

Universitat de Lleida

## Depresión y ansiedad pre y post-quirúrgica: características clínicas y predictores psicopatológicos en masectomizadas y colostomizados

Jose María Jove Arnau

---

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

---

UNIVERSIDAD DE LLEIDA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGIA

DEPRESION Y ANSIEDAD PRE Y POST - QUIRURGICA:  
CARACTERISTICAS CLINICAS Y PREDICTORES PSICOPATOLOGICOS  
EN MASTECTOMIZADAS Y COLOSTOMIZADOS

TESIS PRESENTADA POR EL LICENCIADO  
JOSE MARIA JOVE ARNAU  
PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE DOCTOR  
LLEIDA, 1995.

Esta Tesis ha sido dirigida por el Dr. Cristobal Gastó Ferrer; siendo el Tutor de la misma el Dr. Juan Viñas Salas; sin cuya orientación y estímulo constantes no hubiera podido llevarla a cabo.

LLEIDA, 1990-1995.

DEDICADA A: Maribel, Beatriu, Cristina y Maribel.

### AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi agradecimiento más sincero:

Al Dr. Cristobal Gastó Ferrer, por haberme animado y orientado para realizar el estudio y haber aportado sus conocimientos durante el trabajo de investigación.

Al servicio de Cirujia del Hospital Arnau de Vilanova, de Lleida, a su jefe de servicio: Luis Perez Ruiz, al Dr. Juan Viñas Sales, como Tutor del Trabajo de investigación y a los cirujanos de dicho servicio.

Al personal de enfermeria de dicho Servicio, por informarme puntualmente de cada intervención quirúrgica de mastectomia y colos-tomia, facilitandome el trabajo de entrevista y estudio psicológico.

Al Sr. Francisco Abella Pons, Psicólogo, por su inestimable ayuda en la corrección, tabulación y tratamiento estadístico de todas las Escalas Psicológicas obtenidas del estudio de la muestra de pacientes motivo de la Tesis Doctoral.

Al Servicio de Cirujia del Hospital de Sta. Maria, al Dr. Xavier Rodamilans, Dr. Brotons, Dr. Batlle y todos cuantos me facilitaron el trabajo para poder realizar los

pertinentes estudios para obtener el grupo Control de Cirujía General.

A la unidad 5 del Hospital de Sta. Maria de Lleida, por facilitarme el estudio del grupo control: Dr. Antonio Masso y Juan Flores. Y al personal de enfermería de dicho servicio, por colaborar e informarme puntualmente de las intervenciones que estaban programadas, facilitandome las entrevistas.

Al servicio de Psiquiatria del Hospital Clinic de Barcelona y en especial al Departament de Psicologia Clinica, por su colaboración en la obtención de bibliografía sobre algunas Escalas utilizadas en el estudio, así como formulas de corte y corrección.

A todos los demas compañeros de Facultad, del Hospital y de profesión, que en momentos de "desaliento", me animaron a finalizar la tarea iniciada.

A todos los pacientes entrevistados y motivo del estudio, que a pesar de estar en una situación física y animica comprometida, colaboraron "estoicamente", reponiendo a las numerosas preguntas de las diferentes Escalas para la evaluación posterior.

# INDICE

## I N D I C E

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS DE LA ANSIEDAD /  
DEPRESION Y CANCER:

1.1.- REFERENCIAS HISTORICAS.

1.2.- FACTORES ASOCIADOS AL PROCESO NEOPLASICO EN  
MASTECTOMIZADAS:

1.2.1: Factores que lo modifican:

1.2.1.1: Factores Estresantes.

1.2.1.2: Edad.

1.2.1.3: Factores hereditarios y hormonales.

1.2.1.4: Tipo de intervención Quirúrgica.

1.2.1.5: Estado civil y lazos afectivos.

1.2.2: Importancia Sociosanitaria de la evolución  
de la enfermedad.

**1.3.: FACTORES ASOCIADOS AL PROCESO NEOPLASICO EN  
PACIENTES COLOSTIMIZADOS:**

**1.3.1: Frecuencia.**

**1.3.2: Edad.**

**1.3.3: Factores Psicológicos y Psiquiatricos.**

**1.3.4: Alteraciones Psicológicas y sexuales.**

**1.4.: CANCER Y SEXUALIDAD:**

**1.4.1: Mastectomia y Sexualidad.**

**1.4.2: Colostomia y Sexualidad.**

**1.5.: ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LA RELACION MEDICO-  
SANITARIA Y PACIENTE ONCOLOGICO:**

**2.- FINALIDADES Y OBJETIVOS:**

**2.1: FINALIDADES.**

**2.2: OBJETIVOS.**

**3.- MATERIAL Y METODOS:**

**3.1: POBLACION ESTUDIADA.**

**3.2: MUESTRA SELECCIONADA.**

3.3: TRABAJO DE CAMPO.

3.4: ENTREVISTA Y ESTUDIO DEL PRE Y POST OPERATORIO.

3.5: CUESTIONARIOS APLICADOS: (TEST PSICOLOGICOS):

3.5.1: Escala de Hamilton de Depresión:

3.5.1.1: Pre-operatorio.

3.5.1.2: Post-operatorio.

3.5.2: Escala de Hamilton de Ansiedad:

3.5.2.1: Pre-operatorio.

3.5.2.2: Post-operatorio.

3.5.3: Escala de Clima Social Familia:

3.5.3.1: Relaciones:

3.5.3.1.1: Cohesión.

3.5.3.1.2: Expresividad.

3.5.3.1.3: Conflicto.

3.5.3.2: Desarrollo:

3.5.3.2.1: Autonomía.

3.5.3.2.2: Actuación.

3.5.3.2.3: Intelectual-Cultural.

3.5.3.2.4: Social-Recreativo.

3.5.3.2.5: Moralidad-Religiosidad.

3.5.3.3: Estabilidad:

3.5.3.3.1: Organización.

3.5.3.3.2: Control.

3.5.4: Cuestionario de Salud General de Goldberg.

(G.H.Q 28 Items), (General Health Questionnaire).

3.5.5: Test de Evaluación del Síndrome de Briquet.

3.5.6: Escala de Newcastle. Ansiedad / Depresión.

3.5.7: STAI: (State-trait Anxiety Inventory).  
(Self Evaluation Questionnaire).

3.5.7.1: STAI, Cuestionario de Ansiedad  
estado. Pre-intervención.

3.5.7.2: STAI, Cuestionario de Ansiedad  
Estado Post-intervención.

3.5.7.3: STAI, Cuestionario de Ansiedad  
Rasgo.

3.6: HOJA DE REGISTRO DE RESULTADOS Y DATOS.

3.7: CODIFICACION DE LOS VALORES OBTENIDOS:

3.8: DEFINICION DE ESCALAS:

3.8.1: Escala de Hamilton de Depresión.

3.8.2: Escala de Hamilton de Ansiedad.

3.8.3: Escala de Clima Social: Familia:

3.8.3.1: Relación:

3.8.3.1.1: Cohesión.

3.8.3.1.2: Expresividad.

3.8.3.1.3: Conflicto.

3.8.3.2: Desarrollo:

3.8.3.2.1: Autonomía.

3.8.3.2.2: Actuación.

3.8.3.2.3: Intelectual/cultural.

3.8.3.2.4: Social/Recreativo.

3.8.3.2.5: Moralidad/Religiosidad.

3.8.3.3: Estabilidad:

3.8.3.3.1: Organización.

3.8.3.3.2: Control.

3.8.4: Cuestionario de Salud General de Goldberg. (G.H.Q.- 28 Items):

3.8.4.1: Escala A.

3.8.4.2: Escala B.

3.8.4.3: Escala C.

3.8.4.4: Escala D.

3.8.5: Escala de Newcatsle.

3.8.6: Escala de Evaluación de Briquet.

3.8.7: STAI:

3.8.7.1: STAI Estado.

3.8.7.2: STAI Rasgo.

3.9.: ESCALAS DE VALORACION Y PLANTILLAS DE CORREC-  
CION UTILIZADOS, POR ORDEN DE DESCRIPCION.

4: RESULTADOS:

4.1: POR SEXOS.

4.2: POR EDAD:

4.2.1.: RELACION EDAD-SEXO.

4.2.2.: RELACION EDAD-OFICIO.

4.2.3.: RELACION EDAD-SEXO-OFICIO.

4.2.4.: RELACION EDAD-ESTADO CIVIL.

4.2.5.: RELACION EDAD-INTERVENCION QUIRURGICA.

4.3: POR PROFESION O ACTIVIDAD PRINCIPAL:

4.3.1.: RELACION OFICIO-SEXO.

4.3.2.: RELACION OFICIO-EDAD.

4.3.3.: RELACION OFICIO-ESTADO CIVIL.

4.4: POR ESTADO CIVIL:

4.4.1.: RELACION ESTADO CIVIL-SEXO.

4.5: POR TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA:

4.5.1.: RELACION INTERVENCION QUIRURGICA-SEXO.

4.5.2.: RELACION INTERV. QUIRURGICA-ESTADO CIVIL

4.6: ESCALA DE HAMILTON DEPRESION PRE-INTERVENCION.

4.7: ESCALA DE HAMILTON DEPRESION POST-INTERVENCION.

4.8: ESCALA DE HAMILTON ANSIEDAD PRE-INTERVENCION.

4.9: ESCALA DE HAMILTON ANSIEDAD POST-INTERVENCION.

4.10: ESCALA DE CLIMA SOCIAL: FAMILIA:

4.10.1: RELACION:

4.10.1.1: Cohesión.

4.10.1.2: Expresividad.

4.10.1.3: Conflicto.

4.10.2: DESARROLLO:

4.10.2.1: Autonomía.

4.10.2.2: Actuación.

4.10.2.3: Intelectual-Cultural.

4.10.2.4: Social-recreativo.

4.10.2.5: Moralidad-Religiosidad.

4.10.3: ESTABILIDAD:

4.10.3.1: Organización.

4.10.3.2: Control.

4.11: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG:

4.11.1: Subescala A: Síntomas Somáticos de origen Psicológico.

4.11.2: Subescala B: Angustia/Ansiedad.

4.11.3: Subescala C: Disfunción Social en actividades diarias.

4.11.4: Subescala D: Depresión.

4.12: ESCALA DE NEWCASTLE.

4.13: CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL SINDROME DE BRIQUET.

4.14: STAI PRE-INTERVENCION ESTADO.

4.15: STAI POST-INTERVENCION ESTADO.

4.16: STAI RASGO.

4.17: STAI GRUPO CONTROL:

4.17.1: PACIENTES QUIRURGICOS DEL GRUPO CONTROL.

4.17.2: STAI Estado Pre-Intervención Grupo Control.

4.17.3: STAI Estado Post-Intervención Grupo Control.

4.18: TRATAMIENTO ESTADISTICO:

4.18.1: Grupo Experimental.

4.18.2: Grupo Control.

4.19.: ANEXOS DE TABLAS GRAFICAS DE STAI:

A-1: TABLAS COMPARATIVAS STAI ESTADO PRE-TEST:  
RELACION GRUPO EXPERIMENTAL / GRUPO CONTROL.

A.1.a.: Comparación STAI Pre-test del grupo Experimental con el grupo control en relieve.

A.1.b.: Comparación STAI Pre-test de grupo experimental/grupo control individuo por individuo.

A.1.c.: Comparación STAI Pre-test de grupo experimental/grupo control individuo por individuo.

A-2: TABLAS COMPARATIVAS STAI ESTADO POST-TEST:  
RELACION GRUPO EXPERIMENTAL / GRUPO CONTROL:

A.2.a.: Comparación STAI Post-test del grupo Experimental/grupo control, en relieve.

A.2.b.: Comparación STAI Post-test del grupo Experimental/grupo control, individuo por individuo.

A.2.c.: Comparación STAI Post-test del grupo Experimental/grupo control, individuo por individuo.

A-3: TABLA COMPARATIVA UNIFICADA STAI ESTADO:  
RELACION PRE / POST-TEST DE GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL.

A.3.a: Superposición gráfica de relaciones: grupo experimental y grupo control pre y post test del STAI.

A.3.b.: La misma tabla gráfica que el A.3.a., pero en relieve.

A-4: COMPARACION DE MEDIAS STAI: EXPERIMENTAL / CONTROL:

4.20.: RELACION SEXO / ESCALA DE HAMILTON DE DEPRESION:  
SION:

4.20.1.: RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON DEPRESION  
PRE-INTERVENCION.

4.20.2.: RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON DEPRESION  
POST-INTERVENCION.

4.21.: RELACION SEXO / ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD:  
DAD:

4.21.1.:RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON ANSIEDAD PRE -  
INTERVENCION.

4.21.2.: RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON ANSIEDAD POST-  
INTERVENCION.

4.22.: TABLAS GRAFICAS DE HAMILTON DE DEPRESION Y  
ANSIEDAD PRE Y POST TEST / RELACION SEXO:

4.23: RELACION SEXO/ESCALA DE SALUD GENERAL DE GOLD-  
BERG.

4.24: RELACION SEXO/ESCALA DE NEWCASTLE.

4.25: RELACION SEXO/STAI ESTADO PRE-OPERATORIO.

4.26: RELACION SEXO/STAI ESTADO POST OPERATORIO.

4.27: RELACION SEXO/STAI RASGO.

- 4.28: RELACION TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA /  
HAMILTON DEPRESION PRE-OPERATORIO.
- 4.29: RELACION TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA /  
HAMILTON DEPRESION POST-OPERATORIO.
- 4.30: RELACION TIPO INTERVENCION QUIRURGICA/HAMILTON  
ANSIEDAD PRE-OPERATORIO.
- 4.31: RELACION TIPO INTERVENCION QUIRURGICA / HAMIL-  
TON ANSIEDAD POST-QUIRURGICA.
- 4.31.1.: RELACION ANSIEDAD / DEPRESION: EN LAS  
ESCALAS DE HAMILTON EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO:
- 4.32: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA  
/ ESCALA DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.
- 4.33: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA/  
ESCALA DE NEWCASTLE.
- 4.34: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA  
/ STAI ESTADO PRE-OPERATORIO.

4.35: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA / STAI ESTADO POST-OPERATORIO.

4.36: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA/ STAI RASGO.

4.37.: HOMogeneidad EN ANSIEDAD Y DEPRESION EN MASTECTOMIZADAS Y COLOSTOMIZADOS:

4.37.1.: RECODIFICACION DEL TIPO DE INTERVEN-  
CION:

4.37.2.: RECODIFICACION PATOLOGIA / NO PATOLOGIA EN LAS ESCALAS DE HAMILTON DEPRESION / ANSIEDAD Y STAI ANSIEDAD:

4.37.2.1.: HAMILTON DEPRESION PRE-TEST:

4.37.2.2.: HAMILTON DEPRESION POST-TEST:

4.37.2.3.: HAMILTON ANSIEDAD PRE-TEST:

4.37.2.4.: HAMILTON ANSIEDAD POST-TEST:

4.37.2.5.: STAI PRE-TEST EN RELACION A INTER-  
VENCION QUIRURGICA:

4.37.2.6.: STAI POST-TEST EN RELACION A INTER-  
VENCION QUIRURGICA:

4.37.3.: TABLAS DE CONTINGENCIA: TIPO DE INTERVEN-  
CION QUIRURGICA / ESCALAS DE DEPRESION / ANSIEDAD DE HAMIL-  
TON Y STAI ANSIEDAD:

4.37.3.1.: Intervención quirúrgica / Hamilton  
de depresión pre-test:

4.37.3.2.: Intervención quirúrgica / Hamilton  
de depresión post-test:

4.37.3.3.: Intervención quirúrgica / Hamilton  
de Ansiedad pre-test:

4.37.3.4.: Intervención quirúrgica / Hamilton  
de Ansiedad post-test:

4.37.3.5.: Intervención quirúrgica / STAI  
Estado pre-test:

4.37.3.6.: Intervención quirúrgica / STAI  
Estado post test:

4.38. : RELACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN RELACION CON PATO-  
LOGIA / NO PATOLOGIA:

4.38.1.: Hamilton Depresión pre-test:

4.38.2.: Hamilton Depresión post-test:

4.38.3.: Hamilton Ansiedad pre-test:

4.38.4.: Hamilton Ansiedad post-test:

4.38.5.: Cuestionario de Salud general de Golberg:

4.38.6.: Escala de Newcastle:

4.38.7.: Escala de Síndrome de Briquet:

4.38.8.: STAI de Ansiedad Estado pre-test:

4.38.9.: STAI de Ansiedad Estado post-test:

4.38.10.: STAI RASGO:

## 5: DISCUSION:

### 5.1.: PREVALENCIA POR DISTINTOS PARAMETROS:

5.1.1.: por SEXO.

5.1.2.: por EDAD.

5.1.3.: por OFICIO.

4.1.4.: por ESTADO CIVIL.

4.1.5.: por TIPO DE INTERVENCION.

### 5.2.:

5.2.1.: INFLUENCIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA Y ESTADO DEPRESIVO:

5.2.2.: INFLUENCIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA Y ESTADO DE ANSIEDAD:

5.3.: CLIMA SOCIAL: FAMILIA Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

5.4.: PREVALENCIA DE PATOLOGIA PSICOSOMATICA EN LA POBLACION GENERAL:

5.5.: PREVALENCIA DE LOS TRANSTORNOS SOMATOMORFOS GRAVES, EN LOS PACIENTES NEOPLASICOS INTERVENIDOS:

5.6.: PREVALENCIA DE CANCER Y ENFERMEDADES PSICOTICAS GRAVES:

5.7.: PREVALENCIA DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD:

6: CONCLUSIONES:

7: BIBLIOGRAFIA:

# CAPITULO 1

1 - ANTECEDENTES HISTORICOS  
Y CIENTIFICOS DE LA ANSIE-  
DAD / DEPRESION Y EL CANCER.

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS DE LA ANSIEDAD /  
DEPRESION Y CANCER:

1.1: REFERENCIAS HISTORICAS.

Las referencias históricas más antiguas que se conocen es el Tratado de Galeno: "De Tumoribus", en el que comenta que las mujeres melancólicas, que presumiblemente tenían demasiada bilis negra, solían ser más susceptibles al cáncer que otras mujeres. (1, 2, 3)

Platón, en uno de sus diálogos señaló: Hipócrates dice: "La naturaleza del cuerpo puede ser entendida solamente como un todo y este es el gran error de nuestros días en el tratamiento del cuerpo humano, que los médicos separan los cuerpos de las almas".

Más tarde Virgilio, definió la salud como: "Mens sana in corpore sano", (una mente sana en un cuerpo sano).

En 1601 hay una definición inglesa sobre el cáncer, en el que se describe como: "Una hinchazón o llaga procedente de la sangre melancólica, alrededor de la cual las venas aparecen de un color negro u oscuro, extendiéndose como las garras de un cangrejo". (5)

Pocas referencias más hay sobre las tumoraciones y cáncer hasta 1701, en el que el médico inglés Genfron pone en relieve el efecto de "los desastres de la vida como

motivo de muchas perturbaciones y penas", como causantes del cáncer.

Casi un siglo más tarde, Burrows, atribuye la enfermedad a "las desasogadas pasiones de la mente, con las que el paciente es fuertemente afectado durante largo tiempo".

Autores como Nunn en 1882, destacan que los factores emocionales influyen en el crecimiento de los tumores de mama; Otros autores como Stern, observan que el cáncer de cuello de útero en las mujeres era más corriente en las más sensibles y frustradas.

Walshes, en su libro: "The nature and treatment of Cáncer", (6) llamaba la atención sobre: "la influencia de la miseria mental, los reveses bruscos de la fortuna y los abatimientos bruscos del humor sobre la disposición de la materia carcinomatosa, todo ello sería causa de la enfermedad".

A finales del siglo pasado, Snow, médico inglés, revisó 250 casos en el London Cáncer Hospital y concluyó que "la pérdida de un pariente cercano era un factor importante en el desarrollo del Cáncer de mama y útero".

Durante los siglos XVIII y XIX, los médicos tenían tiempo para hacer una historia clínica detallada y valorar a sus pacientes, lo que acentuaba el ambiente emocional y el estilo de vida del paciente, así como los factores personales, algo a menudo descuidado por los médicos actuales, debido a que muchas veces ha sido sustituido por los sofisticados estudios de laboratorio.

Los antiguos médicos debían haber tenido una sensibilidad y conocimiento mayor en cuanto a las posibles relaciones entre el estrés y la malignidad mayores de lo que es posible ahora, dentro del ritmo actual de la práctica oncológica superespecializada.

Blumberg y cols. (1954), (7) examinaron dos grupos de pacientes de cáncer, conocedores todos de su diagnóstico, que fueron apareados por edad, inteligencia y estado de su cáncer. Los pacientes fueron estudiados después de su tratamiento inicial, cuando estaban hablando de "sentirse bien". Los pacientes que murieron antes de dos años fueron comparados con los que sobrevivieron más de seis, observándose que tenían desahogos emocionales más pobres.

Encontramos en ellos la sensación de la resignación o de perder la "raison d'être", descrita, por un psicoana-

lista, de Nueva York, (Lawrence Leshan-1977), (8) que define como la sensación de desesperanza, desamparo, e incapacidad del individuo para expresar ira o resentimiento, con marcada autoaversión y desconfianza, lo que le da un pronostico desalentador.

## **1.2: FACTORES ASOCIADOS AL PROCESO NEOPLASICO EN MASTECTOMIZADAS.**

La educación del público y el miedo al cáncer explican el autoexamen de mama, cada vez más frecuente en la población femenina. Ahora es bastantes normal que una paciente descubra alguna anomalía en su mama, más que hace algunos años.

Tiene importancia la edad, el número de partos, los datos de lactancia, el estado menopausico y los antecedentes familiares. Es importante preguntar sobre cirugía previa de mama o pelviana, en particular ovariectomía o histerectomía, igual que información acerca de cambios patológicos observados y de cualquier tratamiento complementario que pueda haberse utilizado. La edad de comienzo de la menstruación y el estado actual, tienen valor, ya que muchas lesiones mamarias mostraran gran alteración durante el ciclo menstrual. (9).

### **1.2.1: Factores que lo modifican:**

Muchas investigaciones para identificar características epidemiológicas de las poblaciones en peligro han demostrado que hay dos factores principales que influyen en el desarrollo del cáncer mamario: (10)

a/ La mujer que ha sufrido previamente un cáncer mamario tiene muchas mayores posibilidades de presentarlo en la otra mama.

b/ Una historia de cáncer mamario en familiares próximos aumenta el peligro.

#### 1.2.1.1: Factores estresantes:

Un estudio realizado en pacientes terminales de cáncer de mama, demostró que las mujeres combativas tenían una supervivencia más larga que las que eran más confiadas. (Derogatis y cols. 1979). (11)

En la escuela de Medicina de la Universidad de Santford, se llevó a cabo un estudio sobre el stress en los tumores mamarios de ratón, inducidos por virus. El crecimiento tumoral aumentó notablemente, cuando se estresaba a los animales con descargas eléctricas.

Se observó entonces que las hembras con conducta luchadora presentaban tumores más pequeños, (Solomon, 1969). (12). Extrapolando estos resultados a los humanos, se observó, que las mujeres "agresivas", "inconformistas", respondían mejor a la agresión neoplásica y tenían un mejor pronóstico. (Greer y col., 1979) (13).

El ser humano es el único capaz de responder no solamente a los peligros reales, sino a la anticipación de los mismos, mediante la capacidad cognoscitiva o a señales simbólicas.

El estrés emocional en los seres humanos, ha sido estudiado en diferentes ambitos profesionales y se ha comprobado que si son graves, repetidos y prolongados, pueden ser causantes de una serie de desordenes que provoquen transtornos neoplásicos.

#### 1.2.1.2: Edad:

La frecuencia del cáncer mamario se ha demostrado que es incrementa con la edad. Hay menos mujeres en peligro en cada decada, de manera que hay frecuencia menor después de los 60 años. En Estados Unidos de Norteamerica, estudios realizados por Seidman H.: (Cáncer, 24: 1355),(1969). Concluyen en que el número máximo de casos ocurre en mujeres entre 45 y 59 años. Habiendo un cambio manifiesto de inclinación de la curva de frecuencia al llegar la menopausia y luego un ligero aumento hasta los 80 años.

Una mujer con un cáncer mamario previo de menos de 50 años tiene un 0,7 de probabilidades por año de desarrollar un segundo Cáncer mamario.

#### 1.2.1.3: Factores hereditarios y hormonales

La frecuencia de cáncer de mama es quince veces superior en hermanas de cancerosas cuyas madres tuvieron cáncer mamario que en la población general. Estos hechos de relación familiar se han observado en todos los estudios demográficos. (14), (15)

Se ha observado cierta asociación entre el Cáncer de mama y enfermedades malignas de otros organos, incluyendo tiroides, endometrio y colon.

Las mujeres que no han tenido hijos estan en peligro algo mayor de desarrollar cáncer de mama, así como las mujeres que no tuvieron su primer embarazo antes de los 25 años de edad.

En forma similar, la lactancia prolongada, (por más de 36 meses de vida), se ha considerado por algunos estudios realizados, que disminuye ligeramente el peligro de cáncer de mama.

Esto vendria a confirmar la importancia de los factores hormonales para la frecuencia y el desarrollo del Cáncer mamario.

Se ha constatado que las alteraciones en el cromosoma 11 y 17, tienen una importancia significativa en el cáncer de mama, concretamente en el cromosoma 17 y los genes 13, 12, 11-2, 11-1, 11, 11-2, 12, 21-1, 21-2, 21-3, 22, 23, 24, 25.

En todas formas, no es exclusivo de los tumores malignos, pues también se han detectado con elevada frecuencia en los tumores benignos de mama.(16)

Las mujeres con alto nivel de estrógenos tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de desarrollar Cáncer de mama, (Revista Instituto Nacional del Cáncer de E.E.U.U.) (1994). Según el equipo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York.

Este equipo ha constatado que el nivel de estrógenos es un 32 % superior entre las mujeres con Cáncer de mama.

#### 1.2.1.4: Tipo de intervención quirúrgica:

El hecho de poder elegir entre diversos métodos para el tratamiento del cáncer mamario primario potencialmente curable, indica que no hay unanimidad de opiniones acerca de cuál es el mejor tratamiento, pues todos tienen sus ventajas y sus inconvenientes. La elección del tipo de intervención quirúrgica va de la simple extirpación de la masa tumoral hasta la mastectomía superradical; el problema que se plantea al cirujano es seleccionar un tratamiento que brinde para el futuro las mayores probabilidades de curación con una invalidez mínima y procurando respetar al máximo la estética de la imagen corporal.

La valoración adecuada del tratamiento del cáncer de mama requiere identificar cuidadosamente la etapa clínica de la enfermedad antes de intervenir.

La cirugía de exeresis de mama supone una única causa: el cáncer de mama. La edad de las mujeres presenta dos grandes variables, con dos periodos bien definidos: alre-

dedor de los cuarenta y en la postmenopausia.

Las repercusiones psíquicas pueden ser reagrupadas alrededor de un cierto número de factores etiológicos que son:

- El cáncer de mama presentado como enfermedad mortal. La revelación del diagnóstico, "se acompaña de una ruptura en la vida psíquica", (Alby, 1987). (17, 18)

Su frecuencia, su larga evolución, son fuente de un mito social moderno. Suponen una serie de traumas, creando una "patología" de crisis.

- La mutilación y sus consecuencias: Estas entrañan una alteración en la calidad de vida, tanto en el plano físico como en el psíquico. Los progresos terapéuticos permiten pronosticar una tasa de supervivencia del 87 %, a los cinco años en las formas precoces al precio muchas veces de secuelas físicas y de cambios de esquema corporal importantes, con exeresis ganglionares y radioterapia. Pero sobre todo la mastectomía entraña un trauma más importante que el de la propia intervención quirúrgica.

Sobre el plano Psíquico, supone la pérdida de un órgano visible, un atentado a la imagen del cuerpo como un todo, en el que la mujer debe elaborar el duelo para aceptar y encontrarse con la nueva imagen. Este trabajo de elaborar el duelo puede ser largo y doloroso. (19)

La mama es símbolo de feminidad, sexualidad y maternidad; su pérdida supone perturbaciones en todas las parcelas de la vida: personal, familiar, social y profesional.

A nivel inconsciente, la mastectomía tiene valor de castración.

Una serie de variables juegan un papel determinante, en la gravedad de las reacciones observadas. Ello va en función de:

- La naturaleza y localización de la tumoración; una tumorectomía que precise intervención quirúrgica limitada y entrañe una pérdida de substancia moderada, es mejor tolerada sobre el plano de la imagen corporal que una mastectomía.

- La gravedad del pronóstico que engloban los tratamientos coadyuvantes, radioterapia y quimioterapia, con

los riesgos de secuelas psíquicas.

1.2.1.5: Estado civil y lazos afectivos:

- La edad y los lazos conyugales.
- El estatus socio-cultural.
- El estatus socio-económico.
- La existencia de hijos y la edad.
- Las reacciones del entorno familiar.
- El estado Psíquico anterior.

Las reacciones son precoces e intensas. Con la confirmación de diagnóstico de cáncer, se puede desencadenar un estado de ansiedad agudo, manifestándose con insomnio, pérdida del apetito, agitación o postración y dificultades de concentración. (20, 21)

Una forma de reacción particular es la negación; es una forma de defenderse del estrés. Contrariamente a lo que se podría creer no es una consecuencia desfavorable con vistas a una posterior intervención terapéutica. Se puede manifestar en las diferentes fases de la enfermedad y en diferentes grados. En la mayor parte de los casos se trata de una reacción transitoria, (Watson y Greer, 1984).

(22)

### 1.2.2: Importancia socio-sanitaria de la evolución de la enfermedad:

Después de la intervención se constituye generalmente un síndrome depresivo patente y latente. El inicio suele ser variable; Para algunos se manifiesta durante los tres primeros meses después de la intervención, siendo más intensa al segundo mes. Es importante constatar, que este pico en el segundo mes es más tardío que en los grupos control atendidos por otros tipos de cáncer, (Jamison y Wellisch, 1978). (23) Para otros autores, un año después de la cirugía, un 25% de mujeres sufren depresión y ansiedad, mientras que en el grupo control solamente la padecen un 10%.

Un 33% refieren problemas sexuales frente a un 8% de las intervenidas por enfermedades benignas de mama, (Maguire y Lee, 1978). (24)

La duración del estado depresivo es evaluado de muy diversas formas según la literatura. Un trabajo relativo a mujeres chinas, hace referencia a que el 47% de dichas mujeres estaban deprimidas transcurrido un periodo de 7 años, (Alagaratnan y Kung, 1986). (25) Esta cifra es mucho más elevada que las observadas en los estudios realizados

en mujeres occidentales; Morris y Cols., 1977: Constatan un 20% a los 2 años; Craig y Cols.: 1974: 20% a los 5 años. (26)

Un interesante estudio prospectivo realizado en Estados Unidos compara 145 mujeres, que se presentan sin antecedentes psiquiátricos previos, mastectomizadas, con un grupo de 90 mujeres que habían sufrido una colecistectomía, un grupo de 87 mujeres que habían sido biopsiadas por patología mamaria benigna y 90 mujeres sin ninguna patología.

De este estudio se desprende que las mujeres que habían padecido una mastectomía presentaban mayores desarreglos psíquicos que los demás grupos estudiados. Estos trastornos tenían una duración media de un año y no entrañaban ninguna secuela psiquiátrica grave para las mujeres sin antecedentes psiquiátricos previos; (Bloom y Cook, 1987). (27)

En 1989, Meyer y Aspagren, insisten sobre las posibles consecuencias psíquicas a los cinco años de la intervención. Persistiendo sobre todo la ansiedad con carácter recurrente. No hacen ninguna diferenciación entre las que son sometidas a tumorectomía y las mastectomizadas. (28, 29)

Beckman y cols., (1983) (30) describen como elementos clinicos que aparecen en el estado depresivo de estas pacientes:

- Alteración de la imagen corporal.
- Descenso de la libido en un 36% de los casos de mastectomia y solamente en un 8% de tumorectomias.
- Aislamiento, encerrarse en ellas mismas.
- Ideas de suicidio.
- Convicción de incapacidad para sentir placer: Aparece en un 82% de los casos de mastectomia, mientras que no aparece en las tumorectomizadas.
- Dificultades para reemprender la vida sexual.
- Los temores y miedos ante el futuro son parecidos en ambos grupos: El 64% en las mastectomizadas y el 56% en las tumorectomizadas. (31)

1.3: FACTORES ASOCIADOS AL PROCESO NEOPLASICO EN  
PACIENTES COLOSTOMIZADOS:

La colostomia es una abertura del colon que desempeña algunas funciones de ano o todas ellas. La intervención quirúrgica se realiza con el fin de solucionar una lesión obstructiva, de perforación o cualquier situación en la que se deba solucionar un problema de evacuación.

Su finalidad puede ser la de substituir el ano como abertura distal del tubo digestivo. en otras ocasiones será para desviar los restos fecales de algún proceso patológico, como puede ser una perforación. Finalmente, permite lograr descompresiones en caso de obstrucción.

Por regla general, las colostomias se realizan a nivel de pared abdominal anterior. El tipo de colostomia utilizada por el cirujano depende del fin perseguido. (32, 33).

Se lleva a cabo la colostomia permanente para substituir el ano cuando es preciso extirpar este, junto con el recto.

Normalmente, la colostomia debe ser única, para facilitar la higiene, dar paso a las materias fecales forma-

das, y encontrarse en un lugar de fácil acceso para el paciente, para facilitar la limpieza, que la bolsa sea de fácil adaptación y que sea lo menos incomoda posible.

Una colostomia terminal es la que tiene un solo orificio y solo se exterioriza la porción proxima del colon. El acto de la defecación exige una sensibilidad normal dentro del recto, dominio de la relajación y contracción de los esfinteres, lo que debe tenerse muy en cuenta al planear las resecciones de colon, a fin de poder conservar la continencia, por los problemas de todo tipo que plantea, pero muy especialmente en el plano psicológico.

#### 1.3.1: Frecuencia:

La frecuencia del cáncer de colon y recto, estudiado por sexos, realizado por la "American Cancer Society" en 1971, daba una relación de 11 % en Hombre y 13 % en mujeres, lo que suponía en E.E.U.U. que el cáncer de recto y colon afectaría a 75.000 nuevos pacientes y causaría 46.000 muertes en el año que fue realizado el estudio.

(36)

### 1.3.2: Edad:

Aunque el cáncer de colon es una enfermedad de ancianos, puede darse en cualquier edad, que va de los 10 (con muy baja incidencia) a los noventa años, siendo el máximo de incidencia de los 65 a los 75 años, según estudios realizados por De Floyd, C.E., Stirling y Cohn sobre 1687 pacientes, en 1966. (37)

Como sintoma señal,: "Cualquier cambio del ritmo de evacuaciones en una persona mayor de 40 años debe ser investigada".

### 1.3.3: Factores psicológicos y psiquiátricos:

Como en todo tipo de cirugía, los problemas psicológicos y psiquiátricos en cirugía digestiva son aliados de la hospitalización, de la anestesia y del acto quirúrgico, pero dependen también de la patología propia del aparato digestivo.

Debido a sus funciones (alimentación, defecación), que son muy pronto asumidas libinalmente; su actividad motriz y secretora se ve ampliamente influenciada por el sistema nervioso, (Bonfils), lo que puede, al menos parcialmente, explicar el aspecto psicossomático de las diver-

sas afecciones; encontramos también que la bilis y las vías biliares, son referencia de numerosas representaciones simbólicas y culturales. (38)

Sabemos bien que la preparación psicológica ante una intervención quirúrgica y sus consecuencias posteriores puede ser eficazmente asumida por profesionales del equipo quirúrgico (Strain). Cualquiera que haya intervenido directamente en los preparativos y cuidados del paciente: anestesista, cirujano, enfermeras. (39)

Diferentes trabajos sugieren que una preparación psicológica a la cirugía, (considerada en general), mejora el bienestar moral e igualmente el psíquico, y reduce el riesgo de accidentes psiquiátricos postoperatorios., (Milano y Kornfeld). (40) Si la "Psicoterapia del cirujano", comporta forzosamente una sugestión, ("el enfermo no sabe lo que tiene, lo ve en la mirada de su cirujano"): (Coldefy, (41), Cirujano que ha trabajado mucho en la colaboración con los psiquiatras) , el enfermo debe ser claramente informado y debe sentirse libre para expresar sus temores y su ansiedad.

La idea de enfermedad psicosomática, que da menos síntomas psiquiátricos que somáticos, debe ser tenida en cuenta en los servicios de cirugía, pues en ocasiones evitarían alguna intervención quirúrgica.

En la cirugía digestiva, si es precisa una colostomía temporal, es generalmente bien aceptada. Sin embargo esta aceptación cambia radicalmente si se trata de una colostomía definitiva.

Miedo, temor, repugnancia, sentimientos de desvalorización, son el origen de frecuentes depresiones, además del miedo subyacente que se acompaña siempre al temor de un cáncer.

Sin embargo, la amputación del recto, o colon y la colostomía definitiva, suele ser el camino obligatorio para la curación, los pacientes acaban por aceptarla y adaptarse, siendo de gran ayuda en muchas ocasiones la colaboración del personal médico y de enfermería.

Cuando la indicación operatoria puede ser discutida, el cirujano puede tener la incertidumbre entre una cirugía radical o una de conservadora. Durante este periodo de reflexión, cabe la posibilidad de intervención del psiquiatra, ante la posibilidad de una psicoterapia, que puede modificar la evolución posterior y facilitar la aceptación ulterior de la cirugía (Bonfils). (38)

Pero habitualmente, cuando los pacientes ingresan en el hospital pasan al servicio de cirugía, con carácter de urgencia y esta ayuda debe plantearse más en el postoperatorio ya que el riesgo de depresión es innegable. Algunos enfermos entran en un estado regresivo: postración, incontinencia, dependencia absoluta para la alimentación. En estos casos, el psiquiatra puede tener algo que decir y es el más favorable para que intervenga y de una salida al estado anímico del paciente.

La discordancia entre los planteamientos del paciente y las constataciones objetivas del cirujano pueden conducir a solicitar la interconsulta del psiquiatra, tratar la hipocondría puede evitar intervenciones inútiles, que en el fondo agravan la neurosis.

Los temores, que amenudo no son expresados más que por alusiones, permanecen subyacentes, la anestesia, el acto quirúrgico, en ocasiones referido a la cirugía intestinal y a sus secuelas particularmente a la eventualidad de un ano artificial.

#### 1.3.4: Alteraciones Psicológicas y Sexuales:

Sobre si la ansiedad puede influir en la evolución del post-operatorio: muchos autores han investigado y dan respuesta a esta cuestión, (Coldefy, Milano y Kornfeld) (41, 42), ciertamente, se constata que la aparición de una ansiedad importante no tenía un valor peyorativo que expusiera a problemas psiquiátricos postoperatorios graves (Weis) (42). Se ha observado en las resecciones abdominales perineales dos veces más complicaciones postoperatorias mayores que en los que presentan estados muy ansiosos, (Godzilov). (43) Parece lógico desde el punto de vista del psiquiatra, que los pacientes exageradamente ansiosos responden mejor que los que manifiestan un estado de abatimiento. Desgraciadamente la amputación del recto comporta también un riesgo mayor de impotencia, (alrededor del 40 % de impotencias orgánicas a las cuales se asocian las impotencias psicológicas).

Luchando contra los sentimientos de desvalorización, la tendencia a encerrarse en si mismo, a la pasividad...

Las dudas habituales sobre la actitud de la pareja, del conyuge, los temores muy angustiantes de ser rechazado, desconsiderado, deben conducir a los terapeutas a implicarse en las prisas de las decisiones, a esmerar cuidados; en efecto, una actitud muy distantes de una parte debe ser considerada como un factor de riesgo para una adaptación posterior.

Las creencias, a proposito del rol de la sexualidad en el futuro de la evolución de la enfermedad, siempre contaminadas de connotaciones morales, conducen muy amenudo a actitudes irracionales por parte de los pacientes y de sus conyuges: culpabilidad, o miedo a contagiarse por la relación física,... (45)

#### 1.4: CANCER Y SEXUALIDAD:

Las dificultades sexuales son frecuentes en la progresión de la enfermedad y en los tratamientos, tanto en lo que hace a la importancia de la patología orgánica como a los aspectos psicológicos. Ellos constituyen el 8 % de las demandas de consulta en psicooncología. (44)

La sexualidad es la expresión más íntima de la nueva relación consigo mismo y con los demás, que por sus características siempre ambivalentes, conflictuales, puede ser reducida de un criterio de calidad de readaptación a una preocupación de reparación de secuelas. Su abordaje en el curso de la relación implica una comprensión atenta de la evolución psicológica de los pacientes. Son ellos mismos los que a menudo se quedan sorprendidos de la severidad de tales repercusiones, teniendo tendencia en los primeros momentos a banalizar, esto no es que en una etapa posterior no vayan a evocar. Por ello, discutir precozmente las posibles dificultades reencontradas, suscita demandas de información en las primeras fases del tratamiento, lo que facilita según numerosos autores a insistir sobre mecanismos tales como la dimensión de la vida, la energía, la apertura a una sexualidad simbólica.

#### 1.4.1: Mastectomia y sexualidad:

Más de 50 % de los tumores en los órganos genitales en la mujer son de causa mamaria. La importancia de las repercusiones sobre la sexualidad en el cáncer de mama determinan un rol importante de este órgano, que se ve y que se muestra en la constitución de la imagen corporal, de la identidad femenina. Su extirpación es siempre una ofensa narcisista severa vivida a menudo en los primeros momentos con un sentimiento de irrealidad, de discreta despersonalización, inhibiendo todo contacto. A pesar de la evolución de los protocolos terapéuticos, que permiten a menudo conservar la mama haciendo posible una reconstrucción, la prevalencia de trastornos es importante, (30 % a 50 %). (28, 29)

La incidencia depende del estatus sociofamiliar, (personas aisladas, de nivel sociocultural modesto), de los antecedentes, (dificultades sexuales preexistentes), de la edad, (más en jóvenes). (46, 47)

La comparación por grupos, estadísticamente, aparecen entre mastectomizadas y tumorectomizadas, mostrando una mejor imagen de su cuerpo, una mayor facilidad en el vestir, y en las relaciones íntimas en las tumorectomiza-

das, pero no hay ninguna diferencia significativa en las tasas de prevalencia de dificultades sexuales con las mastectomizadas. (48, 49)

Hay sobre todo una ausencia de deseo sexual, y un espaciamiento muy importante en las relaciones sexuales. Más de la mitad de las pacientes reinician bastante pronto una vida sexual, incluso durante la fase de los tratamientos, pero los problemas no mejoran con el tiempo, y las que no han recuperado el deseo sexual en los inicios, permanecerán con problemas a pesar del paso del tiempo. (47)

Los efectos de la quimioterapia que pueden ir asociados a un tratamiento quirúrgico, representan una agresión suplementaria, tanto por lo que supone a la imagen depauperada del cuerpo: Alopecia, (la cual es más traumatizante aún que la pérdida de la mama por más de una 40 % de las mujeres), pérdida de peso, fatiga, náuseas que persisten en los periodos de intercuras, así como por los trastornos hormonales.

La radioterapia suele ser más soportable debido en parte a la gran fatigabilidad de la paciente durante el tratamiento.

#### 1.4.2: Colostomia y sexualidad:

El único tratamiento aceptable para el Cáncer de Colon es el quirúrgico, lo más pronto posible una vez establecido el diagnóstico. Si la lesión causa obstrucción, puede ser necesario aliviar esta antes de realizar la operación definitiva, según diversos factores condicionantes.

Un problema grave, desde el punto de vista psíquico, suele plantearse en las intervenciones que impliquen disección en la pelvis, dado que producen frecuentemente ciertos trastornos urinarios y sexuales. Casi siempre existe cierta dificultad para la micción en el postoperatorio inmediato. Algunos hombres, nunca se reponen completamente de estos problemas de micción, y necesitan una prostectomía secundaria. (50)

En el hombre, la resección abdominoperitoneal con disección pélvica, suele ir acompañada de trastornos de erección, eyaculación o de ambas. Todos los pacientes de sexo masculino deben ser advertidos de ello, y dichas consecuencias deben ser expuestas con detalle antes de la intervención, principalmente si el paciente es joven, por los problemas psíquicos que ello con toda probabilidad va

a conllevar. (51)

En el postoperatorio inmediato, en ocasiones no se suelen calibrar las consecuencias de dicha intervención, simplemente el paciente se preocupa por su recuperación, pero progresivamente van apareciendo los trastornos funcionales, (dificultades de incontinencia fecal, problemas de higiene personal, no aceptación del esquema corporal, etc), que repercutiran en su estado animico y comportaran trastornos de ansiedad y depresión precisando en muchas ocasiones apoyo psicológico. (51, 52, 53)

1.5: ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA RELACION MEDICO -  
SANITARIA Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO:

Los pacientes que han sufrido un cambio de imagen como consecuencia de una intervención quirúrgica para extirpar un proceso neoplásico, precisan en la mayoría de los casos un soporte Psicológico en el que debe implicarse todo el personal sanitario que esta relacion con el paciente.

Para aportar este tipo de apoyo debemos tener en cuenta una serie de puntos:

1º El Médico y personal Sanitario debe aceptar implicarse personalmente en la relación; con frecuencia nos olvidamos de que no es solamente el paciente el que traza ante nosotros sus mecanismos de defensa, sino que somos también los que interponemos los nuestros en relación con el paciente.

Evitamos profundizar en sus problemas para que no pregunte demasiado, y no sepamos que contestarle; nos defendemos.

2º Saber escuchar, que no es lo mismo que no dejar de hacer preguntas.

3º Reflexionar, buscando evitar la adopción de actitudes repetitivas y rígidas;

Ello permite situar al paciente frente a sus conflictos y encontrar ayudandolo, las directrices más adecuadas dentro de su personalidad.

4º Objetivar la demanda real del paciente para poder responder a ella. Saber lo que nos pregunta y lo que quiere saber.

5º Todo paciente tiene derecho a ser informado de su enfermedad, del diagnóstico y de la gravedad de la misma, pero: "En un estado de libertades, también tiene derecho a la ignorancia". La experiencia y el "saber hacer" del médico le permitira averiguar lo que es más adecuado en cada caso, según el paciente.

La intervención debe basarse en un esquema de psicoterapia breve, buscando los objetivos en la recuperación del autoestima, y la corrección de ideas equivocadas sobre el pasado y el presente; Se trata de integrar la enfermedad actual en la vida cotidiana, considerando las nuevas limitaciones surgidas y las limitaciones en los proyectos vitales que el paciente pueda tener, (lo que va a poder hacer o no sin miedo). Debe darse preferencia al fortalecimiento del pasado, y a movilizar los recursos internos. En todo este tratamiento es esencial el apoyo familiar.

Las intervenciones psicológicas son eficaces para incrementar la calidad de vida del paciente, ya que aumentan los mecanismos de: Afrontamiento, ajuste y adaptación. Deben iniciarse precozmente con el personal de enfermería. Es lo que se conoce como Empatía Primaria. Se inicia entre los pacientes y el personal de enfermería por lo que los pacientes perciben y escuchan desde las primeras intervenciones asistenciales y durante todo el curso de la atención de su enfermedad. A veces hablamos sin darnos cuenta de que el paciente nos escucha, y ello puede afectarle, pues él elabora lo que oye.

Aparte del apoyo que se pueda dar de forma individualizada, se preconiza las psicoterapias grupales, e incluso los grupos de autoayuda, (Hyttén y Kaana, 1992).

En el aspecto laboral, lo importante es mantener el empleo durante el tratamiento y después del mismo, muy importante para su recuperación y para mantener su rol social.

Algo que se olvida muy a menudo y que es para muchos pacientes un punto de apoyo muy importante, es el aspecto espiritual. Trabajos realizados por Releigh, (1992), sobre las fuentes de la esperanza, amigos y creencias religio-

sas, especifican que la esperanza, es una estrategia importante en estos pacientes.

Estudios realizados por Halttunen y Hietanen (1992) en mastectomizadas, revelan que:

- En el 50 % de ellas habian temores y pensamientos de recaidas.
- El 70 % pensaban que estaban curadas del cáncer.
- El 50 % admitian que el cáncer de mama les habia modificado sus pensamientos en el sentido de más madurez.
- Habia menos ideación de recivida en las que habian o iban asistiendo a terapias psicológicas grupales, tras la intervención, y se encontraban menos deprimidas.
- El grupo de las que se sentian curadas habia tenido menos limitaciones por la mastectomia y pertenecian a clases sociales más elevadas y mejor informadas.

Las mujeres intervenidas de cáncer de mama, tras 4-13 meses de seguimiento, relataban que el hecho de vivir junto a su pareja les da más protección contra los problemas psicosociales, así como el mantener una actividad laboral o trabajo remunerado, y si además la técnica quirúrgica ha sido conservadora, también les ayuda a tener una mejor calidad de vida.

La mayoría de los pacientes tienen posibilidades de una curación física, pero la mayoría de estos supervivientes quedan afectados por lo que se ha dado en llamar el Síndrome de Damocles que nos lleva a una alerta ansiosa por miedo a posibles recaídas.

Un tratamiento psiquiátrico adecuado, puede mejorar la calidad de vida del paciente y ayudarlo a superar este estado Ansioso-Depresivo que presenta.

En el 57 % aproximadamente de pacientes con procesos oncológicos que han sido candidatos a mutilaciones, se aprecia un componente ansioso-depresivo que puede ser tratado, lo que ayuda a la recuperación tanto física como psíquica del paciente. Se ha comprobado que estos pacientes oncológicos sometidos a tratamiento psiquiátrico disponen de más defensas para combatir la enfermedad.

Finalmente, recordar que hay una serie de productos farmacológicos, utilizados en oncología como son: la Vincristina, la Vinblastina, la Procarbacin, la Anfotericina, El Interferon, La L-Asparaginasa, los Glucocorticoides, La Prednisona, la Dexametasona, etc., que provocan depresiones yatrogenicas, que remiten al suspender o rebajar la medicación.

En la mayor parte de las ocasiones del apoyo psicológico individualizado, y de intervenciones psicoterapéuticas puntuales, hay que recurrir al soporte psicofarmacológico, con ansiolíticos y/o antidepresivos para ayudar a remontar el cuadro ansioso y/o depresivo y facilitar la readaptación del paciente a su nueva situación.

# CAPITULO 2

2 - FINALIDADES

Y

OBJETIVOS.

## 2: FINALIDADES Y OBJETIVOS:

### 2.1: FINALIDADES:

Durante los últimos diez años, ha habido un aumento de las interconsultas hospitalarias solicitadas por el Servicio de Cirujía, y más recientemente (cinco años, por la Sección de Oncología), haciéndose constar en ellas, los estados de ansiedad, con toda sintomatología acompañante, y los "trastornos ansioso-depresivos", que se acompañaban a las consecuencias del tratamiento a que había sido sometido el paciente, (exeresis, quimioterapia, radioterapia, etc).

Por otra parte muchos de estos pacientes, en el postoperatorio a corto y medio plazo presentaban una sintomatología que les hacía candidatos a las consultas de Psiquiatría.

En los casos en que había una recidiva o recaída de la patología motivo de la intervención, esta sintomatología se hacía mucho más acusada y los síntomas eran mucho más manifiestos.

Aunque se constata con frecuencia que no todos los pacientes presentan ni la misma sintomatología ni las mismas respuestas ante situaciones o actuaciones quirúrgicas parecidas.

