obtenida en los ítem relacionados con las actitudes frente al evento emocional traumático en mujeres atendidas en dos servicios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1990

<i>Actitudes frente al evento</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
1. Me parece que la vida no tiene sentido después de la muerte del ser querido: padres, esposo(a), hermano(a), hijo(a).	3,17	1,8
2. Siento que las condiciones afectivas de la familia se han deteriorado.	2,61	1,6
3. Considero que la enfermedad de mis padres, hijos, esposo(a) o hermanos dio un rumbo diferente a mi vida.	3,41	1,8
4. La armonía de la familia ha sido afectada por los problemas económicos.	2,45	1,6
5. Me parece que será imposible ubicarse de nuevo laboralmente.	2,80	1,7
6. Considero que la vida cambió completamente con la enfermedad mía o de un miembro de mi familia.	3,10	1,7
7. Mi estado de ánimo se ha visto afectado por los cambios en los hábitos de vida y trabajo.	3,33	1,8

Hay algunos ítem como "Me parece que será imposible ubicarme de nuevo laboralmente" y "Mi estado de ánimo se ha visto afectado por los cambios en los hábitos de vida y trabajo" en los cuales la desviación típica encontrada, 1,7 y 1,8 respectivamente, obedece al hecho de que la mayoría de la población investigada se desempeñaba como amas de casa y tenía, por tanto, frente a estos ítem puntos de vista diferentes.

Con base en los puntajes obtenidos en estos ítem se hizo una clasificación que indicaba la capacidad de la persona para asumir una determinada actitud ante el evento emocional traumático. En este estudio se encontró que el 37,90% de la muestra investigada tenía una actitud de adaptación frente al evento con un puntaje entre cero y nueve, el 45,97% tuvo puntajes entre diez y diecinueve lo cual indica una actitud de resolución y el 16,09% se ubicó en el grupo con puntajes entre veinte y veintiocho que se relacionan con una actitud de fracaso.

Algunas de las mujeres entrevistadas expresaron no haber tenido eventos traumáticos grandes aunque su vida había sido "Una continua tristeza", esta expresión podría asociarse con una personalidad depresiva como la descrita por Flórez⁷ basado en los hallazgos de Cutler y Alexander y posteriormente enfatizada por Bell⁹ y Funch²⁶ quienes encontraron una asociación entre los eventos psicológicos desencadenantes de tensión y ansiedad y el proceso de la génesis del tumor.

Para determinar los eventos que acompañan la tensión emocional, se utilizaron siete ítem, los resultados de la media y la desviación típica obtenidos se presentan en la tabla 3. Todas las medias correspondientes a estos ítem son muy similares y oscilan entre 2,03 y 3,31; igualmente, las desviaciones típicas tuvieron valores entre 1,4 y 1,8 lo cual indica dispersión de la población frente al ítem, los valores altos de estas desviaciones se deben al modo individual de afrontar las tensiones emocionales y posiblemente tienen relación con el tipo de evento emocional. El ítem "Creo que soy capaz de adaptarme a las situaciones que me presenta la vida", tuvo la desviación típica más baja en este grupo; ello puede explicarse por las exigencias sociales de adaptación a las situaciones de la vida, que no consideran la existencia de individuos con personalidades más lábiles, quienes pueden afectarse más rápidamente ante un evento emocional traumático.

Tabla 3 Media y desviación típica obtenida en cada uno de los ítem correspondientes a los eventos que acompañan la tensión emocional en las mujeres atendidas en dos servicios del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1990

<i>Eventos que acompañan la tensión emocional</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>
1. Me parece que me fatigo con más facilidad cuando realizo acciones rutinarias.	2,82	1,7
2. Siento gran dificultad para iniciar y desarrollar las actividades diarias.	2,75	1,6
3. Siento que pierdo interés por las actividades que normalmente me dan placer.	2,77	1,7
4. Considero que estoy durmiendo menos de lo normal y es un sueño superficial.	3,31	1,8
5. Siento que malestares y dolencias físicas vienen a agravar mi situación.	2,84	1,7
6. Creo que soy capaz de adaptarme a las situaciones que me presenta la vida.	2,03	1,4

Los ítem “Me parece que me fatigo con más facilidad cuando realizo actividades rutinarias” y “Siento gran dificultad para iniciar y desarrollar las actividades diarias”, obtuvieron medias y desviaciones muy similares, estos puntajes están acordes con lo expresado por Penson,¹¹ quien encontró que hay diferentes comportamientos asociados a las tensiones y a las depresiones.

Con el fin de precisar la reactividad de las personas frente a la tensión emocional se clasificaron como personas con mínima reactividad aquellas con un puntaje entre 6 y 11, en esta ubicación se encontró el 15,19% de la población investigada; el 43,67% obtuvo un puntaje entre 12 y 17 lo que

indica una reactividad normal; el 41,14% tuvo puntajes de entre 18 y 24, los cuales se clasifican como de mayor reactividad.

Para la salud mental puede ser un riesgo el tener una mínima reacción, lo cual indica indiferencia ante los hechos o un aparente desinterés que en un momento dado puede desencadenar procesos agudos en el individuo con un debilitamiento del afecto y, por ende, del bienestar físico y mental; según Krouse,²⁷ esto puede "Conducir a la disminución de los intereses y la persona paulatinamente se aleja del contacto social".

Dada la importancia de la relación entre los rasgos de personalidad con tendencia depresiva y la reactividad de la persona ante la tensión emocional, se hizo una relación de estas dos variables; los datos mostraron que un porcentaje alto de la población, el 40,74%, tenía tendencia severa a la depresión y que ante los eventos emocionales traumáticos presenta una mayor reactividad; también fue alto el porcentaje, 48,89%, de quienes tenían tendencia grave a la depresión y mayor reactividad ante la tensión emocional.

En los últimos decenios el interés por precisar la asociación entre tensión emocional y enfermedad ha sido creciente, lo que ha llevado a realizar investigaciones tendentes a identificar los eventos que objetivamente podrían influir en la salud de la persona. La tendencia a la depresión moderada y severa, hallada en el 96,83% de la población de este estudio, asociada con la reactividad ante el evento emocional traumático parece concordar con los hallazgos de Schless y otros,⁵ quienes encontraron que los eventos vistos como de mayor tensión tienen un papel en el desarrollo de enfermedades y desajustes psiquiátricos.

Es importante anotar que algunos estudios muestran que la tensión emocional disminuye la respuesta inmunológica; Flórez¹⁷ menciona lo sugerido por Salomón quien dice que "Cualquier evento que reduzca la competencia inmunológica en un periodo crítico, puede llevar a una célula mutante a modificarse y crecer". Un estudio realizado por Flórez y Ardila¹⁷ demostró que la inmunosupresión parece ser el fenómeno más coherente con la aparición del cáncer. A pesar de la naturaleza eminentemente biológica de la aparición del cáncer también hay que relacionarla con las tensiones emocionales, y puede pensarse que los altos niveles de tensión han desempe-

ñado un papel importante en la aparición de la enfermedad maligna en el grupo investigado.

Brown y Paraskevas²⁸ sostienen que en algunos casos la enfermedad maligna está precedida de una depresión de tipo aparentemente endógeno; para hacer esta afirmación los autores se basan en investigaciones en las que se ha sugerido que la depleción o actividad reducida de las monoaminas puede causar la enfermedad depresiva.

El sistema inmunitario es un mecanismo de los seres vivos y como dice García "Su función es la vigilancia y detección entre lo propio y lo ajeno".²⁹ En la práctica profesional se ha encontrado que las personas sometidas a tensiones presentan cambios comportamentales que llevan a la disminución de las defensas del organismo. Algunos investigadores indican que existe una relación significativa entre los eventos tensionantes de la vida y las subsecuentes enfermedades físicas incluyendo el cáncer. Algunos psicólogos refuerzan el concepto de *estado interno de la persona*, el cual permite al individuo tener un control de sí mismo por medio de la interrelación entre los cambios en su autoimagen y los subsecuentes comportamientos, incluyendo la enfermedad.³⁰