Por todo ello se propone hacer un estudio sobre una serie de factores que pueden predisponer a que el paciente responda de una forma o de otra ante situaciones que suponen un cambio radical en su forma de vida, en el cambio de su esquema corporal, y en ocasiones en las formas de relación con los demás, con el trabajo, la familia, y demás hábitos adquiridos.

Valorar la incidencia de la patología quirúrgica que supone cambios sustanciales en el esquema corporal de la población general, estudiando un grupo heterogeneo de pacientes mastectomizadas y colostomizados, por las consecuencias que supone la aceptación de sus dificultades estéticas y funcionales.

## 2.2: OBJETIVOS:

1/ Hacer un estudio descriptivo por: sexo, edades, estado civil, profesión e intervención quirúrgica.

2/ Estudio de la Ansiedad y Depresión que supone la intervención antes de practicada esta y estudio comparativo posterior, una vez el paciente es consciente de su nueva situación en el postoperatorio.

3/ Hacer un estudio individualizado de cada paciente en relación al clima social en el entorno familiar, en cuanto a su grado de: Relación, Desarrollo y Estabilidad emocional, valorando todo ello en un total de 10 parámetros, y todo lo que ello supone con vista a su autoaceptación y la aceptación por el entorno familiar.

4/ Con este estudio se pretende también determinar dentro del grupo heterogeneo de pacientes somáticos, los que pudieran presentar una patología psiquiátrica previa frente a los psíquicamente normales. (Cuestionario de Salud General de Golberg). (G.H.Q. 28 Items).

5/ A partir de la Escala de Newcatsle, valorar el Índice de Ansiedad / Depresión, y la posible psicopatología depresiva endógena existente en el grupo de pacientes del grupo experimental intervenidos quirúrgicamente.

6/ Tratar de detectar pacientes con trastornos somatomorfos graves, que de alguna forma la intervención quirúrgica haría más manifiesta la sintomatología.

Valorar en un grupo heterogeneo de pacientes la baja incidencia de trastornos Somatomorfes graves, (Síndrome de Briquet) y valorar su incidencia en el sexo femenino.

7/ Valorar si la Depresión pre-quirúrgica por la Escala de Hamilton de Depresión, es menor que la post-quirúrgica, dado que el factor intervención, y la evolución del postoperatorio, hacen que se inicie un proceso de raciocinio y elaboración de las consecuencias de la operación en cuanto a incapacidades tanto físicas como sociales y de relación con el entorno.

8/ Valorar el grado de Ansiedad del paciente, en su vida normal y la que pueda desencadenar la patología quirúrgica motivo de la intervención, comparando el grado de aumento de dicha ansiedad antes y después de la intervención.

9/ Hacer un estudio comparativo de la Ansiedad pre y postquirúrgica de los pacientes motivo del estudio, (mastectomizadas y colostomizados), con un grupo Control de pacientes quirúrgicos candidatos a cirugía general, en los que su esquema corporal y estética no se modifican. (o

incluso mejora, así como su calidad de vida posterior), tratando de demostrar, que el primer grupo, motivo de estudio, presenta mayor grado de ansiedad e inestabilidad psíquica.

10/ Otro objetivo de partida es tratar de demostrar que no hay diferencia significativa en lo que a Niveles de Depresión y Ansiedad se refiere, (medidos con las Escalas de Hamilton de Depresión y Ansiedad y STAI de Ansiedad), respecto al tipo de Intervención Quirúrgica, es decir, que las Mastectomias y las Os/Colostomias, no se diferencian entre ellas en cuanto a estas variables, (Depresión y Ansiedad). Según esta Hipotesis, se trataría de dos grupos en este sentido, homogéneos, en el preoperatorio.

11) Se trata de demostrar que la Depresión y la Ansiedad postoperatorias varían una vez realizada la intervención quirúrgica en el sentido de que ambos parámetros experimentan un aumento.

Se determina dicha hipótesis a partir de los resultados obtenidos de la valoración de las Escalas de Hamilton de Depresión y Ansiedad y STAI, haciendo el Estudio comparativo de los resultados del pre y post operatorio inmediato.

12) Demostrar si la relación Depresión / Ansiedad en el preoperatorio con respecto al Post-operatorio inmediato, aumentan.

Valorar a partir de los resultados de la Escala de Hamilton de ansiedad y Depresión post-quirúrgica, la relación en cuanto a progresión en dichas patologías:

Se trata de valorar si hay un paralelismo ascendente en ambos parametros o si por lo contrario hay diferente desarrollo evolutivo en la intensidad de aparición de la Ansiedad y de la Depresión, dado que se rigen por factores etiopatogénicos diferentes.

# CAPITULO 3

3 - MATERIAL

Y

METODOS.

### 3.1: POBLACION ESTUDIADA:

La muestra de población motivo de estudio, fue elegida entre un grupo heterogeneo de pacientes, candidatos a cirujia mamaria y abdominal, con resultado de os/colostomia.

Estos pacientes fueron seleccionados durante un año, entre octubre de 1993 a Septiembre de 1994, y fueron pacientes intervenidos en el Servicio de Cirujia del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida. El grupo control (pacientes intervenidos de cirujia general, en los que no quedaron secuelas postoperatorias visibles, ni invalidantes, e incluso mejoro su calidad de vida en el postoperatorio), fueron seleccionados y estudiados en el Servicio de Cirujia del Hospital de Sta. Maria de Lleida.

### 3.2: MUESTRA SELECCIONADA:

Los pacientes motivo de estudio fueron 64, considerandose dicha cifra lo suficientemente significativa porque, representan el 80 % del total de intervenciones quirúrgicas de mastectomizadas y colostomizados realizados en dicho Servicio desde octubre 1993 a Septiembre de 1994, según datos confirmados por el Servicio de Archivos cen-

trales del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

Del mismo modo, el grupo control fue de 41 pacientes, por considerarse significativa y una muestra lo suficientemente representativa, ya que en el periodo en que se estudio el grupo control se vieron el 85 % de los pacientes intervenidos de cirugía general. Según de los confirmados por el Servicio de Archivos del Hospital de Sta. Maria de Lleida.

### 3.3: TRABAJO DE CAMPO:

Todas estas escalas fueron administradas por el mismo examinador, (el que suscribe este trabajo), pues según estudios de fiabilidad realizados por Lobo y Cols. (1981); "Es precisa la adecuada supervisión del especialista para estos falsos positivos en la detección de psicopatología". (54, 55).

Se desprende que el factor subjetividad, puede distorsionar los resultados y las conclusiones finales. Pues en estudios realizados por dichos autores, se refleja que una vez concluidos estudios epidemiológicos sobre un grupo heterogeneo de población, para medir una determinada característica o patología utilizando las misma Escalas de

valoración a los mismos individuos, estas varían según el examinador sea:

Estudiante de Medicina, médico generalista, o Especialista en Psiquiatría. Así pues, para evitar este posible margen de error que distorsiona los resultados finales, todas las Escalas fueron pasadas por el mismo examinador, excepto algunas puntuales que pueden ser autoadministradas, en las que el paciente las constataba él solo y luego le eran recogidas.

En algunos casos, dada la edad y el nivel cultural del paciente, y dificultades de comprensión debía leersele las preguntas y él constataba sin influirle para nada en las respuestas que el mismo emitía.

#### **3.4: ENTREVISTA Y ESTUDIO PRE Y POST OPERATORIO:**

A estos pacientes se les entrevistó previamente, y se les explicó el porque del estudio, ofreciéndose voluntariamente a colaborar, respondiendo a los pertinentes estudios tanto en el pre como en el postoperatorio, durante la permanencia en el Servicio.

Una vez concluido el estudio y antes de iniciar la corrección y puntuación de las diferentes Escalas de valoración, se descartó a 4 pacientes: Uno por fallecer durante la intervención; otro fallecido en el postoperatorio inmediato; otro, porque su estado físico y psíquico hacía imposible el estudio, (89 años, demencia senil e hipoacusia bilateral); otra paciente, finalmente, fue descartada, porque a pesar de haberse realizado el estudio preoperatorio, y haber contestado las Escalas pretest, al ir a realizar el postoperatorio, había sido dada de alta hospitalaria y no se pudo contactar con ella.

Destacar también que tres pacientes (varones), se negaron a colaborar, haciendo patente su contrariedad ante la intervención, mostrándose irritables y verbalmente hostiles.

Descartados estos 7 pacientes de una muestra inicial de 70, quedaron 64 válidos para la realización del estudio que colaboraron eficazmente.

### 3.5: CUESTIONARIOS APLICADOS: (TEST PSICOLOGICOS):

Las diferentes Escalas de Valoración que les fueron administradas se les paso en el PRE y POST operatorio:

- LA ESCALA DE HAMILTON DE DEPRESION.
- LA ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD.
- STAI, CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO.

Las otras Escalas que a continuación se citan, fueron pasadas indistintamente en el PRE o en el POST operatorio, pues en principio, los resultados de dichas Escalas no varían, pues miden parametros al margen de la intervención quirúrgica; estas Escalas fueron:

- LA ESCALA DE CLIMA SOCIAL. FAMILIA, CON LAS SUBESCALAS:

- RELACIONES:

- Cohesión.
- Expresividad.
- Conflicto.

- DESARROLLO:

- Autonomía.
- Actuación.
- Intelectual-Cultural.
- Social-Recreativo.

- Moralidad-Religiosidad.
- ESTABILIDAD:
  - Organización.
  - Control.
- CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.  
(G.H.Q. 28 Items). (General Health Questionnaire).
- TEST DE EVALUACION DEL SINDROME DE BRIQUET.
- ESCALA DE NEWCASTLE.
- STAI. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD RASGO.

**CUESTIONARIOS APLICADOS: (ESCALAS DE VALORACION):**

Las Escalas Psicológicas utilizadas para la elaboración de este trabajo han sido:

**3.5.1: ESCALA DE HAMILTON DE DEPRESION:**

3.5.1.1: - La Escala de Hamilton. Depresión. PRE-TEST.

3.5.1.2: - La Escala de Hamilton. Depresión. POS-TEST.

3.5.2: ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD:

3.5.2.1: - La escala de Hamilton. Ansiedad.  
PRE-TEST.

3.5.2.2: - La escala de Hamilton. Ansiedad.  
POST-TEST.

3.5.3: LA ESCALA DE CLIMA SOCIAL. FAMILIA.  
SUBESCALAS:

3.5.3.1: - Relaciones:

3.5.3.1.1: - Cohesión.

3.5.3.1.2: - Expresividad.

3.5.3.1.3: - Conflicto.

3.5.3.2: - Desarrollo:

3.5.3.2.1: - Autonomía.

3.5.3.2.2: - Actuación.

3.5.3.2.3: - Intelectual-Cultural.

3.5.3.2.4: - Social - Recreativo.

3.5.3.2.5: - Moralidad - Religiosidad.

3.5.3.3: - ESTABILIDAD:

3.5.3.3.1: - Organización.

3.5.3.3.2: - Control.

3.5.4: - CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.  
(G.H.G. 28 Items). (General Health Questionnaire).

3.5.5: - TEST DE EVALUACION DEL SINDROME DE BRIQUET.

3.5.6: - ESCALA DE NEWCASTLE. (Ansiedad / depresión).

3.5.7: - STAI (STATE - TRAIT ANXIETY INVENTORY [SELF EVALUATION QUESTIONNAIRE]).

3.5.7.1: - Stai. Cuestionario de Ansiedad estado. PRE-TEST.

3.5.7.2: - Stai. Cuestionario de Ansiedad estado. POST-TEST.

3.5.7.3: - Stai. Cuestionario de Ansiedad Rasgo.

3.6: HOJA DE REGISTRO DE RESULTADOS Y DATOS:

Sexo:        1 Hombre        2 Mujer

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Intervención Quirúrgica: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

---

Hamilton Depresión Pre-Test:

Hamilton Depresión Post-Test:

Hamilton Ansiedad Pre-Test:

Hamilton Ansiedad Post-Test:

Clima Social (FES):

Cohesión:	Expresividad:
Conflicto:	Autonomía:
Actuación:	Intel-cultural:
Social-Rec:	Moralidad-R:
Organización:	Control:
Media: _____	

Golberg:

Newcastle:

Briquet: + = \_\_\_\_\_ %

- = \_\_\_\_\_ %        1 Si        0 No

Stai (Estado):

Pre-Test: puntuación = \_\_\_\_\_ = Centil: \_\_\_\_\_  
Post-Test: Puntuación = \_\_\_\_\_ = Centil: \_\_\_\_\_

Stai (Rasgo):

Stai: (grupo control):

Pre-Test: puntuación = \_\_\_\_\_ = Centil: \_\_\_\_\_  
Post-Test: Puntuación = \_\_\_\_\_ = Centil: \_\_\_\_\_

3.7: Codificación de los valores obtenidos:

Sexo: 1 Hombre  
2 Mujer

Estado civil: 1 Casados  
2 Solteros  
3 Viudos  
4 Separados

Intervención quirúrgica: 1 Mastectomía Izquierda.  
2 Mastectomía Derecha.  
3 Mastectomía Bilateral.  
4 Colostomía.  
5 Ostomía.

Situación laboral actual: 1 Se dedica exclusivamente a trabajos del hogar.  
2 Estudiante o escolar a tiempo completo.  
3 Busca trabajo o está en el paro.  
4 Incapacitado para el trabajo.  
5 Trabajo como asalariado.  
6 Trabajo por cuenta propia.  
7 Empresario con trabajadores a su cargo.  
8 Vive de rentas, dividendos, etc.  
9 Jubilado/a.  
10 Otros.

Patología: 0 No Patología  
1 Patología

### 3.8: DEFINICION DE ESCALAS:

3.8.1: LA ESCALA DE VALORACION PSQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION: se trata de un Cuestionario de los más utilizados. Puede autoadministrarse y permite que el clinico cuantifique la gravedad de los síntomas depresivos durante una entrevista con el paciente. (56, 57, 58)

La HAMILTON RATING SCALE, (HRSD), (60), (1960) o Escala de Depresión de Hamilton es muy sistemática en el examen de los signos neurovegetativos. (50, 60, 61). La Escala original estaba constituida por 21 Items, 17 de los cuales se utilizaban para la puntuación total, despues de una entrevista breve, (Hamilton 1960). (60, 61, 62).

El instrumento actual se ha desarrollado a partir de dos modificaciones del cuestionario original. Se añadieron los puntos de anclaje de cada uno de los Items. De los 17 Items originales, 9 tienen una Escala de puntuación del 0 al 4 y los restantes de 0 al 2. Además se añadieron 3 Items que evalúan la indefensión, la desesperación y la sensación de inutilidad.

Las Escalas de evaluación de Hamilton, presentan ciertas ventajas sobre las medidas de autoinforme.

La principal ventaja es su capacidad para evaluar para metros no cognitivos, como el retraso. Otra ventaja significativa, es que el anafabetismo y la fuerte desorganización severa del paciente, no interfieren en la evaluación, (59, 60)

Fiabilidad: La revisión de Hedlund y Vieweg (1979), ofrece la evaluación más completa de las propiedades psicometricas de la Escala de Hamilton. (64)

Schawab, Bialow y Holzer (1967), informaron de unas correlaciones Item-Escala total que oscilan entre 0,45 y 0,78. (65). Sin embargo, Bolwing, Kramp (1979) informaron de una correlación entre el Item y la mediana de 0,47 y un rango entre -0,02 y 0,81. (66, 67)

Los resultados de Endicott, Cohen, Nee, Fleiss y Sarantakos (1981), indican que la fiabilidad entre evaluadores puede estar por debajo de los 0,90. (68)

Validez: La revisión de Hedlund y Vieweg (1979), (64) ofreció unos resultados interesantes: La Escala mostró una validez concurrente adecuada para las puntuaciones de los clinicos.

Endicott y Cols., (1981), utilizan una puntuación de corte 18, para los pacientes hospitalizados, (el caso del trabajo experimental). (68). En cambio, para los pacientes ambulatorios, el punto de corte sería: 14 según trabajos de Sotsky y Glass, (1983). (70)

La Escala de Hamilton de Depresión, (1960, 1967), es la más utilizada. Su fiabilidad entre los evaluadores es muy alta y presenta evidencias importantes de una validez aceptable, aunque las investigaciones futuras sobre la fiabilidad, pueden mejorar la Escala. Como medida de intensidad de la depresión, también parece una elección excelente como complemento de una medida de autoinforme más orientada a factores de estado de ánimo.

**3.8.2: LA ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD,** consta de 14 items en los que se valora la sintomatología neurovegetativa, valorando cada item con una puntuación que va de 0 a 4 según el grado o intensidad de la sintomatología manifestada.

En 1959, Hamilton diseñó una Escala de valoración Psiquiátrica cuyo objetivo era facilitar el estudio y el tratamiento de los pacientes, así como para servir de instrumento fiable para probar la mejoría de los mismos.

Muestra las respuestas subjetivas del paciente a cierto grado de ansiedad. La Escala se pasa en un estadio inicial y a la semana se repite. Los Items valoran tanto los síntomas físicos como los síntomas emocionales de ansiedad valorados de leves a graves, según la incapacitación que producen. Para algunos psiquiatras, la Escala mejora la relación médico/paciente, mientras que otros creen que el uso de este instrumento es trivializado .  
(73)

El estudio de casos concretos es útil para poner de manifiesto la complejidad y los intrincados problemas que encuentra el clínico.

El punto de corte para los pacientes hospitalizados es 12. La validación de la Escala ha sido estudiada por Wise en el Wliford Hall Medical Center de la base de la Fuerza Aerea de Lackland, San Antonio, Texas, (1967), en veteranos de la Guerra del Vietnam. (74, 74)

Quantificar el grado de sintomatología es útil para el paciente y también para seguir la evolución sintomática en el curso de la evolución de una enfermedad. También es útil para evaluar el grado de ansiedad en un paciente concreto con objetivos de investigación o terapéuticos.

**3.8.3: LA ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN FAMILIA:**  
("The Social Climate Scales: Family, Work"):

Fue diseñado y elaborado en el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California), bajo la dirección de R.H. Moos. (76, 77, 78)

Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. (79, 80, 81)

Esta escala está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

- RELACIONES.
- DESARROLLO.
- ESTABILIDAD.

**3.8.3.1: Las RELACIONES:**

Las Relaciones, es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Esta integrada por tres subescalas:

3.8.3.1.1: **COHESION:** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí.

3.8.3.1.2: **EXPRESIVIDAD:** Grado en que se permite y se anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

3.8.3.1.3: **CONFLICTO:** Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

3.8.3.2: **EL DESARROLLO:** Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no por la vida en común. Esta dimensión comprende las Subescalas de:

3.8.3.2.1: **AUTONOMIA:** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.

3.8.3.2.2: **ACTUACION:** Grado en que las actividades (trabajo), se enmarcan en una estructura orientada o competitiva.

3.8.3.2.3: **INTELECTUAL-CULTURAL:** Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.

3.8.3.2.4: **SOCIAL-RECREATIVO:** Grado de participación en este tipo de actividades.

3.8.3.2.5: **MORALIDAD-RELIGIOSIDAD:** Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

3.8.3.3: Finalmente, la dimensión **ESTABILIDAD**, proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos Subescalas:

3.8.3.3.1: **ORGANIZACION:** La importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

3.8.3.3.2: **CONTROL:** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a las reglas y procedimientos establecidos.

3.8.4: EL "CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL": G.H.Q.-28 ITEMS: fue publicado por D.P. Goldberg en 1972; se trata de un sencillo cuestionario, que sirve para detectar "casos" psiquiátricos entre los pacientes que padecen alguna enfermedad somática, entre la población general. (82, 83, 84)

Se refiere sobre todo a trastornos afectivo/emocionales, angustia y/o depresión, sirviendo para discriminar entre quienes subjetivamente se encuentren bien y aquellos que tienen malestar psíquico significativo. (85, 86, 87)

En el estudio de los 64 pacientes, se ha utilizado el GHQ de 28 Items adaptado por Lobo y Colabs, (1981, 1986), que tiene las ventajas: (88, 89)

1 - Requiere tiempo mínimo de 3 a 5 minutos.

2 - Contiene, además de la valoración global, cuatro escalas que proporcionan información adicional. Estas Subescalas son:

3.8.4.1: Escala A: Síntomas somáticos de origen Psicológico.

3.8.4.2: Escala B: Angustia/Ansiedad.

3.8.4.3: Escala C: "Disfunción Social", (En sus actividades diarias).

#### 3.8.4.4: Escala D: Depresión.

Para la aplicación y la interpretación del GHQ-28 Items, el paciente tiene que contestar todas y cada una de las preguntas subrayado o rodeado con un círculo la respuesta que mejor se adapte a su estado psíquico. Si el paciente tiene una cultura media, se lo autoadministra, sino es así y si tienen dificultades de comprensión, (edad, analfabetos, etc), se les puede ayudar a completarlo, procurando no influir en las respuestas.

La interpretación es sencilla y automática. En cada una de las subescalas se cuenta el número de respuestas en cada una de las dos columnas de la derecha subrayadas o rodeadas con un círculo, desechando las dos columnas de la izquierda; se anotan y se suman para dar la puntuación total.

El punto de corte o umbral "caso probable"/"Probable normal" se ha fijado en este estudio al nivel 6/7, porque en este caso concreto se pretende estudiar en la muestra, la prevalencia total de los trastornos psíquicos, produciéndose el mínimo porcentaje de "mal clasificados", (15%), además se obtiene la máxima "especificidad" y el menor número de "falsos positivos". (89)

Se utiliza el punto de corte 6/7, porque como se hace referencia, es el que menor número de "falsos positivos", nos da, ya que hay que hacer la observación, de que tienden a aumentar los "Falsos Positivos":

- Las enfermedades somáticas graves, probablemente por el malestar general que crean; Puntajes altos en la Subescala A, pueden hacer sospechar esa situación. A pesar de ello: se han observado buenos índices de validez en pacientes oncológicos, (Lobo A.; Folstein M.F., 1984). (54, 55).

- El dolor físico o somático, aunque no coexista un trastorno psíquico.

- Stress o adversidades recientes.

- Problemática social grave: Se ha observado sobre todo en amas de casa de bajo nivel social y fuertes responsabilidades domésticas; se ve también en trabajadores en paro.

- Alteración Cerebral, por lesión o disfunción metabólica. Debido en parte al déficit cognoscitivo, que les impide una correcta interpretación de las instrucciones.

- Situaciones especiales: Simulación, exageración, como forma de manifestar descontento o frustración.

### 3.8.5: La ESCALA DE NEWCASTLE:

Estudia diferentes parametros para determinar los transtornos ansioso-depresivos de un grupo de población sometida a una serie de cambios motivados por factores sociales, ambientales y por patologias o enfermedades sobreañadidas. (90)

Estos parametros son: (91, 92).

- Personalidad adecuada: Sujetos sin historia de episodios neuróticos crónicos incapacitantes o una importante desadaptación social.

- Ausencia de Psicogénesis: No hay estres psicológico ni problemática que persista tras la aparición de los sintomas y pueda explicar la perpetuación de los mismos.

- Calidad distinta del humor: El humor es distinto del que presentan habitualmente ante circunstancias adversas.

- Perdida de peso mayor de 3 Kgs.

- Presencia de episodio depresivo previo.

- Actividad Psicomotora depresiva.

- Ansiedad.

- Delirios Nihilisticos: Delirios de condenación y destrucción inminente, descompensación orgánica o de ruina del paciente y/o de la familia.

- Culpabilizar a otras personas.
- Sentimientos de culpa.
- Fenómenos compulsivos:
  - Marcados.
  - Leves.
  - Ninguno.
- Humor Deprimido:
  - Severo.
  - Leve/Moderado.
  - Ninguno.
- Despertar precoz:
  - Si.
  - No.
- Tendencias suicidas:
  - Intentos.
  - Ideas.
  - Ninguna.
- Retardo:
  - Si.
  - No.

Montgomery examinó la validez de la Escala de Newcastle en pacientes con depresión severa y junto con Gurney y Cols., coinciden en el valor diagnóstico de la Escala de New-castle. (94, 95, 96, 97)

Estos parámetros han sido utilizados en investigaciones con grupos de pacientes neuróticos y en depresivos endógenos, y posteriormente se han hecho estudios comparativos con la Escala de Hamilton de Depresión y ansiedad y se concluye que los resultados y las conclusiones diagnósticas son parecidas sin pérdida de validez evidente. (98)

#### 3.8.6: Evaluación del SÍNDROME DE BRIQUET:

El concepto de Histeria no ha sido aceptado como término diagnóstico en el DSM-III, pero muchos de sus componentes están en el DSM-III-R, en la sección de trastornos somatomorfos la cual incluye, la somatización, la conversión y los trastornos de dolor somatomorfo, así como la hipocondría. (98, 99, 100)

Los criterios del DSM-III-R del trastorno somatomorfo son una versión corta y simplificada del criterio para el Síndrome de Briquet, un término acuñado por Samuel Guze y cols. en la Universidad de Washington, (Guze 1970). (102)

Dichos autores intentaron delimitar un Síndrome con múltiples quejas sin una base orgánica demostrable y evitar las confusiones y connotaciones peyorativas del término histeria.

Revisando los diferentes estudios sobre el Síndrome de Briquet vemos que hay un gran solapamiento entre este y el trastorno de somatización, pero que cuando se cumplen los criterios de Briquet, son de mayor gravedad y más homogéneos. La prevalencia del síndrome de Briquet en los familiares femeninos de primer grado es de un 7,7 % en comparación con el 2,5 % obtenido por Cloninger et al. (1986) en el grupo control. (101)

La conexión entre Síndrome de Briquet y el trastorno antisocial de la personalidad fue reconocido por primera vez, gracias a la coincidencia de ambos trastornos en muchas muestras, especialmente en el de las mujeres. Los estudios de familias repetidamente han mostrado de forma consistente dicha relación, hallando el Síndrome de Briquet entre los familiares femeninos, (ya fueran hombres o mujeres), sociópatas o criminales, y también mediante el hallazgo de índices elevados de sociopatía entre los familiares de primer grado de los sujetos con Síndrome de Briquet. (103)

Hay varios estudios realizados por Cloninger et al. (1975), el cual ordenaba el Síndrome de Briquet en las mujeres, la sociopatía en el hombre y la sociopatía en la mujer, como expresiones de severidad ascendente.

Un componente genético, siempre se ha confirmado en los trabajos sobre el tema, (Crowe 1974; Hutchings y Mednick 1975, Cadoret et al. 1985). (104, 105, 106) El estudio más amplio hasta ahora es el realizado por Bohman et al. 1981) (107), en el que delimito dos tipos de delincuencia: Una estaba asociada al alcoholismo y era más violenta y la otra estaba asociada a delitos domésticos, y era causada por una predisposición genética, así como factores ambientales que eran distintos para cada sexo.

3.8.7: El "State-Trait Anxiety Inventory, (Self Evaluation Questionnaire)", más conocido como "STAI", cuyos autores son C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene de Palo Alto, (California). Tiene una duración para ser contestado, de 15 minutos. (108, 109)

Su campo de aplicación es para adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados de Cuestionario.

Tipificación: Para población general de adultos, e información estadística de grupos clínicos.

Una primera versión del cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, (STAI), esta descrita y evaluada en la obra de Levitt, (1967); en un capítulo dedicado a la ansiedad, el autor compara y contrasta el Stai con otros instrumentos psicológicos desarrollados para medir esta variable.

El cuestionario STAI, comprende escalas separadas de auto-evaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como Estado (E) y como Rasgo (R). Aunque inicialmente fué ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos "normales", (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos en pacientes tanto normales como en pacientes de diversos grupos clínicos. (112)

3.8.7.1: La ansiedad Estado (A/E) esta conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por la hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. (113)

3.8.7.2: La ansiedad Rasgo, (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad Estado (A/E). Como un concepto psicológico, la A/R posee características similares a lo que Atkinson llama "motivos", (esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación), y que Cambell alude como "disposiciones comportamentales adquiridas", (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas tendencias de respuesta vinculada al objeto).

En general, los sujetos A/R +, (con mayor ansiedad Rasgo), presentarán una A/E + (mayor ansiedad estado) que los sujetos A/R -, porque los A/R +, ven muchas más situaciones amenazadoras. Por lo tanto, los A/R + son más propensos a responder con un aumento de A/E en situaciones de relaciones interpersonales que impliquen alguna amenaza a su autoestima, (por ejemplo, enfrentarse a una enfermedad o intervención difícil o novedosa).

Los conceptos de estado y rasgo que guiaron a la construcción del STAI son tratados con todo detalle en la obra de Spielberger (1966), y las condiciones y circunstancias que parecen evocar niveles altos de A/E en personas que difieren en A/R se analizan en los trabajos de Spielberger y cols., (1971). (108, 109)

La construcción del STAI comenzó en 1964, con el fin de desarrollar una sola escala que permitiera medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo. Durante el curso de los estudios, los resultados vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, y en especial en lo que se refiere a la ansiedad rasgo; En consecuencia se fueron introduciendo modificaciones en el proceso de construcción del STAI.

En las primeras fases de construcción, se utilizaron muestras de estudiantes universitarios no graduados, (con más de 3.000 casos). En una segunda fase y con las oportunas correcciones como la utilizada en versión española, se pasó a 3.300 alumnos de enseñanza secundaria y universitaria y se complementaron con 600 pacientes de medicina y neuropsiquiatría y unos 200 reclusos de prisiones.

En la adaptación española se ha seguido un proceso de tipificación similar al original: obtención de muestras de estudiantes universitarios, con una primera versión experimental (Bermudez, 1977), (110, 111) y replicación de los resultados obtenidos con nuevas muestras de estudiantes y adultos normales y con una segunda versión experimental y su contraste y validación con grupos clínicos, (Urraca, 1981; Iglesias, 1982) (112, 113). En muestras de sujetos normales se ha alcanzado el millar de casos, lo que ha permitido una buena fundamentación estadística de la versión española del STAI.

La escala E (A/E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir como se siente "en un momento particular", mientras que la escala R (A/R), también con 20 frases, puede mostrar como se siente el sujeto "generalmente".

Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación e instrucciones del examinador.

En la conversión de valores directos en puntuaciones transformadas, aunque en los estudios originales se ha utilizado la escala T, (media=50, desviación=10), en la

tipificación española se ha creído más conveniente obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos. (114)

La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el test; los centiles no forman una escala típica, sino ordinal, y no pueden emplearse para calcular promedios con los centiles obtenidos en otra variables.

Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de 10 puntos, (media=5,50, desviación=2), que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. (115, 116)

Una vez obtenidas las puntuaciones directas mediante la aplicación de la plantilla correctora, a las respuestas del sujeto y aplicación de la adecuada fórmula, se va a interpretar los resultados en la correspondiente tabla de baremos, en dos columnas de Estado y Rasgo.

3.9: ESCALAS DE VALORACION Y PLANTILLAS DE CORRECCION  
UTILIZADAS POR ORDEN DE DESCRIPCION:

## ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Inicial       Sem.       \_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_

Paciente.....		Fecha.....	
		Valoración n.º.....	
Edad.....		Natural de.....	
		Sexo.....	
Estado.....		Profesión.....	
Tratamiento.....			
Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente.			
1. Humor deprimido, tristeza, depresión (desamparo, inutilidad)		0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.	
2. Sensación de culpabilidad		0. Ausente. 1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.	
3. Suicidio		0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio u amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).	
4. Insomnio precoz		0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.	
5. Insomnio medio		0. No hay dificultad. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche. Cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).	
6. Insomnio tardío		0. No hay dificultad. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse.	
7. Trabajo y actividades		0. No hay dificultad. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.	
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida)		0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligeró retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.	
9. Agitación		0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde la uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.	

10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Temores expresados sin preguntarle.</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Severa</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad tales como:  Gastrointestinales — boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.  Cardiovasculares — palpitaciones, cefalegias.  Respiratorios — hiperventilación, suspiros.  Frecuencia urinaria.  Sudación.</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalegia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como: Pérdida de la libido  Trastornos menstruales.</p>
15. Hipocondría	<p>0. No la hay.</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).</p> <p>2. Preocupado por su salud.</p> <p>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración):</p> <p>0. No hay pérdida de peso.</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).</p> <hr/> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes):</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana.</p> <p>1. Pérdida de más de 500 g en una semana.</p> <p>2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.</p>
17. Conciencia de sí mismo	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</p> <p>2. Nada que esté enfermo.</p>
18. Variación diurna	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Grave</p> <p>M T</p> <p>Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T).</p>
19. Despersonalización y falta de realidad	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera: como sensación de irrealidad.</p> <p>2. Moderada: ideas nihilistas.</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p>
20. Síntomas paranoides	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Sospechosos</p> <p>2. Leves</p> <p>3. Ideas de referencia.</p> <p>4. Delirios de referencia y de persecución.</p>
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	<p>0. Ausentes</p> <p>1. Ligeros</p> <p>2. Graves</p>
22. Otros síntomas (especificar)	<p>0. Ausentes</p> <p>1. Ligeros</p> <p>2. Graves</p> <p>Suma total puntuaciones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

1410 98

ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Nombre paciente	Fecha	PRE   POST	
<b>1. HUMOR ANSIOSO</b> Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>2. TENSION</b> Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>3. MIEDOS</b> A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>4. INSOMNIO</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>5. FUNCIONES INTELECTUALES (Gnósicas)</b> Dificultad de concentración. Mala memoria.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>6. HUMOR DEPRESIVO</b> Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>7. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Musculares)</b> Dolores y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos musculares. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>8. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (Sensoriales)</b> Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>10. SINTOMAS RESPIRATORIOS</b> Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES</b> Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia: Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdomin. Borborigmos. Diarrea. Constipación.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>12. SINTOMAS GENITOURINARIOS</b> Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyacuación precoz. Ausencia de erección. Impotencia.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO</b> Sequedad de la boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
<b>14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA (GENERAL)</b> Tenso. Incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular. Respiración jadeante. Palidez facial. <b>(FISIOLÓGICO)</b> Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20/mn. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Mioclonias palpebrales.		0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Puntuación total			

## CLIMA SOCIAL: FAMILIA

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra «Puesto», indique el lugar que ocupe Vd. en la familia: padre, madre, hijo, etc. ...

A continuación lee las frases de este Impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la Hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

## NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
- 
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos «pasando el rato».
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
- 
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil «desahogarse» sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguo de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
- 
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.

AHORA, VUELVA LA HOJA Y CONTINUE



Autor: R. H. MOOS.

Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S. A., Madrid - Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S. A., c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M. - 1.192 - 1984.

35. Nosotros aceptamos que haya competición y «que gane el mejor».
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
- 
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
- 
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
- 
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
- 
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. «Primero el trabajo, luego la diversión», es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertimos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
- 
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

# ESCALAS DE CLIMA SOCIAL

## HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

FES

WES

CIES

CES

Apellidos y nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ (VM)

Centro \_\_\_\_\_ Curso/Puesto \_\_\_\_\_

(Marque la Escala aplicada)

EJEMPLOS

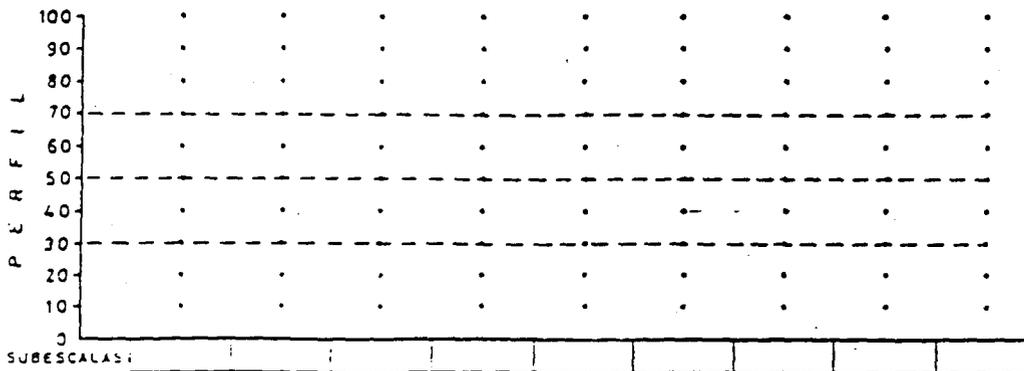
X <sup>Z</sup>	Y
V	F

FES-WES

										N.O. ESCALAS		
										PD	PT	
V 1 F	V 11 F	V 21 F	V 31 F	V 41 F	V 51 F	V 61 F	V 71 F	V 81 F				
V 2 F	V 12 F	V 22 F	V 32 F	V 42 F	V 52 F	V 62 F	V 72 F	V 82 F				
V 3 F	V 13 F	V 23 F	V 33 F	V 43 F	V 53 F	V 63 F	V 73 F	V 83 F				
V 4 F	V 14 F	V 24 F	V 34 F	V 44 F	V 54 F	V 64 F	V 74 F	V 84 F				
V 5 F	V 15 F	V 25 F	V 35 F	V 45 F	V 55 F	V 65 F	V 75 F	V 85 F				
V 6 F	V 16 F	V 26 F	V 36 F	V 46 F	V 56 F	V 66 F	V 76 F	V 86 F				
V 7 F	V 17 F	V 27 F	V 37 F	V 47 F	V 57 F	V 67 F	V 77 F	V 87 F				
V 8 F	V 18 F	V 28 F	V 38 F	V 48 F	V 58 F	V 68 F	V 78 F	V 88 F				
V 9 F	V 19 F	V 29 F	V 39 F	V 49 F	V 59 F	V 69 F	V 79 F	V 89 F				
V 10 F	V 20 F	V 30 F	V 40 F	V 50 F	V 60 F	V 70 F	V 80 F	V 90 F				

CIES-CES

										N.O. ESCALAS		
										PD	PT	
V 1 F	V 10 F	V 19 F	V 28 F	V 37 F	V 46 F	V 55 F	V 64 F	V 73 F	V 82 F			
V 2 F	V 11 F	V 20 F	V 29 F	V 38 F	V 47 F	V 56 F	V 65 F	V 74 F	V 83 F			
V 3 F	V 12 F	V 21 F	V 30 F	V 39 F	V 48 F	V 57 F	V 66 F	V 75 F	V 84 F			
V 4 F	V 13 F	V 22 F	V 31 F	V 40 F	V 49 F	V 58 F	V 67 F	V 76 F	V 85 F			
V 5 F	V 14 F	V 23 F	V 32 F	V 41 F	V 50 F	V 59 F	V 68 F	V 77 F	V 86 F			
V 6 F	V 15 F	V 24 F	V 33 F	V 42 F	V 51 F	V 60 F	V 69 F	V 78 F	V 87 F			
V 7 F	V 16 F	V 25 F	V 34 F	V 43 F	V 52 F	V 61 F	V 70 F	V 79 F	V 88 F			
V 8 F	V 17 F	V 26 F	V 35 F	V 44 F	V 53 F	V 62 F	V 71 F	V 80 F	V 89 F			
V 9 F	V 18 F	V 27 F	V 36 F	V 45 F	V 54 F	V 63 F	V 72 F	V 81 F	V 90 F			



Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S. A., Madrid · Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California · Adaptado con permiso · Edita: TEA Ediciones, S. A., c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid 16 · Impresión: Aguarte Campiano, Durgano, 15 Udo, Madrid 2 · Depósito legal: M. 14841 - 1984.

# ESCALAS DE CLIMA SOCIAL

## PLANTILLA DE CORRECCION - 1

FES

<input type="radio"/>	CO:								
<input type="radio"/>	EX:								
<input type="radio"/>	CT:								
<input type="radio"/>	AU:								
<input type="radio"/>	AC:								
<input type="radio"/>	IC:								
<input type="radio"/>	SR:								
<input type="radio"/>	MR:								
<input type="radio"/>	OR:								
<input type="radio"/>	CN:								

CIES

<input type="radio"/>	IM:								
<input type="radio"/>	AY:								
<input type="radio"/>	EX:								
<input type="radio"/>	AU:								
<input type="radio"/>	RE:								
<input type="radio"/>	PE:								
<input type="radio"/>	OR:								
<input type="radio"/>	CL:								
<input type="radio"/>	CN:								

Para facilitar la corrección, cortar por las líneas de puntos.

**CONFIDENCIAL** Esta plantilla contiene la clave de la prueba. Guárdela de forma que no sea vista por otras personas.



## CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG\*

### General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 Items)

Nombre ..... Fecha .....

#### POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE:

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las respuestas.

Muchas gracias por su colaboración.

#### ULTIMAMENTE:

- |  |                       |                        |                              |                            |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?                      | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual  | Peor que lo habitual         | Mucho peor que lo habitual |
| 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?                       | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 3. ¿Se ha sentido agotada y sin fuerzas para nada?                                     | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?                                      | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?   | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar? | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?  | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
|  |                       |                        |                              |                            |
| B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?                              | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?            | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 3. ¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?                                 | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?                        | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?                                      | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?                             | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |
| 7. ¿Se ha notado nerviosa y "a punto de explotar" constantemente?                      | No, en absoluto       | No más que lo habitual | Bastante más que lo habitual | Mucho más que lo habitual  |

\* Versión española de Loba y colabs, 1981-86

- C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?  
 Más activo que lo habitual    Igual que lo habitual    Bastante menos que lo habitual    Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?  
 Más rápido que lo habitual    Igual que lo habitual    Más tiempo que lo habitual    Mucho más tiempo que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto de que está haciendo las cosas bien?  
 Mejor que lo habitual    Aproximadamente lo mismo    Peor que lo habitual    Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?  
 Más satisfecho    Aproximadamente lo mismo que lo habitual    Menos satisfecho que lo habitual    Mucho menos satisfecho
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?  
 Más tiempo que lo habitual    Igual que lo habitual    Menos útil que lo habitual    Mucho menos útil que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?  
 Más que lo habitual    Igual que lo habitual    Menos que lo habitual    Mucho menos capaz que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?  
 Más que lo habitual    Igual que lo habitual    Menos que lo habitual    Mucho menos que lo habitual

- D.1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?  
 Claramente, no    Me parece que no    Se me ha cruzado por la mente    Claramente lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repentinamente a la cabeza?  
 Claramente, no    Me parece que no    Se me ha cruzado por la mente    Claramente lo he pensado

A :	-----
B :	-----
C :	-----
D :	-----
T	-----

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ Nº HISTORIA \_\_\_\_\_

ESCALA DE NEWCASTLE

Rodear con círculo el número correspondiente a cada ítem si éste está presente:

1. Personalidad adecuada.  
Sujetos sin historia de episodios neuróticos ni síntomas neuróticos crónicos incapacitantes o una importante desadaptación social.
2. Ausencia de psicogénesis.  
No hay estrés psicológico ni problemática que persistia tras la aparición de los síntomas y pueda explicar la perpetuación de los mismos.
3. Cualidad distinta del humor.  
El humor es cualitativamente distinto del que presentan habitualmente ante circunstancias adversas.
4. Pérdida de peso mayor de 3 Kg.
5. Presencia de episodio depresivo previo.
6. Actividad psicomotora depresiva.  
Evidencia objetiva de retardo, estupor o agitación.
7. Ansiedad.
8. Delirios nihilísticos.  
Delirios de condenación y destrucción inminente, descomposición orgánica o de ruina del paciente y/o de la familia.
9. Culpabilizar a otras personas.
10. Sentimientos de culpa.

\_\_\_\_\_

SUMA TOTAL

INDICE ANSIEDAD - DEPRESION DE NEWCASTLE (cont.)

11. Fenómenos compulsivos

Marcados  
Leves  
Ninguno

12. Humor deprimido

Severo  
Leve/Moderado  
Ninguno

13. Despertar precoz

Si  
No

14. Tendencias suicidas

Intentos  
Ideas  
Ninguna

15. Retardo

Si  
No

---

PUNTUACION TOTAL 2ª Hoja

PUNTUACION 1ª HOJA \_\_\_\_\_

PUNTUACION 2ª HOJA \_\_\_\_\_

PUNTUACION TOTAL \_\_\_\_\_

Evaluación del Síndrome de Briquet

Síndrome de Briquet

Positivo

Negativo

1. A qué edad tuvo su primer problema de salud o de nervios.
2. Tuvo alguna vez problemas de vómitos (no sólo debido al embarazo).
3. Tuvo alguna vez problemas para andar (no sólo por dolor de piernar, espalda o cadera).

Si 2 y 3 son Sí señalar: \_\_\_\_\_  
Nivel 1

4. Tuvo alguna vez dolor de espalda.
5. Tuvo alguna vez dolor abdominal (no por dolor menstruación).
6. Se sintió alguna vez abatido y penso auto-lesionarse.

Si 1, 4, 5 y 6 son Sí señalar: \_\_\_\_\_  
Nivel 2

Positivo

Negativo

7. Tuvo alguna vez problemas para respirar (no asociados con el ejercicio).

8. Ha tenido alguna vez dolor de brazos o piernas (que no fueran dolores de articulación).

Si 2, 7 y 8 son Sí señalar: \_\_\_\_\_  
Nivel 3

9. Ha tenido alguna vez dolores en alguna otra parte del cuerpo (que no fueran en el pecho, espalda, articulaciones, brazos, piernas, o quemazón en boca o recto).

Si 2, 3 y 9 son No señalar: \_\_\_\_\_  
Nivel 4

10. Algunas mujeres atraviesan por periodos muy dolorosos le ha ocurrido a Vd. algo así.

Si 0 o 1 es No señalar: \_\_\_\_\_  
Nivel 5

11. Recuerda Vd. haber perdido el apetito alguna vez (excluir en condiciones de enfermedad somática).

Si 11 y 4 son No señalar: \_\_\_\_\_  
Nivel 6

Positivo

Negativo

12. En general ha tenido para Vd. importancia la vida sexual o hubiera podido prescindir de ella sin problemas.

Si 12 es Sí señalar: \_\_\_\_\_ Nivel 7

13. Ha perdido Vd. la voz de forma que no pudiera más que susurrar durante al menos media hora (no a consecuencia de afección somática).

Si 13 es Sí señalar: \_\_\_\_\_ Nivel 8

14. Ha tenido Vd. alguna vez síntomas que le han resultado extraños y que le han llevado a visitar a un médico (p. ej. visión doble etc).

Si 14 es Sí señalar: \_\_\_\_\_ Nivel 9

Si señalar es No y 8 o 3 es No  
señalar: \_\_\_\_\_ Nivel 10

Si 14 es No y 8 y 3 es Sí  
señalar: \_\_\_\_\_ Nivel 11

# STAI

A / E

P D =	30	+	-	=
P D =	21	+	-	=

A / R

## AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre ..... Edad ..... Sexo .....  
 Centro ..... Curso/Puesto ..... Estado civil .....  
 Otros datos ..... Fecha .....

### A-E

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado .....	0	1	2	3
2. Me siento seguro .....	0	1	2	3
3. Estoy tenso .....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado .....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) .....	0	1	2	3
6. Me siento alterado .....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras .....	0	1	2	3
8. Me siento descansado .....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado .....	0	1	2	3
10. Me siento confortable .....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo .....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso .....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado .....	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido) .....	0	1	2	3
15. Estoy relajado .....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho .....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado .....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado .....	0	1	2	3
19. Me siento alegre .....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien .....	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.: Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spielberger: © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24: Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.: Madrid-2 - Depósito legal: M.-20.080-1982.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA



# CAPITULO 4

4 - RESULTADOS.

#### 4: RESULTADOS:

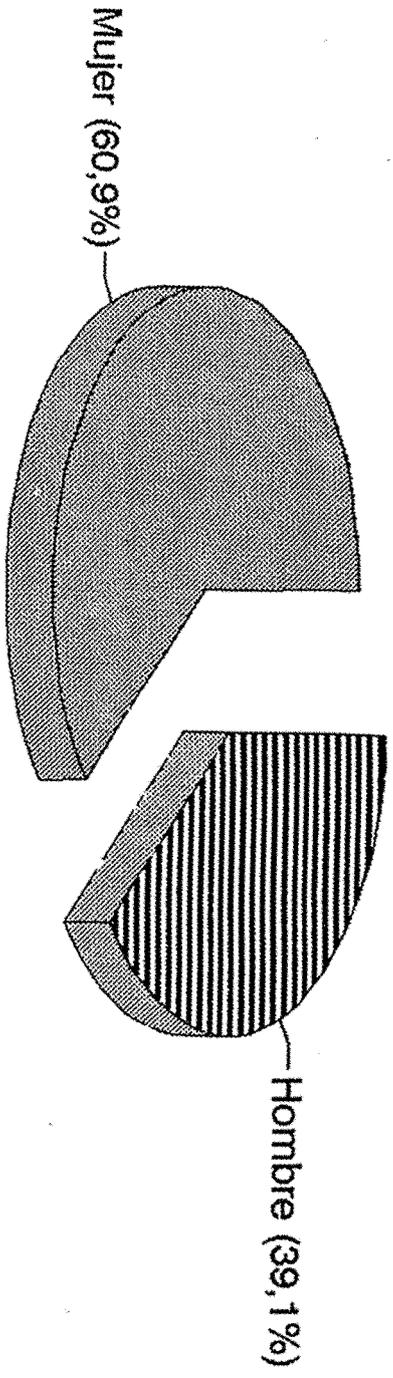
Una vez obtenidos todos y cada uno de los datos de la población estudiada, según los diferentes parametros, procede el estudio descriptivo de los mismos. VER ANEXO I: (Ver página: 326 )

4.1: El primer parametro a describir es por: Sexos:

Sobre una muestra de 64 individuos, hombres (codificación 1), y mujeres (codificación 2), la frecuencia esta en relación de 25 hombres y 39 mujeres, lo que da una frecuencia en tantos por cien de 39,1 % hombres y 60,9 % de mujeres. Con una validación del 100 %, no procediendo el descartar ningún caso.

SEXO	Valor de la variable	Frecuen.	Percent.	% valid.	Percent. acumulado
Hombre	1	25	39,1	39,1	39,1
Mujer	2	39	60,9	60,9	100,0
	TOTAL	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64		Casos Nulos	0	

Distribución por sexo.



#### 4.2: Por EDAD:

Sobre 64 casos, hay un margen de población estudiada que va de los 24 a los 84 años.

Por edades hay una baja incidencia de los 24 a los 50, con 1 caso en la mayoría de este margen de edad, lo que supone un 1,6 %.

De los 50 a los 60 años, hay determinadas edades con mayor incidencia, suponiendo en algunos casos hasta el 4,7 %, (51 y 52 años un 4,7 % y 57,58 un 3,1 %).

De los 60 a los 70 años vuelve a incrementarse la incidencia, apreciándose a los 62 años un 6,3 %, y hasta los 67, hay una tendencia parecida.