Flórez⁷ encontró que las mujeres afectadas de cáncer a quienes se les aplicaba el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, MMPI, tenían puntajes más altos en las escalas de los indicadores de ansiedad y depresión que los sujetos que no padecían tal enfermedad. Por otra parte, Cutler y Alexander según lo expresa Flórez⁷ clasificaron la personalidad de 40 pacientes con cáncer como claramente depresivas. Meyers⁹ informó que los eventos de la vida deseables y no deseables están asociados a un descontrol psicológico, además expresó que a mayores cambios en los eventos de la vida de la persona en los dos últimos años más sustanciales son los cambios en su salud.

Los resultados obtenidos con este grupo de 158 mujeres con diagnóstico de cáncer están confirmando los hallazgos similares de estudios anteriores; entre ellos el de Cook³¹ quien manifestó que las personas con cáncer tienden a tener un sentimiento de pérdida y desesperación que actúa sobre la salud, ya que se sienten incapaces de encontrar un sustituto a la pérdida personal.

Conclusiones y recomendaciones

El objetivo propuesto y el marco teórico que sustentan este estudio han permitido obtener los datos y hacer el análisis, los cuales han demostrado una relación entre los eventos emocionales traumáticos y el cáncer ginecológico. Estos aspectos deben considerarse en el desarrollo de programas preventivos con la comunidad, en los que se debe brindar a las personas enfrentadas a situaciones emocionales traumáticas la posibilidad de recibir ayuda profesional para vivenciar adecuadamente las experiencias que las han conducido a dichas situaciones.

Cada vez más el avance en el manejo de las enfermedades orgánicas describe casos que parecen estar precedidos de manifestaciones psicológicas; los hallazgos de este estudio demuestran que de las 158 mujeres estudiadas el 55,1% manifestó haber tenido un evento emocional traumático; aún se ignora la intensidad de la influencia de estos eventos traumáticos en el ser humano. Los hallazgos de esta investigación demuestran que existe una relación entre los eventos emocionales traumáticos, según los percibe la persona, y el diagnóstico de cáncer.

Los resultados muestran que un porcentaje alto, 40,74%, de las personas tenía una tendencia severa a la depresión y ante los eventos emocionales traumáticos presentaba mayor reactividad a la tensión emocional; el 48,89% tenía tendencia grave a la depresión acompañada de mayor reactividad. Lo anterior demuestra que el 89,63% de las personas incluidas en el estudio presentaba rasgos de personalidad con tendencia severa y grave a la depresión y mayor reactividad a la tensión emocional. Como se dijo, en esto puede influir su condición de mujeres, la mayoría eran campesinas o tenían ancestro campesino, de quienes culturalmente se espera que sean abnegadas, sufridas y preocupadas permanentemente por sus familiares, esposos o compañeros, e hijos y por la situación económica que les toca afrontar.

Con base en estos hallazgos es necesario continuar en esta línea de trabajo, con el fin de investigar en otras poblaciones y con otros tipos de cáncer la relación entre los eventos emocionales traumáticos y el diagnóstico de cáncer.

Sería deseable establecer programas de trabajos de grupo en los que se permita a las personas analizar y discutir aquellas situaciones traumáticas para ellas. Este tipo de trabajo es cada vez más necesario dada la situación de tensión que para todas las personas ha generado la violencia en Colombia. Los trabajos en grupo ayudarían a las personas a afrontar sus dificultades emocionales y en consecuencia podrían contribuir a la prevención del cáncer.

Referencias bibliográficas

1. Morris, T. et al. Patherns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 25 (2): 111-117, 1981.
2. Jansen, M. y Muenz, L. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 28 (1): 35-42, 1984.
3. Brainsky, S. et al. Estudio médico psicológico de un patrón vital asociado a la aparición de cáncer de seno. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 9 (2): 149-175, 1980.
4. Orrego, S. y Pérez, L. Relación entre situaciones emocionales traumáticas y la aparición del cáncer en adultos. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 6 (2): 71-80, 1988.
5. Schless, A. L. et al. How depresives view the significance of life events. *The British Journal of Psiquiatry* 125: 406-410, 1974.
6. Morrice, J. K. N. Life crisis, social diagnosis and social therapy. *British Journal of Psiquiatry* 125: 411-413, 1974.
7. Flórez, B. H. Psicoterapia de grupo en pacientes con cáncer. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2 (1): 47-63, 1979.
8. Dutil, B.; Fortin, J. A. y Roy, H. The stress chez des étudiants universitaires. *L'Infirmiere Canadienne* pp. 26-30. 1981.
9. Bell, J. M. Stressful life events and coping methods in mental illness and mental behavior. *Nursing Research* 26 (2): 136-140, 1977.
10. Díaz Granados, D. Psiquiatría de enlace en cancerología. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 12 (1): 23-36, 1983.
11. Penson, J. M. Helping the bereved. *Nursing Times* 75 (14): 593-595, 1979.

12. Lindeman, G. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 101: 141-148, 1944.
13. Brown, J. y Stoudemire, A. Normal and pathological grief. *JAMA* 41 (8): 661-669, 1979.
14. Amkraut, A. y Solomon, J. From the symbolic stimulus to the pathophysiologic response immune mechanism. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 5 (1): 541-563, 1974.
15. Assam, N. Depresión de las defensas inmunitarias en la fase de duelo. *La Presse Medicale* 7 (10): 299, 1985.
16. La Barba, R. Experimental and environmental factor in cancer: a review of research with animals. *Psychosomatic Medicine* 32: 259, 1970.
17. Flórez, B. H. y Ardila R. Cáncer y comportamiento: efectos conjugados de la metilnitrosouria (MNH) y de la respuesta emocional condicionada (CER) sobre la ejecución de un programa de intervalo variable (IV) y sobre el desarrollo de neoplasias en ratas. *Revista Latinoamericana de Psicología* 13 (13): 375-401, 1981.
18. Rojas, W. *Inmunología*. Bogotá, Fondo Educativo Interamericano, 1978.
19. Burchfield, S. The stress response. *Psychosomatic Medicine* 41 (8): 661-669, 1979.
20. Botero, U. J. El cáncer ginecológico en el HUSVP, de Medellín 1970-1984. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia* 38 (4): 298-300, 1987.
21. Correa, J. Una dinámica de pérdidas en la historia vital del enfermo con cáncer. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* pp. 228-241, 1980.
22. Marrus, L. F. Experienced personal control and quality of life in late stage cancer patients. *Nursing Research* 31 (2): 113-119, 1982.
23. Cardinal, M. C. Mujer, salud y sexualidad. In: Laverde, M. C. y Sánchez, L. H. eds. *Voces insurgentes*. Bogotá, Editorial Guadalupe, 1986, p. 171.
24. Rojano de la Hoz, R. Enfermedades psicósomáticas. *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Editado por R. J. Toro y L. E. Yepes. Medellín, CIB, 1986, p. 460.
25. Fiori, N. Fighting cancer-one patient's perspective. *The New England Journal of Medicine* 300 (6): 284-289, 1979.
26. Funch, D. P. y Marshall, J. The role of stress, social support and age survival from breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 27 (1): 77-83, 1983.
27. Krouse, H. y Krouse, J. H. Cancer as crisis. The critical elements of adjustment. *Nursing Research* 31 (2): 96-100, 1982.

28. Brown, J. H. y Paraskevas, J. Cancer and depression: cancer presenting with depressive illness: an autoimmune disease? *British Journal of Psychiatry* 142: 227-231, 1982.
29. García Ortega, M. P. *Lo fundamental en alergias, inmunología e inmunología, nociones básicas*. Barcelona, Limpergraf, 1982.
30. Speese-Owens, N. *Cuidado de enfermería al paciente con cáncer*. St. Louis, the C.V. Mosby Cox, 1980, p. 380.
31. Cook, J. S. y Fontaine, K. L. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid, Interamericana, 1990, pp. 197-198.