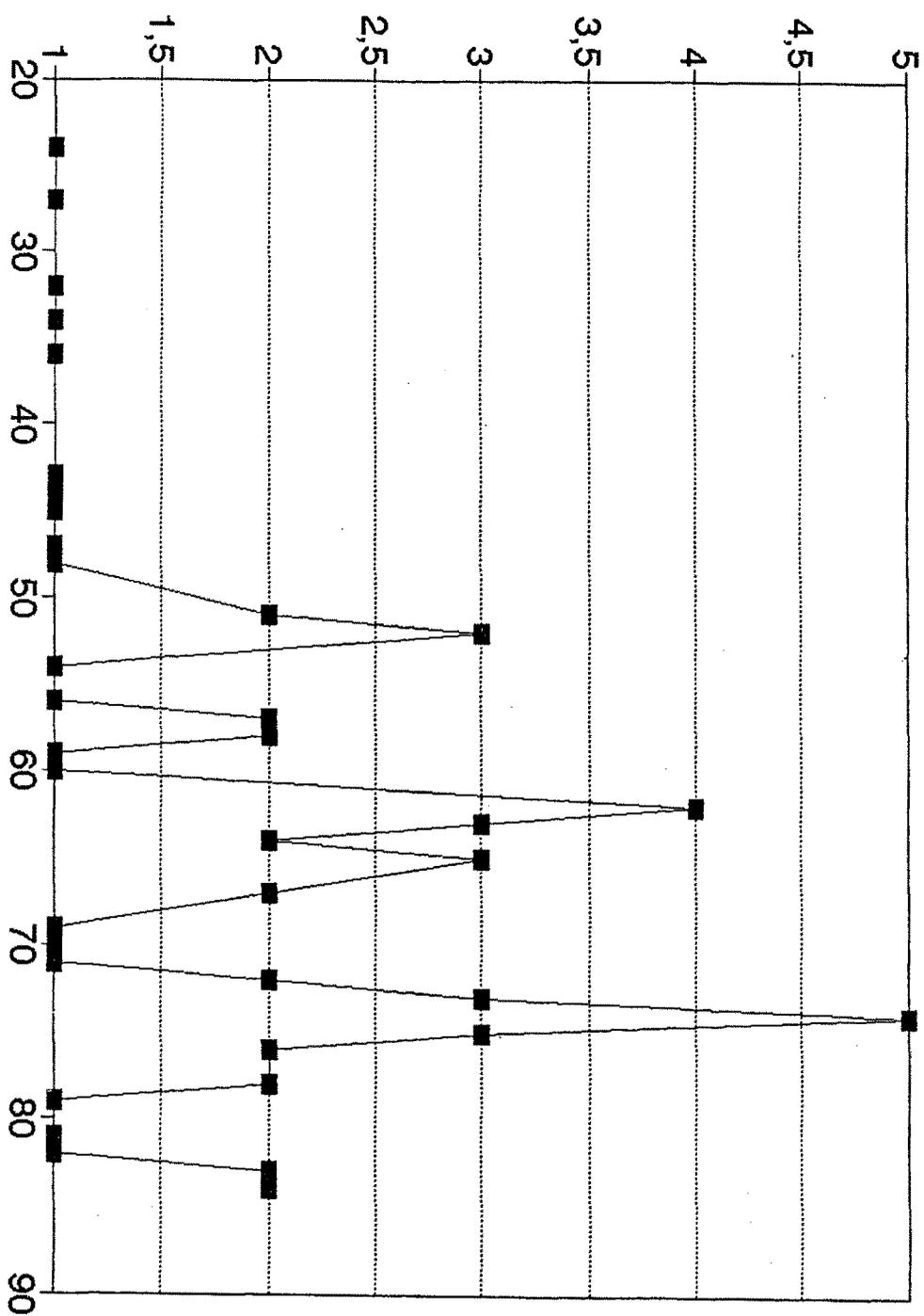
De los 70 años a los 84, tope máximo de la muestra estudiada, la incidencia vuelve a ir en aumento, reflejándose un alza importante entre los 73 y los 76 años, con un aumento significativo del 7,8 % a los 74 años. (5 pacientes)

EDAD:

Valor de la variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. acumulado
24	1	1,6	1,6
27	1	1,6	3,1
32	1	1,6	4,7
34	1	1,6	6,3
36	1	1,6	7,8
43	1	1,6	9,4
44	1	1,6	10,9
45	1	1,6	12,5
47	1	1,6	14,1
48	1	1,6	15,6
51	2	3,1	18,8
52	3	4,7	23,4
54	1	1,6	25,0
56	1	1,6	26,6
57	2	3,1	29,7
58	2	3,1	32,8
59	1	1,6	34,4
60	1	1,6	35,9
62	4	6,3	42,2
63	3	4,7	46,9
64	2	3,1	50,0
65	3	4,7	54,7
67	2	3,1	57,8
69	1	1,6	59,4
70	1	1,6	60,9
71	1	1,6	62,5
72	2	3,1	65,6
73	3	4,7	70,3
74	5	7,8	78,1
75	3	4,7	82,8
76	2	3,1	85,9
78	2	3,1	89,1
79	1	1,6	90,6
81	1	1,6	92,2
82	1	1,6	93,8
83	2	3,1	96,9
84	2	3,1	100,0
TOTAL	64	100,0	

Casos Validos 64 Casos nulos 0

Distribución por edades.



4.2.1:

En la relación Edad-Sexo:

La muestra fluctua de los 24 a los 84 años, suponiendo una dispersión de 37 grupos, por edades; constatándose que la paciente más joven es mujer, (24 años), y los más ancianos dos hombres de 84 años.

Por sexos, en hombres hay 19 grupos de edades, puesto que el hombre más joven de la muestra tiene 47 años y en más anciano 84.

El grupo más numeroso es el de 74 años, con 3 hombres y 2 mujeres, que supone el 7,8 % del total de la muestra.

Hay otros grupos de edades con mayor incidencia, es el que va de los 62 a los 67 en que la incidencia supone entre el 6,3 % y el 4,7 % con grupos de 4 y 3 pacientes respectivamente.

EDAD, en relación con el sexo:

EDAD	SEXO:		Total
	Hombre	Mujer	
	1	2	
24		1	1,6
27		1	1,6
32		1	1,6
34		1	1,6
36		1	1,6
43		1	1,6
44		1	1,6
45		1	1,6
47	1		1,6
48		1	1,6
51		2	3,1
52	2	1	4,7
54		1	1,6
56	1		1,6
Columna Total	25 39,1	39 60,9	64 100,0

EDAD, en relación con el sexo:

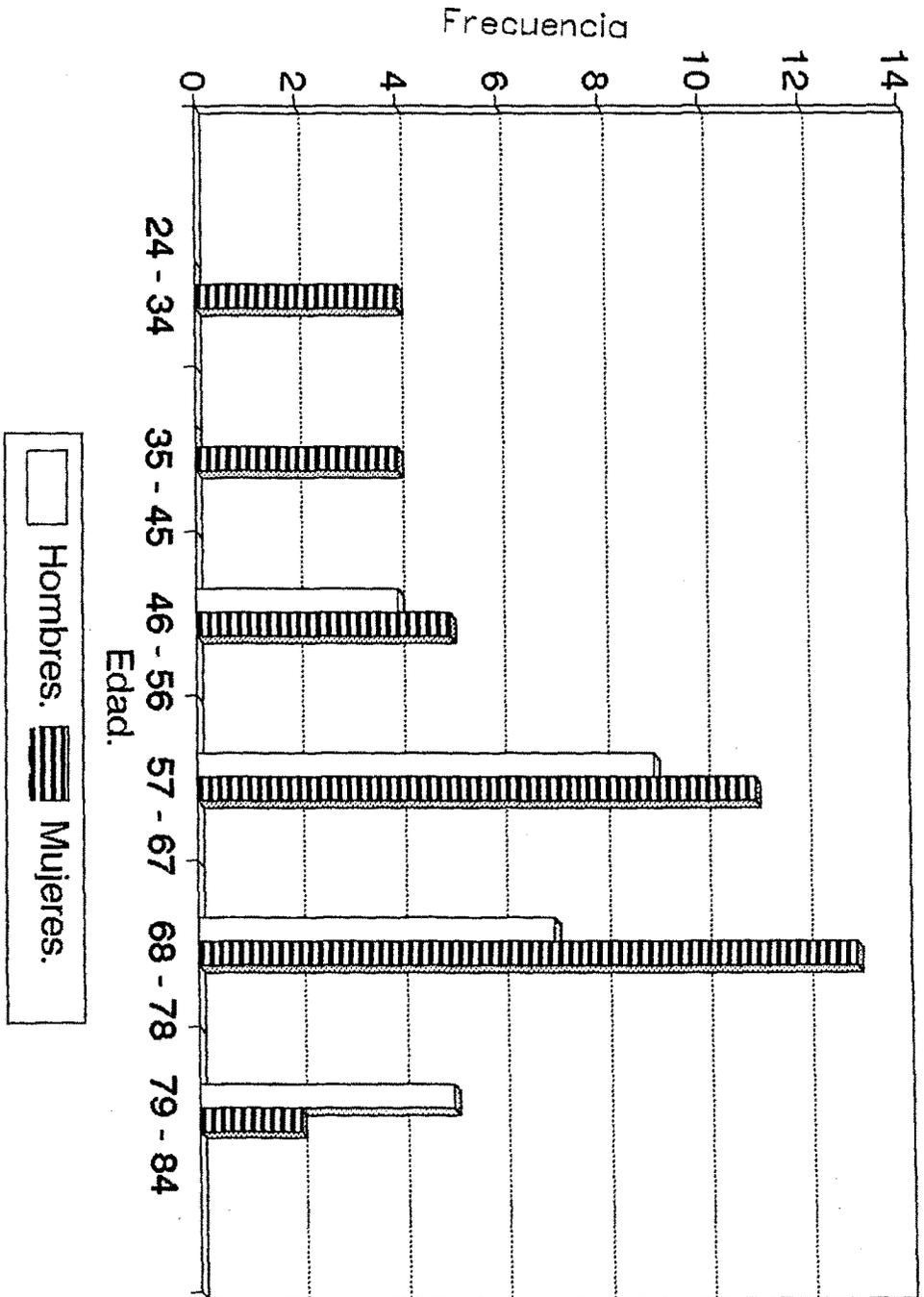
		SEXO:		
		Hombre	Mujer	
		1	2	Total
EDAD	57	2		2 3,1
	58	1	1	2 3,1
	59	1		1 1,6
	60	1		1 1,6
	62		4	4 6,3
	63	1	2	3 4,7
	64	1	1	2 3,1
	65	1	2	3 4,7
	67	1	1	2 3,1
	69		1	1 1,6
	70		1	1 1,6
	71		1	1 1,6
	72	2		2 3,1
	73		3	3 4,7
Columna Total		25 39,1	39 60,9	64 100,0

EDAD, en relación con el sexo:

		SEXO:		
		Hombre	Mujer	
		1	2	Total
EDAD	74	3	2	5 7,8
	75	1	2	3 4,7
	76		2	2 3,1
	78	1	1	2 3,1
	79		1	1 1,6
	81	1		1 1,6
	82	1		1 1,6
	83	1	1	2 1,6
	84	2		2 3,1
	Columna Total		25 39,1	39 60,9

Ver gráfica adjunta: (119- a):

Edad en relación al sexo.



4.2.2:

En la relación Edad-Oficio, la dispersión por edades también supone 37 grupos que van de los 24 a los 84 años.

En hombres la incidencia mayor está en Jubilados de 74 años, con tres pacientes, que suponen el 12 %.

Le siguen grupos de 2 trabajadores por Cuenta Propia, que suponen el 8 %.

4.2.3:

La dispersión por edades en hombres en relación al Oficio, es de 19 grupos, pues las edades están comprendidas entre los 47 y los 84 años.

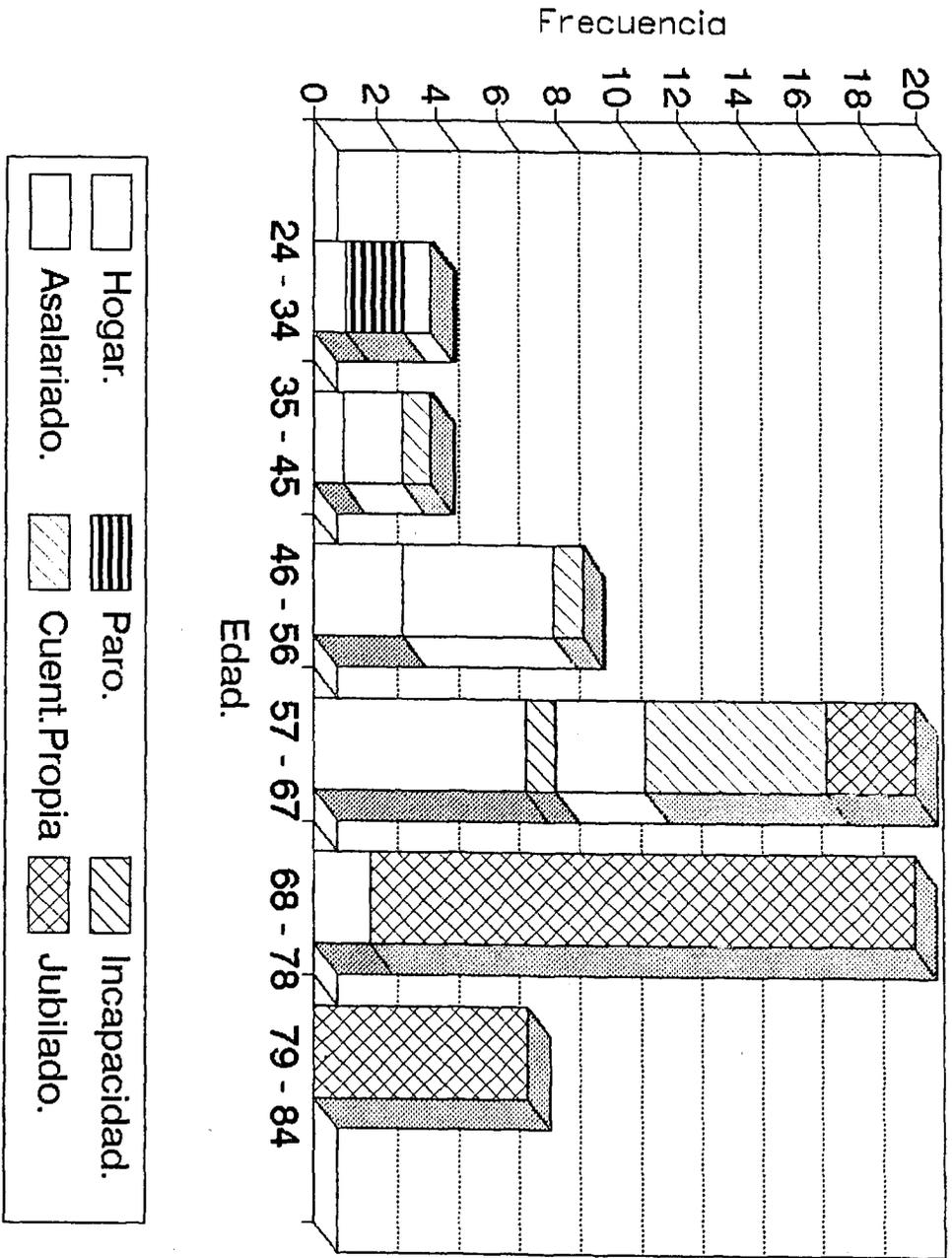
En mujeres, las edades van de los 24 a los 83 años, lo que supone una mayor dispersión.

El grupo con mayor incidencia es el de 62 años, con 4 mujeres, lo que supone el 10,3 % y por profesiones hay 2 amas de casa, (sus labores), y 2 trabajadoras por cuenta propia.

Le sigue el grupo de jubiladas de 73 años, con tres pacientes, lo que supone el 7,7 %.

Ver gráfica adjunta: (120 - a):

Oficio en relación a la edad.



(120-a)

EDAD, en relación al Oficio:  
SEXO: Valor de la variable = 1 Hombre

OFICIO:

		Asalariado	Por cuenta pro.	Jubilado	Total
		5	6	9	
EDAD	47	1			1 4,0
	52	1	1		2 8,0
	56	1			1 4,0
	57		2		2 8,0
	58	1			1 4,0
	59	1			1 4,0
	60		1		1 4,0
	63		1		1 4,0
	64	1			1 4,0
	65			1	2 8,0
	67			1	1 4,0
	72			2	2 8,0
	74			3	3 12,0
Columna		6	5	14	25
Total		24,0	20,0	56,0	100,0

EDAD, en relación al Oficio:  
SEXO: Valor de la variable = 1 Hombre

OFICIO:

		Asalariado	Por cuenta pro.	Jubilado	Total
		5	6	9	
EDAD	75			1	1 4,0
	78			1	1 4,0
	81			1	1 4,0
	82			1	1 4,0
	83			1	1 4,0
	84			2	2 8,0
Columna Total		6 24,0	5 20,0	14 56,0	25 100,0

EDAD, en relación al Oficio:  
SEXO: Valor de la variable = 2 Mujer

OFICIO:

		Sus la- bores 1	Paro 3	Incapa- cidad 4	Asala- riado 5	Por cu- enta p. 6	Jubi- lado 9	Total
EDAD	24		1					1 2,6
	27				1			1 2,6
	32		1					1 2,6
	34	1						1 2,6
	36	1						1 2,6
	43				1			1 2,6
	44				1			1 2,6
	45					1		1 2,6
	48	1						1 2,6
	51	1			1			2 5,1
	52				1			1 2,6
	54	1						1 2,6
	58	1						1 2,6
Columna Total		14 35,9	2 5,1	1 2,6	5 12,8	3 7,7	14 35,9	39 100,0

EDAD, en relación al Oficio.

SEXO: Valor de la variable = 2 mujer

OFICIO:		Sus labores	Paro	Incapacidad	Asalariado	Por cuenta p.	Jubilado	Total
		1	3	4	5	6	9	
EDAD	62	2				2		10,3 5,1
	63	1		1				2 5,1
	64	1						1 2,6
	65	1					1	2 5,1
	67	1						1 2,6
	69						1	1 2,6
	70						1	1 2,6
	71						1	1 2,6
	73						3	3 7,7
	74	1					1	2 5,1
	75	1					1	2 5,1
	76						2	2 5,1
	78						1	1 2,6
	79						1	1 2,6
	83						1	1 2,6
Columna Total		14 35,9	2 5,1	1 2,6	5 12,8	3 7,7	14 35,9	39 100,0

4.2.4:

En la relación Edad-Estado Civil:

Hay una mayor incidencia en pacientes casados, con un total de 45, lo que supone el 70,3 % de la muestra, y esta mayor incidencia se da en el grupo de pacientes que van de los 57 a los 67 años, con un total de 17, lo que supone el 26,6 % del total del grupo experimental.

Le sigue el grupo de Viudos, cuya incidencia mayor esta comprendida entre los 68 y los 78 años con un total de 6; lo que supone el 9,3 % del total.

La incidencia de Solteros esta en el grupo de edad comprendido entre los 24 a los 34 años con un total de 2, lo que supone el 3,1 % del total.

Separados solamente hay uno, de 67, que supone el 1,6 % del total de la muestra.

EDAD, en relación con ESTA\_CIV

		ESTA_CIV				Total
		0	1	2	3	
EDAD	24			1		1 1,6
	27		1			1 1,6
	32			1		1 1,6
	34		1			1 1,6
	36		1			1 1,6
	43		1			1 1,6
	44		1			1 1,6
	45		1			1 1,6
	47		1			1 1,6
	48		1			1 1,6
	51		2			2 3,1
	52		3			3 4,7
	54				1	1 1,6
	56			1		1 1,6
	Columna		1	45	7	11
Total		1,6	70,3	10,9	17,2	100,0

EDAD, en relación con ESTA\_CIV

		ESTA_CIV				Total
		0	1	2	3	
EDAD	57		1	1		2 3,1
	58		2			2 3,1
	59		1			1 1,6
	60		1			1 1,6
	62		4			4 6,3
	63		3			3 4,7
	64		2			2 3,1
	65		3			3 4,7
	67	1			1	2 3,1
	69				1	1 1,6
	70				1	1 1,6
	71		1			1 1,6
	72		2			2 3,1
	73				3	3 4,7

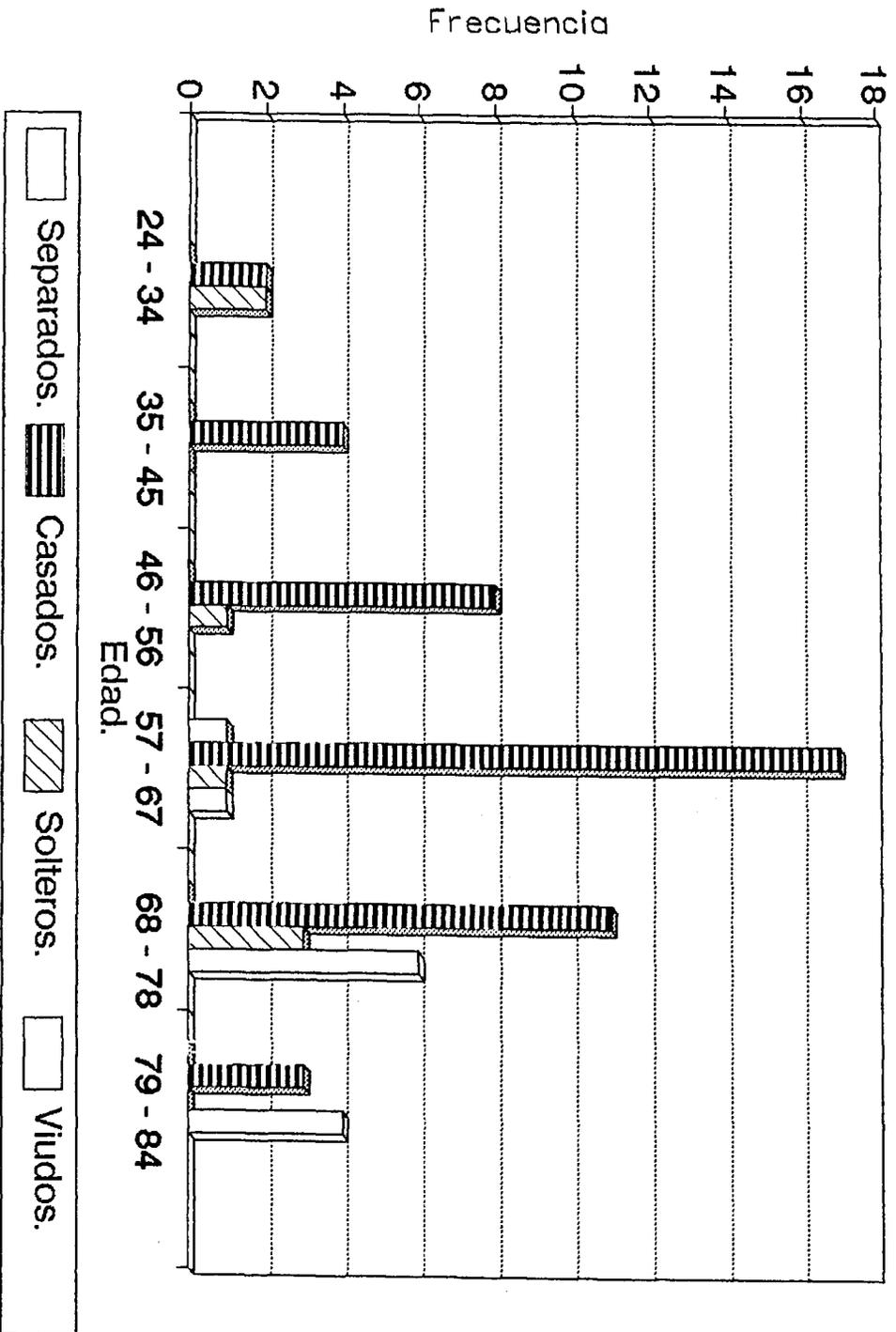
Columna	1	45	7	11	64
Total	1,6	70,3	10,9	17,2	100,0

EDAD, en relación con ESTA\_CIV

		ESTA_CIV				
		0	1	2	3	Total
EDAD	74		3	2		5 7,8
	75		3			3 4,7
	76		2			2 3,1
	78			1	1	2 3,1
	79				1	1 1,6
	81				1	1 1,6
	83		1		1	2 3,1
	84		2			2 3,1
Columna		1	45	7	11	64
Total		1,6	70,3	10,9	17,2	100,0

Ver gráfica adjunta: (128-a):

Edad en relación al estado civil.



(128-a)

#### 4.2.5:

La relación EDAD con intervención quirúrgica da los siguientes resultados:

La mayor incidencia se da en Colostomizados/as, comprendidos entre los 68 y 78 años, con un total de 13 colostomias y 2 Ostomias, en total 15, lo que supone el 23,4 % del total de la muestra; pero en relación al total de Os/colostomizados, hay: 37, (33 Colostomizados y 4 Ostomizados), lo que supone el 35,1 % del total de los Os/Colostomizados.

En cuanto a mastectomias, la mayor incidencia se da entre los 56 y los 66 años, con un total de 8 mastectomias: 2 Izquierdas; 4 Derechas y 2 Bilaterales, lo que supone el 12,5 % del total de la muestra; pero del total de mastectomizadas, (27), supone el 29,6 % del total de las pacientes mastectomizadas.

La mayor incidencia por edad, en Os/Colostomias se da a los 74 años, con 3 Colostomias, y una Ostomia, (4 en total), que representa el 10,8 % del total de Os/Colostomizados.

En Mastectomias, por Edad, la mayor incidencia se da a los 62 años con 3 mastectomias, (1 derecha y 2 bilaterales), representando el 11,1 %, del total de las mastectomias.

EDAD, en relación con Intervención quirúrgica

INTE\_QUI

EDAD	Mastec- tomía izq 1	Mastec- tomía de. 2	Mastec- tomía bi. 3	Colos- tomía 4	Ostomia 5	Total
24		1				1 1,6
27	1					1 1,6
32	1					1 1,6
34	1					1 1,6
36	1					1 1,6
43	1					1 1,6
44		1				1 1,6
45	1					1 1,6
47				1		1 1,6
48				1		1 1,6
51	1	1				2 3,1
52			1	2		3 4,7
54	1					1 1,6
56				1		1 1,6
Columna Total	14 21,9	10 15,6	3 4,7	33 51,6	4 6,3	64 100,0

EDAD, en relación con Intervención quirúrgica

INTE_QUI.	Mastec- tomía izq	Mastec- tomía de.	Mastec- tomía bi.	Colos- tomía	Ostomia	Total
EDAD	1	2	3	4	5	
57				2		2 3,1
58		1		1		2 3,1
59				1		1 1,6
60				1		1 1,6
62		1	2	1		4 6,3
63	2			1		3 4,7
64		1		1		2 3,1
65		1		2		3 4,7
67		1		1		2 3,1
69				1		1 1,6
70				1		1 1,6
71		1				1 1,6
72				1	1	2 3,1
73		1		2		3 4,7
Columna Total	14 21,9	10 15,6	3 4,7	33 51,6	4 6,3	64 100,0

EDAD, en relación con Intervención quirúrgica

INTE\_QUI

EDAD	Mastec- tomia izq 1	Mastec- tomia de. 2	Mastec- tomia bi. 3	Colos- tomia 4	Ostomia 5	Total
74	1			3	1	5 7,8
75				3		3 4,7
76	2					1 1,6
78				2		2 3,1
79				1		1 1,6
81					1	1 1,6
82					1	1 1,6
83	1			1		2 3,1
84				2		2 3,1
Columna Total	14 21,9	10 15,6	3 4,7	33 51,6	4 6,3	64 100,0

#### 4.3: Por PROFESION o ACTIVIDAD PRINCIPAL:

En la población estudiada, predomina:

- Los jubilados con un total de 28 casos, lo que representa el 43,8 %.

- Las amas de casa: 14 casos, lo que supone un 21,1 %.

- Asalariados: 11 individuos que equivales al 17,2 %.

- Trabajadores por cuenta propia: 8, equivale al 12,5 %.

- En paro laboral: 2 casos, ó 3,1 %.

- Incapacidad laboral: 2 casos, ó 3,1 %.

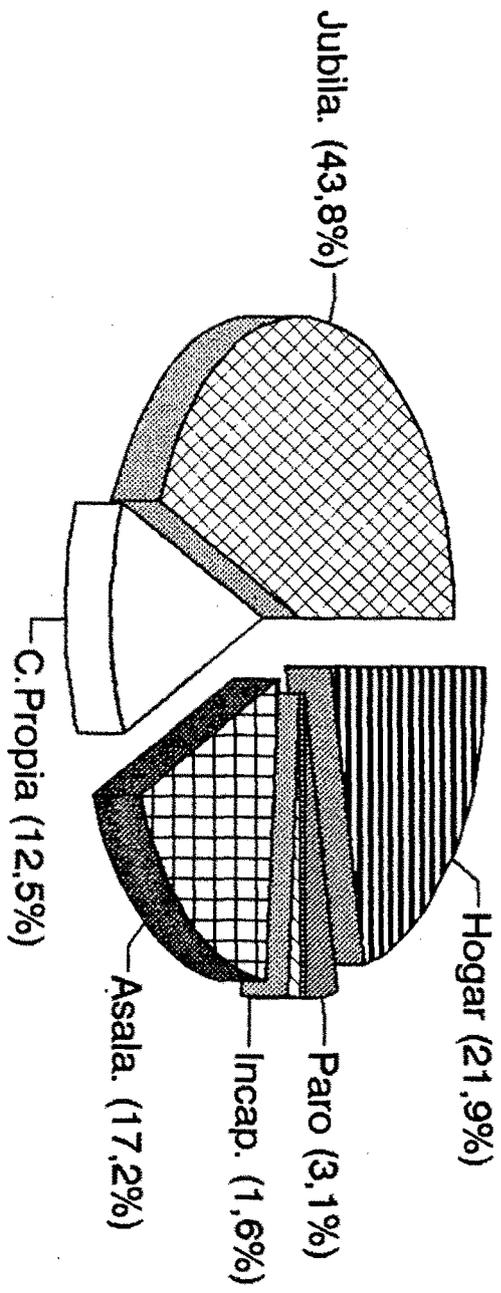
#### OFICIO

% = Porcentaje

	Valor de la variable	Frecuen.	%	% Valido	% Acumulad
Sus labores	1	14	21,9	21,9	21,9
Paro	3	2	3,1	3,1	25,0
Incapacidad	4	1	1,6	1,6	26,6
Asalariado	5	11	17,2	17,2	43,8
Por cuenta propia	6	8	12,5	12,5	56,3
Jubilado	9	28	43,8	43,8	100,0
	TOTAL	64	100,0	100,0	

Casos Validos 64      Casos nulos 0

# Ocupación laboral actual.



4.3.1:

En la relación Oficio-Sexo, hay mayor incidencia de Amas de casa, con 14 pacientes, lo que supone el 21,9 % del total del grupo experimental.

Con las mismas cifras están el grupo de Jubilados/as, lo que supone 14 hombres y 14 mujeres, en total 28, lo que equivale al 43,8 % del total.

Le siguen por Sexos: Los Asalariados: 6 hombres y 5 mujeres, en total 11, que equivalen al 17,2 %.

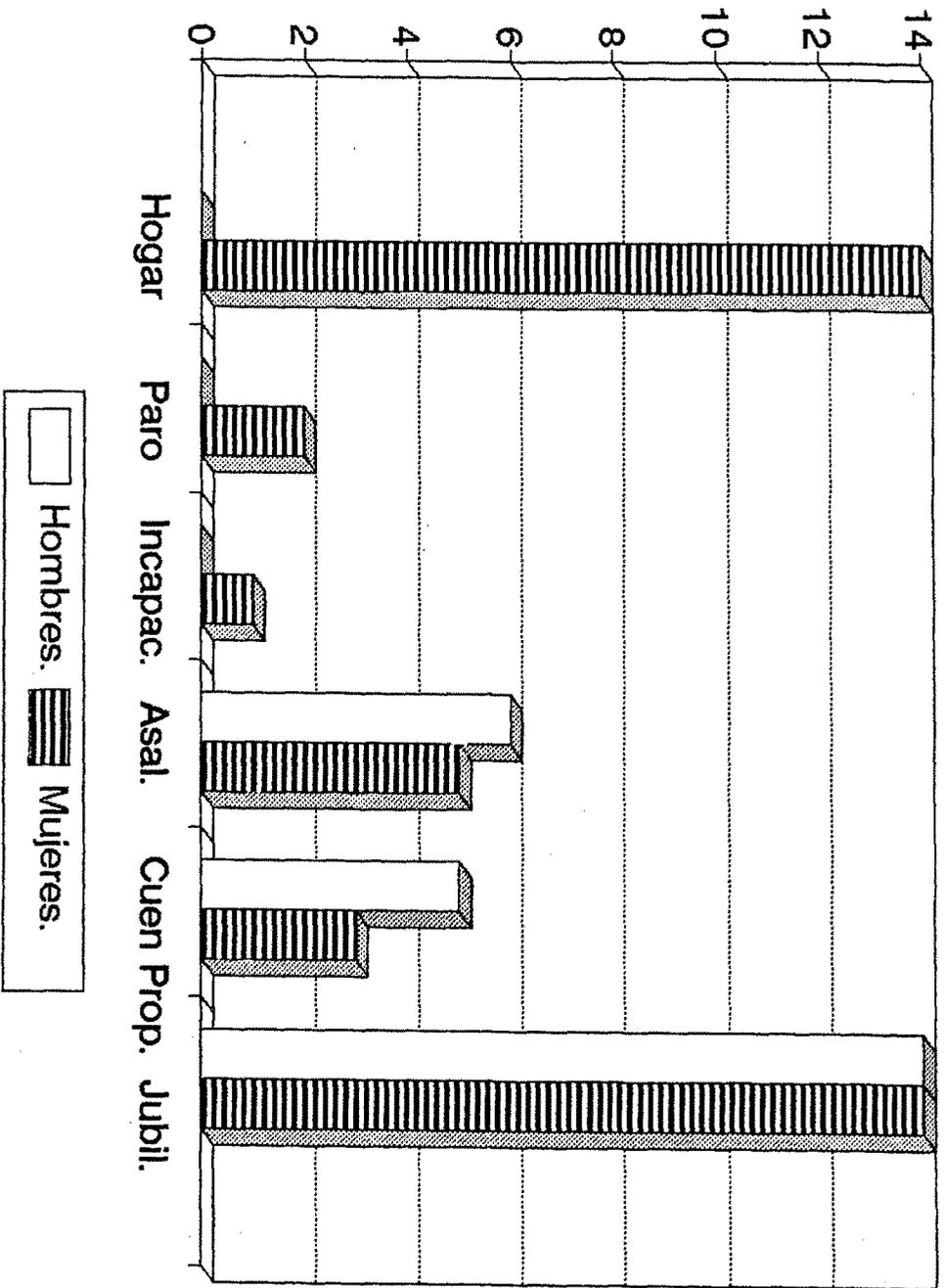
Pacientes por cuenta Propia hay 5 hombres y 3 mujeres, siendo 8 en total, lo que supone el 12,5 %.

Le siguen el grupo de Parados con dos pacientes, (mujeres), que equivale al 3,1 %; y una incapacitada, (mujer), que representa el 1,6 % del total.

OFICIO, en relación con el sexo:

SEXO:		Hombre	Mujer	
		1	2	Total
OFICIO: Sus labores	1		14	14 21,9
Paro	3		2	2 3,1
Incapacidad	4		1	1 1,6
Asalariado	5	6	5	11 17,2
Por cuenta propia	6	5	3	8 12,5
Jubilado/a	9	14	14	28 43,8
Columna Total		25 39,1	39 60,9	64 100,0

Oficio en relación al sexo.



#### 4.3.2 :

En la relación Oficio-Edad aparecen los siguientes resultados:

La mayor incidencia se da en jubilados, con un total de 28, lo que supone el 43,8 %, siendo el grupo más numeroso el de los pacientes que tienen 74 años, en total 4, que suponen el 6,2 %.

Otro grupo con incidencia alta es el de los Asalariados siendo el más numeroso el comprendido entre los 57 a los 67 años, con 3 pacientes, lo que supone el 4,7 % del total.

El grupo de "sus labores", o Ama de casa, en la frecuencia de edad comprendida entre los 46 a 56 años hay tres mujeres, que suponen también el 4,7 % del total de la muestra.

OFICIO, en relación con la Edad:

EDAD:

OFICIO		24	27	32	34	36	43	44	Total
Sus labores	1				1	1			14 21,9
Paro	3	1		1					2 3,1
Incapacidad	4								1 1,6
Asalariado	5		1				1	1	11 17,2
Por cuenta p.	6								8 12,5
Jubilado	9								28 43,8
Columna Total		1 1,6	64 100,0						

OFICIO, en relación con la Edad:

EDAD:

OFICIO	45	47	48	51	52	54	56	Total
1			1	1		1		14 21,9
3								2 3,1
4								1 1,6
5		1		1	2		1	11 17,2
6	1				1			8 12,5
9								28 43,8
Columna Total	1 1,6	1 1,6	1 1,6	2 3,1	3 4,7	1 1,6	1 1,6	64 100,0

OFICIO, en relación con la Edad:

EDAD:

OFICIO	57	58	59	60	62	63	64	Total
1		1			2	1	1	14 21,9
3								2 3,1
4						1		1 1,6
5		1	1				1	11 17,2
6	2			1	2	1		8 12,5
9								28 43,8
Columna Total	2 3,1	2 3,1	1 1,6	1 1,6	4 6,3	3 4,7	2 3,1	64 100,0

OFICIO, en relación con la Edad:

EDAD:

OFICIO	65	67	69	70	71	72	73	Tota
1	1	1						14 21,
3								2 3,
4								1 1,
5								11 17,
6								8 12,
9	2	1	1	1	1	2	3	28 43,
Columna Total	3 4,7	2 3,1	1 1,6	1 1,6	1 1,6	2 3,1	3 4,7	64 100,

OFICIO, en relación con la Edad:

EDAD:

OFICIO	74	75	76	78	79	81	82	Total
1	1	1						14 21,5
3								2 3,
4								1 1,
5								11 17,
6								8 12,
9	4	2	2	2	1	1	1	28 43,
Columna Total	5 7,8	3 4,7	2 3,1	2 3,1	1 1,6	1 1,6	1 1,6	64 100,

OFICIO, en relación con la EDAD:

EDAD			
	83	84	Total
1			14 21,9
3			2 3,1
4			1 1,6
5			11 17,2
6			8 12,5
9	2	2	28 43,8
Columna Total	2 3,1	2 3,1	64 100,0

4,3.3 :

En la relación Oficio-Estado Civil:

La mayor incidencia es la de Jubilados, (14), casados, que suponen el 21,9 %.

Le siguen las Amas de casa con un total de 12, casados, que representan el 18,2 %.

Los Asalariados/as, casados, son 11, que suponen el 17,2 % del total de la muestra.

Trabajadores por cuenta Propia, casados hay 7 lo que supone el 10,9 %.

De Solteros, el grupo más numeroso es el de jubilados, con tres, que suponen el 4,7 %, seguido de solteros, parados, (2), que representan el 3,1 %.

OFICIO en relación con ESTA\_CIV, estado civil

ESTA\_CIV

OFICIO		Separados 0	Casados 1	Solteros 2	Viudo 3	Total
Sus labores	1	1	12	1		14 21,9
Paro	3			2		2 3,1
Incapacidad	4		1			1 1,6
Asalariado	5		11			11 17,2
Por cuenta propia	6		7	1		8 12,5
Jubilado	9		14	3	11	28 43,8

Columna	1	45	7	11
Total	1,6	70,3	10,9	17,2

#### 4.3.4 ;

En la relación Oficio-Tipo de Intervención Quirúrgica:

Por Oficios, la mayor incidencia se da en Jubilados, con 19 Colostomias y 3 Ostomias, lo que supone el 57,9 % del total de Intervenciones. Si nos referimos a Os/Colostomizados, supone el 59,4 % del total de las mismas.

En Mastectomizadas, la mayor incidencia se da en las Amas de Casa, lo que supone el 17,1 % del total de la muestra experimental; pero referido al total de Mastectomizadas, (27), supone el 40,7 %.

Le siguen los pacientes Asalariados, 6 colostomizados que suponen el 9,3 % del total de la muestra.

De Jubiladas Mastectomizadas también hay 6, (4 mastectomias Izquierdas y 2 de Derechas), lo que supone el 9,3 % del total del grupo experimental.

OFICIO, en relación con Intervención quirúrgica

INTE\_QUI

OFICIO		Mastec- tomia izqui. 1	Mastec- tomia dere. 2	Mastec- tomia bila. 3	Colos- tomia 4	Ostomia 5	Total
Sus la- bores	1	4	6	1	2	1	14 21,9
Paro	3	1	1				2 3,1
Incapa- cidad	4	1					1 1,6
Asala- riado	5	3	1	1	6		11 17,2
Por cu- enta p.	6	1		1	6		8 12,5
Jubila- dos	9	4	2		19	3	28 43,8
Columna Total		14 21,9	10 15,6	3 4,7	33 51,6	4 6,3	64 100,0

4.4: Según su ESTADO CIVIL:

- Se destacan los casados: 47 pacientes, lo que supone el 73,4 %.

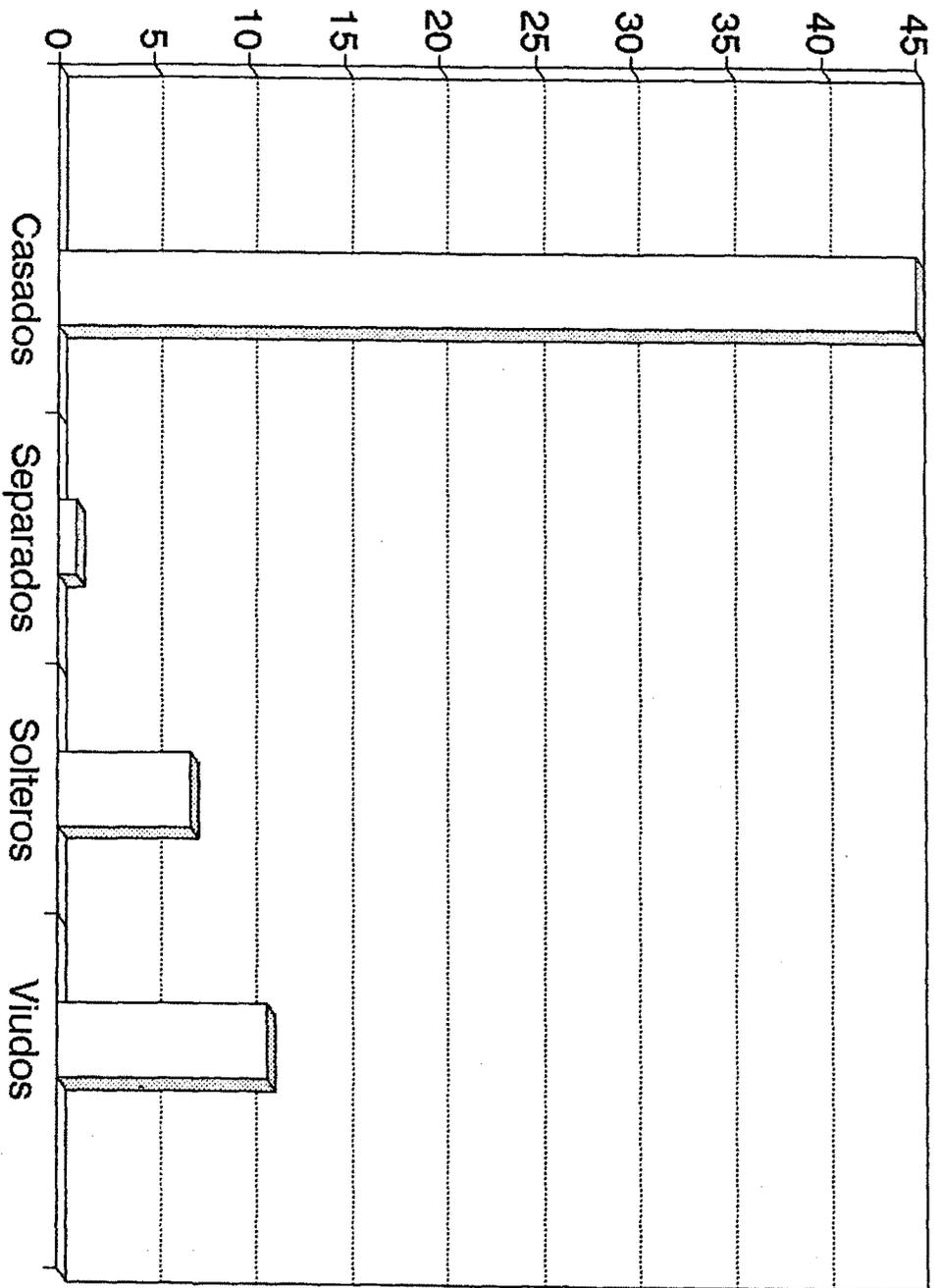
- Solteros: 7, equivalente al 10,9 %.

- Viudos: 10 pacientes, equivalente al 15,6 %.

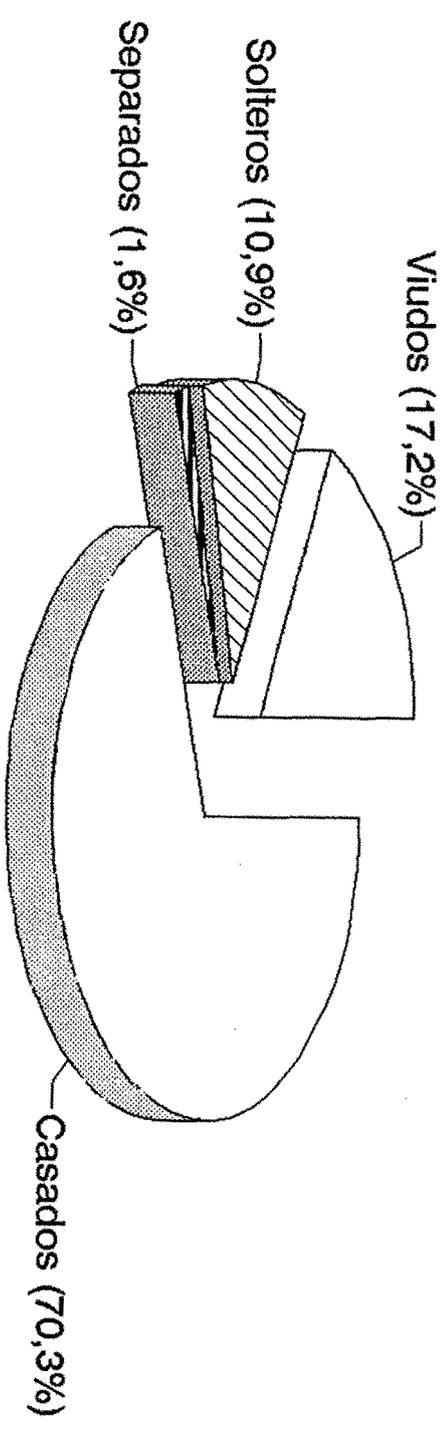
ESTADO CIVIL  
% = Porcentaje

	Valor de la variable	Frecuen.	%	% Valido	% Acumulac
Separados	0	1	1,6	1,6	1,6
Casados	1	45	70,3	70,3	71,9
Solteros	2	7	10,9	10,9	82,8
Viudo	3	11	17,2	17,2	100,0
	TOTAL	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

Estado civil.



Estado civil.



4.4.1:

La relación: Estado Civil-Sexo se establece como sigue:

Hay una paciente Separada, que supone el 1,6 %.

De casados hay 19 hombres y 26 mujeres; en total 45, que suponen el 70,3 % de la muestra: (29,7 % hombres y el 40,6 % mujeres).

De solteros, hay 3 hombres y 4 mujeres, en total 7, que equivales al 10,9 %, (4,7 % hombres y 6,2 % mujeres).

Hay 3 hombres Viudos y 8 mujeres, en total 11, lo que supone el 17,2 %, (4,7 % hombres y 12,5 % mujeres).

ESTA\_CIV en relación con el sexo:

SEXO:		Hombre	Mujer	
ESTA_CIV		1	2	Total
Separados	0		1	1 1,6
Casados	1	19	26	45 70,3
Solteros	2	3	4	7 10,9
Viudo	3	3	8	11 17,2
	Columna Total	25 39,1	39 60,9	64 100,0

4.5: Por el TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA:

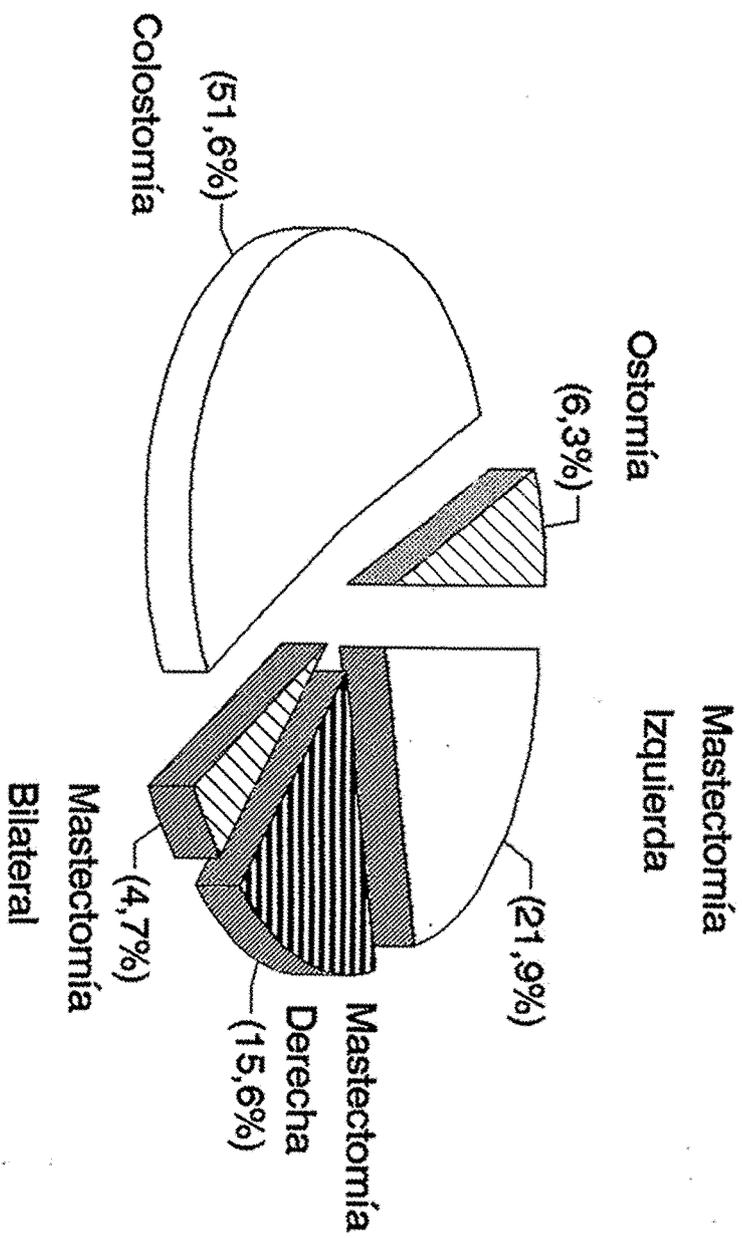
Se contabilizan ambos sexos, por lo que predominan los pacientes colostomizados, con un total de 33, lo que supone el 51,6 %.

- Mastectomia Izquierda: 14 casos, el 21,9 %.
- Mastectomia Derecha: 10 casos, el 15,6 %.
- Ostomizados: 4 pacientes, el 6,3 %.
- Mastectomia bilateral: 3 pacientes, equivalente al 4,7 %.

INTE QUI Intervención quirúrgica  
% = Porcentaje

	Valor de la variable	Frecuen.	%	% Valido	% Acumula
Mastectomia Izq.	1	14	21,9	21,9	21,9
Mastectomia Der.	2	10	15,6	15,6	37,5
Mastectomia bilat.	3	3	4,7	4,7	42,2
Colostomia	4	33	51,6	51,6	93,8
Ostomia	5	4	6,3	6,3	100,0
	TOTAL	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

### Intervención quirúrgica:

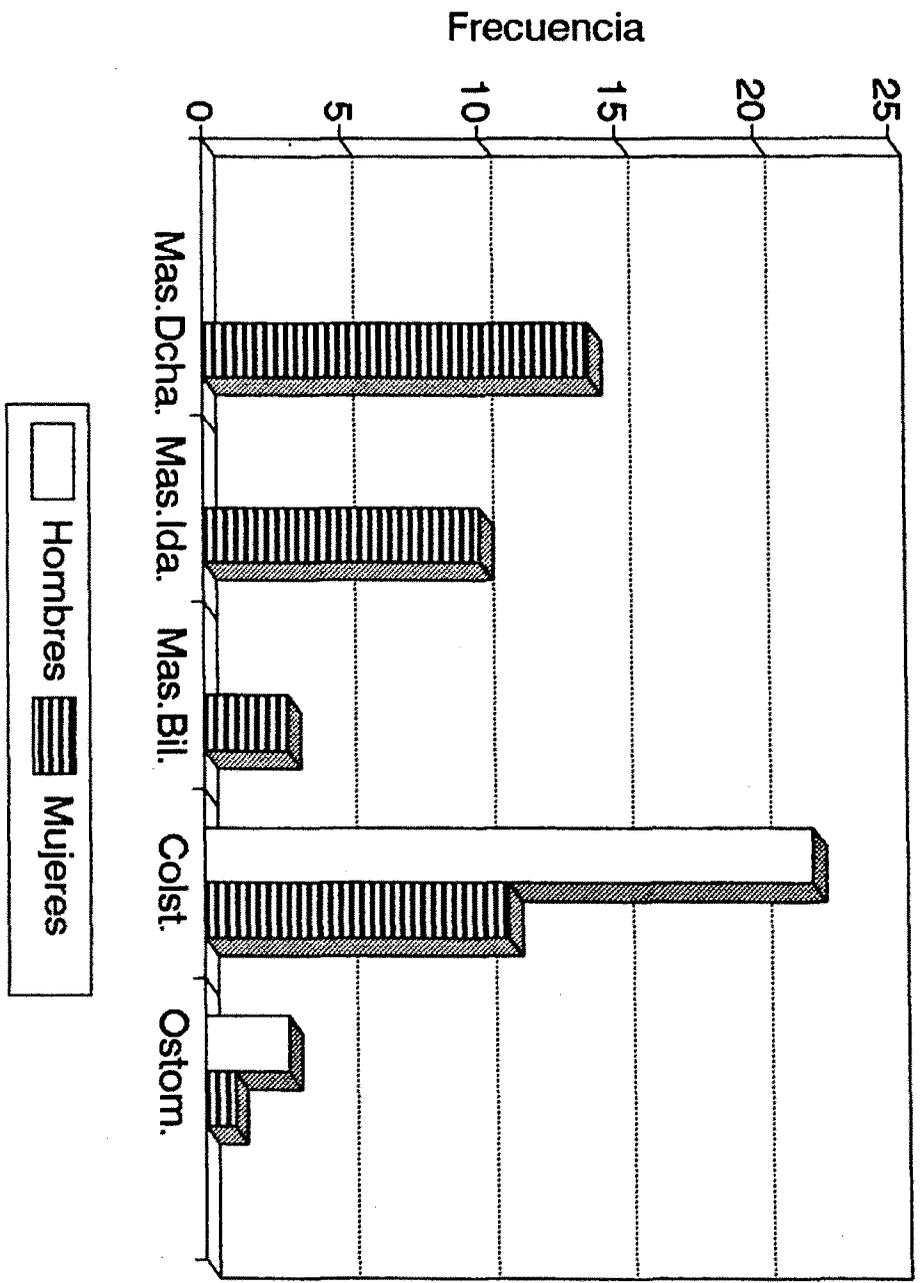


4.5.1:

INTE\_QUI Intervención quirúrgica, en relación al Sexo.

		<u>SEXO</u>		
		Hombre	Mujer	
INTE_QUI		1	2	Total
Mastectomia izquierda	1		14	14 21,9
Mastectomia derecha	2		10	10 15,6
Mastectomia bila.	3		3	3 4,7
Colostomia	4	22	11	33 51,6
Ostomia	5	3	1	4 6,3
Columna Total		25 39,1	39 60,9	64 100,0

Intervención quirúrgica en función del sexo.



De los 64 pacientes del grupo experimental, al relacionar el tipo de Intervención Quirúrgica con el sexo, aparecen:

Un total de 14 mastectomizadas izquierdas, lo que equivale al 21,9 % del total de la muestra, todas del sexo femenino.

Hay 10 mastectomizadas derechas, del sexo femenino, que supone el 15,6 % del total.

De mastectomias bilaterales hay 3, sexo femenino, que suponen el 4,7 % del total de la muestra.

En lo referente a Colostomizados, hay 22 hombres y 11 mujeres, en total 33, que suponen el 51,6 % del total de la muestra.

Hay un total de 3 Ostomizados y 1 Ostomizada, en total lo que supone el 6,3 % del total.

Por Sexos hay 25 hombres que suponen el 39,1 % del total del grupo Experimental y 39 mujeres, que suponen el 60,9 % del total de la muestra.

#### 4.5.2.

En la relación: Intervención Quirúrgica / Estado civil, predominan los Casados/as, con 23 colostomias, lo que supone el 35,9 % del total.

Seguidos de las mastectomias Izquierdas, (Casadas), con un total de 10 pacientes, que suponen el 15,6 % del total de la muestra.

Según el Estado Civil, destacan también los Viudos, que comprenden 7 Colostomias y 2 Ostomias, en total: 9, que suponen el 14,06 % del total del grupo experimental.

La mayor incidencia en solteros, se da en Mastectomizadas Izquierdas, con 3 casos que suponen el 4,7 % y 3 Colostomizados, también con el 4,7 % del total.

INTE\_GUI, Intervención quirúrgica en relación con ESTADO CIVIL

ESTA\_CIV

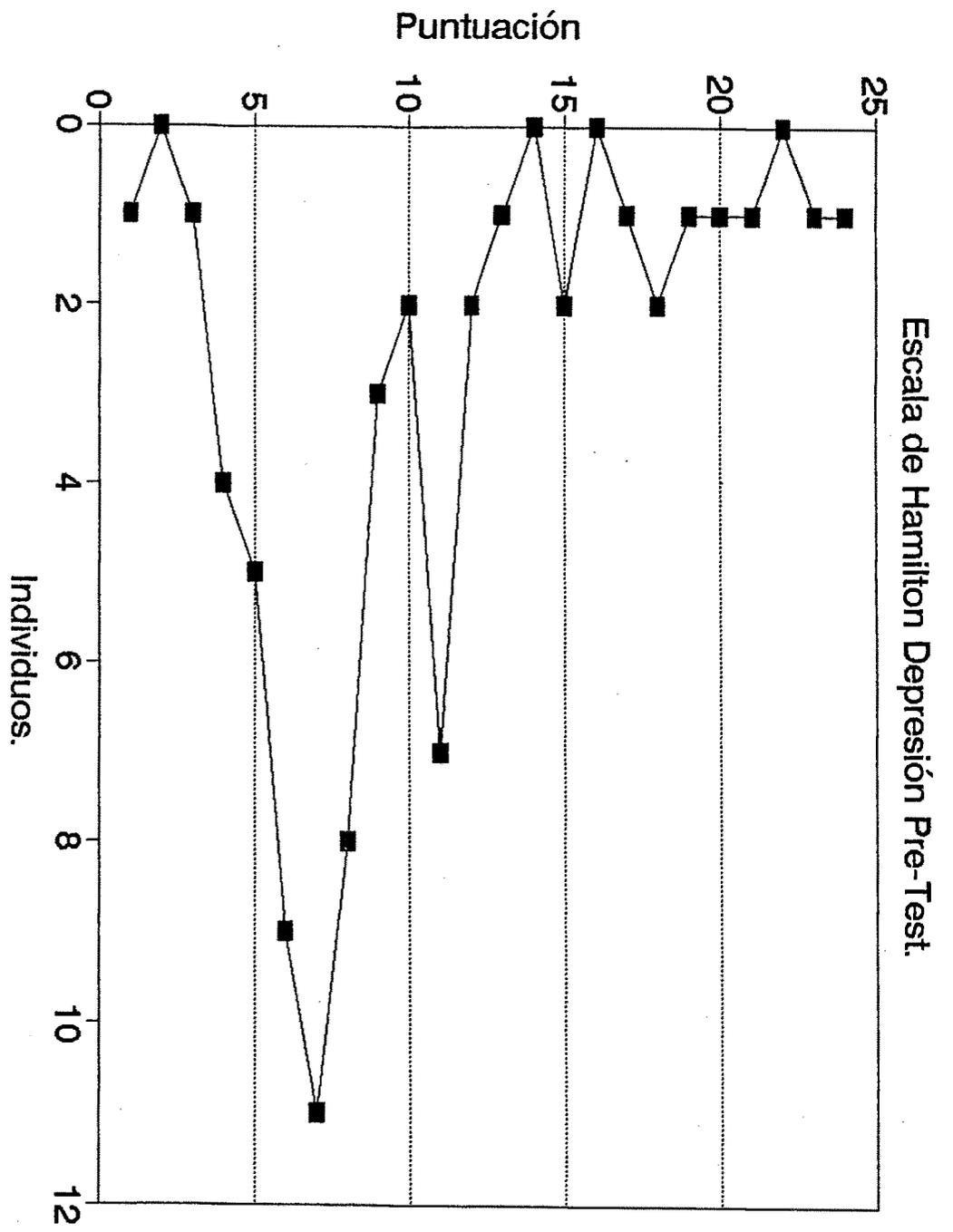
OFICIO		Separados	Casados	Solteros	Viudo	Total
		0	1	2	3	
Mastectomia izquierda	1		10	3	1	14 21,9
Mastectomia derecha	2	1	7	1	1	10 15,6
Mastectomia bila.	3		3			3 4,7
Colostomia	4		23	3	7	33 51,6
Ostomia	5		2		2	4 6,3
Columna Total		1 1,6	45 70,3	7 10,9	11 17,2	64 100,0

4.6: La ESCALA DE DEPRESION. PRE - TEST: Hamilton:

La puntuación que más se repite es 7 en 11 casos, lo que supone un 17,2 por ciento de pacientes. La puntuación 8 se da en 8 pacientes, lo que equivale al 12,5 % de casos, el resto de puntuaciones presentan una dispersión que va de 1 de mínima a 24 de máxima, según se reflejó en la tabla de valoración adjunta:

HA\_D\_PRE  
% = Porcentaje

Valor de la variable	Frecuen.	%	% Acumulado
1	1	1,6	1,6
3	1	1,6	3,1
4	4	6,3	9,4
5	5	7,8	17,2
6	9	14,1	31,3
7	11	17,2	48,4
8	8	12,5	60,9
9	3	4,7	65,6
10	2	3,1	68,8
11	7	10,9	79,7
12	2	3,1	82,8
13	1	1,6	84,4
15	2	3,1	87,5
17	1	1,6	89,1
18	2	3,1	92,2
19	1	1,6	93,8
20	1	1,6	95,3
21	1	1,6	96,9
23	1	1,6	98,4
24	1	1,6	100,0
TOTAL	64	100,0	100,0



4.7: En la ESCALA DE HAMILTON, DEPRESION. POST - TEST:

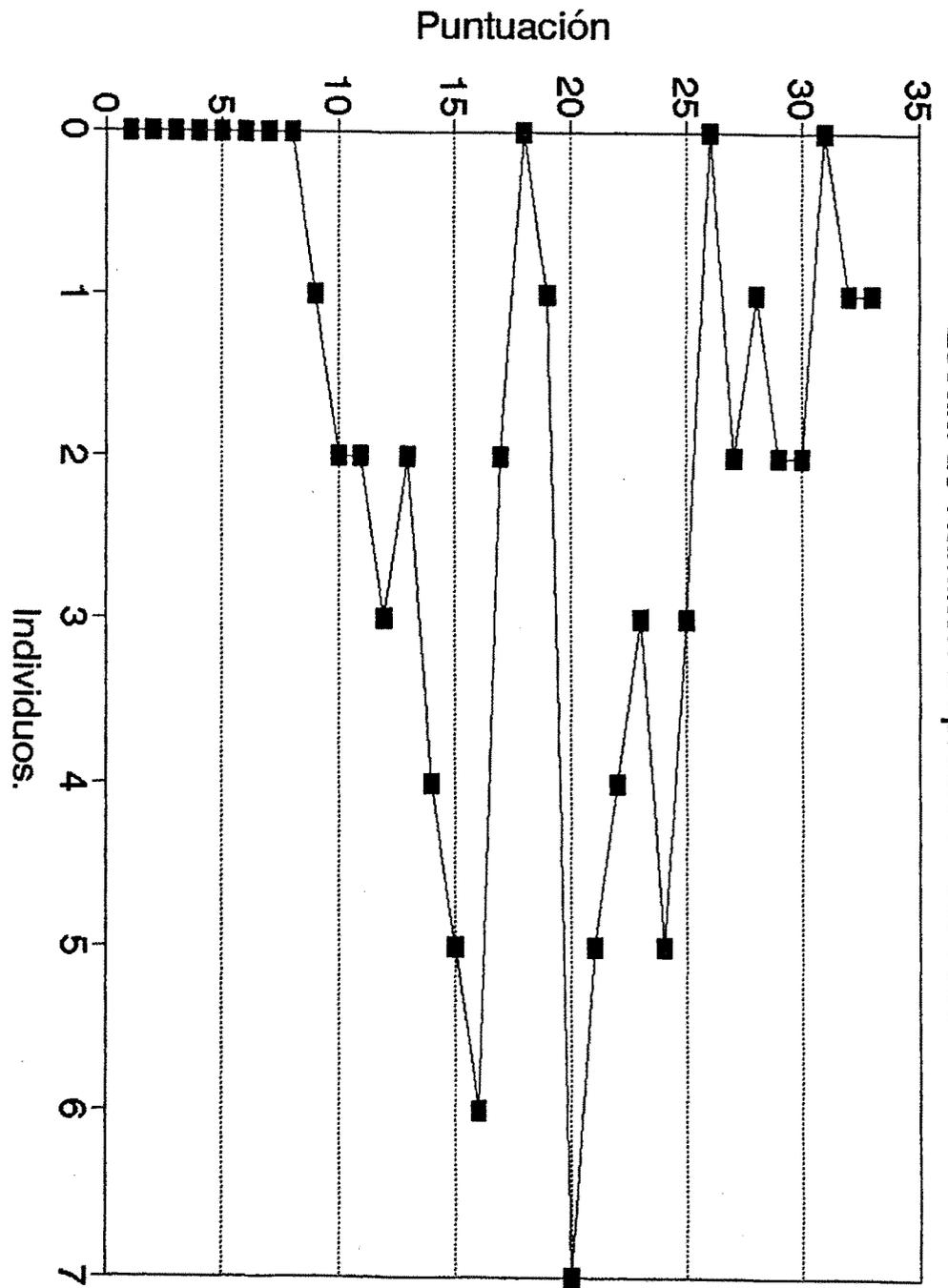
Sobre los 64 pacientes estudiados, a los que se les pasó dicho test en el post-operatorio, la puntuación fluctúa entre 9 y 33. La puntuación que más se repite es de 20, en 7 casos, lo que representa un 10,9 % de los pacientes, otras puntuaciones significativamente altas son 16, en 6 casos o equivalente al 9,4 % y 24 en 5 casos que equivale al 7,8 %, según esquema adjunto:

HA\_D\_PRE

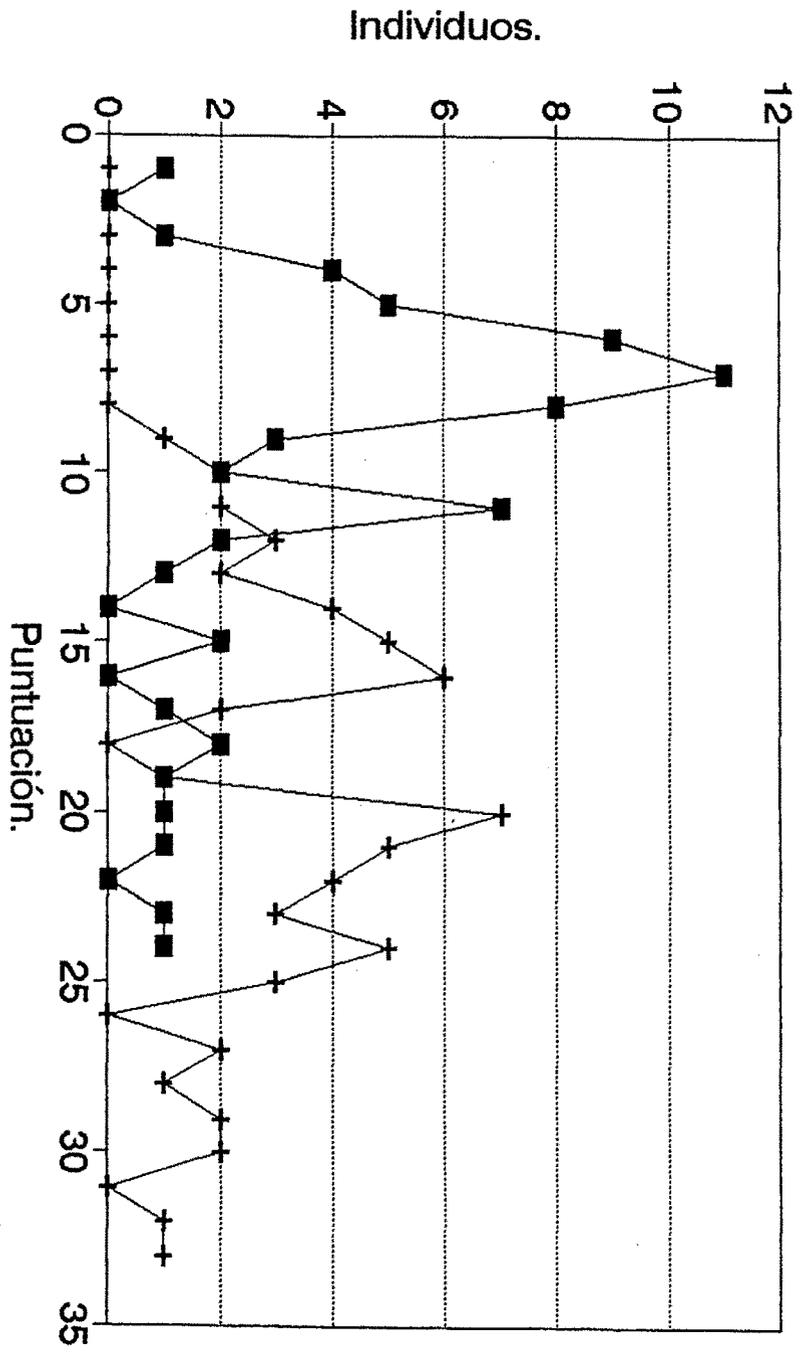
% = Porcentaje

Valor de la variable	Frecuen.	%	% Acumulado
9	1	1,6	1,6
10	2	3,1	4,7
11	2	3,1	7,8
12	3	4,7	12,5
13	2	3,1	15,6
14	4	6,3	21,9
15	5	7,8	29,7
16	6	9,4	39,1
17	2	3,1	42,2
18			
19	1	1,6	43,8
20	7	10,9	54,7
21	5	7,8	62,5
22	4	6,3	68,8
23	3	4,7	73,4
24	5	7,8	81,3
25	3	4,7	85,9
27	2	3,1	89,1
28	1	1,6	90,6
29	2	3,1	93,8
30	2	3,1	96,9
32	1	1,6	98,4
33	1	1,6	100,0
TOTAL	64	100,0	100,0

Escala de Hamilton Depresión Post-Test.



Escala de Hamilton Depresión.  
Pre-Test / Post-Test.



■ Pre-Test    + Post-Test

Para medir la ansiedad pre y post-quirúrgica se pasaron:

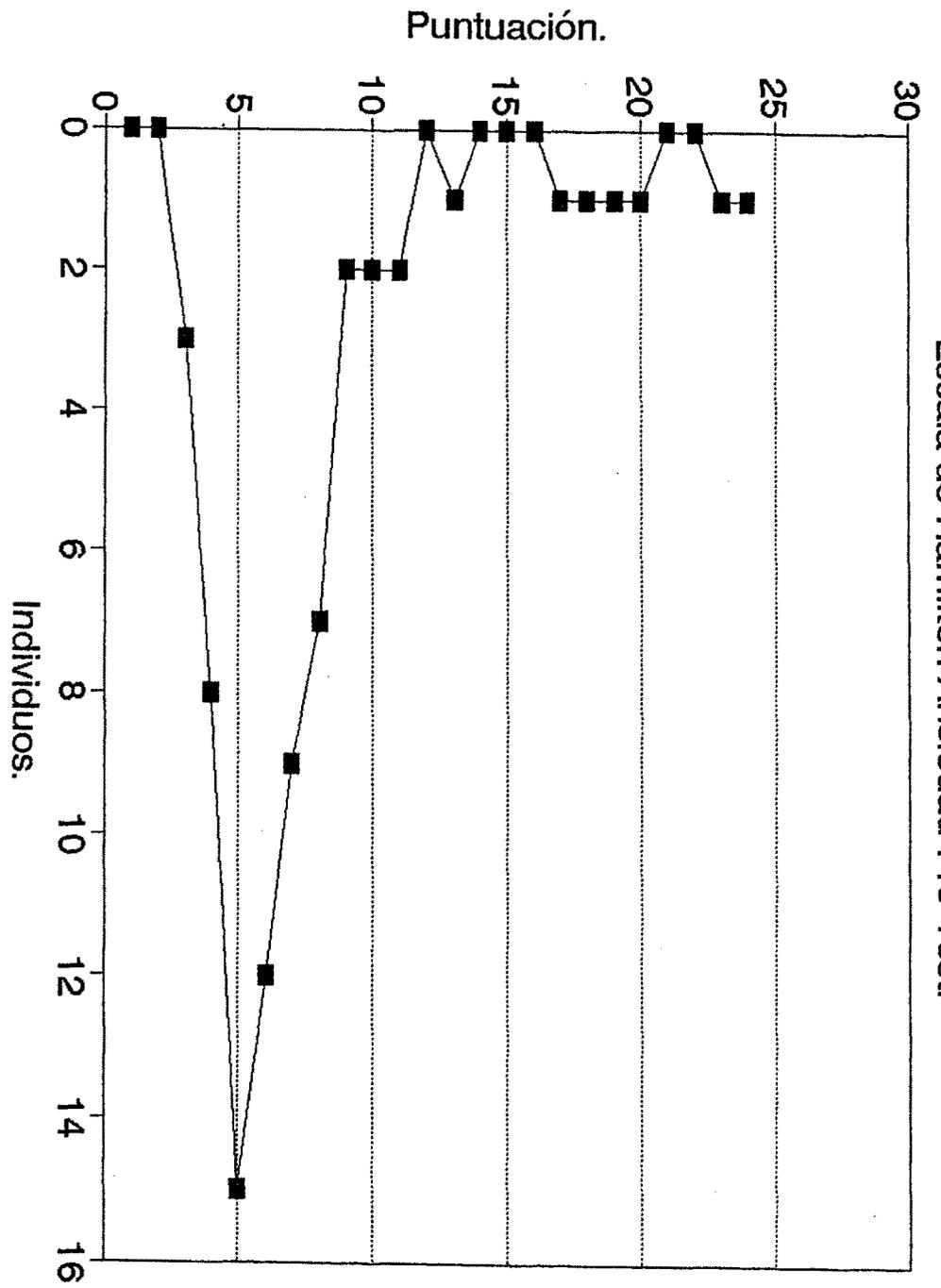
4.8: La ESCALA DE ANSIEDAD, PRE-TEST DE HAMILTON;

La puntuación fluctúa entre 3 y 23. Destaca la puntuación 5 en 15 casos, lo que supone el 23,4 %. Con 6 puntúan 12 pacientes, que suponen el 18,8 %. Con 7 hay 9 pacientes lo que equivale al 10,9 %. El resto de puntuaciones están uniformemente dispersas; (Ver puntuaciones adjuntas):

HA\_A\_PRE  
% = Porcentaje

	Valor de la variable	Frecuen.	%	% Acumulado
	3	3	4,7	4,7
	4	8	12,5	17,2
	5	15	23,4	40,6
	6	12	18,8	59,4
	7	9	14,1	73,4
	8	7	10,9	84,4
	10	2	3,1	87,5
12	11	2	3,1	90,6
	13	1	1,6	92,2
	17	1	1,6	93,8
	18	1	1,6	95,3
	19	1	1,6	96,9
	20	1	1,6	98,4
	23	1	1,6	100,0
	TOTAL	64	100,0	100,0

Escala de Hamilton Ansiedad Pre-Test.



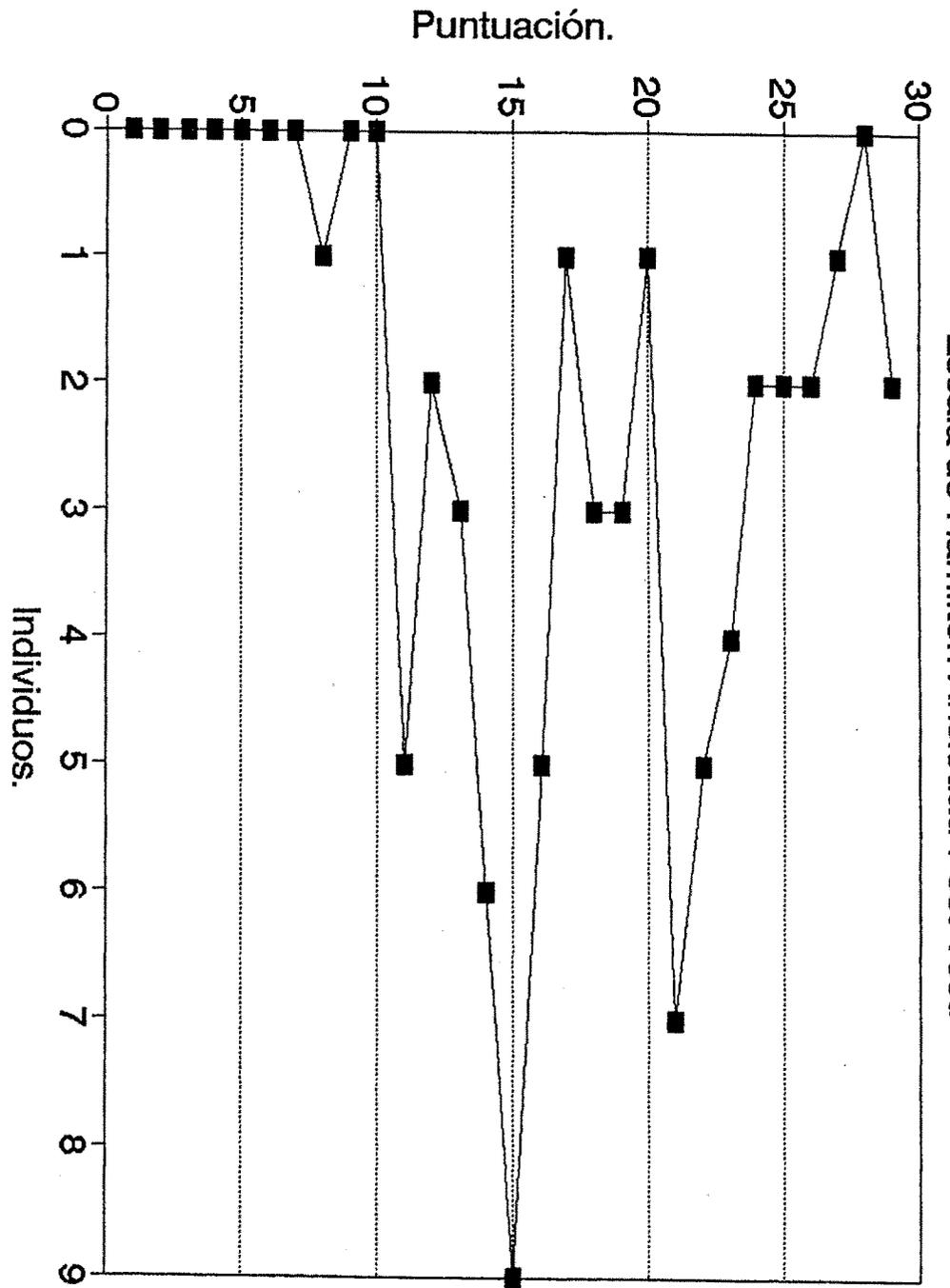
4.9: La ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD. POST - TEST:

Se destaca un margen de puntuación en los 64 pacientes que va de 8 a 29. Siendo en 9 pacientes la puntuación de 15 puntos, lo que equivale al 14,1 %. Con 21 hay 7 pacientes equivalente al 10,9 %. En el resto de los pacientes hay puntuaciones más bajas y dispersas como a continuación se refleja:

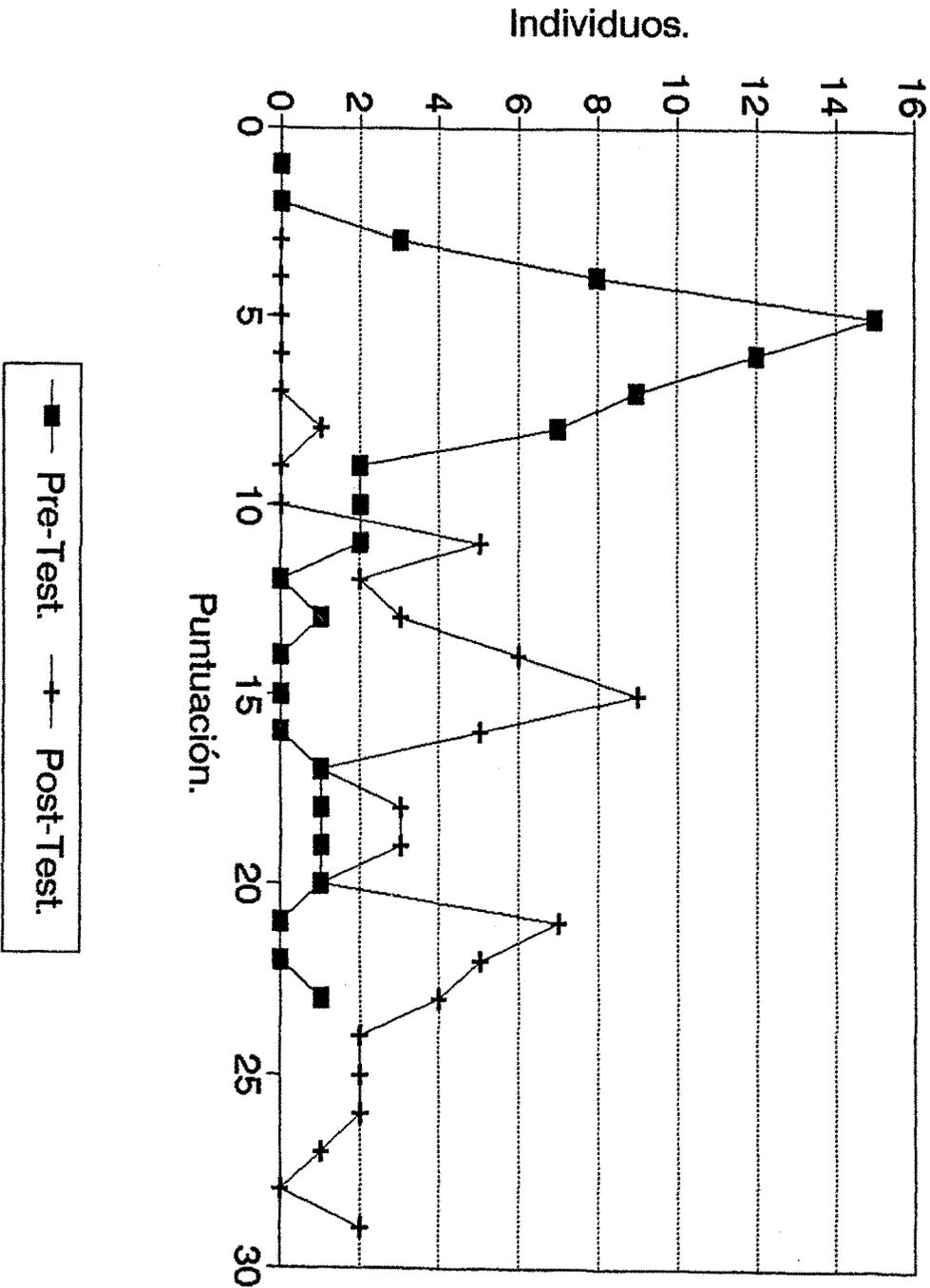
HA\_A\_POST  
% = Porcentaje

	Valor de la variable	Frecuen.	%	% Acumulado
	8	1	1,6	1,6
	11	5	7,8	9,4
	12	2	3,1	12,5
12	13	3	4,7	17,2
	14	6	9,4	26,6
	15	9	14,1	40,6
	16	5	7,8	48,4
	17	1	1,6	50,0
	18	3	4,7	54,7
	19	3	4,7	59,4
	20	1	1,6	60,9
	21	7	10,9	71,9
	22	5	7,8	79,7
	23	4	6,3	85,9
	24	2	3,1	89,1
	25	2	3,1	92,2
	26	2	3,1	95,3
	27	1	1,6	96,9
	29	2	3,1	100,0
	TOTAL	64	100,0	100,0

Escala de Hamilton Ansiedad Post-Test.



Escala de Hamilton Ansiedad.  
Relación Pre-Test / Post Test.



#### 4.10: ESCALA DE CLIMA SOCIAL: FAMILIA

4.10.1: En la ESCALA DE RELACION, evaluando las sub-escalas:

4.10.1.1: 1ª COHESION: Hay 41 pacientes con una puntuación de 52, lo que equivale a una frecuencia del 64,1 %. Hay 11 que puntúan 47, lo que equivale a un 17,2 %.

El resto de los pacientes presentan una dispersión que va de 40 a 60.

4.10.1.2: 2ª EXPRESIVIDAD: Predomina la puntuación 42, con 27 pacientes, lo que supone el 42,2 %. Hay 18 pacientes con una puntuación de 47 que supone el 28,1 %. El resto fluctúa entre 31 y 58.

4.10.1.3: 3ª CONFLICTO: Con una puntuación de 40 hay 23 pacientes, lo que supone el 9,4 % y 4 que puntúan 54, equivalente al 6,3 %. Lo que da el total de 64 pacientes y el percentil de 100.

4.10.2: En la escala de DESARROLLO, las puntuaciones de las Subescalas son las siguientes:

4.10.2.1: 4ª AUTONOMIA: La fluctuación de la puntuación va de 40 a 62, destacando 32 pacientes con 51, lo que supone el 50 %. Hay 16 que puntúan 46, lo que supone el 25 %. El resto presentan una ligera dispersión.

4.10.2.2: 5ª ACTUACION: Las puntuaciones fluctúan de 36 a 67, destacando 26 pacientes con puntuación 52, lo que supone el 40,6 %. Otros 19 puntuación 47, representando el 29,7 %, el resto son poco significativas.

4.10.2.3: 6ª INTELECTUAL-CULTURAL: Las puntuaciones van de 33 a 65, predominando 23 pacientes con una puntuación de 56, lo que supone el 35,9 %. Le siguen 16 pacientes con puntuación 51, lo que supone el 25,0 %. Hay 11 con puntuación 60 equivalente al 17,2 %, siendo el resto disperso y poco significativo.

4.10.2.4: 7ª SOCIAL-RECREATIVO: Los pacientes con mayor puntuación son 23, que puntúan 39, equivalente a un 35,9 %. Hay 17 que puntúan 48, lo que supone el 26,6 %. Otros 16 puntúan 44, equivalente al 25,0 % y el resto fluctúa entre puntuaciones que van de 30 a 62.

4.10.2.5: 8ª MORALIDAD-RELIGIOSIDAD:

Sobre un total de 64 pacientes, las puntuaciones que más se repitieron son, con 54 puntos hay 21 pacientes lo que representa el 32,8 %. Con 59 hay 20 pacientes, que representa el 31,1 %; el resto de los pacientes fluctúa entre 44 y 69.

4.10.3: En la ESCALA DE ESTABILIDAD, Las Subescalas de:

4.10.3.1: 9ª ORGANIZACION: En la que las puntuaciones fluctúan de 39 a 63, destacando con 63 un total de 18 pacientes, lo que representa el 28,1 %; con 54 hay 17 pacientes, lo que equivale a un 26,6 %; 15 con 58, que equivale al 23,4 %. El resto presenta una puntuación dispersa, con % relativamente bajos.

4.10.3.2: 10ª CONTROL: Es la última de las Subescalas del CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA, en la que la puntuación va de 19 a 59.

Destacan con una puntuación de 40 un total de 31 pacientes que suponen el 48,4 %; Hay 18 con 45 puntos, lo que supone el 28,1 %, el resto tienen puntuaciones poco significativas.

En la ESCALA DE CLIMA SOCIAL: FAMILIA, una vez obtenidas las puntuaciones TÍPICAS, (Ver Anexo I: Pags.: 1-2, 1-3 y 2-2, 2-3), dichas puntuaciones se recodifican por Escalas, según las tablas Estadísticas de la Adaptación española: (TEA Ediciones, S.A., 1982), y en dichas tablas, en la Escala de Clima Social, Familiar (FES), las 10 Escalas dan unas puntuaciones según se refleja en la Tabla adjunta:

Escalas	$\bar{X}$	$S_x$	Intervalo
Cohesión	6.29	2.44	3.85 a 8.73
Expresividad	5.28	1.88	3.40 a 7.16
Conflicto	3.36	2.28	1.08 a 5.64
Autonomía	5.72	1.77	3.95 a 7.54
Actuación	5.66	1.94	3.72 a 7.60
Intelectual-Cultural	4.64	2.19	2.45 a 6.83
Sociabilidad	4.36	2.13	2.23 a 6.49
Moralidad-Religiosidad	4.21	2.04	2.17 a 6.25
Organización	6.17	2.08	4.09 a 8.25
Control	4.38	2.17	2.21 a 6.55

Escalas de Clima Social.  
Familia (FES).

Estadísticas españolas (1982).  
TEA. S.A.

$\bar{X}$  = Media.

$S_x$  = Desviación.

Intervalo.

Una vez obtenidos los puntos de corte, y las desviaciones del mismo, se procede a recodificar los resultados de las puntuaciones TÍPICAS del Anexo I:(Pags. 332:1-2, 1-3 y 2-2, 2-3), paciente por paciente, y se obtienen las puntuaciones del ANEXO V:(Pags. 344:1-1 y 1-2), dando los siguientes valores según la puntuación individual de cada paciente, una vez recodificado:

1 = Intervalo Inferior.

2 = Superior.

3 = Intervalo Normal.

Según esto y a la vista de los resultados, en cada Escala se considera normal los pacientes comprendidos en el Intervalo Normal, (Puntuación 3), y serán patológicos o con problemas de interrelación a nivel familiar, los pacientes con Puntuación 1, (Inferior), por déficit, y los pacientes con puntuación 2, (Superior), es decir el 1 y 2 serían las Desviaciones con conflicto familiar.

Una vez hechas las oportunas recodificaciones, se obtienen los siguientes resultados en las siguientes Escalas:

#### 4.10.1:ESCALA DE RELACION:

Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Esta integrada por tres Subescalas:

4.10.1.1: COHESION: Da los siguientes resultados:

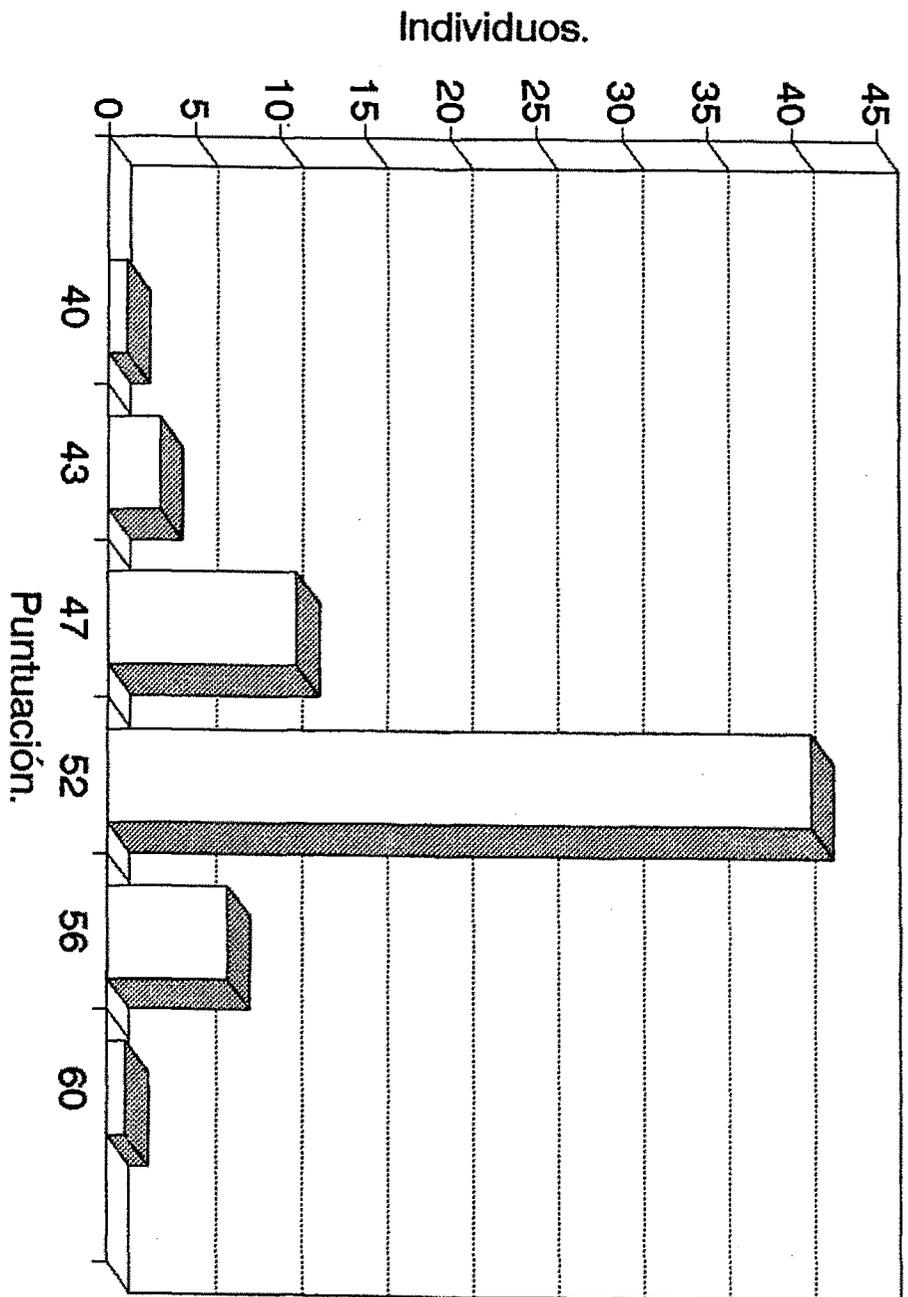
##### COHESION:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Superior	2	1	1,6	1,6	1,6
Dentro del intervalo	3	63	98,4	98,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Según estos resultados, se desprende que hay 1 solo paciente, (1,6 %) con una Desviación superior del grado de Cohesión, y 63, (el 98,4 %) que estaría dentro del Intervalo Normal. el grado Superior indicaría un exceso de sobreprotección por el entorno familiar.

	Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
Relaciones	40	1	1,6	1,6	1,6
C S COHE	43	3	4,7	4,7	6,3
	47	11	17,2	17,2	23,4
	52	41	64,1	64,1	87,5
	56	7	10,9	10,9	98,4
	60	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Escala de Clima Social.  
Cohesión.



4.10.1.2: EXPRESIVIDAD: Aparecen los resultados de

la tabla adjunta:

EXPRESIVIDAD:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	2	3,1	3,1	3,1
Dentro del intervalo	3	62	96,9	96,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Según estos resultados, hay 2 pacientes, (el 3,1 %), que tienen una Desviación Inferior, lo que indicaría dificultad de intercomunicación entre el paciente y los miembros del entorno familiar, con dificultad para expresar sus sentimientos.

El resto, 62 pacientes, están dentro del intervalo normal, (el 96,9 %), en los que prevalece la libertad de comunicación y de expresarse libremente.

Relaciones C S EXPR

Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
31	1	1,6	1,6	1,6
37	11	17,2	17,2	18,8
42	27	42,2	42,2	60,9
47	18	28,1	28,1	89,1
53	3	4,7	4,7	93,8
58	4	6,3	6,3	100,0
Total	64	100,0	100,0	

Escala de Clima Social.  
Expresión.



4.10.1.3: CONFLICTO: En esta Subescala las puntuaciones estan muy polarizadas entre los pacientes Normales y los que presentan Conflictos importantes: (Ver resultados adjuntos).

CONFLICTO:

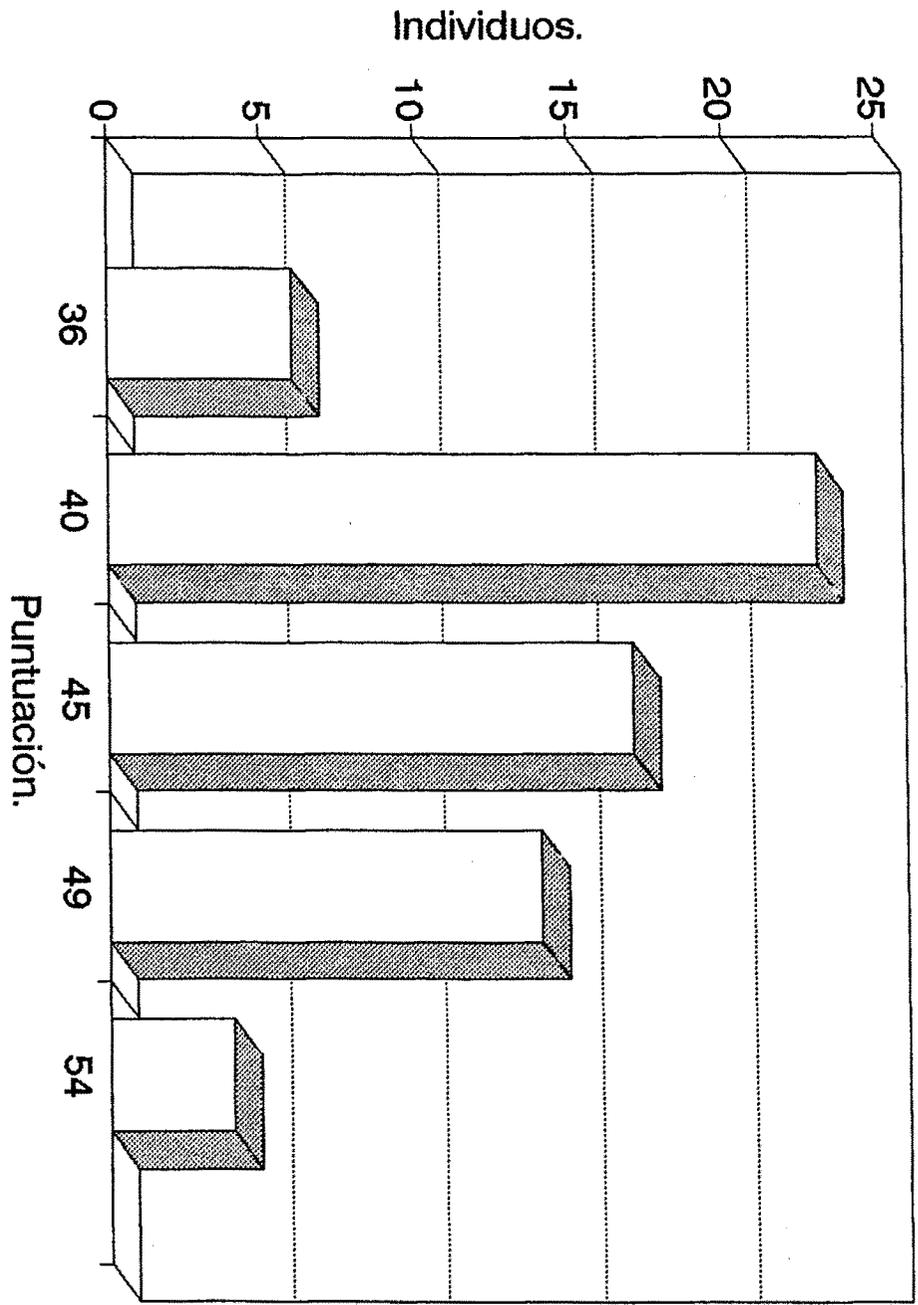
	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	31	48,4	48,4	48,4
Dentro del intervalo	3	33	51,6	51,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

De ello se desprende que hay 31 pacientes, (el 48,4 %) que presentan desviación inferior, lo que indica un alto grado de dificultad en expresar libre y abiertamente colera, agresividad y conflicto ante los miembros de la familia, indica un alto grado de represión. Por otra parte hay 33 pacientes, (el 51,6 %) que estan dentro del intervalo normal en cuanto a expresar el grado de agresividad y colera ante el entorno familiar.

Relaciones C S CONF

Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
36	6	9.4	9.4	9.4
40	23	35.9	35.9	45.3
45	17	26.6	26.6	71.9
49	14	21.9	21.9	93.8
54	4	6.3	6.3	100.0
Total	64	100,0	100,0	

# Escala de Clima Social. Conflicto.



4.10.2: DESARROLLO: Dentro de esta Escala se incluyen 5 Subescalas:

4.10.2.1: AUTONOMIA: En esta Subescala se aprecian los siguientes resultados:

AUTONOMIA:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Superior	2	3	4,7	4,7	4,7
Dentro del intervalo	3	61	95,3	95,3	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

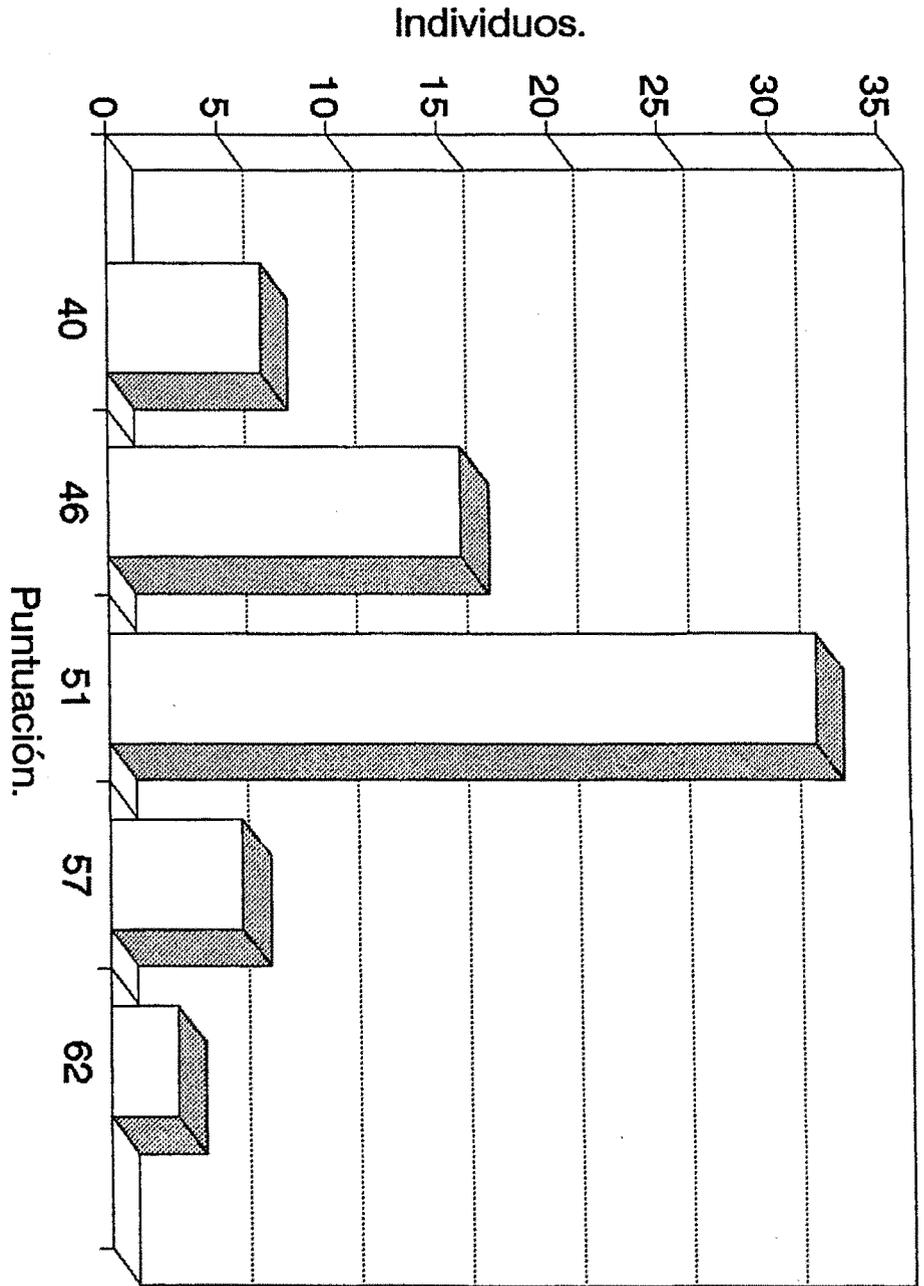
Según estos, hay 3 pacientes, (el 4,7 %) que presentan una desviación Superior, lo que indicaría un alto grado de autosuficiencia y seguridad en si mismos, de alguna forma sobrevalorados.

Hay 61 pacientes, (el 95,3 %), que estarían dentro de los límites de la normalidad, fomentados por la vida en común.

Desarrollo C S AUTO

Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
40	7	10.9	10.9	10.9
46	16	25.0	25.0	35.9
51	32	50.0	50.0	85.9
57	6	9.4	9.4	95.3
62	3	4.7	4.7	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Escala de Clima Social.  
Autonomía.



4.10.2.2: ACTUACION: De ella se desprenden los siguientes resultados:

ACTUACION:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	2	3,1	3,1	3,1
Superior	2	2	3,1	3,1	6,3
Dentro del intervalo	3	60	93,8	93,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

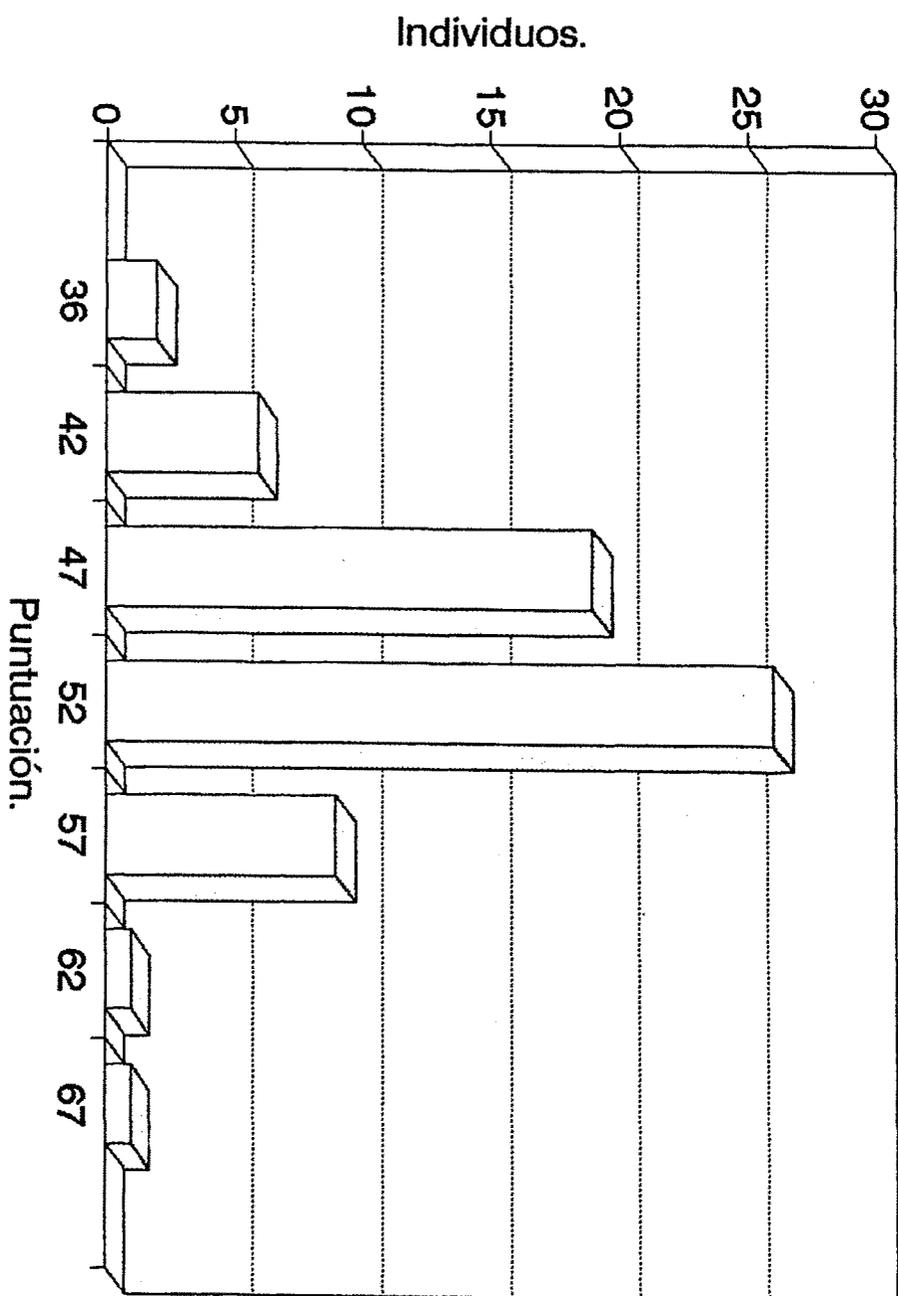
Hay una desviación de 2 pacientes por el extremo Superior, (el 3,1 %), que indicaría una tendencia al exceso de acción o competencia.

Otros dos están en el extremo Inferior, (3,1 %), que indicarían graves dificultades para llevar a cabo una actividad normal y competitiva en el trabajo o vida cotidiana.

El resto, 60 pacientes, (el 93,8 %) estarían dentro de la población normal.

	Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
C S ACT	36	2	3,1	3,1	3,1
	42	6	9,4	9,4	12,5
	47	19	29,7	29,7	42,2
	52	26	40,6	40,6	82,8
	57	9	14,1	14,1	96,9
	62	1	1,6	1,6	98,4
	67	1	1,6	1,6	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

# Escala de Clima Social. Actuación.



4.10.2.3: INTELECTUAL-CULTURAL: En esta Subescala, las puntuaciones son las siguientes:

INTELECTUAL-CULTURAL:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	2	3,1	3,1	3,1
Superior	2	12	18,8	18,8	21,9
Dentro del intervalo	3	50	78,1	78,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

De las mismas se desprende: que hay 2 pacientes (3,1 %) que presentan una Desviación Inferior, lo que indica la poca o nula preocupación por el entorno, en lo que a interes por la actividades politicas, sociales, culturales, e intelectuales se refiere.

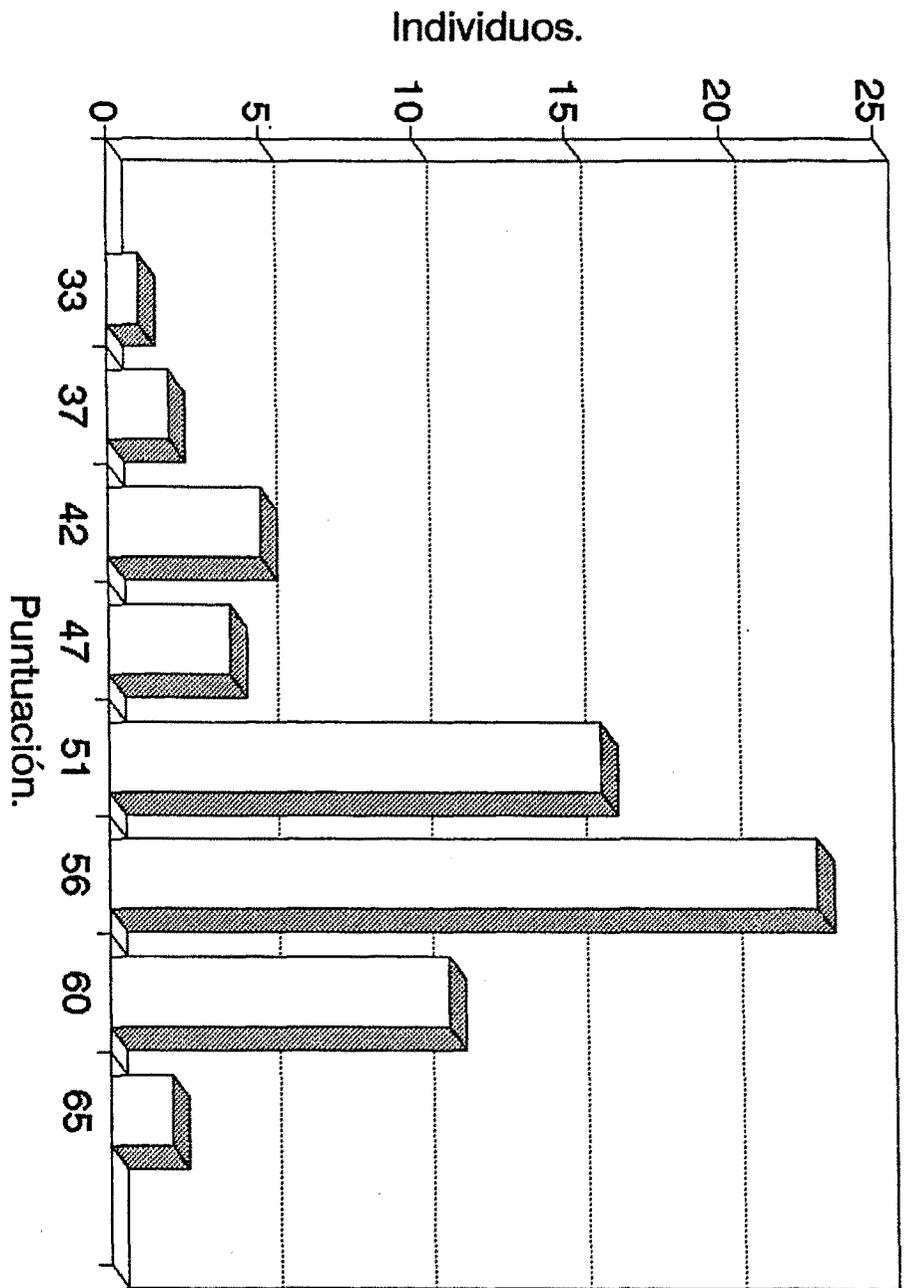
Hay un grupo de 12 pacientes, (18,8 %) que presentan una Desviación Superior, lo que indica un alto grado de interes por los acontecimientos sociales, politicos y culturales, superior a lo de la media de la población general.

Hay un tercer grupo, de 50 pacientes, (78,1 %), que se engloba dentro de la media de la población general.

C S INTE

Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
33	1	1,6	1,6	1,6
37	2	3,1	3,1	4,7
42	5	7,8	7,8	12,5
47	4	6,3	6,3	18,8
51	16	25,0	25,0	43,8
56	23	35,9	35,9	79,7
60	11	17,2	17,2	96,9
65	2	3,1	3,1	100,0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
Total	64	100,0	100,0	
Casos validos: 64		Casos Nulos: 0		

Escala de Clima Social.  
Intelectual-Cultural.



4.10.2.4: SOCIAL-RECREATIVO: Hay una dispersión de resultados como se refleja en la relación adjunta:

SOCIAL-RECREATIVO:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	26	40,6	40,6	40,6
Superior	2	1	1,6	1,6	42,2
Dentro del intervalo	3	37	57,8	57,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

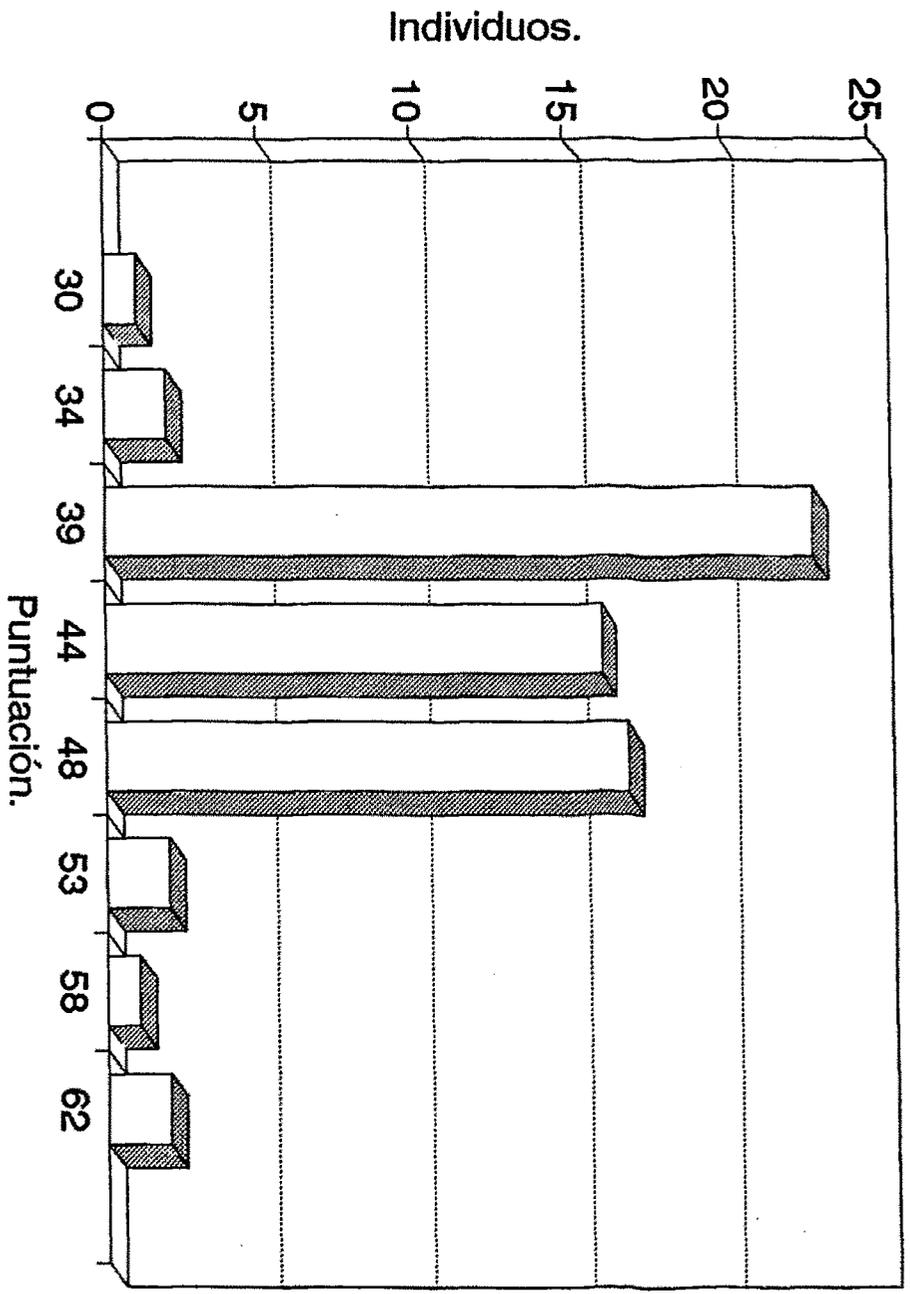
Según estos resultados, hay 26 pacientes que presentan una desviación inferior, lo que supone el 40,6 %. de ello se desprende que tienen una nula participación en actividades Sociales y recreativas así como en relación.

Hay 1 paciente que presenta un elevado interés en actividades lúdico-sociales, (representa el 1,6 %).

El resto, (37 pacientes), que representan el 57,8 %, se relacionan dentro del grupo Social en el que se desenvuelven, con un nivel de integración Social, normales.

	Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
C S SOCI	30	1	1,6	1,6	1,6
	34	2	3,1	3,1	4,7
	39	23	35,9	35,9	40,6
	44	16	25,0	25,0	65,6
	48	17	26,6	26,6	92,2
	53	2	3,1	3,1	95,3
	58	1	1,6	1,6	96,9
	62	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Escala de Clima Social.  
Social-Recreativo.



4.10.2.5: MORALIDAD-RELIGIOSIDAD: Los resultados de esta Subescala se detallan como sigue:

MORALIDAD-RELIGIOSIDAD:

	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Superior	2	12	18,8	18,8	18,8
Dentro del intervalo	3	52	81,3	81,3	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

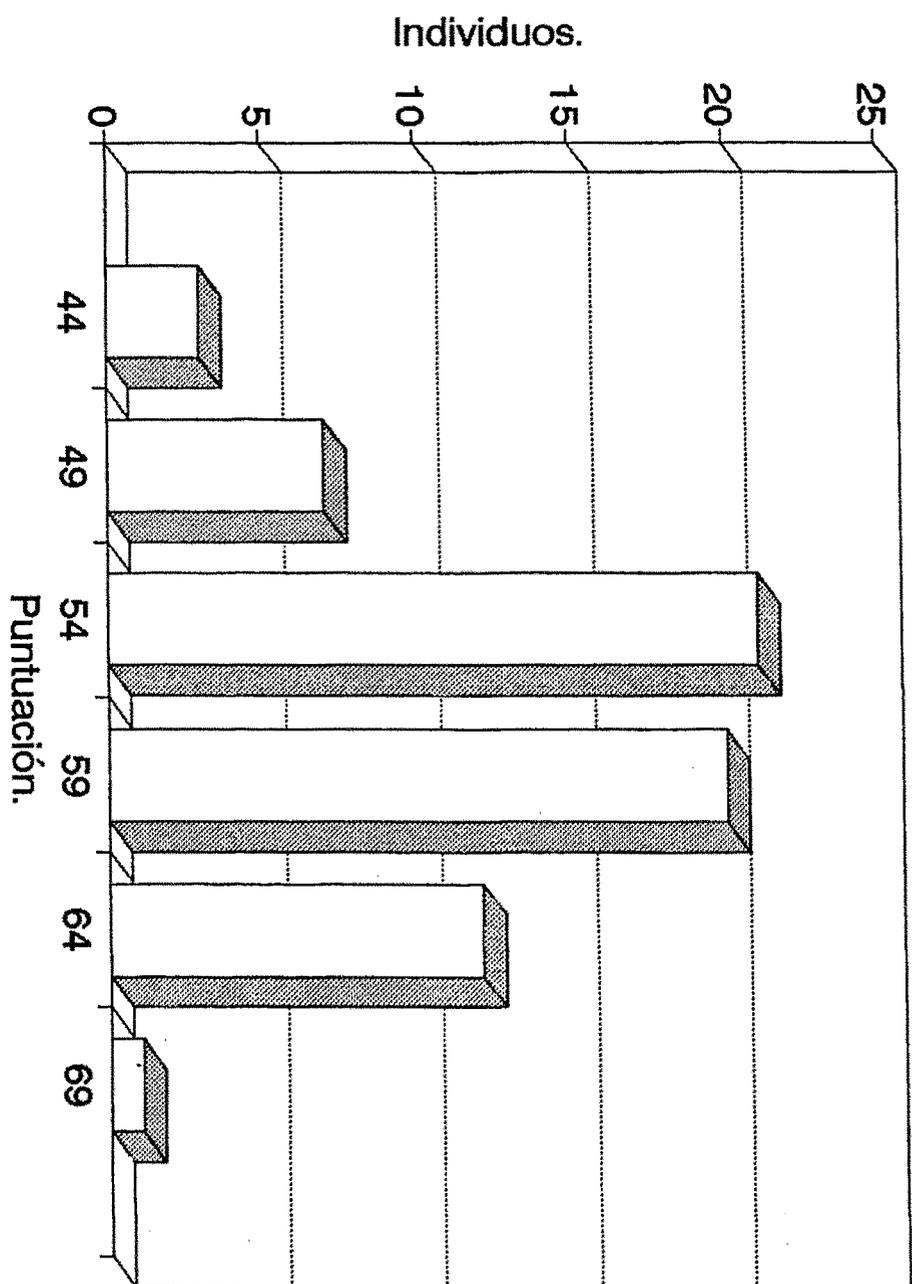
Según esto, hay 12 pacientes, (18,8 %) que presentan una Desviación Superior, lo que indica un alto grado de religiosidad y practica de los valores ético-religiosos.

Hay 52 pacientes, (81,3 %) que se engloba dentro de la población normal en las practicas religiosas.

Podria destacarse en este caso el que no haya ningún paciente con Desviación Inferior, lo que indicaria el apoyo que se busca en la religión y en las creencias ante situaciones de peligro o temor.

Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
MORALIDAD_REL:				
44	4	6,3	6,3	6,3
49	6	9,4	9,4	15,7
54	21	32,8	32,8	48,5
59	20	31,2	31,2	79,7
64	12	18,8	18,8	98,4
69	1	1,6	1,6	100,0
Total	64	100,0	100,0	

Escala de Clima Social.  
Moralidad-Religiosidad.



4.10.3: En la Escala de ESTABILIDAD: En la que se de información sobre la estructura y organización de la familia, y el grado de control que ejercen unos miembros sobre otros, destacan dos Subescalas:

4.10.3.1: ORGANIZACION: En esta Subescala se obtienen los siguientes resultados:

ORGANIZACION:

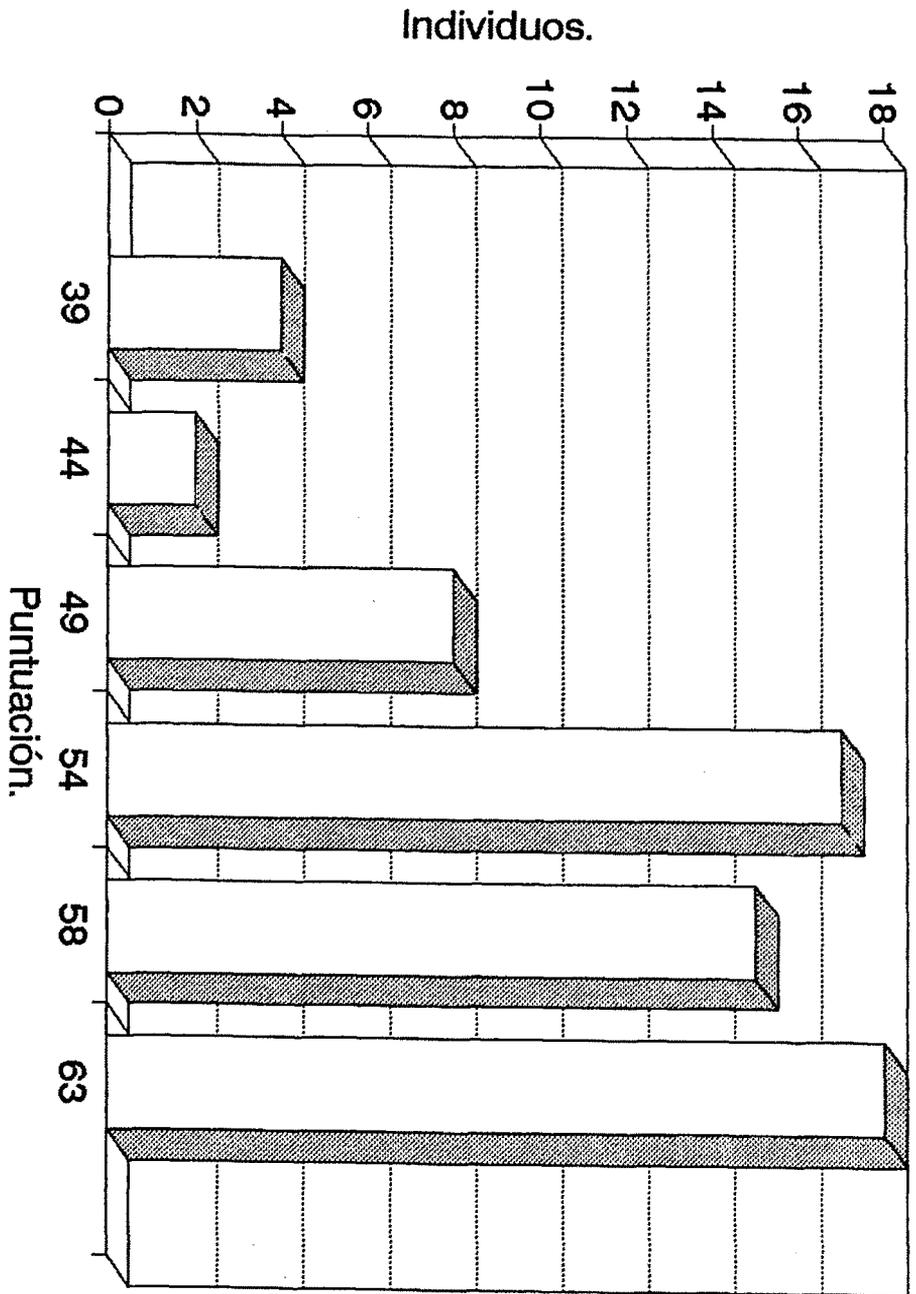
	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	1	1,6	1,6	1,6
Superior	2	18	28,1	28,1	29,7
Dentro del intervalo	3	45	70,3	70,3	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

De estos resultados se desprende, que hay 1 paciente, (1,6 %), que presenta una desviación inferior, lo que indicaría una clara desestructuración y desorganización

Hay 18 pacientes, (28,1 %), que presentan una Desviación superior, lo que indicaría un exceso de planificación familiar y de control de estos pacientes sobre el resto de la familia.

Organización:	Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
	39	4	6,3	6,3	6,3
	44	2	3,1	3,1	9,4
	49	8	12,6	12,6	22,0
	54	17	26,6	26,6	48,6
	58	15	23,4	23,4	72,0
	63	18	28,1	28,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Escala de Clima Social.  
Organización.



Hay 45 pacientes, (70,3 %), que presentarían unos niveles de organización en su estructura familiar normales.

4.10.3.2: CONTROL: En esta Subescala, las puntuaciones se reflejan del siguiente modo:

CONTROL:

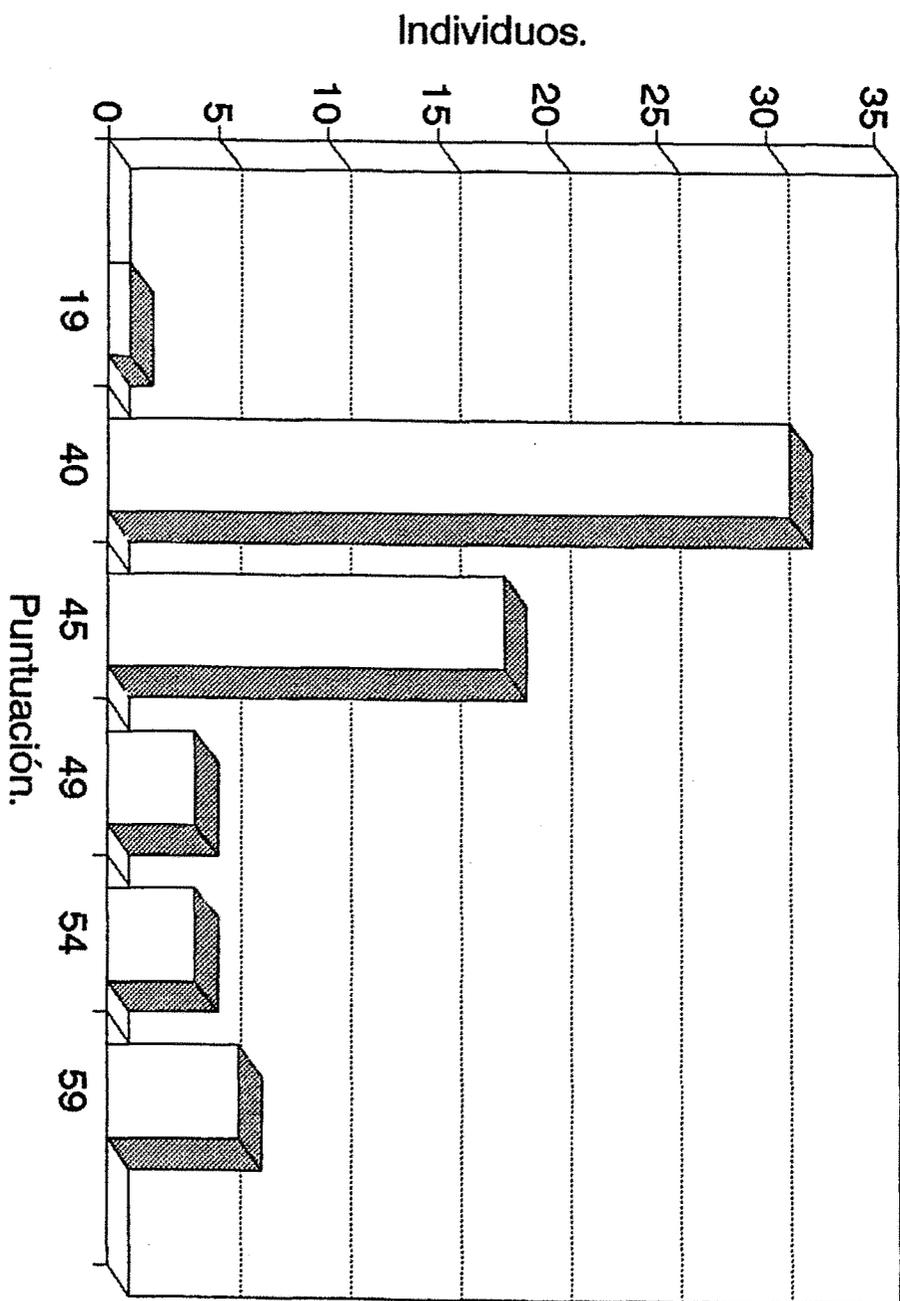
	Valor de variable	Frecuencia	Porcent.	Porcent. valido	Porcentaje acumulado
Inferior	1	30	46,9	46,9	46,9
Dentro del intervalo	3	34	53,1	53,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Según estos resultados: Hay 30 pacientes, (46,9), que presentan una Desviación Inferior, lo que indicaría la baja o nula incidencia que ejerce sobre la dirección de la familia, basada en reglas y normas establecidas.

Hay 34 pacientes, (53,1 %) que están dentro del intervalo de la población general.

	Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
C S CONT	19	1	1,6	1,6	1,6
	40	31	48,4	48,4	50,0
	45	18	28,1	28,1	78,1
	49	4	6,3	6,3	84,4
	54	4	6,3	6,3	90,6
	59	6	9,4	9,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

# Escala de Clima Social. Control.



Haciendo un estudio de la media de la ESCALA DEL CLIMA SOCIAL, la puntuación total fluctua entre 46,40 a 54,60, dispersandose las puntuaciones en 34 grupos, siendo el más repetido el de la puntuación 47,90, 48,40 y 48,50, con una frecuencia de cuatro casos en cada puntuación, lo que supone el 6,3 % en cada grupo; el resto de los pacientes se dispersan en grupos que suponen del 1,60 % al 4,70 %.

Casos validos: 64

Casos Nulos: 0

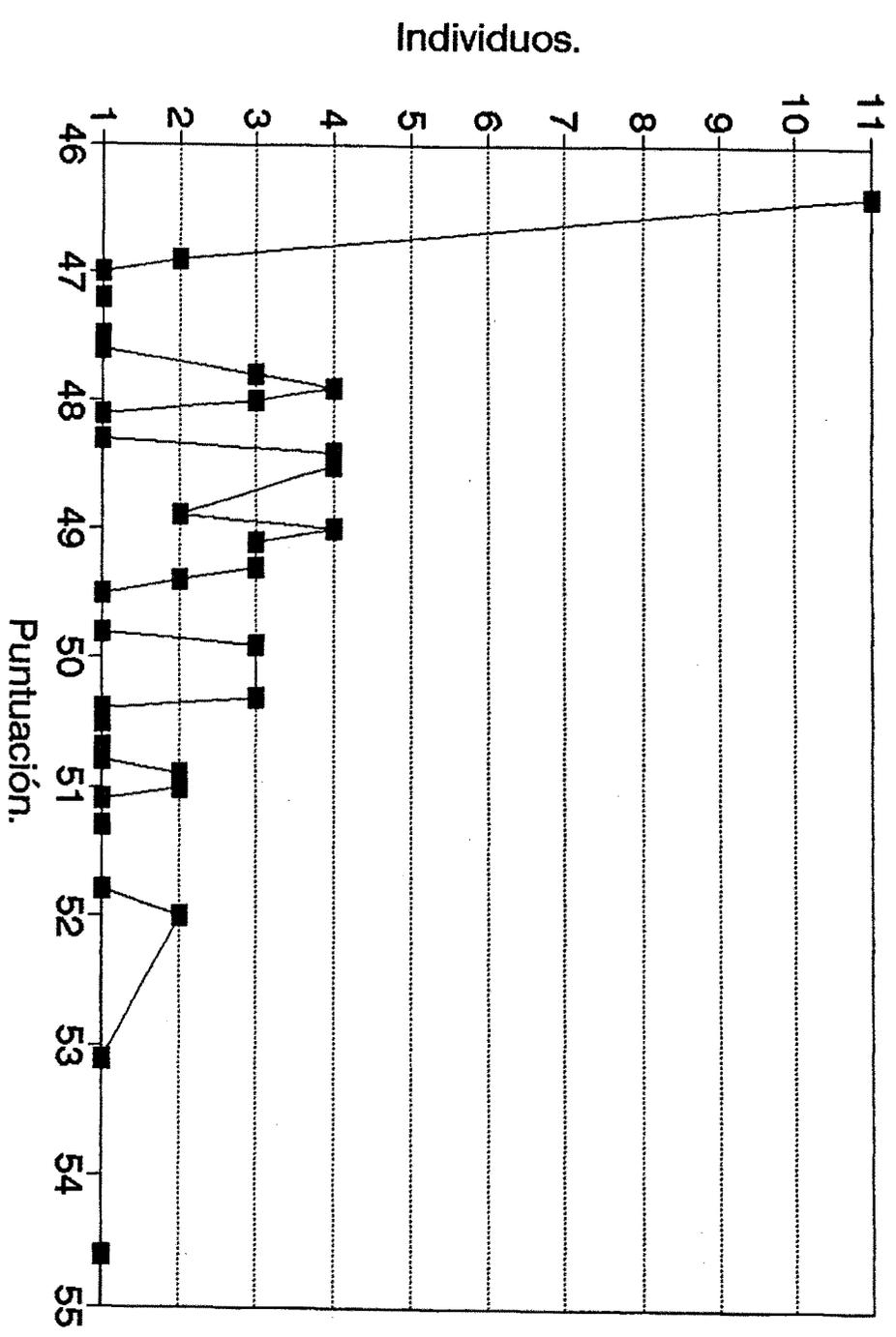
C S MITJ

Valor de la variable	Frecuencia	%	% valido	% Acumulado
46,40	11	1,6	1,6	1,6
46,90	2	3,1	3,1	4,7
47,00	1	1,6	1,6	6,3
47,20	1	1,6	1,6	7,8
47,50	1	1,6	1,6	9,4
47,60	1	1,6	1,6	10,9
47,80	3	4,7	4,7	15,6
47,90	4	6,3	6,3	21,9
48,00	3	4,7	4,7	26,6
48,10	1	1,6	1,6	28,1
48,30	1	1,6	1,6	29,7
48,40	4	6,3	6,3	35,9
48,50	4	6,3	6,3	42,2
48,90	2	3,1	3,1	45,3
49,00	4	6,3	6,3	51,6
49,10	3	4,7	4,7	56,3
49,30	3	4,7	4,7	60,9
49,40	2	3,1	3,1	64,1
49,50	1	1,6	1,6	65,6
49,80	1	1,6	1,6	67,2
49,90	3	4,7	4,7	71,9
50,30	3	4,7	4,7	76,6
50,40	1	1,6	1,6	78,1
50,50	1	1,6	1,6	79,7
50,70	1	1,6	1,6	81,3
50,80	1	1,6	1,6	82,8
50,90	2	3,1	3,1	85,9
51,00	2	3,1	3,1	89,1
51,10	1	1,6	1,6	90,6
51,30	1	1,6	1,6	92,2
51,80	1	1,6	1,6	93,8
52,00	2	3,1	3,1	96,9
53,10	1	1,6	1,6	98,4
54,60	1	1,6	1,6	100,0
Total	64	100,0	100,0	

Casos validos: 64

Casos Nulos: 0

Escala de Clima Social.  
Distribución de las medias.



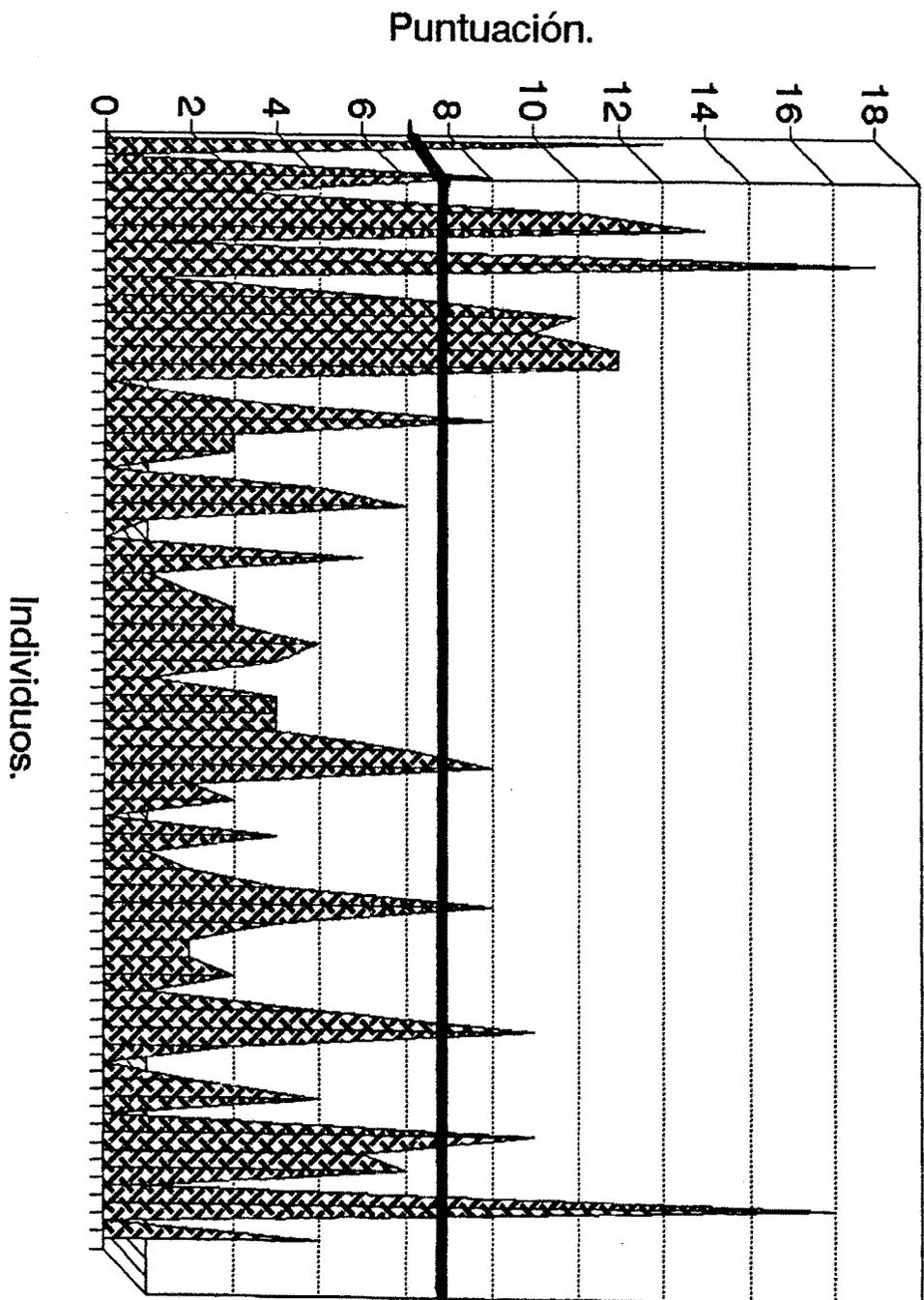
#### 4.11: EL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG:

(G.H.Q.-28 Items), se les pasó a los pacientes motivo de estudio en el preoperatorio, aplicando el punto de corte o umbral, "caso probable" / "probable normal" en el nivel 6/7.

Una vez validados los resultados obtenidos, se observa que de un total de 64 pacientes, hay 45 que puntúan de 0 a 6/7 que se puede considerar normal, lo que supone el 70,3 %. Con puntuaciones entre 8 y 18 hay 19 pacientes lo que supone el 29,7 % de los pacientes.

En 9 pacientes la puntuación es de 3, lo que supone el 14,1 %. Hay 16 que puntúan entre 0 y 1 lo que supone el 25 %. Hay 15 que puntúan entre 2 y 4, lo que supone el 10,5 %. Solamente hay 6 que presentan puntuaciones altas que van de 11 a 18, lo que supone el 9,4 %. El resto de las puntuaciones se hallan bastante dispersas entre 0 y 18.

Questionario de Salud General  
de Golberg.



En el Cuestionario de Salud General de Golberg, de los 64 pacientes del grupo experimental, hay 19 que presentan patologia. lo que supone el 29.7 % del total de la muestra.

Si los clasificamos por subescalas. del cuestionario de Golberg se desprende:

4.11.1.:

Que hay 9 pacientes que presentan alta puntuación en la subescala A. es decir: "Síntomas Somáticos de origen psicológico". (lo que supone el 47,4 % de los pacientes con patologia).

4.11.2.:

En la Subescala B. hay 6 pacientes con puntuación alta. en: "Angustia / Ansiedad", lo que supone el 31,6 % del total de los pacientes patológicos.

4.11.3.:

En la subescala C: hay 2 pacientes que puntúan en la: "Disfunción Social en sus actividades diarias", lo que supone el 10.5 % de total de los 19 pacientes patológicos.

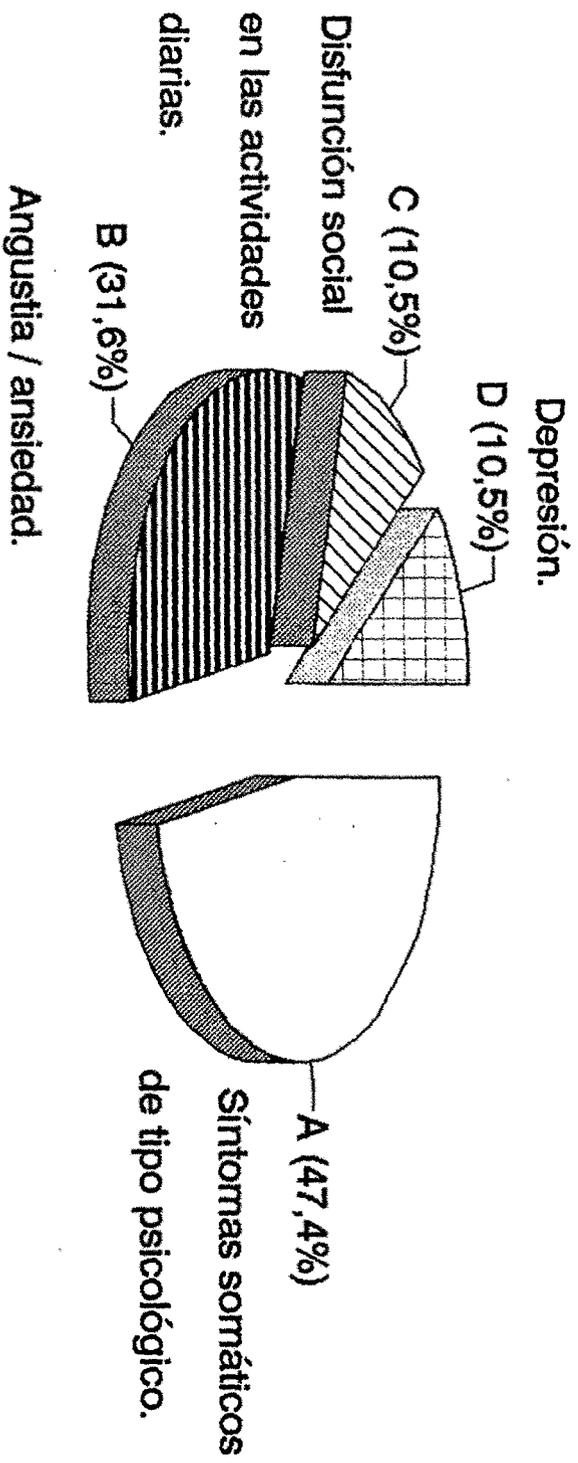
#### 4.11.4.:

En la Subescala D. también hay 2 pacientes. es decir que puntúan en "Depresión", lo que supone el 10,5 % del total, de los pacientes con patología.

Los resultados del Cuestionario de salud general de Golberg por subescalas, nos vienen representados por tanto por ciento de patología según la gráfica adjunta:

# Questionario de Salud Mental de Golberg

## Descripción de las subescalas.



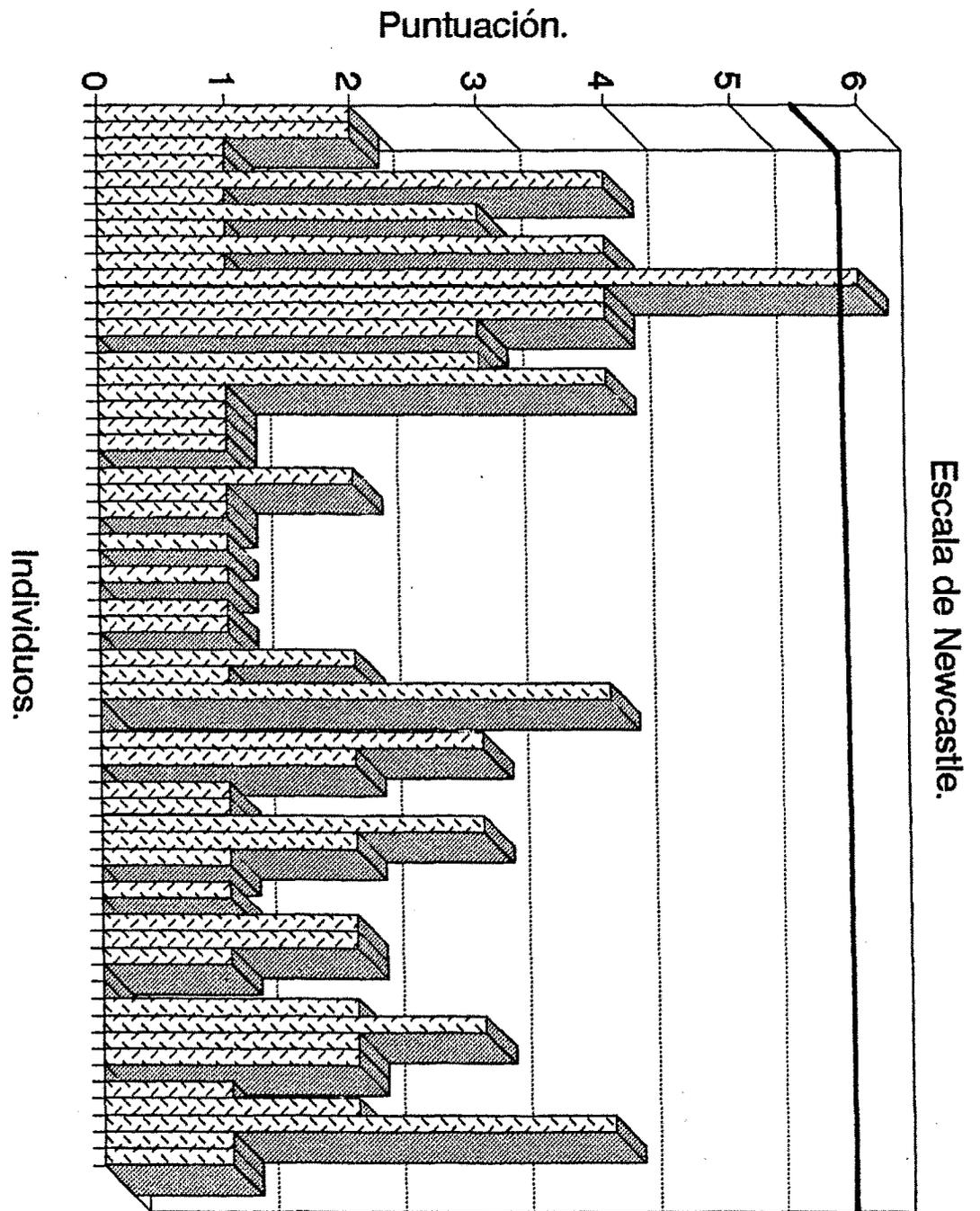
4.12:

A los 64 pacientes motivo de estudio se les pasó LA ESCALA DE NEWCASTLE, para valorar el índice de Ansiedad-Depresión, apreciándose los siguientes resultados:

Con puntuación 0 había 14 pacientes, lo que equivale a un 21,9 %; Con puntuación 1 hay 24 pacientes, lo que supone el 37,5 %; 12 puntúan 2, lo que equivale al 18,8 %. En resto se dispersa en una puntuación que va de 0 a 6.

El punto de corte es 6/5 lo que supone: 6 ó más una depresión endógena, apreciándose en la muestra estudiada un solo caso.

Entre 0 a 1 supone la normalidad, y en la muestra supone 38 pacientes un 62 %. Solamente en un 20,3 % hay rasgos de sintomatología neurótica ansioso-depresiva, lo que equivale a 13 pacientes. En 12 de los restantes, la puntuación es de 2, lo supone el 18,8 %, y fluctúan entre la normalidad y algún síntoma ansioso-depresivo, que puede tener un componente reactivo lógico, ante el temor al proceso orgánico que padecen y lo que supone la intervención quirúrgica a la que se les somete.



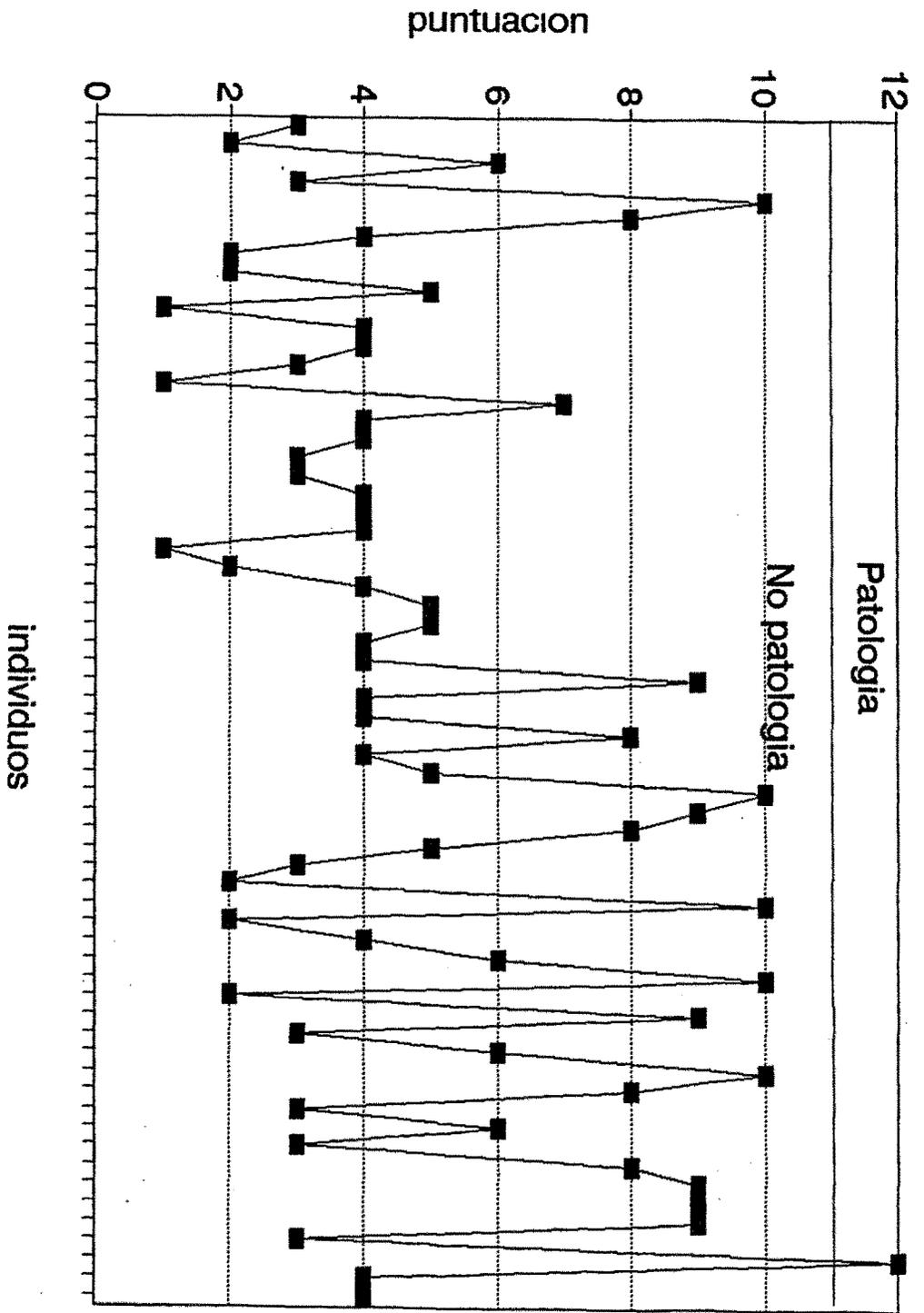
#### 4.13: CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL SINDROME DE BRIQUET.

A pesar de que el Síndrome de Briquet se presenta más en el sexo femenino, a la muestra de pacientes estudiados, se les pasó indiscriminadamente, fueran hombres o mujeres.

Una vez evaluado el test de Briquet en los 64 pacientes motivo de estudio, aparecen los siguientes resultados según el número de respuestas positivas y negativas de la sintomatología: Presentaban síntomas positivos 47 pacientes, lo que representa un 73,4 % y 17 presentaban síntomas negativos, lo que equivale al 26,6 %.

Por puntuaciones, en un margen que va de 1 a 12, destacan 17 pacientes con puntuación 3, lo que equivale al 26,6 %. Hay 10 que puntúan 4, lo que supone el 15,6 %. Con 2 puntúan 7, que supone el 10,9 %. Con 5 puntúan 5 pacientes, lo que supone el 7,8 %. El resto presentan una puntuación dispersa que va de 1 a 12, habiendo solamente una paciente con dicha puntuación. VER ANEXO IV (pag.: 343)

Test de Briquet.  
Puntuaciones individuales.



4.14:

Aplicado el STAI PRE-TEST, Estado en el pre-operatorio se obtienen los siguientes puntuaciones:

Sobre 64 pacientes estudiados, las puntuaciones TÍPICADAS presentan una puntuación que va de 10 a 45, con una frecuencia de 7 pacientes con puntuación 29 y 7 con puntuación 36, lo que supone en ambos casos el 10,9 %. con puntuaciones 33 y 35 hay 6 pacientes en cada caso, lo que supone el 9,4 %, en cada caso.

Hay 5 pacientes que puntúan 30 y 5 más que puntúan 34, lo que supone en ambos casos el 7,8 %. El resto de los pacientes están dispersos en las puntuaciones que van de 10 a 45, con grupos de uno a tres individuos.

STAI\_PRE

Valor de la variable	Frecuen.	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
10	1	1,6	1,6
21	1	1,6	3,1
22	3	4,7	7,8
24	1	1,6	9,4
25	3	4,7	14,1
26	3	4,7	18,8
28	2	3,1	21,9
29	7	10,9	32,8
30	5	7,8	40,6
31	4	6,3	46,9
32	3	4,7	51,6
33	6	9,4	60,9
34	5	7,8	68,8
35	6	9,4	78,1
36	7	10,9	89,1
37	2	3,1	92,2
38	2	3,1	95,3
41	1	1,6	96,9
43	1	1,6	98,4
45	1	1,6	100,0
TOTAL	64	100,0	

4.15:

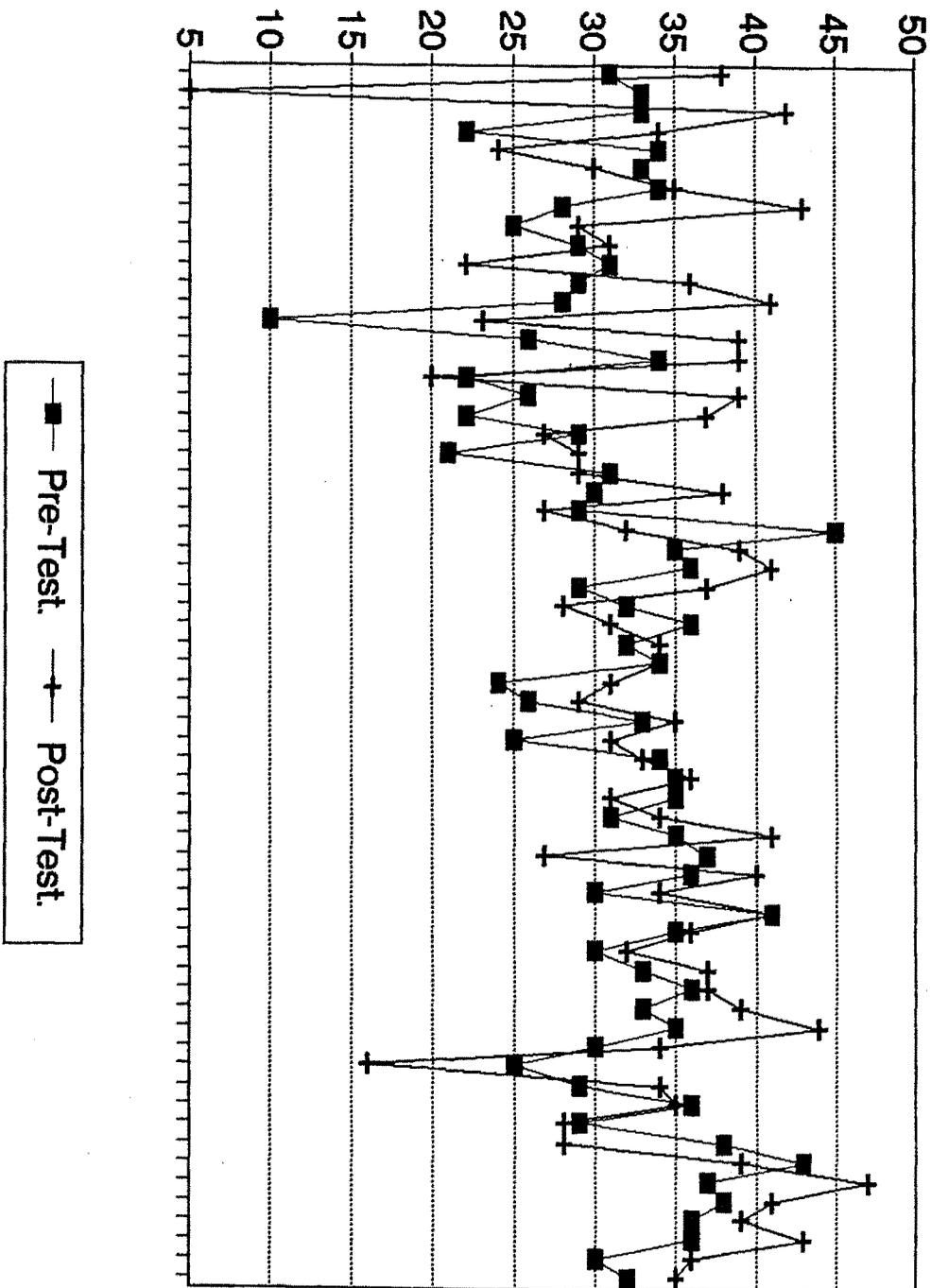
Una vez el STAI-Estado en el post-operatorio, (a los 8-15 días de la intervención quirúrgica, a los 64 pacientes, las puntuaciones TIPIFICADAS fueron las siguientes:

Las puntuaciones fluctúan entre 5 y 47, con una dispersión de 25 grupos, siendo los más significativos: dos grupos de 7 pacientes cada uno, con puntuaciones de 34 y 39 respectivamente, lo que supone el cada grupo el 10,9 % del total. Había dos grupos de 5 pacientes, con puntuaciones de 31 y 41, lo que supone en cada caso el 7,8 %. Otros 4 grupos de 4 pacientes cada uno, con puntuaciones: 29, 35, 36 y 37 lo que representa el 6,3 % en cada grupo. El resto de los pacientes hasta 25 grupos presentan una puntuación muy dispersa y cuantitativamente poco significativa.

## STAI\_POST

Valor de la variable	Frecuen.	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
5	1	1,6	1,6
16	1	1,6	3,1
20	1	1,6	4,7
22	1	1,6	6,3
23	1	1,6	7,8
24	1	1,6	9,4
27	3	4,7	14,1
28	3	4,7	18,8
29	4	6,3	25,0
30	1	1,6	26,6
31	5	7,8	34,4
32	2	3,1	37,5
33	1	1,6	39,1
34	7	10,9	50,0
35	4	6,3	56,3
36	4	6,3	62,5
37	4	6,3	68,8
38	2	3,1	71,9
39	7	10,9	82,8
40	1	1,6	84,4
41	5	7,8	92,2
42	1	1,6	93,8
43	2	3,1	96,9
44	1	1,6	98,4
47	1	1,6	100,0
TOTAL	<u>64</u>	<u>100,0</u>	

Stai. Grupo experimental.  
Comparación Pre-Test / Post-Test.



#### 4.16 :

El STAI RASGO, solo se pasa una vez, ya sea en el pre o en el postoperatorio, ya que dicha ansiedad, es relativamente estable a lo largo de la vida del individuo, y permanece latente hasta que no es activada por estímulos de alguna situación determinada.

Del estudio efectuado a los 64 pacientes, se desprenden En el STAI RASGO, las puntuaciones TIPIFICADAS son las siguientes:

El valor de las puntuaciones van de 13 a 38, habiendo una dispersión de 24 grupos, destacando un grupo de 6 pacientes con una puntuación de 22, lo que supone el 9,4 %. Un grupo de 5 pacientes, con puntuación 21, lo que supone el 7,8 %. Hay 6 grupos de 4 pacientes, con las siguientes puntuaciones: 14, 16, 17, 18, 29, y 31 respectivamente, lo que supone en cada caso el 6,3 %. El resto se dispersan en grupos que van de 1 a tres pacientes, hasta completar el total de la muestra.

RASGO\_ST

Valor de la variable	Frecuen.	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
13	1	1,6	1,6
14	4	6,3	7,8
15	3	4,7	12,5
16	4	6,3	18,8
17	4	6,3	25,0
18	4	6,3	31,3
19	1	1,6	32,8
20	3	4,7	37,5
21	5	7,8	45,3
22	6	9,4	54,7
23	2	3,1	57,8
24	2	3,1	60,9
25	2	3,1	64,1
27	2	3,1	67,2
28	2	3,1	70,3
29	4	6,3	76,6
30	3	4,7	81,3
31	4	6,3	87,5
32	1	1,6	89,1
33	1	1,6	90,6
34	3	4,7	95,3
35	1	1,6	96,9
36	1	1,6	98,4
38	1	1,6	100,0
TOTAL	<u>64</u>	<u>100,0</u>	

Por la tabla de Baremos de puntuaciones directas del STAI, utilizando la Media de dicha tabla de corrección, sobre el total de la muestra motivo de estudio, aparecen:

En el STAI Estado, la normalidad en hombres estaría entre 31 y 10. Por encima de 31 y por debajo de 10 se considera patológico; (Una  $\bar{X}$  = 20,54 y una T = 10,56).

En el STAI Estado en Mujeres, la normalidad fluctúa entre 11 y 35; por encima de 35 y por debajo de 11 se considera patológico; (La  $\bar{X}$  = 23,36 y la T = 11,93).

En el STAI Rasgo se aprecian una puntuación normal en hombres que fluctúa entre 11 y 29; por encima de 29 sería patológico y por debajo de 11, también; (La  $\bar{X}$  = 20,19 y la T = 8,89).

El STAI Rasgo en Mujeres, normal entre 15 y 35 y es patológico por encima de 35 y por debajo de 15; (La  $\bar{X}$  = 24,99 y la T = 10,05).

Para la mejor concreción del estudio estadístico de los resultados, en el STAI, se estructura como sigue:

- Patológico = 1                      VER ANEXO II (pag.: 339 )
- Normal = 0

Las puntuaciones directas obtenidas en el STAI por un sujeto que ha sido definido dentro de un determinado grupo clinico, a priori o por la utilización de otras técnicas, puede ser interpretado utilizando los baremos incluidos en la Tabla de Baremos para Adolescentes y Adultos del STAI, (según la tabla adjunta: A). En dicha tabla, se utilizan los baremos, en que la puntuación transformada de ese sujeto indicará su posición relativa a la población normal; puede ser utilizada para observar variaciones en los distintos momentos de la aplicación de una terapia específica.

STAI  
**Tabla A**  
**Escalas**  
**Adolescentes y Adultos, Varones y Mujeres**

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipos
	Adolescentes				Adultos				
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	—	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	—	—	15	—	13	—	14	—	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	—	—	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desviación típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,93	10,05	Desviación típica

#### 4.17: GRUPO CONTROL STAI:

Se utilizó un grupo de pacientes quirúrgicos como grupo control:

Para llegar a unas conclusiones cuantificables, que reforzaran la hipótesis de aumento de ansiedad en el grupo experimental con respecto a intervenciones quirúrgicas.

Este grupo heterogeneo era de pacientes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 24 y los 79 años, de diferentes profesiones, estado civil, estatus socio-cultural y económico diverso.

A dichos pacientes se les pasó el STAI ESTADO en el preoperatorio y en el postoperatorio Habia 26 hombres y 15 mujeres, y las intervenciones quirúrgicas, eran de patología abdominal, urológica y biliar.

Una vez practicados los oportunos test, en el pre y en el Postoperatorio, se estructuró la tabla de resultados, por: Edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica, y las puntuaciones obtenidas son las que a continuación se detallan:

## 4.17.1:

## Pacientes quirúrgicos del grupo Control.

Edad	Sexo	Intervención quirúrgica	Stai Pre-test	Stai Post-tes
42	V	Hernia Inguinal izq.	22	17
44	V	Fisura anal.	8	10
60	V	Hernia inguinal bilat.	26	18
54	V	Hemorroides.	9	14
68	V	Adenoma de Prostata.	13	23
50	V	Tumoración vesical.	9	12
62	V	Adenoma de Próstata	14	14
57	H	Lipoma Axila Derecha	8	3
56	V	Tumoración vesical	9	15
51	H	Hernia Umbilical	8	2
59	V	Hidrocele	9	2
79	H	Calculos Ureter Izq.	14	9
79	V	Tumoración vesical	16	16
69	V	Hernia Inguinal izq.	13	10
53	V	Tumoración vesical	8	14
60	H	Hernia Inguinal Dcha.	20	20
49	V	Hernia Inguinal Izq.	12	4
53	V	Fístula Perianal.	17	6
24	H	Quiste Dermoide	25	12
59	V	Hernia Inguinal Drcha.	20	11
50	V	Hemorroides	10	7
58	H	Colelitiasis	26	26
58	H	Fístula Perianal	21	15
34	H	Colelitiasis	23	9
59	V	Úlcus Gástrico	13	17
39	H	Hemorroides	23	10
41	H	Hernia Crural	20	26
66	V	Hernia Inguinal Bil.	15	10
63	H	Litiasis Biliar	12	6
60	V	Hernia Inguinal Drcha.	18	16
57	V	Hernia Inguinal Izq.	14	8
74	V	Hipertrofia Prostata	18	4
66	V	Hidrocele	26	14
62	V	Hernia Inguinal Bilat.	7	4
55	H	Hernia Inguinal Drcha.	27	14
45	H	Fístula Anal	19	9
58	H	Hernia Inguinal Drcha.	11	4
30	V	Apendicitis	12	10
63	H	Hernia Inguinal Drcha.	16	14
50	V	Hernia Inguinal Drcha.	20	23
57	V	Estenosis Uretral	24	17

#### 4.17.2:

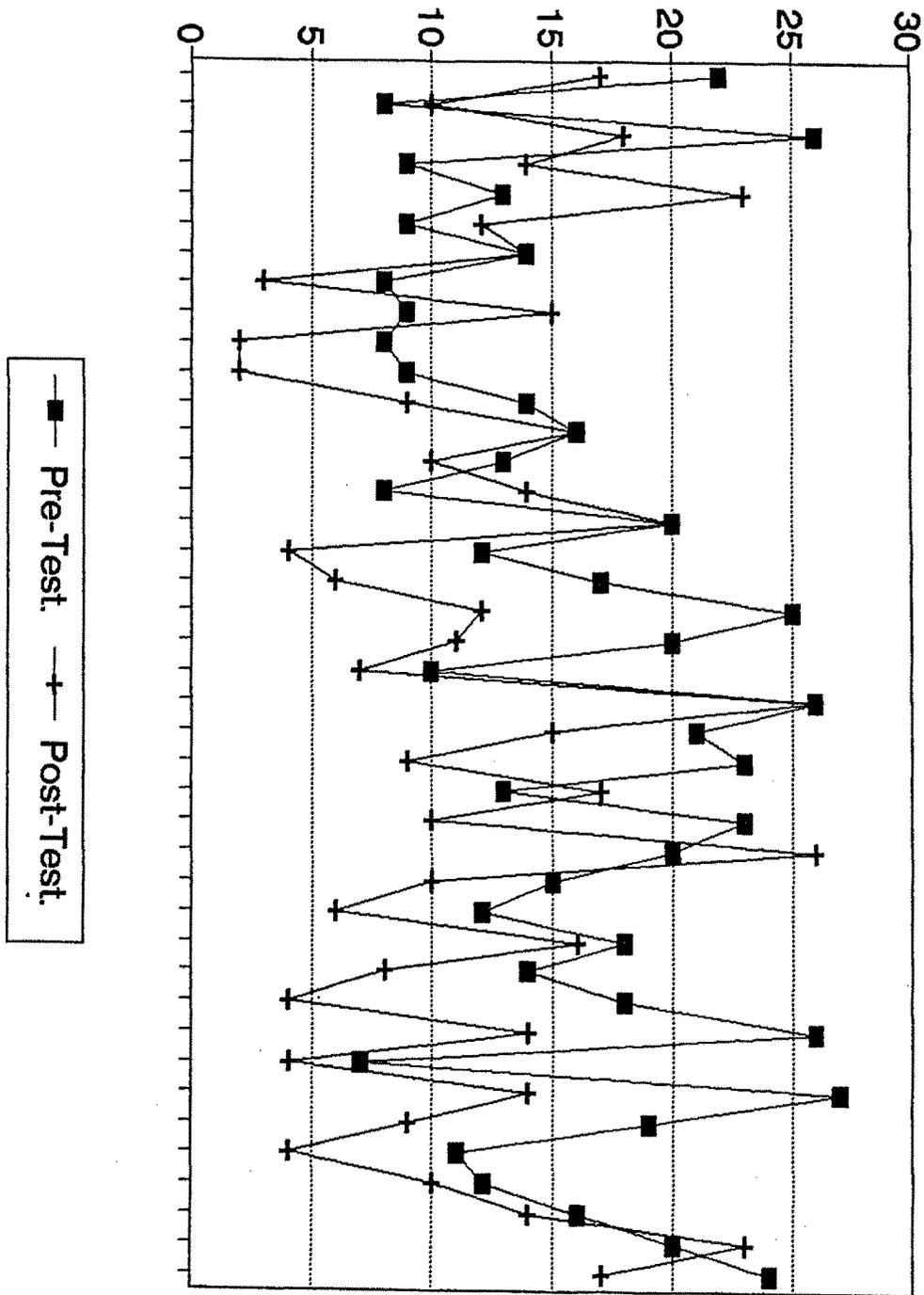
En el STAI preoperatorio del grupo control, las puntuaciones fluctúan de 7 a 27, dispersándose en 21 grupos de pacientes, siendo los más numerosos, 3 de 4 individuos, con puntuaciones de 8, 9, y 20 respectivamente, lo que supone el 6,3 % en cada caso.

Hay 4 grupos de 3 pacientes, con puntuaciones: 12, 13, 14 y 26, que suponen el 4,7 % en cada caso. El resto se halla disperso en grupos de 1 y 2 pacientes, que suponen el 1,6 y el 3,1 % en cada grupo.

#### 4.17.3:

El STAI-Post operatorio del grupo control, se dispersa en 14 grupos de pacientes con puntuaciones que van de 2 a 17. Siendo el grupo más numeroso de 6 pacientes, que puntúan 14, lo que supone un 9,4 %. Otro grupo de 5 pacientes, supone el 7,8 %. Otro de 4 que supone el 6,3 % en cada caso, y el resto que se dispersa en grupos de 1, 2 y 3 pacientes, que suponen del 1,6 al 4,7 % de los pacientes.

Stai. Grupo control.  
Comparación Pre-Test / Post-Test.



#### 4.18: EL TRATAMIENTO ESTADISTICO:

4.18.1: Del estudio de los resultados del STAI Pre-test y el STAI post-test, sobre los 64 pacientes motivo de estudio experimental, se desprende una (Media),  $\bar{X} = 33,6875$  en el post operatorio y una Media,  $\bar{X} = 31,4375$  en el preoperatorio, lo que se traduce en una diferencia del  $0,019 < 0,050$ , lo que le da un valor significativo, que indica que hay variación significativa entre la pre y la post intervención quirúrgica. Con un riesgo  $\alpha$  (menor) del 5 %.

\* El grupo experimental pre-intervención es menor, (31'4) que el post-intervención: (33'6), siendo significativo, lo que indica que hay un aumento de la Ansiedad.

Pre < post = Significativo =  $\uparrow$  Ansiedad

31'44 < 33'6

#### 4.18.2:

Del estudio realizado con el grupo control, también se aprecia una diferencia, aunque menor. En el STAI Post-operatorio de una media,  $\bar{X} = 12,0732$ ; en el Pre operatorio da una Media de  $\bar{X} = 15,9756$ .  $15'9 > 12'0 = \text{Significativo} = \downarrow$  Ansiedad.

En la T de Student, del grupo control, también se hacen significativas las diferencias:  $0,000 < 0,050$  lo que demuestra que hay diferencias entre el pre y el postoperatorio, con un riesgo  $\alpha$  (menor) del 5 %.

Las variables del Grupo Experimental, integrado por 64 pacientes, (Grupo 1) y el Grupo Control, con 41 pacientes, (Grupo 2), nos da una Media de 31,4375, (Grupo 1) y una Media 15,9756 (Grupo 2) o Grupo control, con una desviación de 5,645 y 6,101 respectivamente. Se aprecia un error de Medias de 0,706 y 0,953 respectivamente.

La diferencia de Medias es de 15,4619

Para valorar si los grupos presentan variabilidad diferente, se utiliza la F de Snedecor=2,080, Esta se aplica porque son dos muestras independientes. y una  $P=0,152$ , (Probabilidad) que comparada con 0,050, es mayor ( $>$ ),  $\therefore 2,080 > 0,050$ ; esto confirma que la variabilidad pertenece a la misma población, por tanto son homogéneos.

Así pues al ser homogéneos, resulta una T de Student =  $0,000 < 0,050$ , lo que implica que es significativo, es decir que las medias son significativamente diferentes.

En el Post-test, (Post operatorio), se cumplen las mismas condiciones que en el Pre-test, (Post operatorio).

En el Post-test, las variables de los grupos 1 y 2 también se hacen manifiestas. En el Grupo 1, (64 pacientes), da una Media de 33,6875 y un error de Medias de 0,889. Una desviación de 7,109. VER ANEXO III (pag.: 341 )

Para el Grupo 2, (Grupo Control), con 41 pacientes, se aprecia una Media de 12,0732. Un error de Media de 0,982 y una desviación de 6,286. La diferencia de Medias es de 21,6143.

En el Post-Test, en el Grupo 1, (64 pacientes):

Hay una Media de 33,6875; Una desviación de 7,109 y un error de Medias 0,889.

En el Post Test, en el Grupo 2 (Control) de 41 pacientes la Media es de 12,0732; La desviación es de 6,286 y el Error de Medias es de 0,982.

La Diferencia de Medias es de 21,6143.

La F de Snedecor es de 0,072 y la P (Probabilidad es 0,788 > 0,050 lo que significa que la variabilidad es de la misma población, por lo tanto son homogéneos.

La T de Student es 0,000 < 0,050, lo que demuestra que las Medias son significativamente diferentes.

Lo que significa que hay un aumento más alto del nivel de ansiedad en el Post-test experimental que en el grupo control.

El grupo (experimental) = 33'6, es mayor que el grupo 2 (control) = 12,07 lo que indica que hay un nivel más alto de ansiedad post-test.

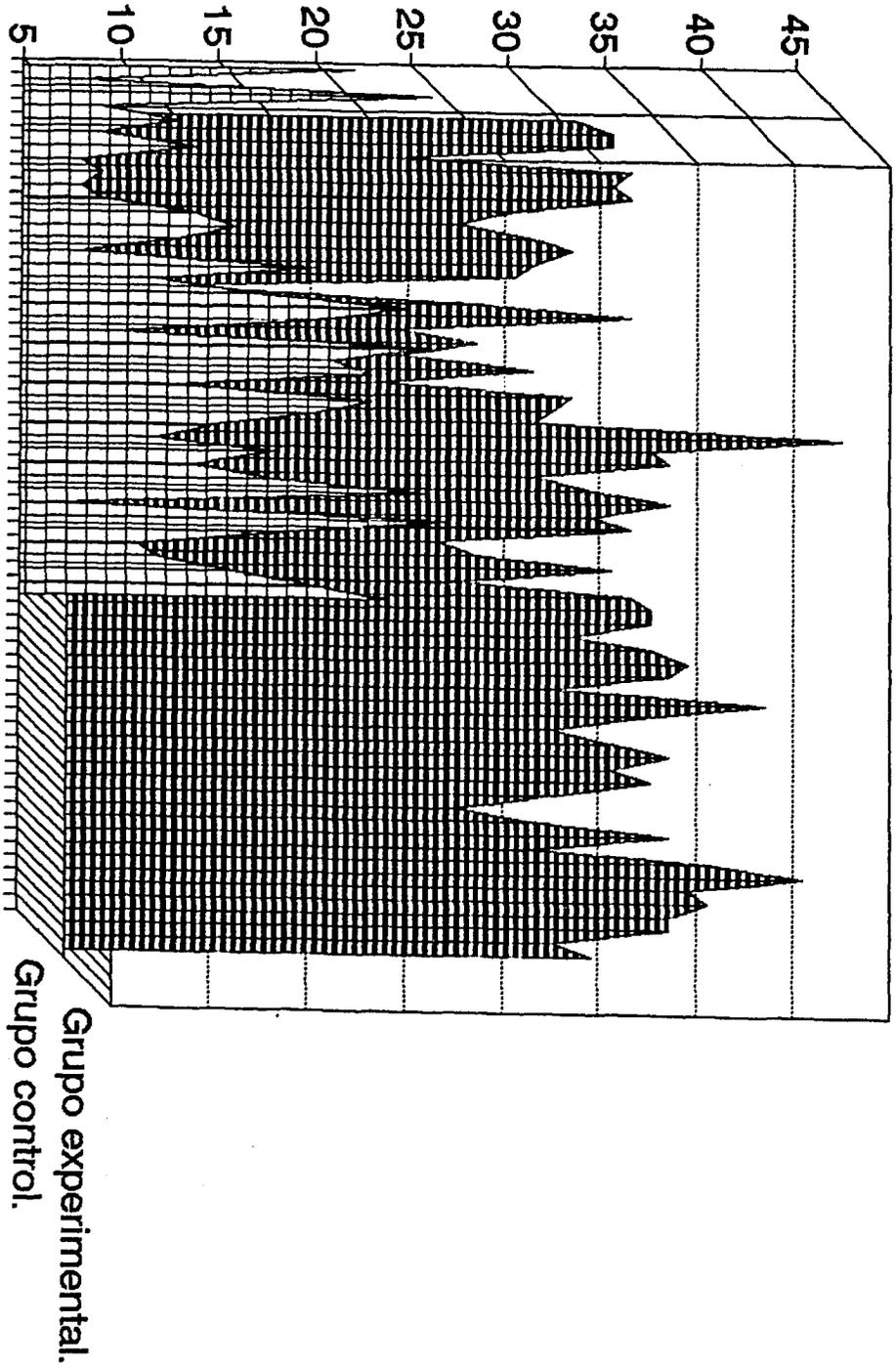
Nos indica que hay un aumento más alto del nivel de ansiedad en el post operatorio del grupo experimental con respecto al grupo 2 Control.

4.19.: ANEXOS DE TABLAS GRAFICAS DE STAI:

A-1: TABLAS COMPARATIVAS STAI ESTADO PRE-TEST:  
RELACION GRUPO EXPERIMENTAL / GRUPO CONTROL:

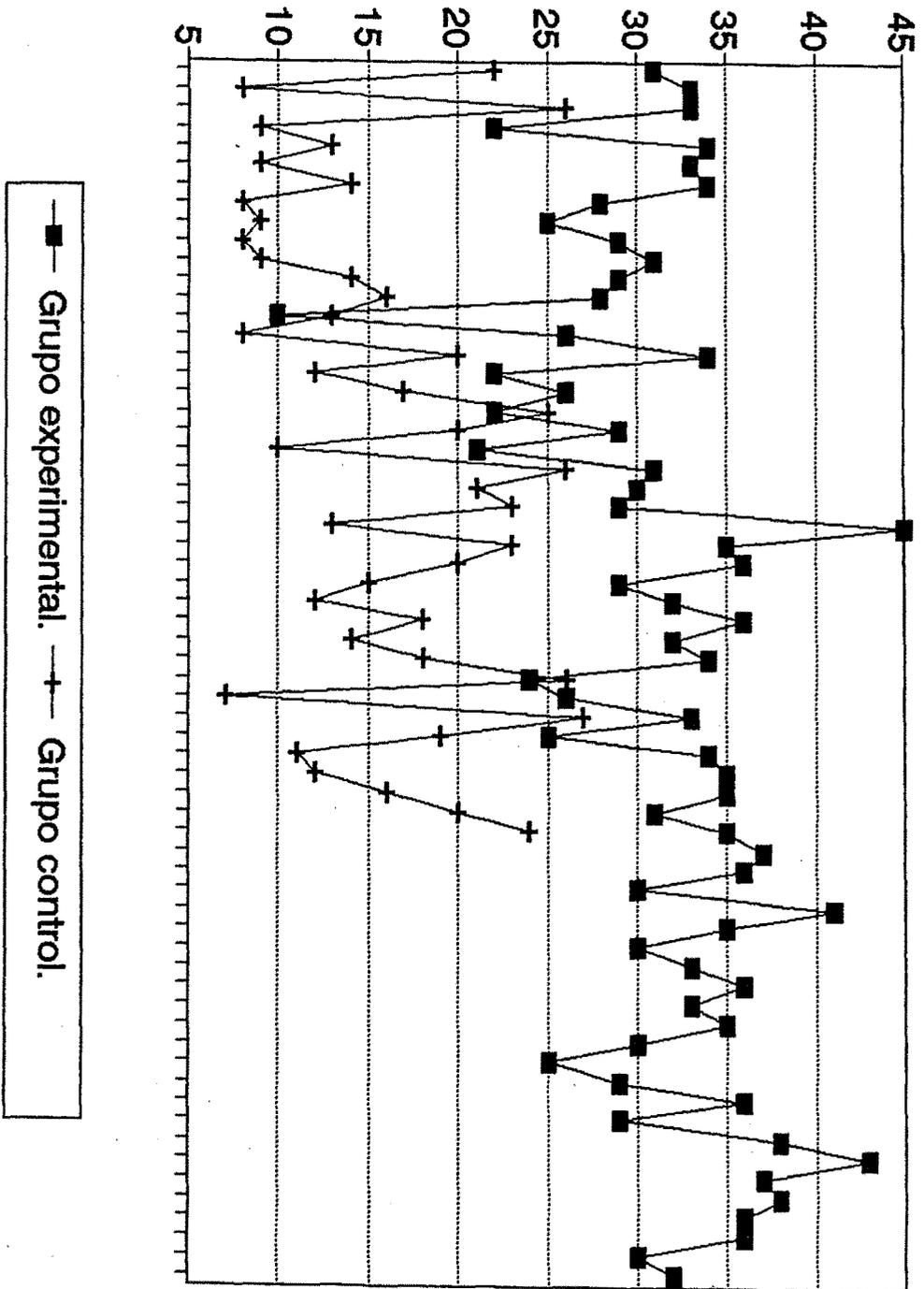
- A.1.a.: Comparación STAI Pre-test del grupo Experimental con el grupo control en relieve.
- A.1.b.: Comparación STAI Pre-test de grupo experimental/grupo control individuo por individuo.
- A.1.c.: Comparación STAI Pre-test de grupo experimental/grupo control individuo por individuo.

Stai.  
Comparación Pre-Test.



A - 1 . a .

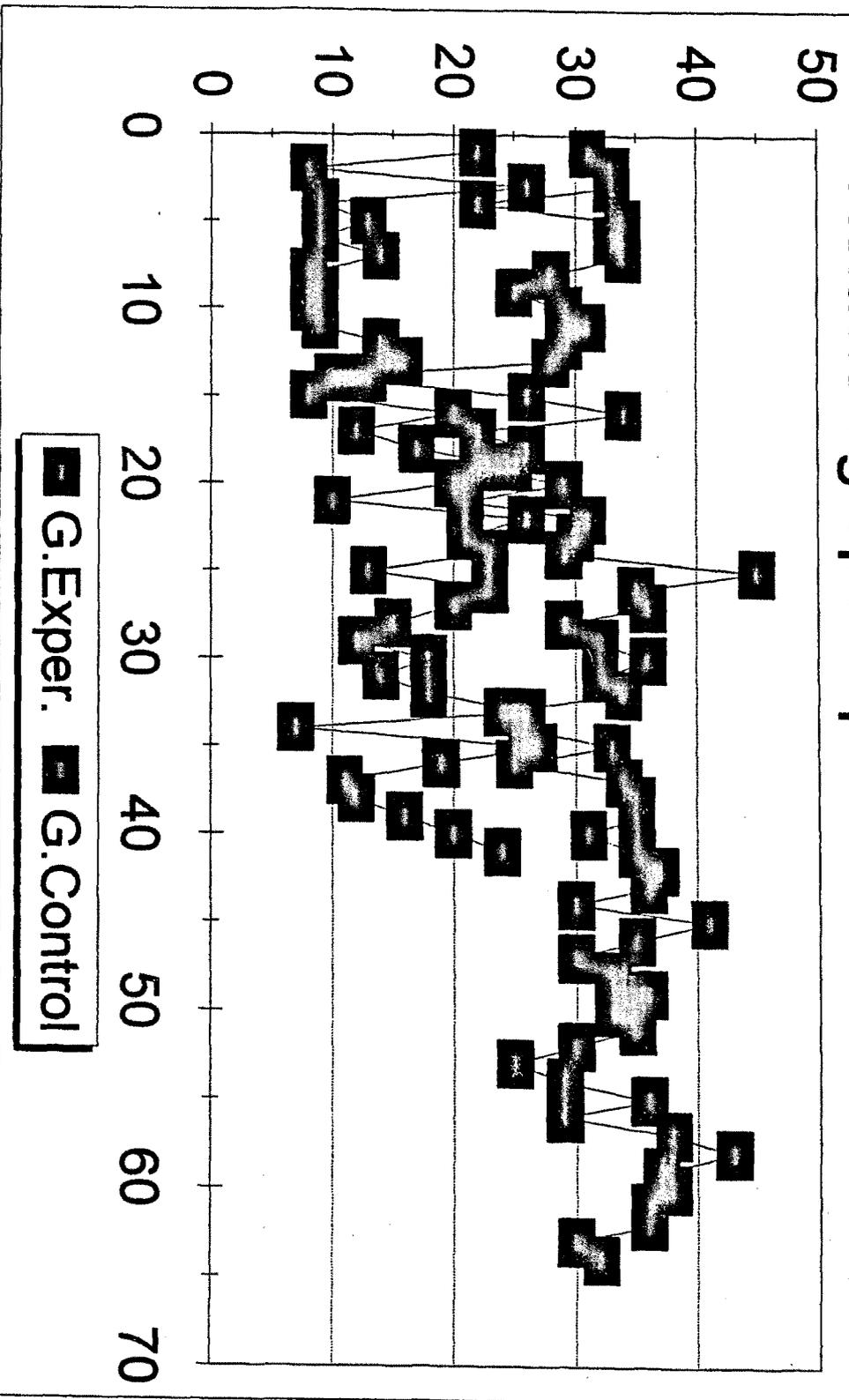
Stal.  
Comparación Pre-Test.



A - 1. b :

# Pre-Test

Relación grupo experimental/control

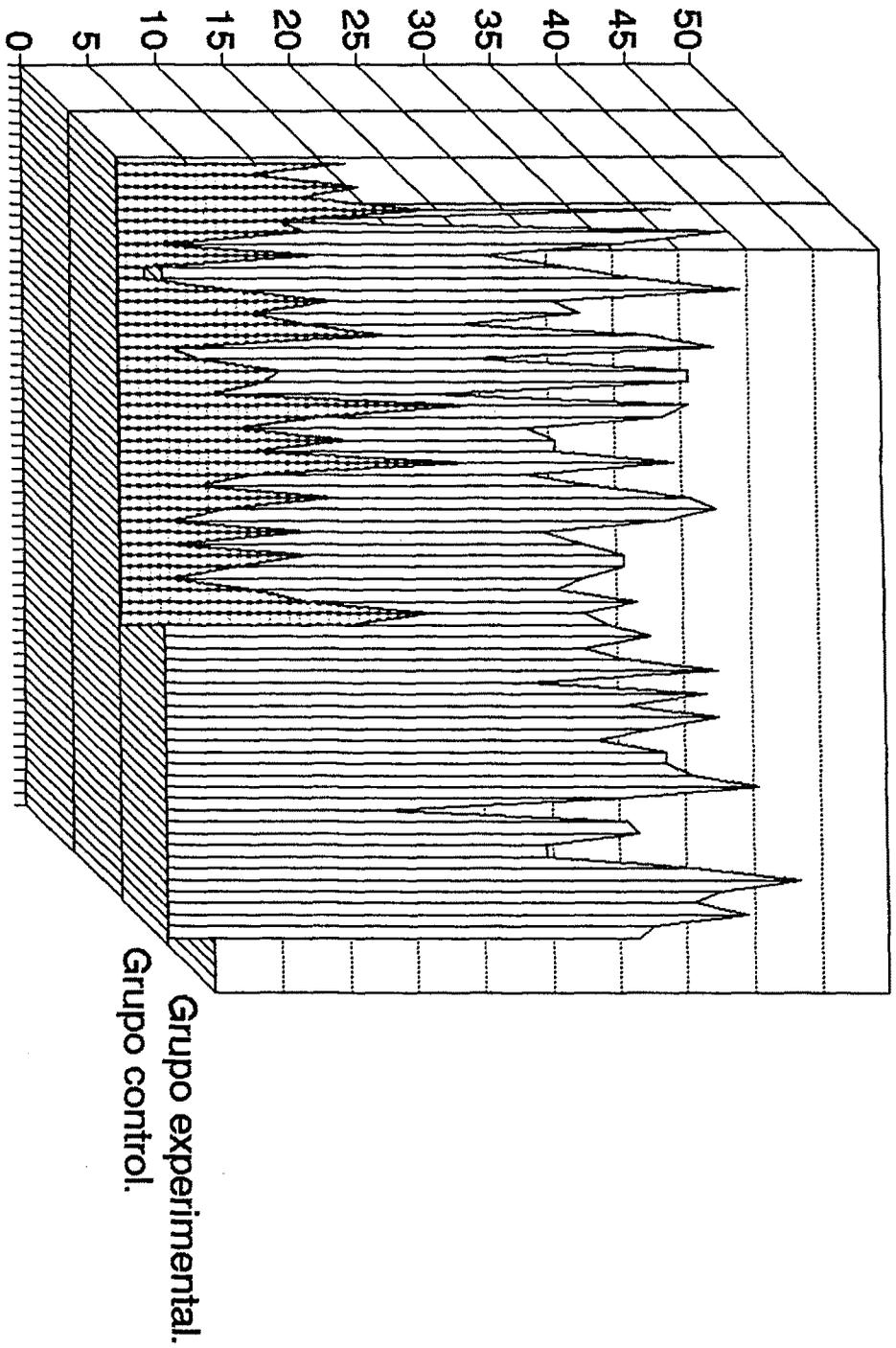


A - 1 . c .

A-2: TABLAS COMPARATIVAS STAI ESTADO POST-TEST:  
RELACION GRUPO EXPERIMENTAL / GRUPO CONTROL:

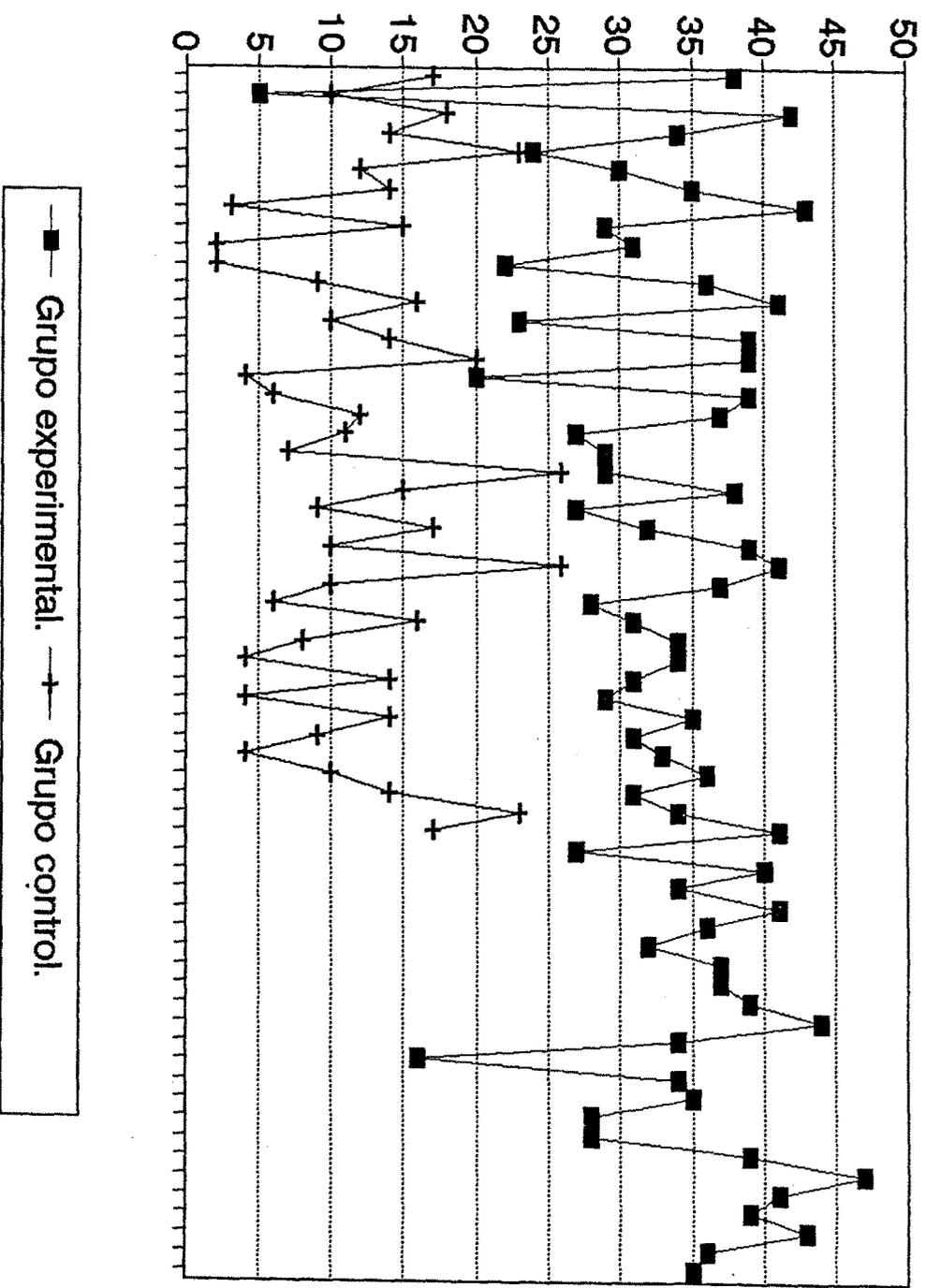
- A.2.a.: Comparación STAI Post-test del grupo Experimental/grupo control, en relieve.
- A.2.b.: Comparación STAI Post-test del grupo Experimental/grupo control, individuo por individuo.
- A.2.c.: Comparación STAI Post-test del grupo Experimental/grupo control, individuo por individuo.

Stai.  
Comparación Post-Test.



A - 2 - a .

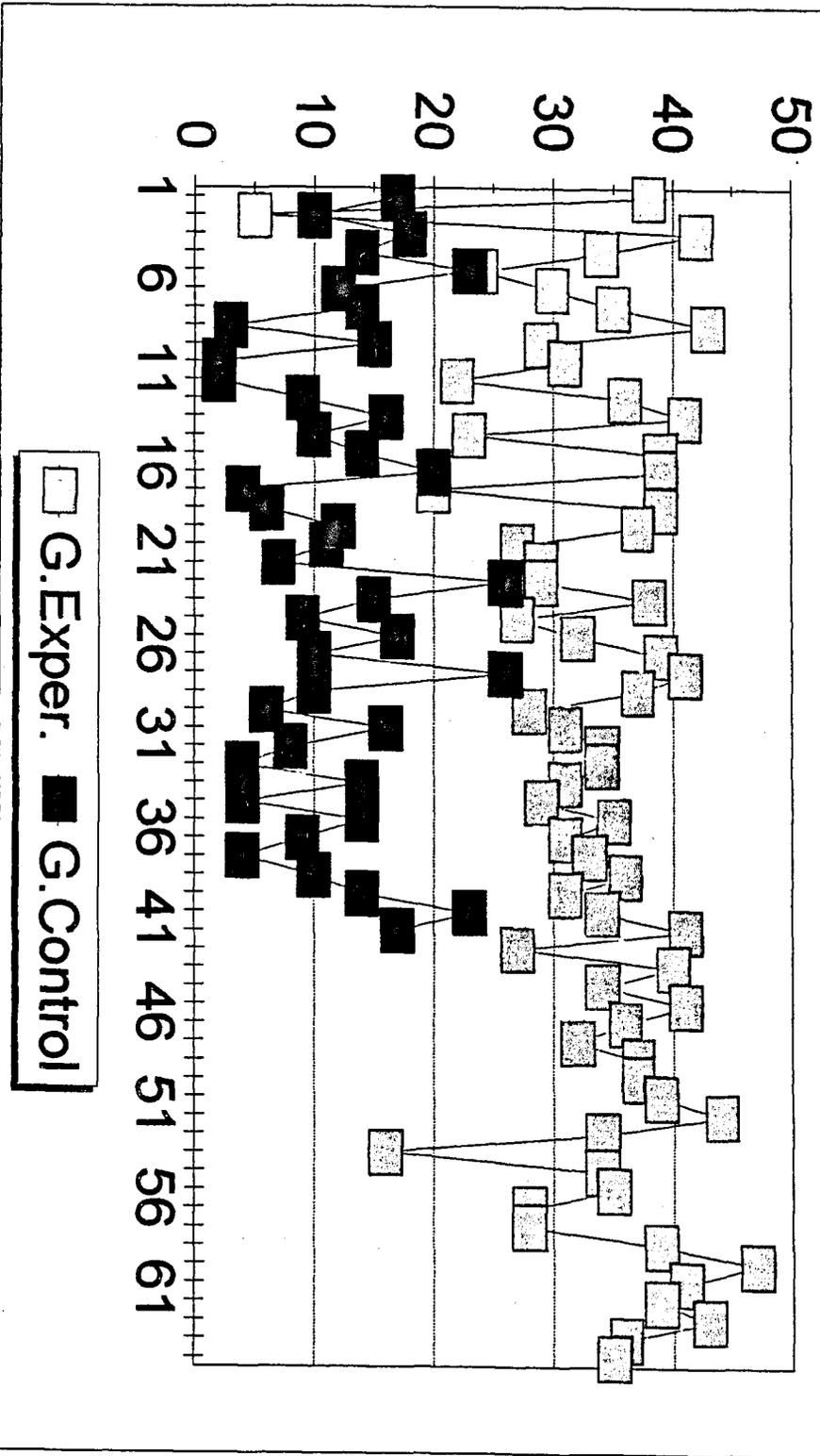
Stai.  
Comparación Post-Test.



A - 2 - b .

# Post Test.

Relación grupo experimental/control



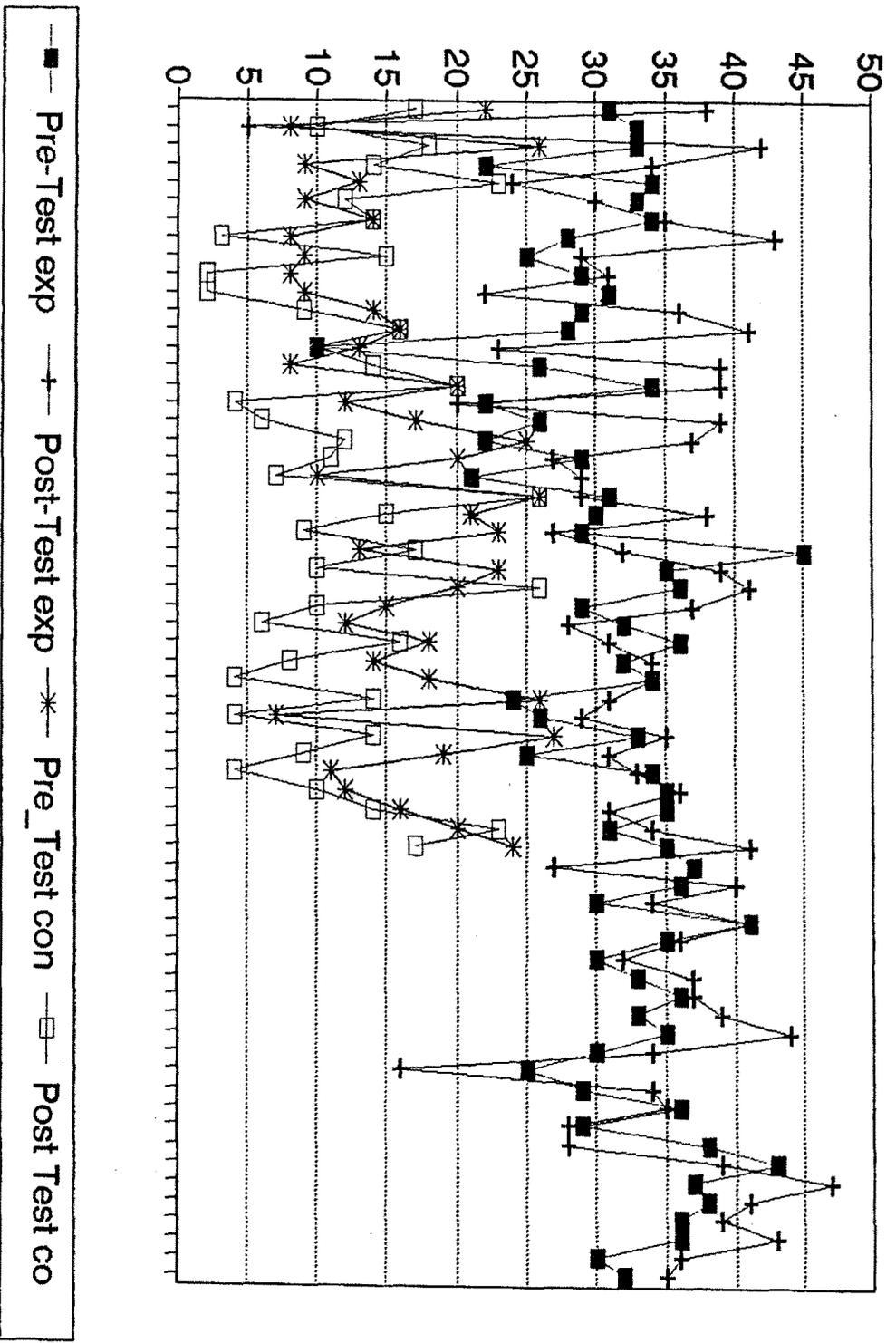
A - 2 - c .

A-3: TABLA COMPARATIVA UNIFICADA STAI ESTADO:  
RELACION PRE / POST-TEST DE GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO  
CONTROL:

A.3.a: Superposición gráfica de relaciones: grupo  
experimental y grupo control pre y post test  
del STAI.

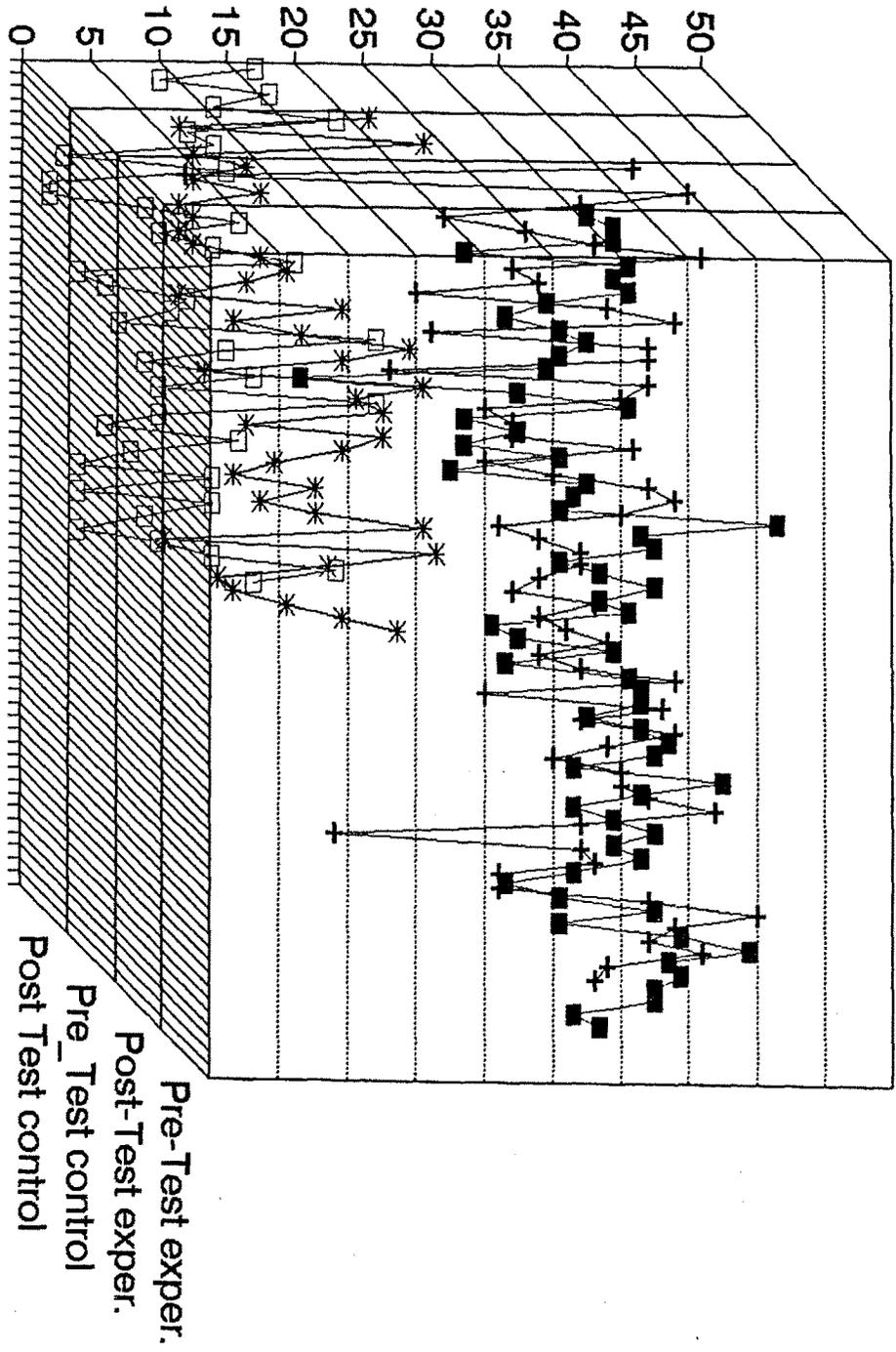
A.3.b.: La misma tabla gráfica que el A.3.a., pero en  
relieve.

Relación Pre/Post Test.  
Grupos Experimental y Control



A - 3 - a .

Relación Pre/Post Test.  
Grupos Experimental y Control

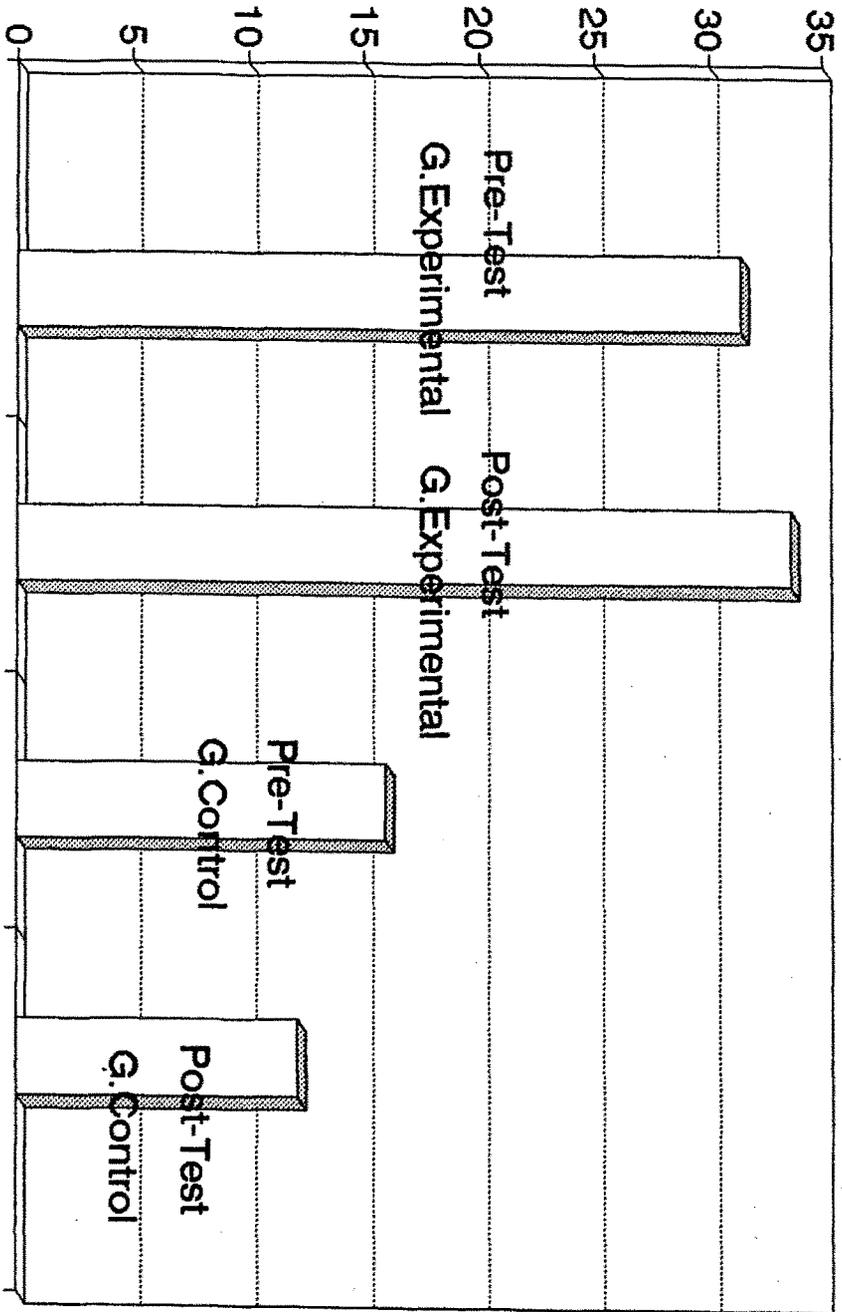


A - 3 - b .

A-4: COMPARACION DE MEDIAS STAI: EXPERIMENTAL /  
CONTROL:

A.4.: Comparación de MEDIAS Pre y Post test de STAI del  
grupo experimental y grupo Control.

Stai.  
Comparación de medias.



4.20:

Las relaciones que se establecen entre el SEXO de los pacientes y las diferentes Escalas de valoración que se pasaron a los pacientes motivo de estudio, dieron las siguientes puntuaciones en cuanto a patología y no patología:

4-20-1:

La relación SEXO / Escala de Hamilton de Depresión en el Preoperatorio refleja las siguientes puntuaciones:

SEXO, en relación con Hamilton Depresión Pre-test.

		<u>H 1</u>		
		No patología	Patología	
SEXO		0	1	Total
Hombre	1	24	1	25 39,1
Mujer	2	33	6	39 60,9
Columna Total		57 89,1	7 10,9	64 100,0

De lo que se deduce, que del total de la muestra, en el Preoperatorio, en la Escala de Hamilton de Depresión, 24 hombres no presentaban patologia depresiva; ( el 39,1 %).

En las mujeres 33 de ellas no presentaban patologia depresiva previa en dicha Escala, mientras 6 de ellas si que daban puntuaciones altas en el preoperatorio; suponen el 60,9 % de la muestra.

En total supone que 57 pacientes no presentaban puntuaciones patológicas en la Escala de Depresión de Hamilton en el Preoperatorio, lo que supone el 89,1 %; mientras que solamente 7 pacientes, ( el 10,9 %) presentaban trastornos depresivos previos a la intervención.

El % mas elevado en mujeres, vendria motivado por el elevado número de mastectomizadas de la muestra, y por la mayor preocupación ante la convicción de una posible exeresis mamaria, con lo que ello supondria en el postoperatorio, en cuanto a cambios en el esquema corporal, sexualidad, limitaciones sociales, familiares y laborales. (Ver : 4 - 22 - a ).

4.20.2:

La relación SEXO / Escala de Hamilton de Depresión Post-Intervención Quirúrgica, da las siguientes puntuaciones y relaciones de patologia-No patologia:

SEXO, en relación con H\_2 Hamilton Depresión Post-test:

SEXO	H_2		Total
	No patologia	Patologia	
	0	1	
Hombre	14	11	25
Mujer	13	26	39
Columna Total	27	37	64
	42,2	57,8	100,0

P = 0,07323 = No significativa.

Hay 14 pacientes hombres que no presentan patología y 11 la presentan.

En mujeres, hay 13 que no presentan patología depresiva post-Intervención y 26 si la presentan.

En total hay 27 pacientes de ambos sexos sin patología Depresiva Post-quirúrgica, lo que supone el 42,2 %; Mientras que hay 37 pacientes de ambos sexos que presentan patología lo que supone el 57,8 % del total.

Los resultados de Depresión Post quirúrgica en relación con el Sexo, en la Escala de Depresión de Hamilton, dan los siguientes resultados:

Hay 14 hombres que no presentan patología depresiva Post Intervención y 11 que dan sintomatología depresiva; en total hay 25 hombres, lo que supone el 39,1 % de la muestra.

En mujeres, hay 13 que no presentan patología depresiva y 26 que se dan una puntuación patológica. Lo que supone un total de 39 mujeres, o el 60,9 %.

La suma total de pacientes sin patología depresiva postquirúrgica es de 27, lo que supone el 42,2 %. Mientras que los pacientes con patología depresiva Post quirúrgica suman 37, lo que supone el 57,8 % del total del grupo experimental. (Ver : 4 - 22 - b ).

4.21.: RELACION SEXO / ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD:

4.21.1:

La relación SEXO / Escala de Hamilton de Ansiedad Pre-operatoria, refleja las siguientes características:

SEXO, en relación con Hamilton Ansiedad Pre-test.

		<u>H 3</u>		
		No patologia	Patologia	
SEXO		0	1	Total
Hombre	1	23	2	25 39,1
Mujer	2	33	6	39 60,9
Columna Total		56 87,5	8 12,5	64 100,0

La escala de Hamilton de Ansiedad en relación con el Sexo, en el estudio realizado en el preoperatorio, sobre los pacientes a los que se iba a intervenir refleja los siguientes resultados:

En hombres, 23 de ellos no presentaban sintomatología ansiosa patológica en el preoperatorio; 2 de ellos si la manifestaban. En total 25, lo que supone el 39,1 %.

En la escala de Hamilton de Ansiedad, en el preoperatorio aparecen 33 mujeres que no presentan patología ansiosa, mientras 6 de ellas si la presentan. En total son 39 mujeres, lo que supone el 60,9 %.

La relación patología / No patología Ansiosa en el preoperatorio en la Escala de Hamilton, supone: 56 pacientes sin patología Ansiosa manifiesta, lo que representa el 87,5 % y 8 con patología Ansiosa preoperatoria, lo que supone el 12,5 %.(Ver : 4 - 22 - c ).

La Escala de Hamilton de Ansiedad pre y post intervención, también de resultados significativos:

En el pre-operatorio hay 23 hombres que no presentan patología y 2 que la presentan.

En mujeres, hay 33 que no presentan patología en el preoperatorio, en lo que Ansiedad se refiere y 6 si la presentan.

Estas cifras se invierten en el post-operatorio de forma muy manifiesta, aumentando la ansiedad tanto en hombres como en mujeres:

Hay 23 hombres con Ansiedad manifiesta y dos que no presentan una Ansiedad patológica.

En mujeres, hay 37 que presentan patología Ansiosa y 2 que no la presentan.

En el total de la muestra, hay 4 pacientes que no presentan Ansiedad Patológica en el Post-operatorio inmediato (6,3 %). Mientras que 60 la presentan, (el 93,8 %).

En relación Sexo / Escala de Depresión Post-Intervención, la patología depresiva se hace más evidente, en la relación a los Sexos.

4.21.2:

La relación SEXO / Hamilton de Ansiedad Post-quirúrgica, da los siguientes resultados:

SEXO, en relación con Hamilton Ansiedad Post-test.

H 4

		No patologia	Patologia	
SEXO		0	1	Total
Hombre	1	2	23	25 39,1
Mujer	2	2	37	39 60,9
	Columna Total	4 6,3	60 93,8	64 100,0

Al hacer el análisis de los resultados de la Ansiedad Post quirúrgica con relación al Sexo en la Escala de Hamilton de Ansiedad, se reflejan los siguientes resultados:

En hombres, no se aprecia patología ansiosa en el postoperatorio en 2 individuos; mientras que presentan patología Ansiosa post quirúrgica un total de 23 hombres.

En lo que respecta a las mujeres, hay dos que no presentan patología Ansiosa post intervención, mientras que en 37 de ellas si se aprecia un elevado grado de ansiedad.

En el total de la muestra, hay 4 pacientes que no presentan patología ansiosa postquirúrgica, lo que supone el 6,3 %; mientras que hay un total de 60 pacientes, lo que equivale a un 93,8 % que si presentan un alto grado de Ansiedad post quirúrgica en la Escala de Ansiedad de Hamilton. (Ver : 4 - 22 - d ).

4.22.: TABLAS GRAFICAS DE HAMILTON DE DEPRESION Y  
ANSIEDAD PRE Y POST TEST / RELACION SEXO :

4.22.: TABLAS GRAFICAS DE HAMILTON DE DEPRESION Y  
ANSIEDAD PRE Y POST TEST / RELACION SEXO:

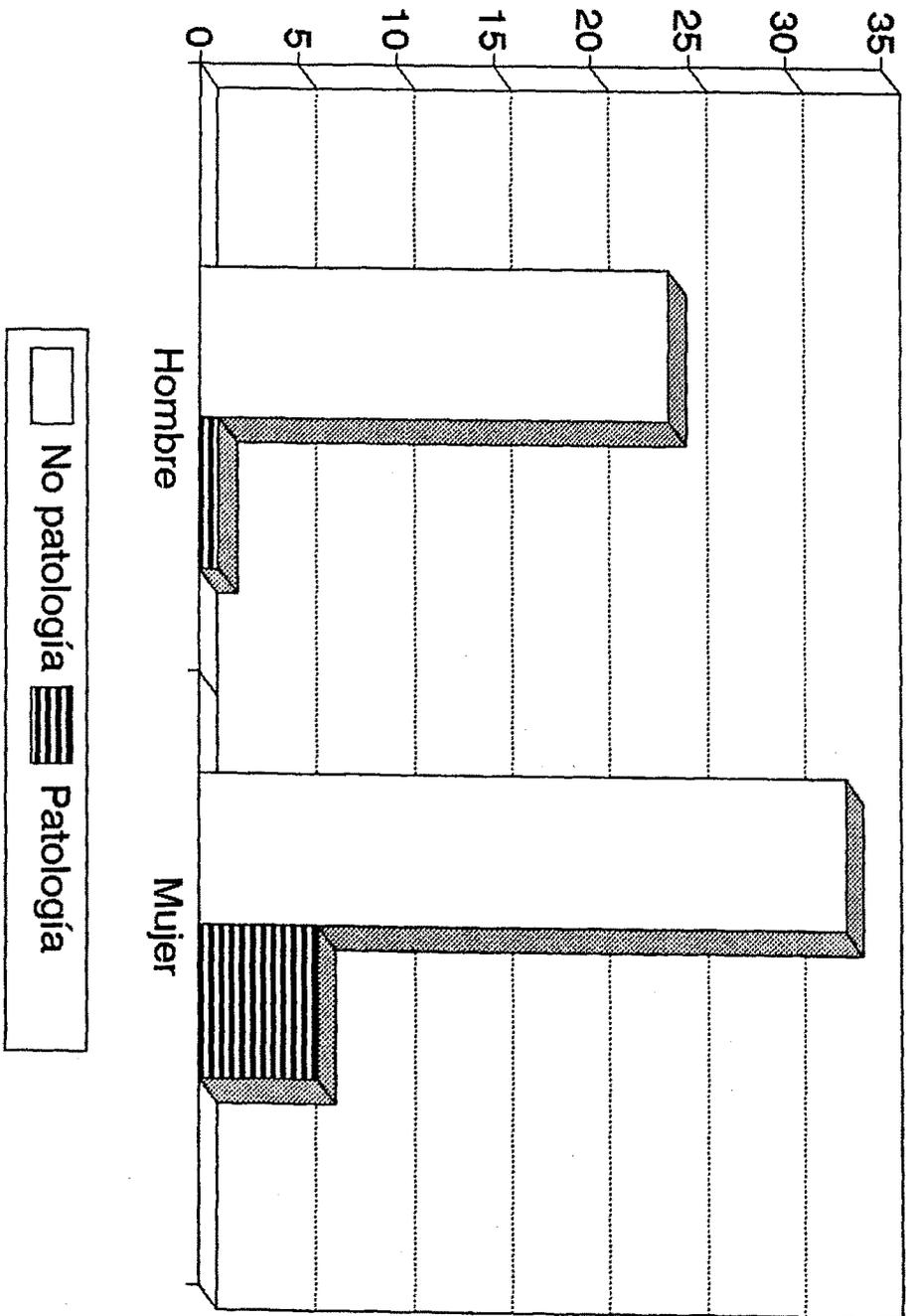
4 - 22 - a RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON DEPRESION  
PRE-INTERVENCION.

4 - 22 - b RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON DEPRESION  
POST-INTERVENCION.

4 - 22 - c RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON ANSIEDAD PRE -  
INTERVENCION.

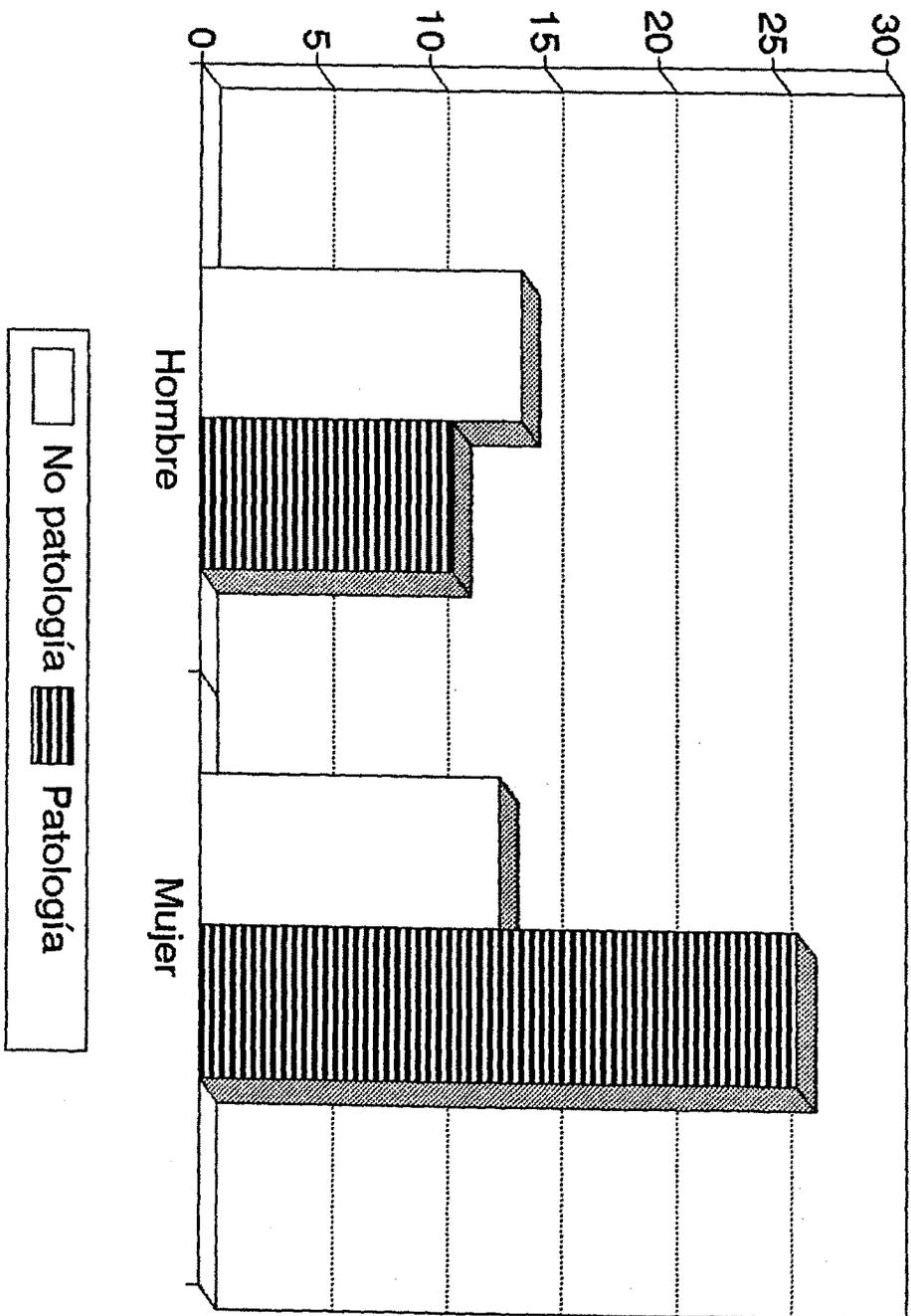
4 - 22 - d  
RELACION SEXO/ESCALA DE HAMILTON ANSIEDAD POST-  
INTERVENCION.

Relación  
Sexo / Hamilton Depresión Pre-Test.



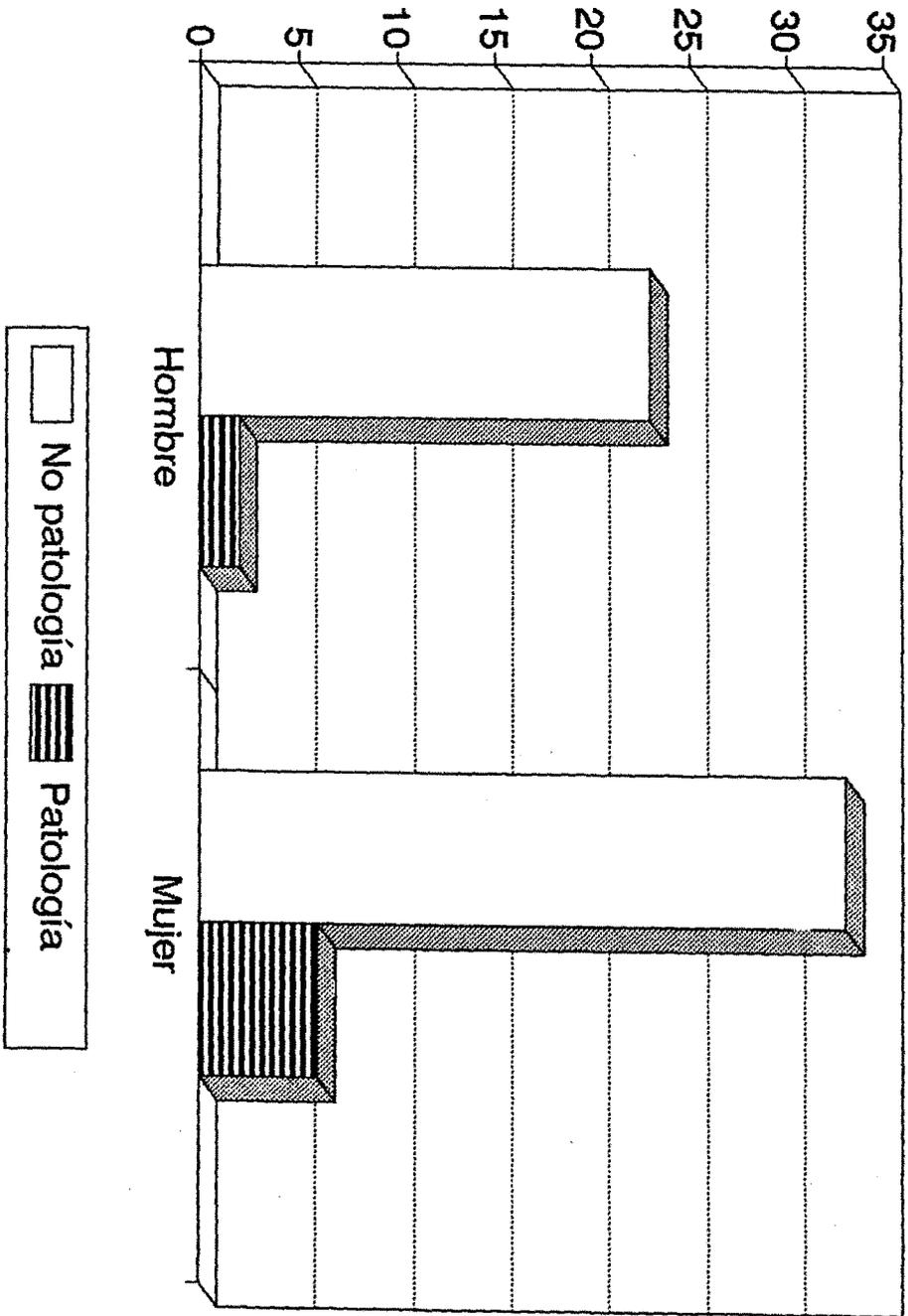
4 - 22 - a

Relación  
Sexo / Hamilton Depresión Post-Test.



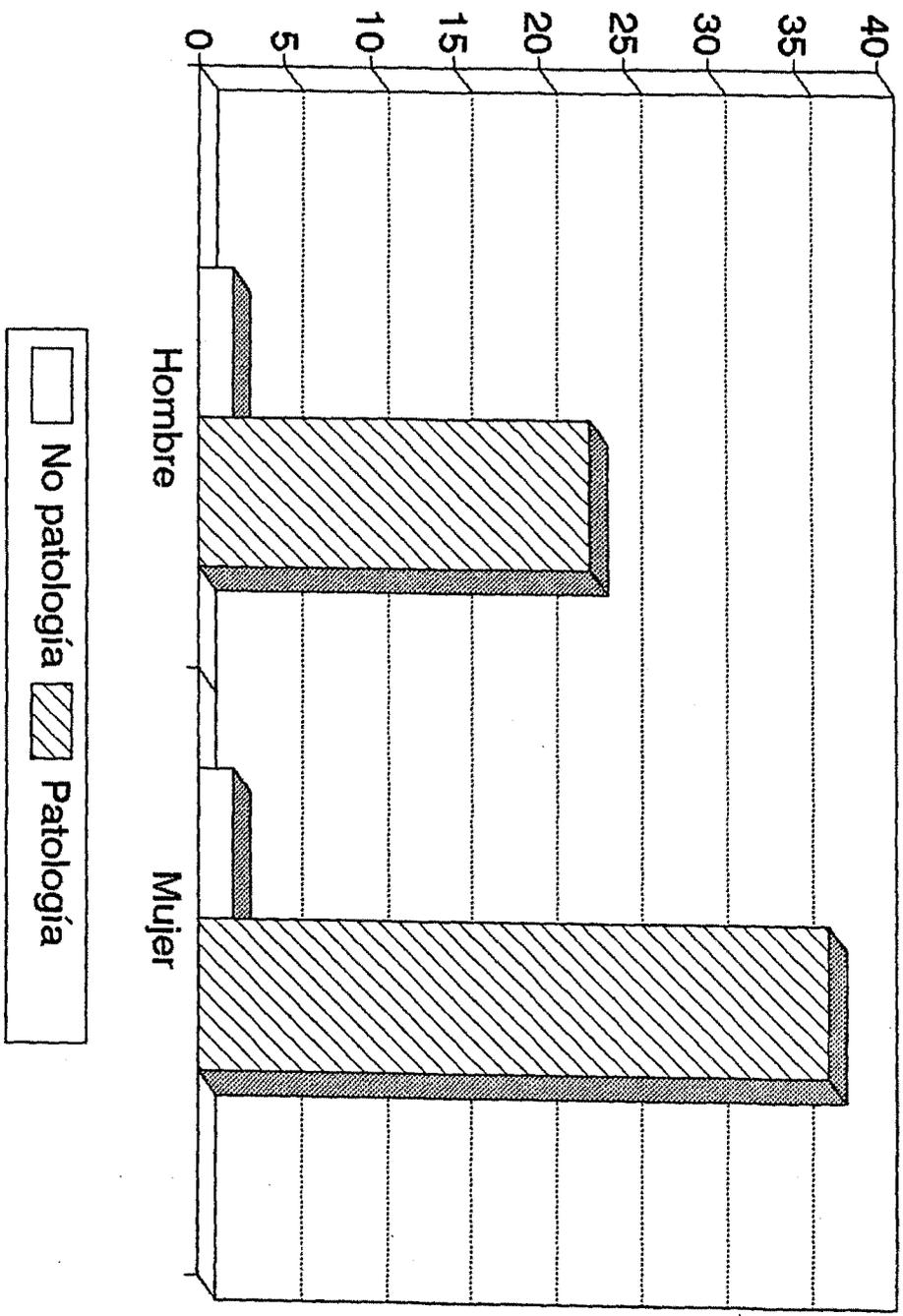
4 - 22 - b

Relación  
Sexo / Hamilton Ansiedad Pre-Test.



4 - 22 - c

Relación  
Sexo / Hamilton Ansiedad Post- Test.



4 - 22 - d

4.23: RELACION SEXO/ESCALA DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG:

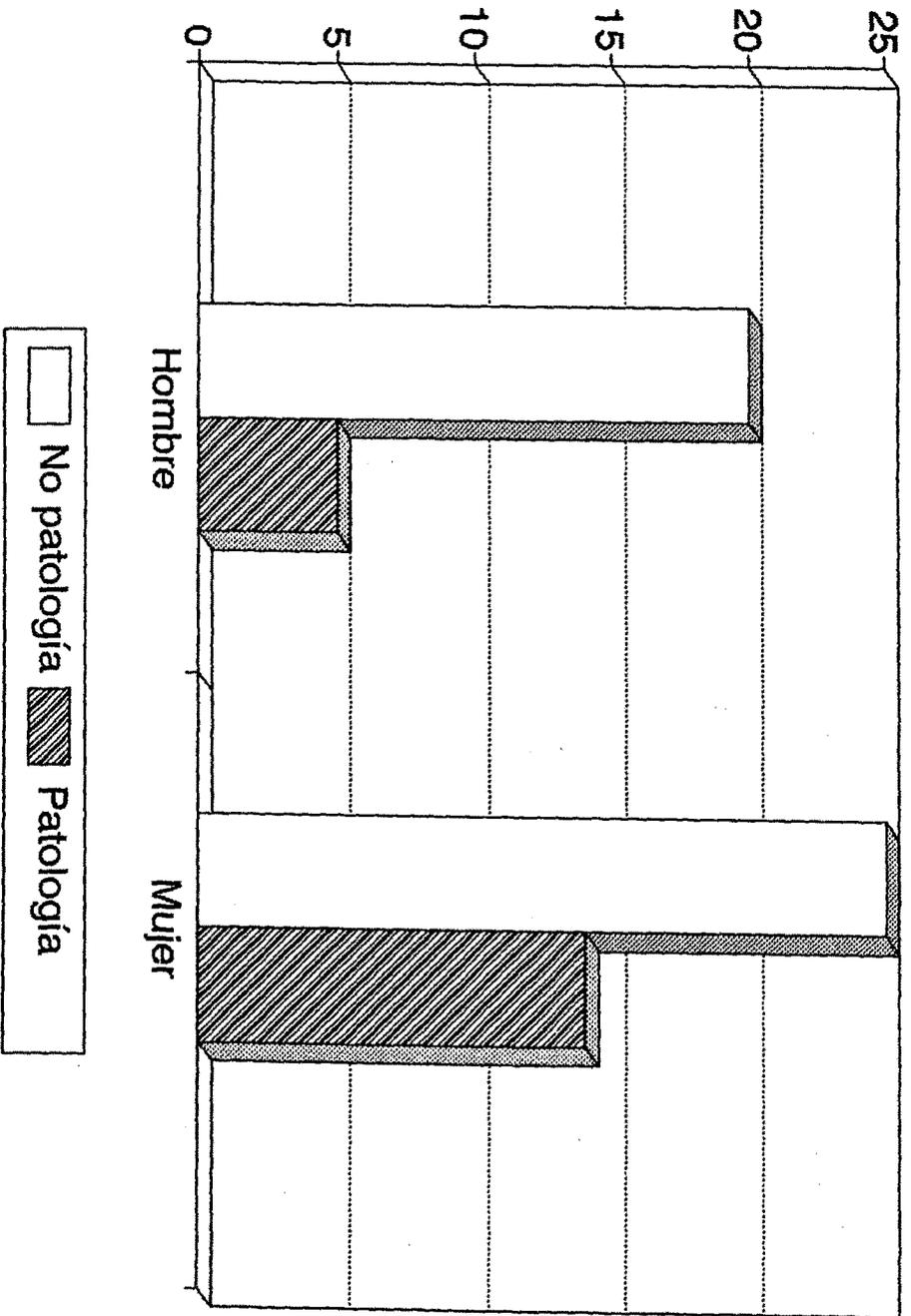
La relación SEXO / Escala de Salud General de Goldberg da las siguientes puntuaciones:

SEXO, en relación con Goldberg.

		<u>GOLB</u>		
		No patologia	Patologia	
SEXO		0	1	Total
Hombre	1	20	5	25 39,1
Mujer	2	25	14	39 60,9
Columna		45	19	64
Total		70,3	29,7	100,0

$P = 0,17443 = \text{No significativa.}$

Relación  
Sexo / Test de Golberg.



En la relación que se establece entre Sexo y la Escala de Salud General de Goldberg, se obtienen los siguientes resultados:

Una vez estudiados los resultados, se aprecia que un total de 20 hombres no presentan patología, que se haga manifiesta en dicha Escala, mientras que solamente en 5 hombres, se da algún tipo de patología psicósomática.

En las mujeres, se aprecia un total de 25 que no presentan patología psicósomática, mientras que 14 dan algún tipo de trastorno psicósomático significativo, en el total de la muestra experimental.

En la relación total de los pacientes motivo de estudio, se aprecian 45 que no presentan patología psiquiátrica asociada a la patología somática, lo que representa el 70,3 %; Hay 19 pacientes que presentan algún tipo de patología psíquica, asociada al problema somático, lo que representa el 29,7 % del total de la muestra.

4.24: RELACION SEXO/ESCALA DE NEWCASTLE:

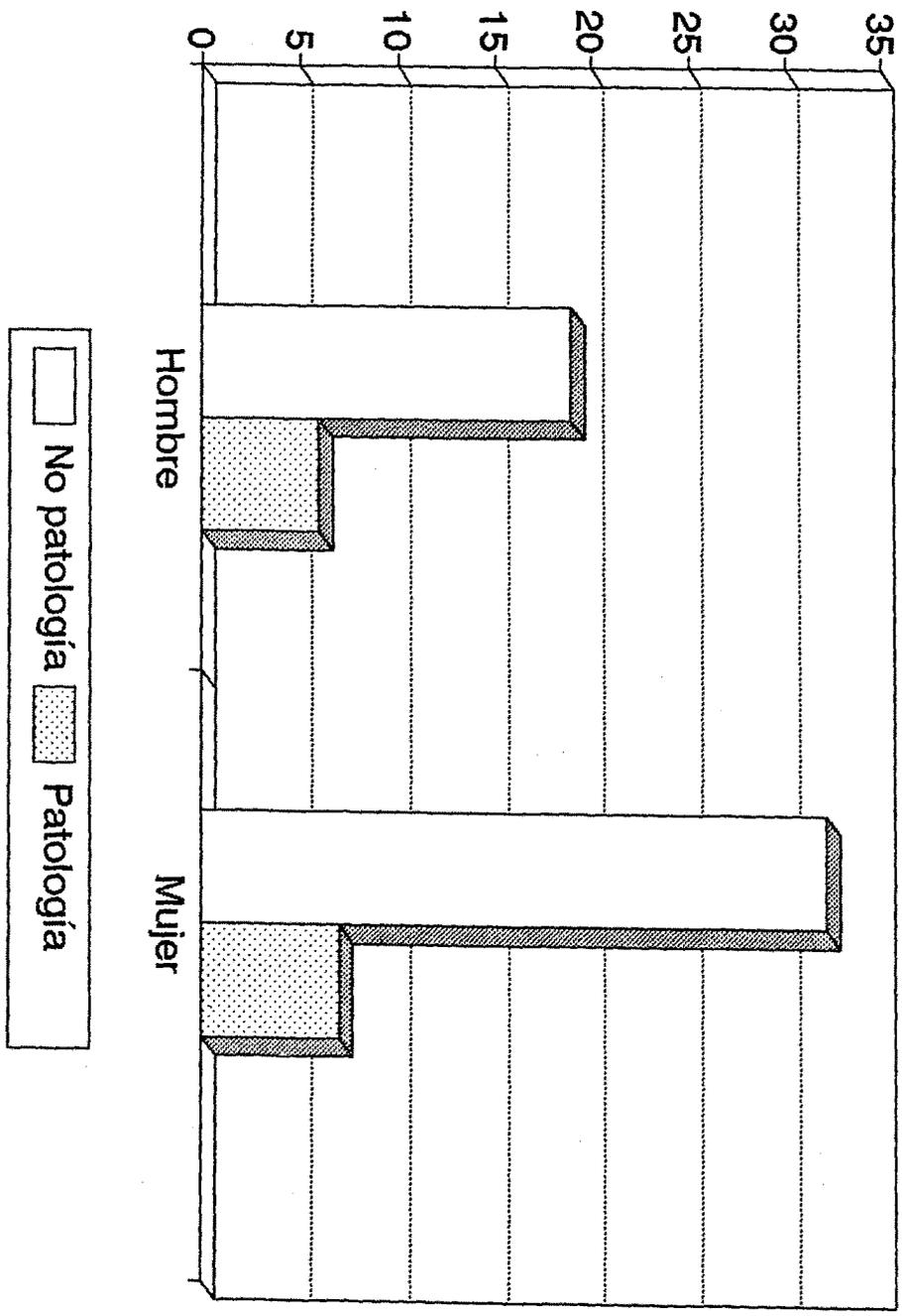
La relación SEXO / Escala de Newcastle refleja los siguientes resultados:

SEXO, en relación con Newcastle.

SEXO		NEW		Total
		No patologia	Patologia	
		0	1	
Hombre	1	19	6	25 39,1
Mujer	2	32	7	39 60,9
Columna		51	13	64
Total		79,7	20,3	100,0

$P = 0,55716 =$  No significativa.

Relación  
Sexo / Test de Newcastle



La relación Sexo con los transtornos Psiquicos que se desprenden de los resultados de la Escala de Newcastle, son los siguientes:

No reflejan patologia en el sexo masculino, un total de 19 pacientes, mientras que solo 6 presentan patologia significativa.

En mujeres, hay 32 que no presentan patologia manifiesta, mientras que 7 si presentan un nivel significativo de sintomatologia ansioso-depresiva.

En el computo total, hay 51 pacientes que no presentan patologia manifiesta, lo que supone el 79,7 %; mientras que hay 13 pacientes que si manifiestan algún tipo de patologia ansioso-depresiva, lo que supone el 20,3 % del total del grupo experimental.

4.25: RELACION SEXO/STAI ESTADO PRE-OPERATORIO:

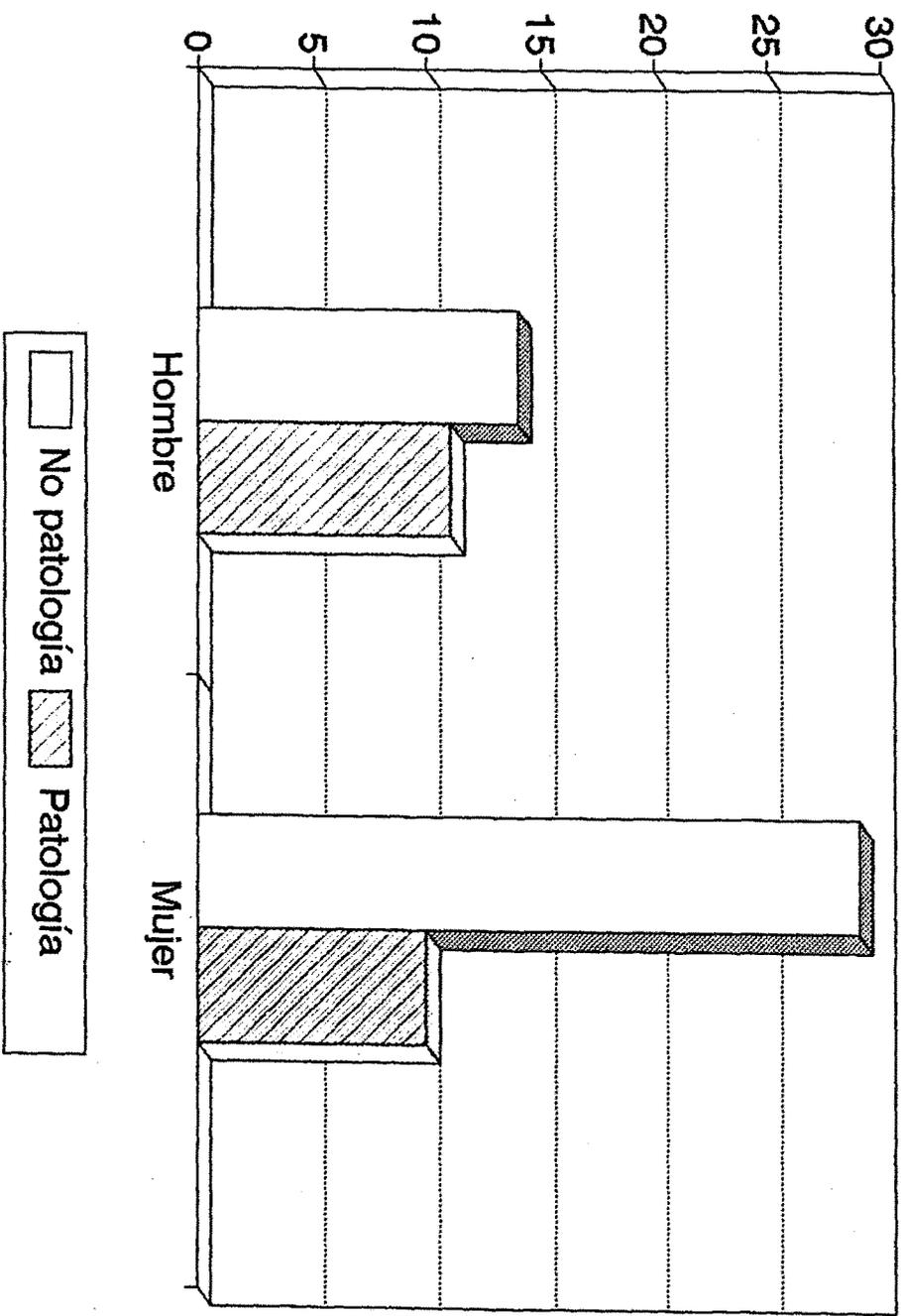
En las relaciones SEXO / STAI Estado en el Preoperatorio da las siguientes características en cuanto a Patología-no Patología:

SEXO, en relación con Stai pre-test.

SEXO	<u>EST PRE</u>		Total	
	No patología	Patología		
	0	1		
Hombre	1	14	11	25 39,1
Mujer	2	29	10	39 60,9
Columna	43	21	64	
Total	67,2	32,8	100,0	

$P=0,12697=$  No significativa.

Relación  
Sexo / Stai Pre- Test.



A los pacientes estudiados que se les pasó el STAI Estado en el preoperatorio, con relación al Sexo, se estuvo los siguientes resultados:

En hombres, no presentaban patología Ansiosa de Estado en el Preoperatorio un total de 14; mientras que 11 de ellos si que presentaban Ansiedad significativa.

En mujeres, en 29 casos, no se aprecia Ansiedad prequirúrgica, patológica, mientras que en 10 casos si se constata un alto grado de Ansiedad patológica.

En el total de los pacientes estudiados, sumados ambos sexos, se constata que en 43 pacientes no hay Ansiedad patológica, lo que supone el 67,2 %; mientras que manifiestan un grado significativo de Ansiedad patológica Preoperatoria un total de 21 pacientes, lo que supone el 32,8 % del total de la muestra experimental.

4.26: RELACION SEXO/STAI ESTADO POST OPERATORIO:

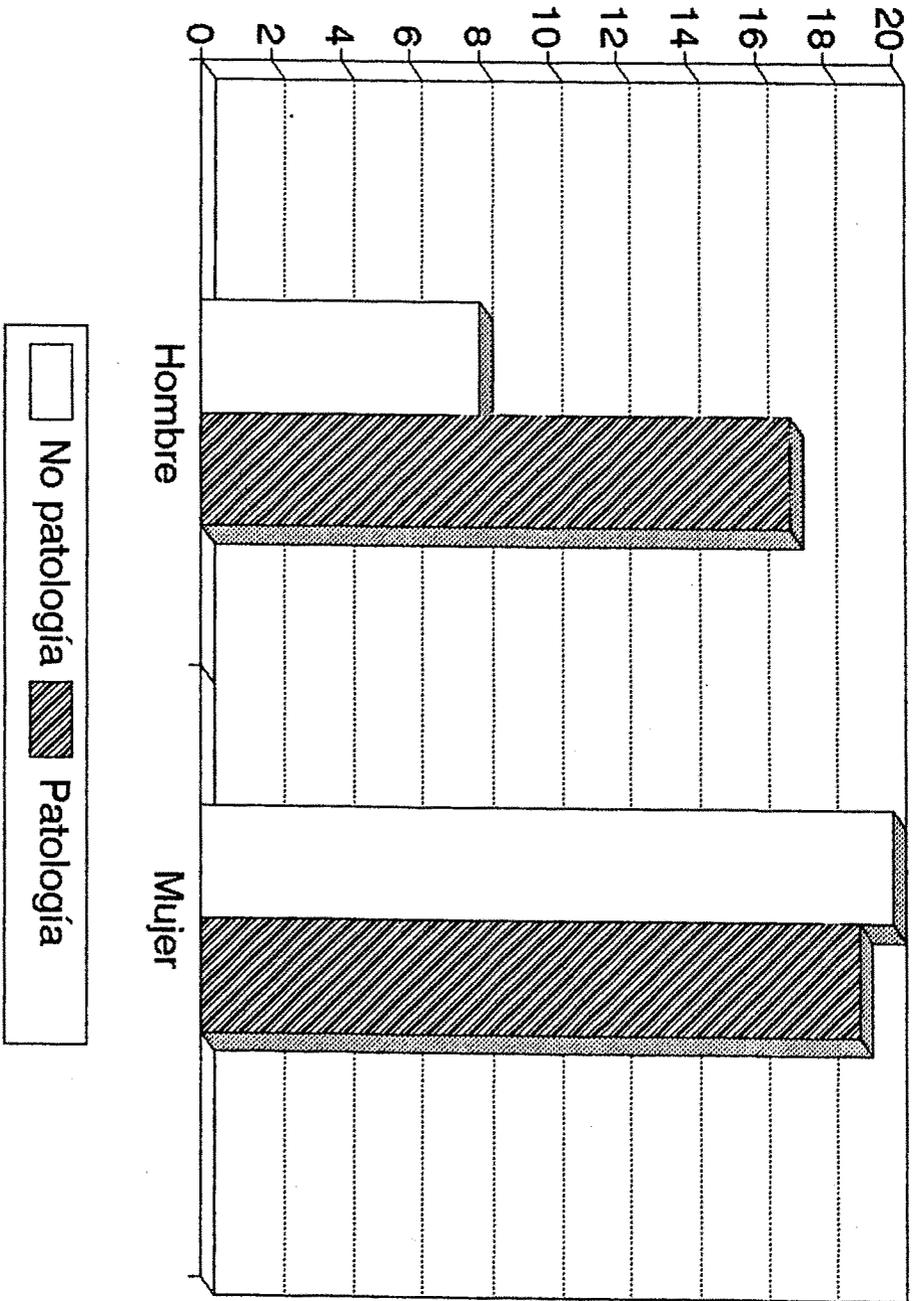
En la relación SEXO / STAI Estado Post-operatorio, las relaciones: Patología-no patología son las siguientes:

SEXO, en relación con Stai Post-test.

		<u>EST POS</u>		Total
		No patología	Patología	
SEXO		0	1	
Hombre	1	8	17	25 39,1
Mujer	2	20	19	39 60,9
Columna		28	36	64
Total		43,8	56,3	100,0

$P=0,12924$ =No significativa.

Relación  
Sexo / Stai Post Test.



En la relación Sexo / STAI Estado despues de hacer dicho estudio en el Post-operatorio, se aprecian los siguientes resultados:

No presentan Ansiedad Patológica un total de 8 hombres y 20 mujeres, lo que supone un total de 28 pacientes de ambos sexos, que en el post-operatorio no presentan Ansiedad de Estado patologica, lo que equivale al 43,8 % del total de la muestra.

Presentan Patologia Ansiosa de Estado en el Post-operatorio un total de 17 hombres y 19 mujeres, lo que en total supone 36 pacientes o el 56,3 % del total del grupo experimental.

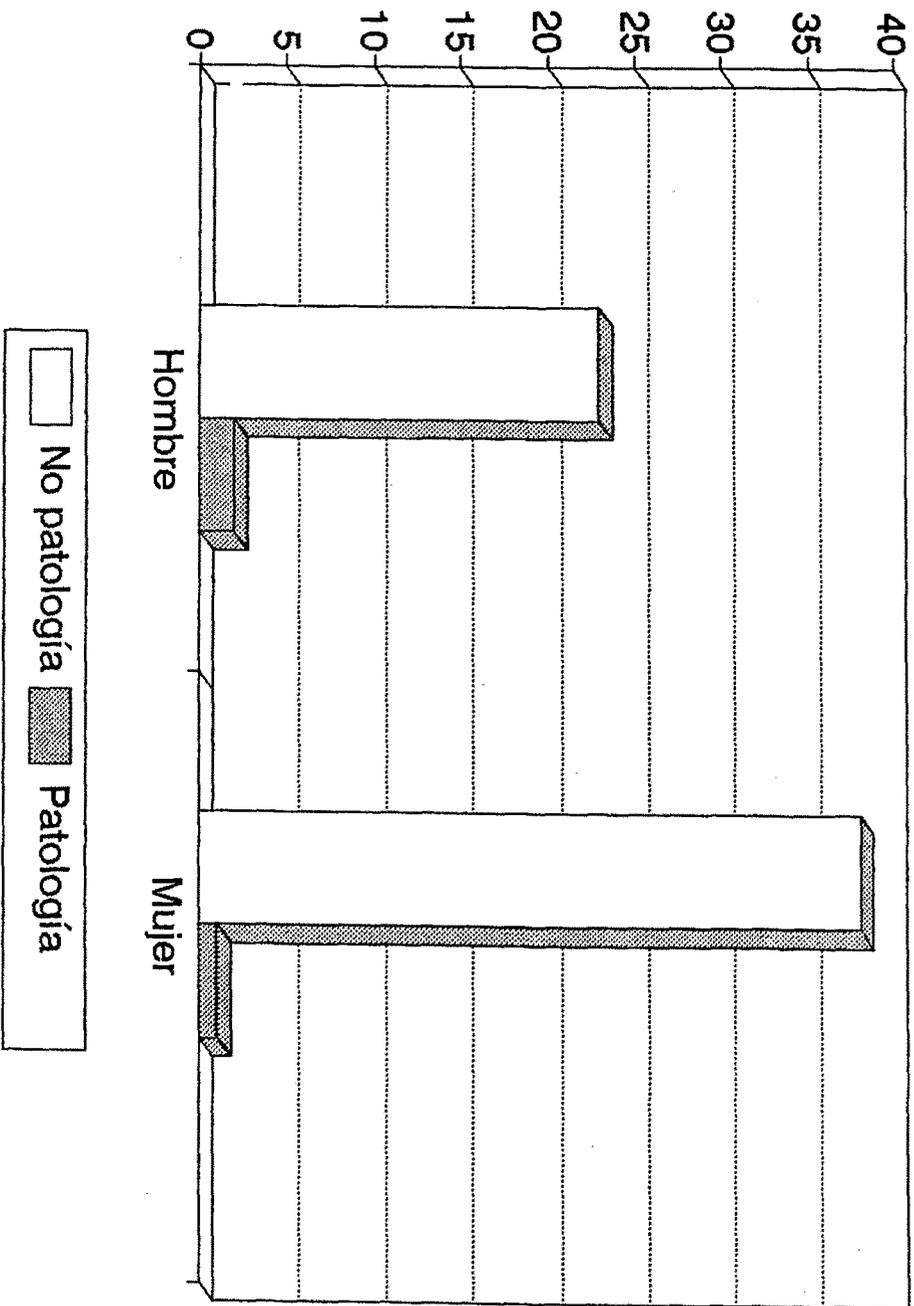
4.27: RELACION SEXO/STAI RASGO:

En la relación SEXO / STAI Rasgo, las características de puntuación entre lo patológico y no patológico son las siguientes:

SEXO, en relación con Stai Rasgo.

SEXO	<u>EST RAS</u>		Total	
	No patologia	Patologia		
	0	1		
Hombre	1	23	2	25 39,1
Mujer	2	38	1	39 60,9
Columna Total	61 95,3	3 4,7	64 100,0	

Relación  
Sexo / Stai Rasgo.



La relación de los resultados del STAI Rasgo en relación con el Sexo, muestra la diferencia significativa de la Ansiedad propia de cada persona en relación con la que puede presentar en un momento determinado debido a algún factor desencadenante de Ansiedad.

Así pues, los resultados obtenidos por sexos son los siguientes:

Un total de 23 hombres no presentaban índices de Ansiedad manifiestamente patológicos, mientras que solo 2 presentaban Ansiedad Patológica.

En las mujeres, en 38 de ellas no se aprecia Ansiedad patológica significativa, mientras que solamente 1 caso presenta manifiesta Ansiedad.

En el total de los pacientes, (sumados ambos sexos), vemos que 61 pacientes no presentan Ansiedad Rasgo patológica, lo que supone el 95,3 %; mientras que solamente en 3 casos, los índices de Ansiedad Rasgo son manifiestamente patológicos; lo que supone el 4,7 %.

4.28: RELACION TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA /  
HAMILTON DEPRESION PRE-OPERATORIO:

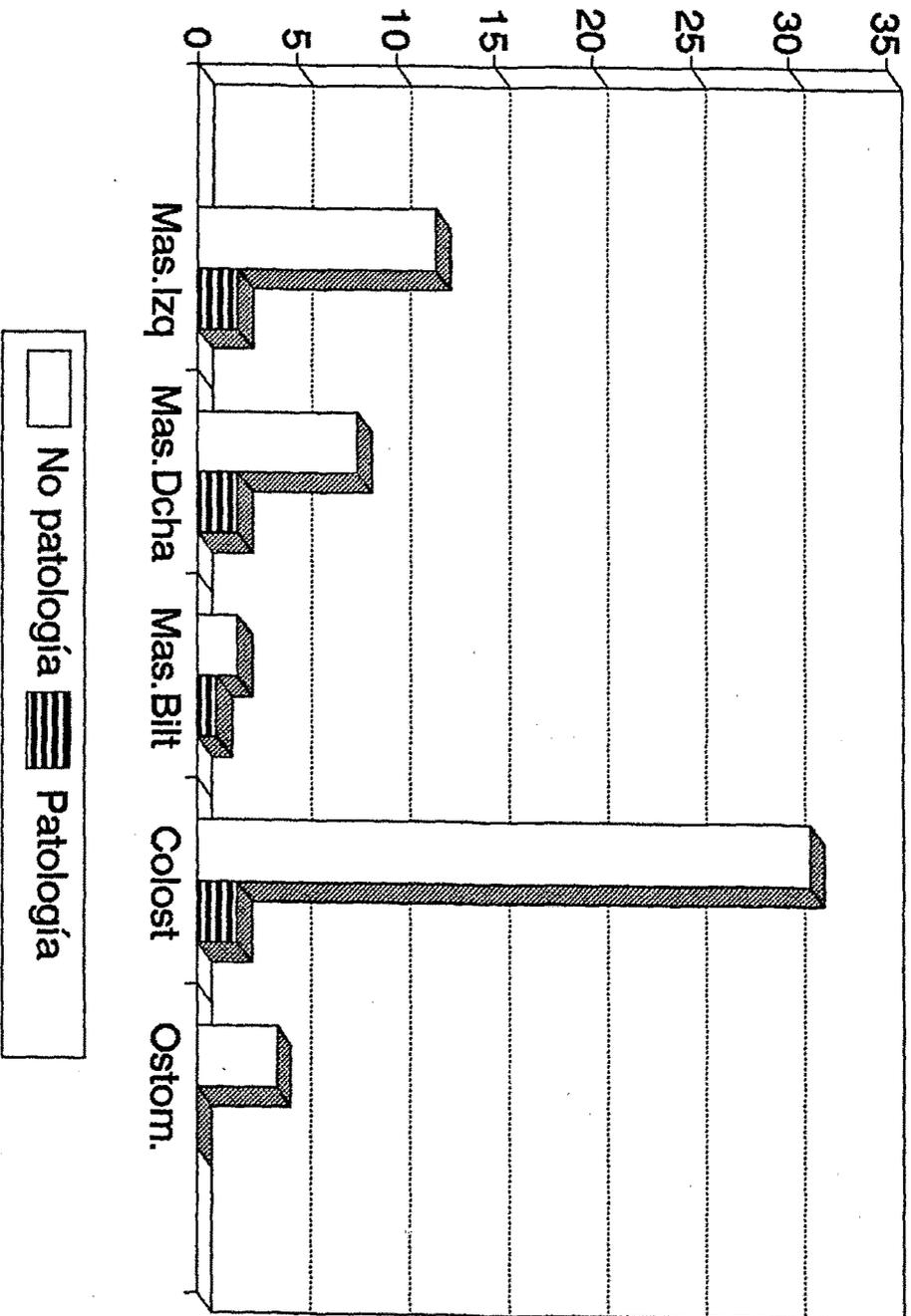
La relación entre el tipo de Intervención Quirúrgica y el Hamilton de Depresión Pre-intervención, estudiada por la Escala de Hamilton de Depresión, da los siguientes resultados:

INTE\_QUI Intervención quirúrgica, en relación con Hamilton depresión Pre/T.

INTE_QUI	HAMDPRE		Total
	0	1	
Mastectomia izquierda	12	2	14 21,9
Mastectomia derecha	8	2	10 15,6
Mastectomia bila.	2	1	3 4,7
Colostomia	31	2	33 51,6
Ostomia	4		4 6,3
Columna Total	57 89,1	7 10,9	64 100,0

En la grafica de la Escala de Hamilton de Depresión pre-test, se refleja muchos individuos con bajo nivel de depresión y pocos con niveles de Depresión altos:

Relación Intervención Quirúrgica/  
Hamilton Depresión Pre-Test.



En la relación que se establece entre el tipo de intervención Quirúrgica y el Hamilton de Depresión Pre-Intervención, se desprenden los siguientes resultados:

En las Mastectomías Izquierdas hay 12 pacientes que no presentan patología y 2 que la presentan.

En las Mastectomías derechas, hay 8 pacientes que no presentan patología depresiva y 2 si la presentan.

Las mastectomías Bilaterales: hay 2 pacientes con puntuación no patológica y 1 con patología depresiva.

Hay 31 colostomizados que no presentan patología depresiva en el pre-operatorio y 2 que tienen puntuación patológica.

De los 4 pacientes Ostomizados, ninguno de ellos presenta patología Depresiva en la Escala de Hamilton de Depresión en el preoperatorio.

Del total de la muestra Experimental, hay 57 pacientes que no presentan patología depresiva pre-operatoria, lo que representa el 89,1 %. Mientras que solamente 7 puntúan como Depresivos en la Escala de Hamilton Pre-intervención, lo que supone el 10,9 % del total del grupo estudiado.

4.29: RELACION TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA /  
HAMILTON DEPRESION POST-OPERATORIO.

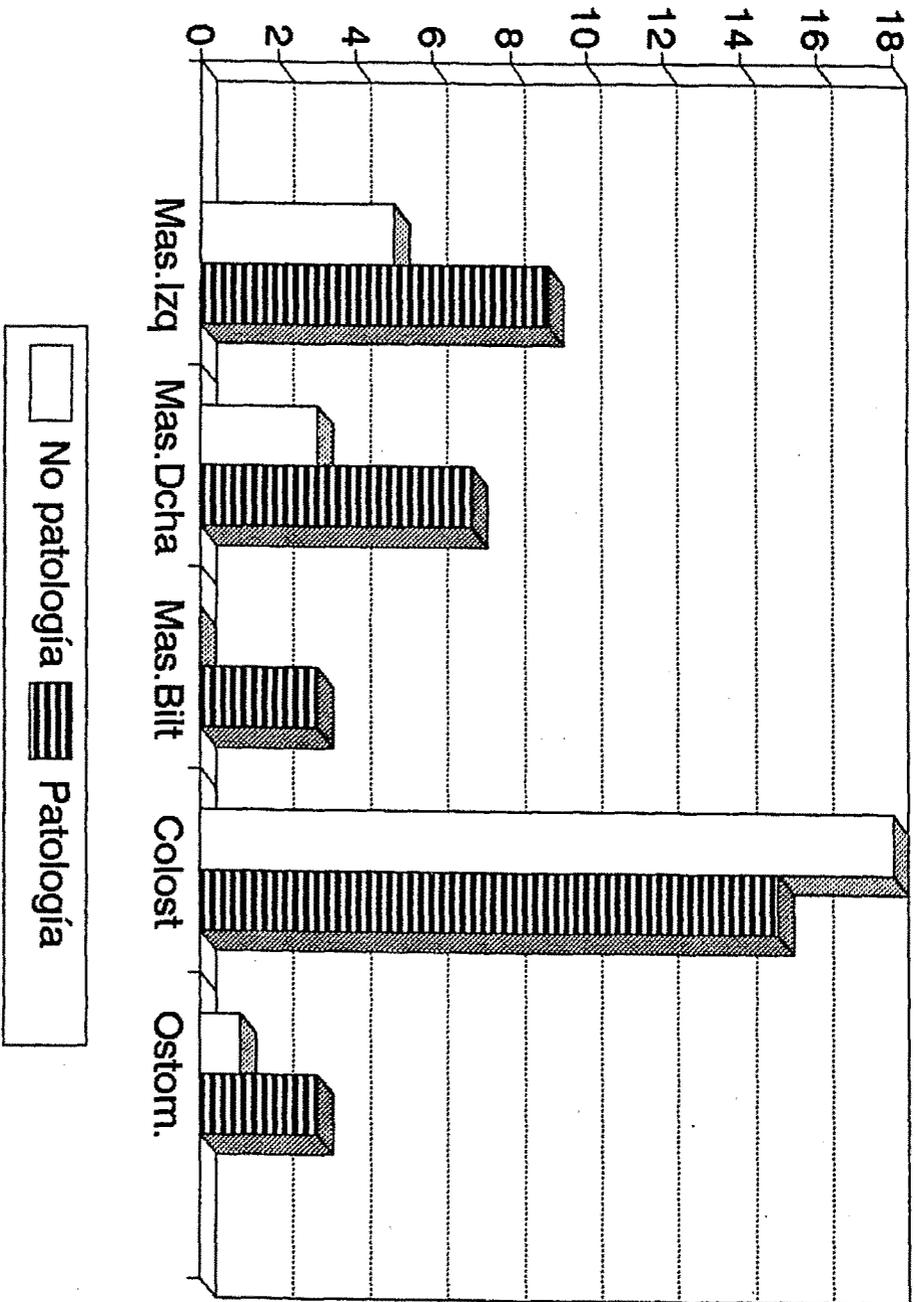
La relación entre el tipo de Intervención Quirúrgica y el estudio realizado con la Escala de Hamilton de Depresión en el Postoperatorio, da los siguientes resultados:

INTE\_QUI en relación con Hamilton depresión Post/Test.

		<u>H_2</u>		
		No patologia.	Patologia	
INTE_QUI		0	1	Total
Mastectomia izquierda	1	5	9	14 21,9
Mastectomia derecha	2	3	7	10 15,6
Mastectomia bila.	3		3	3 4,7
Colostomia	4	18	15	33 51,6
Ostomia	5	1	3	4 6,3
Columna Total		27 42,2	37 57,8	64 100,0

En la grafica de Depresión post-test de Hamilton, se ofrecia un resultado inverso; hay pocas pacientes con puntuaciones bajas y muchas con un alto nivel de depresión.

Relación Intervención Quirúrgica/  
Hamilton Depresión Post-Tes.



La relación Tipo de Intervención Quirúrgica y Escala de Hamilton de Depresión en el Post-operatorio, da los siguientes resultados:

Hay 5 pacientes con Mastectomia izquierda que no presentan patologia depresiva y 9 que la presentan en el post-operatorio; lo que supone 14 pacientes ó el 21,9 %.

Mastectomias derechas, hay 3 que no presentan patologia depresiva post-quirúrgica y 7 que si dan sintomatologia depresiva; en total 10 pacientes con mastectomia derecha, lo que supone el 15,6 %.

Hay 3 pacientes con mastectomia Bilateral, que presentaban patologia Depresiva post-quirúrgica en los 3 casos, lo que supone el 4,7 %.

Pacientes Colostomizados hay un total de 33, lo que supone el 51,6 %. De los cuales 18 no presentaron patologia depresiva post-quirúrgica y 15 si la presentan.

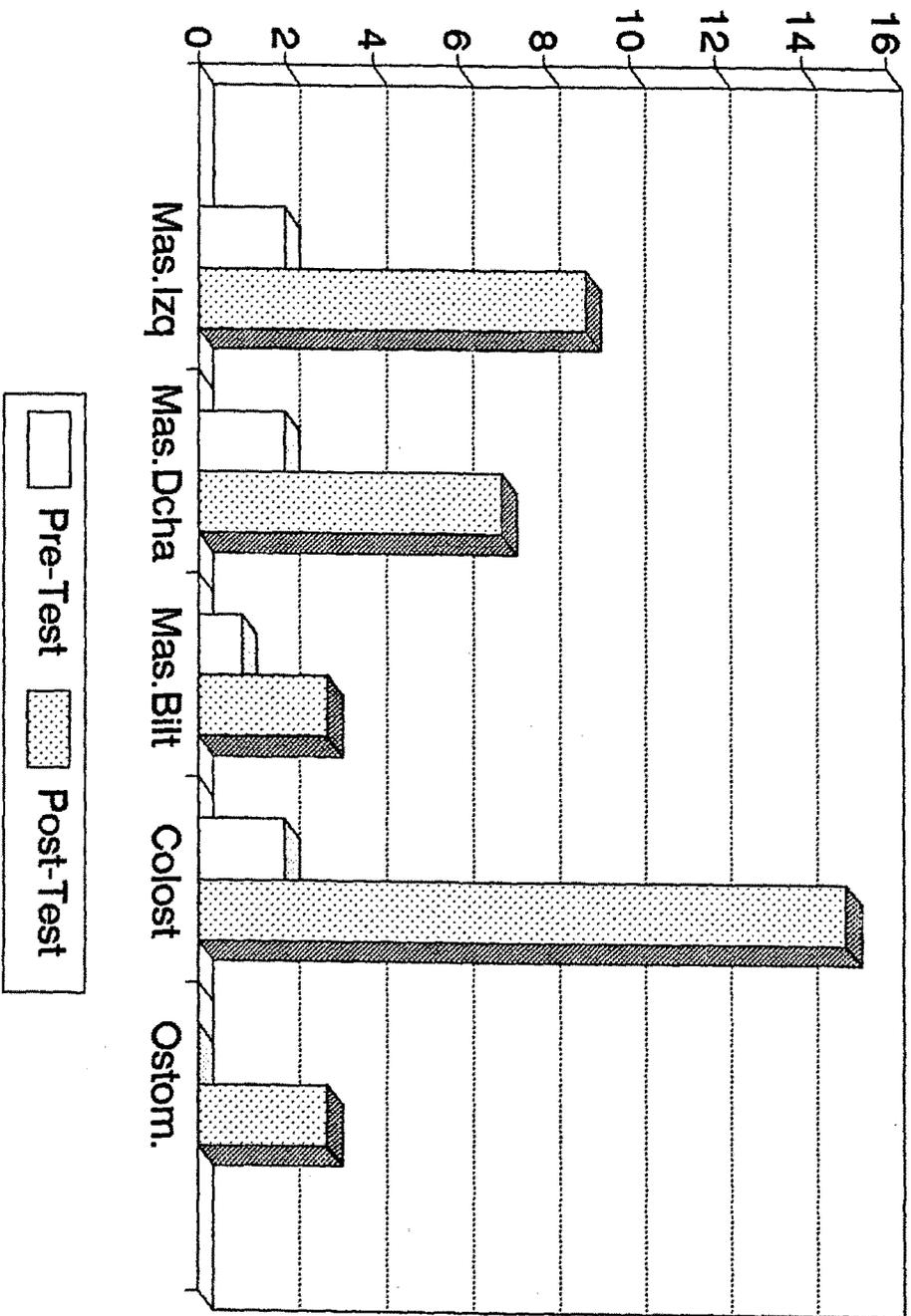
De pacientes Ostomizados hay 1 que no presentó patologia depresiva post-quirúrgica y 3 se presentaron patologia depresiva. En total hay 4 pacientes Ostomizados, lo que supone el 6,3 % del total.

En cifras totales, hay 27 pacientes que No presentan en la Escala de Hamilton de Depresión Post-quirúrgica patología depresiva, lo que supone el 42,2 %.

Mientras que hay 37 pacientes que en el Post-operatorio presentan puntuaciones altas en la Escala de Hamilton de Depresión, lo que indica patología Depresiva. En total supone el 57,8 % del total de la muestra Experimental.

En la gráfica General de la relación pre y post-test de Depresión de Hamilton, se hace evidente al superponer los resultados de ambos, en el pre y post intervención, como la depresión aumenta en el postoperatorio, desplazándose a la derecha, lo que indica aumento de síntomas depresivos.

Relación Intervención Quirúrgica/  
Hamilton Depresión/Patología.



4.30: RELACION TIPO INTERVENCION QUIRURGICA/HAMILTON  
ANSIEDAD PRE-OPERATORIO:

En el estudio comparativo que relaciona el tipo de intervención Quirúrgica con la Escala de Hamilton de Ansiedad Pre-operatoria, aparecen los siguientes resultados:

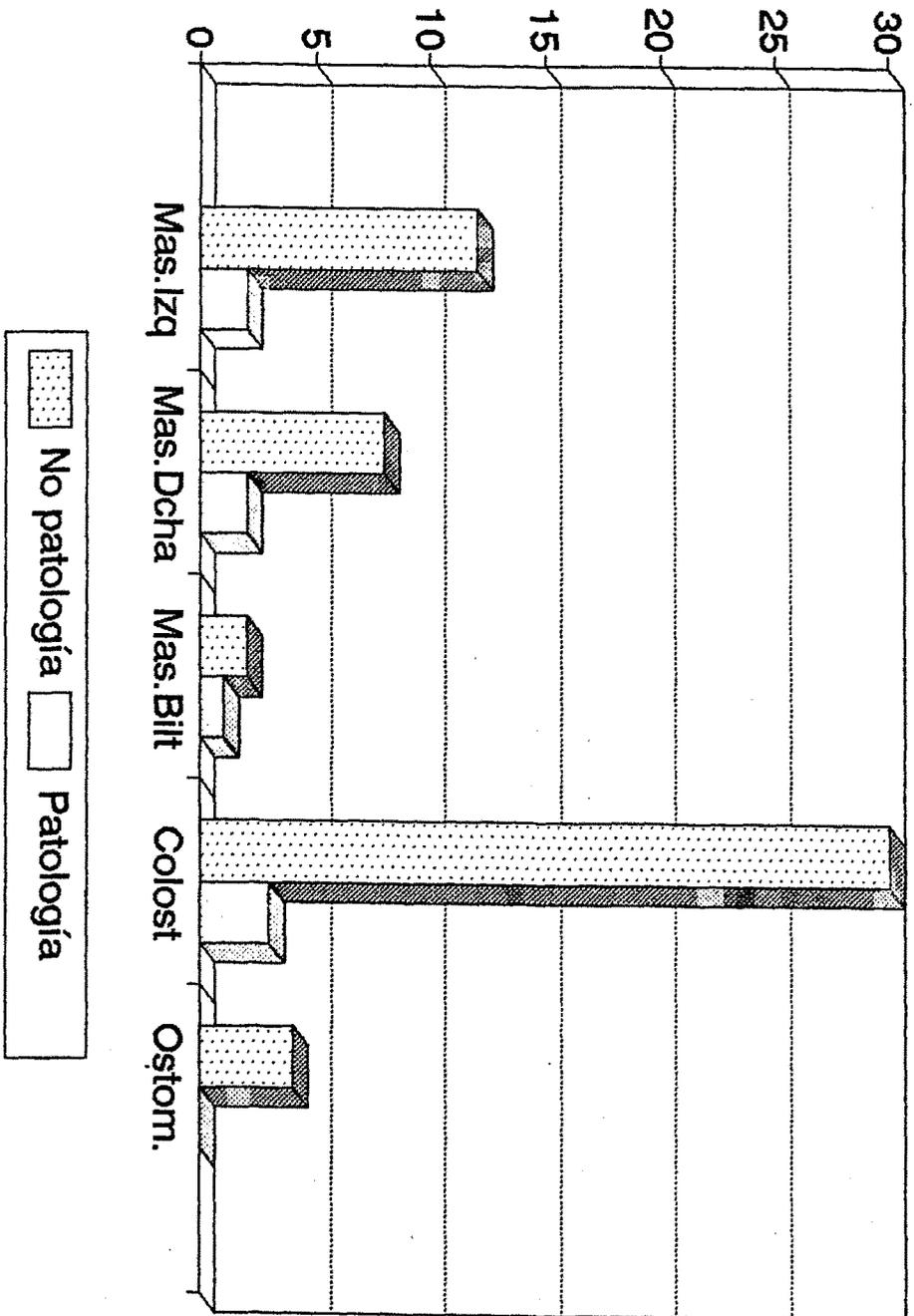
INTE\_QUI en relación con Hamilton Ansiedad Pre/Test.

H 3

INTE_QUI	H 3		Total
	No patologia	Patologia	
	0	1	
Mastectomia izquierda	12	2	14 21,9
Mastectomia derecha	8	2	10 15,6
Mastectomia bila.	2	1	3 4,7
Colostomia	30	3	33 51,6
Ostomia	4		4 6,3
Columna Total	56 87,5	8 12,5	64 100,0

Al preoperatorio hay un elevado número de casos de Ansiedad baja, y en el post operatorio se invierte habiendo un elevado número de pacientes con elevado grado de sintomatología ansiosa.

Relación Intervención Quirúrgica/  
Hamilton Ansiedad Pre-Test.



Al hacer el estudio comparativo entre la Escala de Hamilton de Ansiedad Pre-operatoria y el tipo de Intervención quirúrgica, se reflejan los siguientes resultados:

En el pre-operatorio hay 12 pacientes con mastectomía izquierda que no presentan patología Ansiosa y 2 que la presentan; en total hay 14 pacientes con mastectomía izquierda lo que supone el 21,9 % del total de la muestra.

De mastectomías derechas, hay 8 que No presentan patología Ansiosa y 2 que la presentan. En total 10, lo que supone el 15,6 %.

De las tres mastectomías bilaterales, 2 no presentan patología Ansiosa pre-quirúrgica y una de ellas si. En total el 4,7 %.

En los pacientes Colostomizados, hay un total de 30 que en el Pre-operatorio no presentaban patología Ansiosa y 3 de ellos si la presentaban.

De los 4 pacientes Ostomizados, ninguno de los 4 reflejo patología Ansiosa en el pre-operatorio en la Escala de Ansiedad de Hamilton.

En el total de la muestra experimental, hay 56 pacientes que No reflejan Patología Ansiosa en el Pre-operatorio, lo que supone el 87,5 % del total de la muestra.

Mientras que solamente 8 presentan Ansiedad patológica en el preoperatorio, en la Escala de Hamilton de Ansiedad, lo que supone el 12,5 %.

4.31: RELACION TIPO INTERVENCION QUIRURGICA / HAMILTON ANSIEDAD POST-QUIRURGICA:

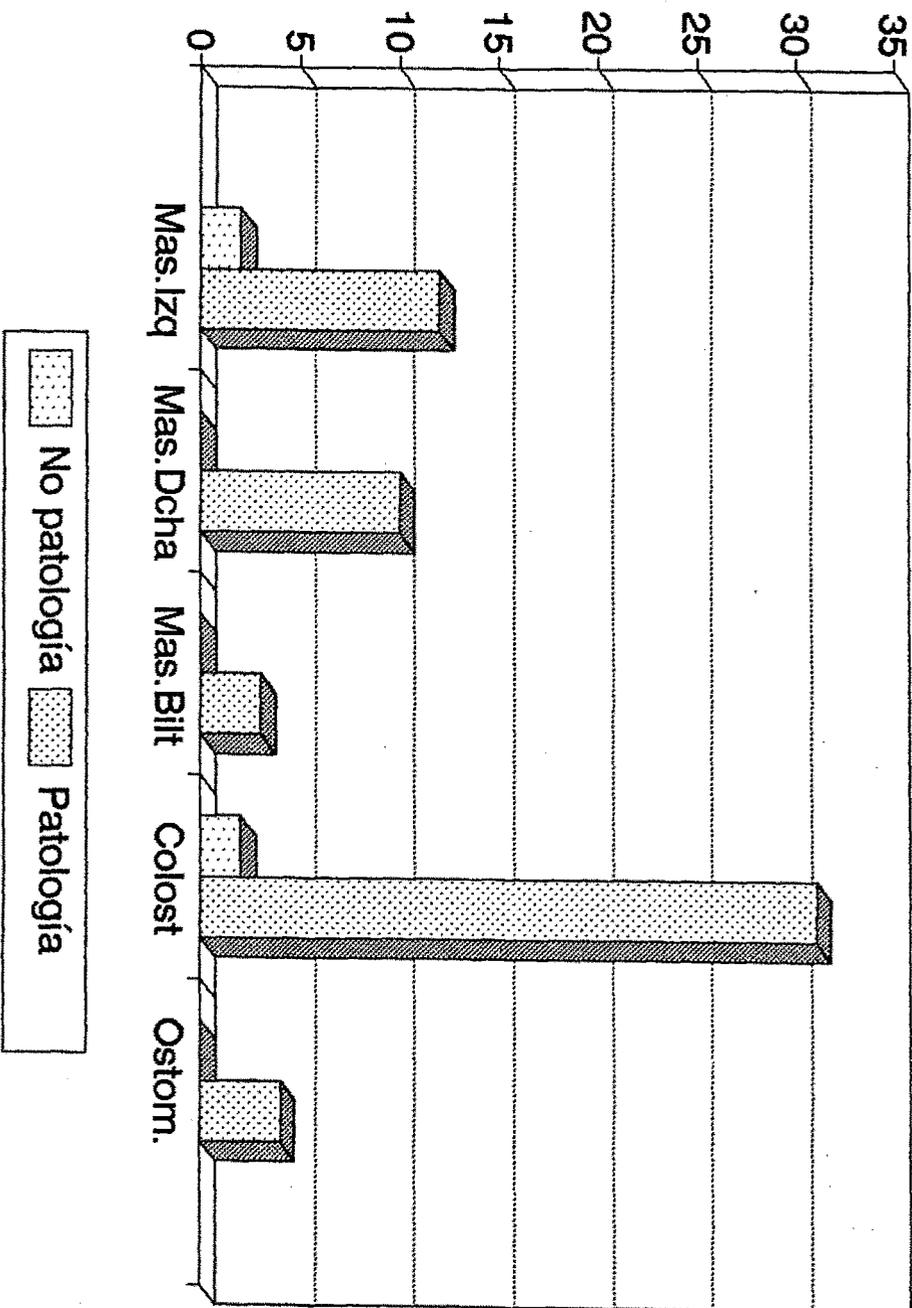
Al hacer el estudio comparativo entre el tipo de intervenci3n quir3rgica y el Hamilton de Ansiedad Post intervenci3n, se desprenden los siguientes resultados:

INTE\_QUI en relaci3n con Hamilton Ansiedad Post/Test.

H 4

INTE_QUI	H 4		Total
	No patologia	Patologia	
	0	1	
Mastectomia izquierda	1	2	12 21,9
Mastectomia derecha	2	10	10 15,6
Mastectomia bila.	3	3	3 4,7
Colostomia	4	2	31 51,6
Ostomia	5	4	4 6,3
Columna Total	4 6,3	60 93,8	64 100,0

### Relación Intervención Quirúrgica/ Hamilton Ansiedad Post-Test.



En el post-operatorio, los resultados comparativos entre el tipo de Intervención quirúrgica y la Escala de Ansiedad Hamilton Post-quirúrgica son los siguientes:

Solamente dos mastectomizadas izquierdas no presentaban patología Ansiosa en el post-operatorio, las otras 12 presentaban patología Ansiosa.

En las pacientes con Mastectomia derecha, los 10 casos daban puntuación ansiosa patológica.

Las tres mástectomias bilaterales también daban puntuación patológica Ansiosa.

De los pacientes colostomizados, solamente 2 No mostraron patología Ansiosa post-operatoria, mientras que los 31 restantes, dieron puntuación ansiosa patológica.

En total, en el post-operatorio, hay un total de 4 pacientes que no presentan sintomatología ansiosa, lo que supone el 6,3 %; mientras que hay 60 pacientes que dan sintomatología ansiosa elevada en la Escala de Hamilton de Ansiedad, lo que supone el 93,8 %.

En la grafica superpuesta de ambas escalas de Ansiedad, pre y post intervención, se hace tambien muy evidentes el aumento de ansiedad en el postoperatorio inmediato.

### Relación Intervención Quirúrgica/ Hamilton Ansiedad/Patología.



4.31.1.: RELACION ANSIEDAD / DEPRESION: EN LAS  
ESCALAS DE HAMILTON EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO:

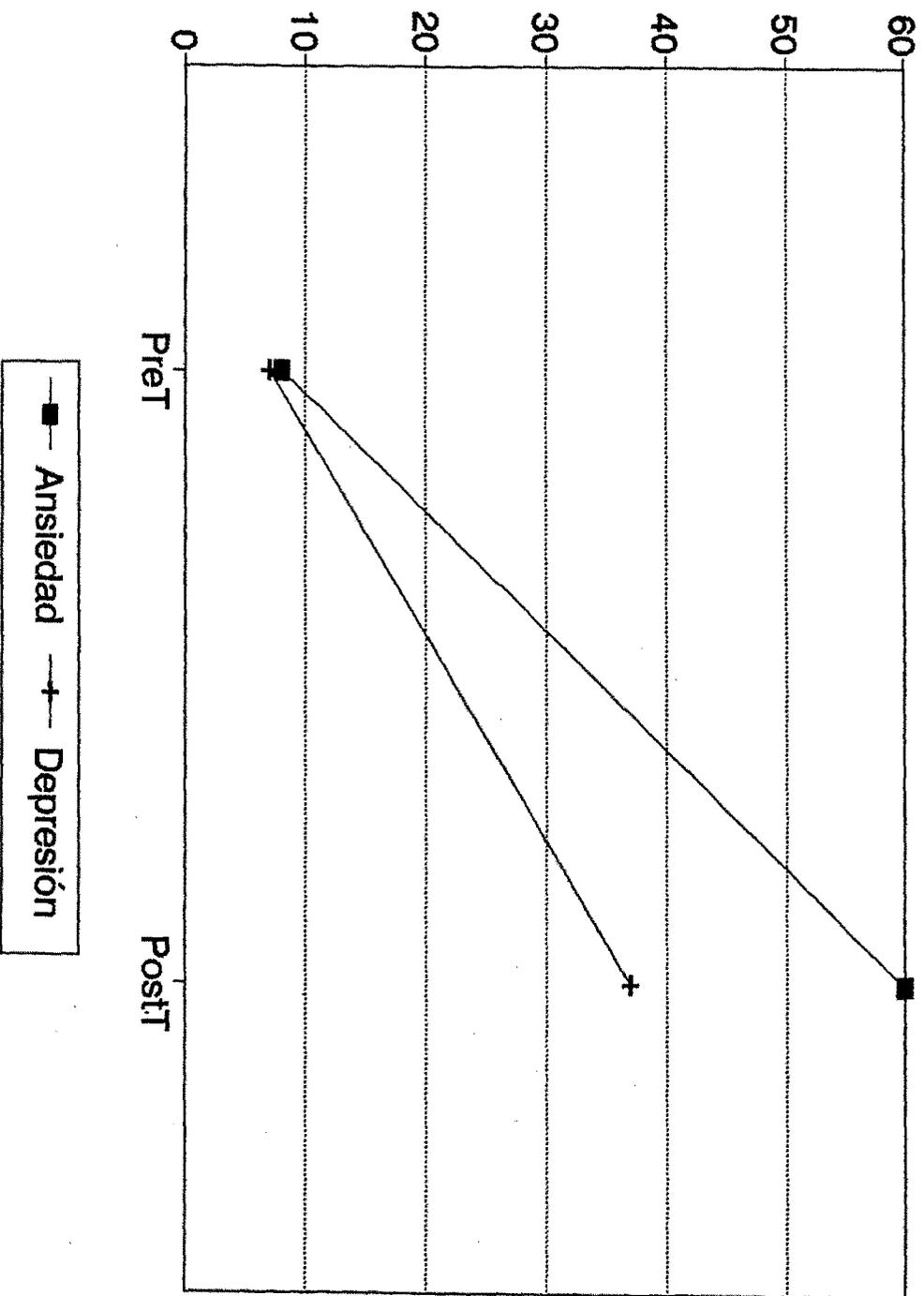
Si establecemos una relación Ansiedad / Depresión en las Escalas de Hamilton en el post operatorio inmediato:

Aparece un aumento espectacular de la Ansiedad post-quirúrgica inmediata, mientras que la Depresión presenta un aumento más progresivamente lento o algo más lineal.

Esto se explicaría porque la ansiedad es una respuesta inmediata ante una situación de agresión inminente y como mecanismo de defensa ante una situación de temor o conflicto.

Mientras que la Depresión es un proceso de elaboración más lento, que aparece progresivamente según el desarrollo de situaciones puntuales, ante problemas, dificultades, que aparecen en el post-operatorio, tales como efectos secundarios, recaídas, impotencia funcional, incapacidad de resolver las situaciones de miedo y temor al proceso evolutivo de la enfermedad.

Relación Ansiedad/Depresión.  
Escala de Hamilton.



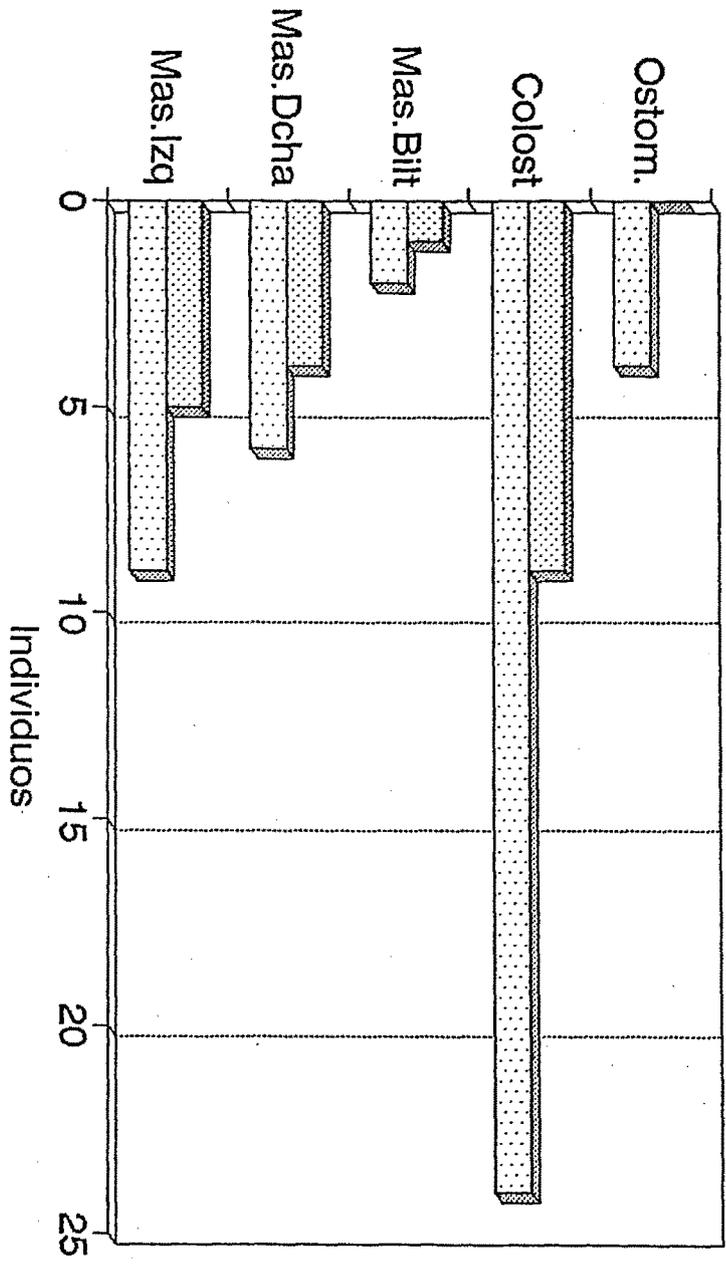
4.32: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA  
/ ESCALA DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG:

En el estudio que relaciona el tipo de Intervención Quirúrgica con la patología que se detecta en la Escala de Salud General de Goldberg, los resultados fueron los siguientes:

INTE\_QUI en relación con Goldberg.

		<u>H 4</u>		
		No patología	Patología	
INTE_QUI		0	1	Total
Mastectomia izquierda	1	9	5	14 21,9
Mastectomia derecha	2	6	4	10 15,6
Mastectomia bila.	3	2	1	3 4,7
Colostomia	4	24	9	33 51,6
Ostomia	5	4		4 6,3
Columna Total		45 70,3	19 29,7	64 100,0

Relación Intervención Quirúrgica/  
Test de Golberg/Patología



Los resultados obtenidos al relacionar el tipo de Intervención quirúrgica y la Escala de Salud General de Goldbger da las siguientes puntuaciones:

En pacientes con Mastectomia Izquierda, hay 9 que no reflejan patologia en dicha escala, mientras que 5 si dan sintomatologia en la Escala de Salud general de Goldberg da las siguientes puntuaciones:

De las pacientes con Mastectomia Derecha, hay 6 que no reflejan patologia y 4 si puntuan rasgos patológicos.

En las mastectomias Bilaterales, 2 no dan patologia y una si puntua patológico en dicha Escala.

En los pacientes colostomizados, hay 24 que no presentan patologia y 9 dan puntuaciones patológicas.

En las pacientes Ostomizados, ninguno de los 4 da puntuación patológica significativa.

En total, en la Escala de Salud General de Goldberg, hay 45 pacientes que no manifiestan puntuación patológica, lo que supone el 70,3 %; mientras que solo puntuan con patologia significativa un total de 19 pacientes, lo que supone 29,7 %.

Al hacer un estudio de la relación entre la Escala de Golberg y la Escala de Hamilton de Depresión Pre-test, se obtienen los siguientes resultados:

Aparecen 44 pacientes sin patologia significativa, tanto en el Golberg como en el Hamilton Depresión Pre test.

Hay 13 pacientes con patologia manifiesta en el Goldberg pero no en el Hamilton de Depresión Pre test.

Hay 1 paciente que no presenta patologia en el Goldberg y si en Hamilton Depresión Pre-test.

Finalmente hay 6 pacientes que presentan patologia en ambos, es decir, tanto en Goldberg como en el Hamilton Depresión pre-test. (Según tabla adjunta):

PATO\_G Patologia Goldberg, en relación con Hamilton depresión pre-test.

		<u>HAM1</u>		Total
		NO patologia	Patologia	
<u>PATO_G</u>		0	1	
No patologia	0	44	1	45 70,3
Patologia	1	13	6	19 29,7
Columna		57	7	64
Total		89,1	10,9	100,0

Al hacer el estudio comparativo entre el Goldberg y el Hamilton de Depresión Post Test, aparecen los siguientes resultados:

Hay 20 pacientes que no presentan patologia ni en el Goldberg ni en el Hamilton Depresión post-intervención.

Hay 7 que presentan patologia en el Goldberg y no lo presentan en el Hamilton Depresión Post intervención.

Hay 25 pacientes que no presentan patologia en el Golberg y si en el Hamilton Depresión Post intervención.

Finalmente, hay 12 pacientes que presentan patologia tanto en el Goldberg como en el Hamilton Depresión post-intervención. (ver tabla adjunta):

PATO\_G Patologia Goldberg, en relación con Hamilton depresión post-test.

		<u>HAM2</u>		Total
		No patologia	Patologia	
<u>PATO_G</u>		0	1	
No patologia	0	20	25	45 70,3
Patología	1	7	12	19 29,7
Columna		27	37	64
Total		42,2	57,8	100,0

$P = 0,57367 = \text{No significativa.}$

Al relacionar el Goldberg con el Hamilton de Ansiedad Pretest, aparecen los siguientes resultados:

Hay 43 pacientes que no presentan patologia en el Golberg y no la presentan en el Hamilton de Ansiedad Pre-test.

Hay 2 pacientes que presentan patologia en el Hamilton ansiedad pre-test y no la presentan en el Goldberg.

Hay 13 pacientes que presentan patologia en el Golberg y no la presentan en el Hamilton de Ansiedad Pre-test.

Finalmente, hay 6 pacientes que presentan patologia tanto en el Goldberg como en el Hamilton de Ansiedad Pre-test. (Ver tabla adjunta):

PATO\_G Patologia Goldberg, en relación con Hamilton Ansiedad Pre-test.

		<u>HAM3</u>		
		No patologia	Patologia	
<u>PATO_G</u>		0	1	Total
No patologia	0	43	2	45 70,3
Patología	1	13	6	19 29,7
	Columna Total	56 87,5	8 12,5	64 100,0

Al relacionar el Goldberg con el Hamilton de Ansiedad Post test, aparecen los siguientes resultados:

En 2 pacientes no se aprecia patologia ni en el Goldberg ni en el Hamilton de Ansiedad Post-Intervención.

En otros 2 pacientes, se aprecia patologia en el Goldberg, pero no en el Hamilton de Ansiedad Post-Intervención.

Hay 43 pacientes en los que no se aprecia patologia en el Goldberg, pero si en el Hamilton de Ansiedad Post-Intervención.

Finalmente, en 17 pacientes se aprecia patologia tanto en el Goldberg como en el Hamilton de Ansiedad post-Intervención.

PATO\_G Patologia Goldberg, en relación con Hamilton Ansiedad Post-test.

		<u>HAM4</u>		Total
		No patologia	Patologia	
<u>PATO_G</u>		0	1	
No patologia	0	2	43	45 70,3
Patología	1	2	17	19 29,7
Columna Total		4 6,3	60 93,8	64 100,0

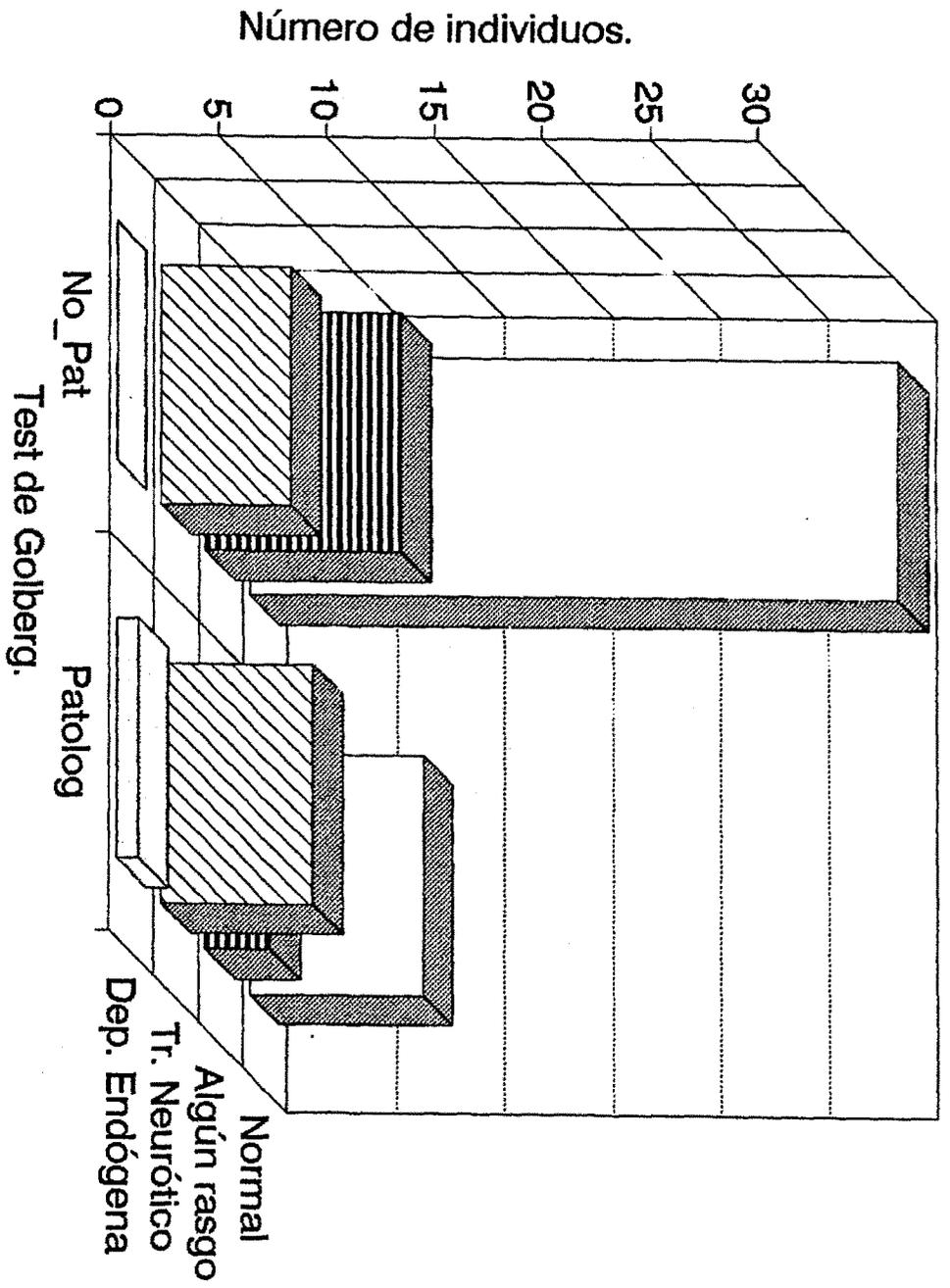
Al relacionar el Goldberg con la Escala de Newcatsle, aparecen los siguientes resultados:

Hay 51 pacientes que no presentan patologia en ninguna de las dos Escalas. Lo que representa el 79,7 % del total.

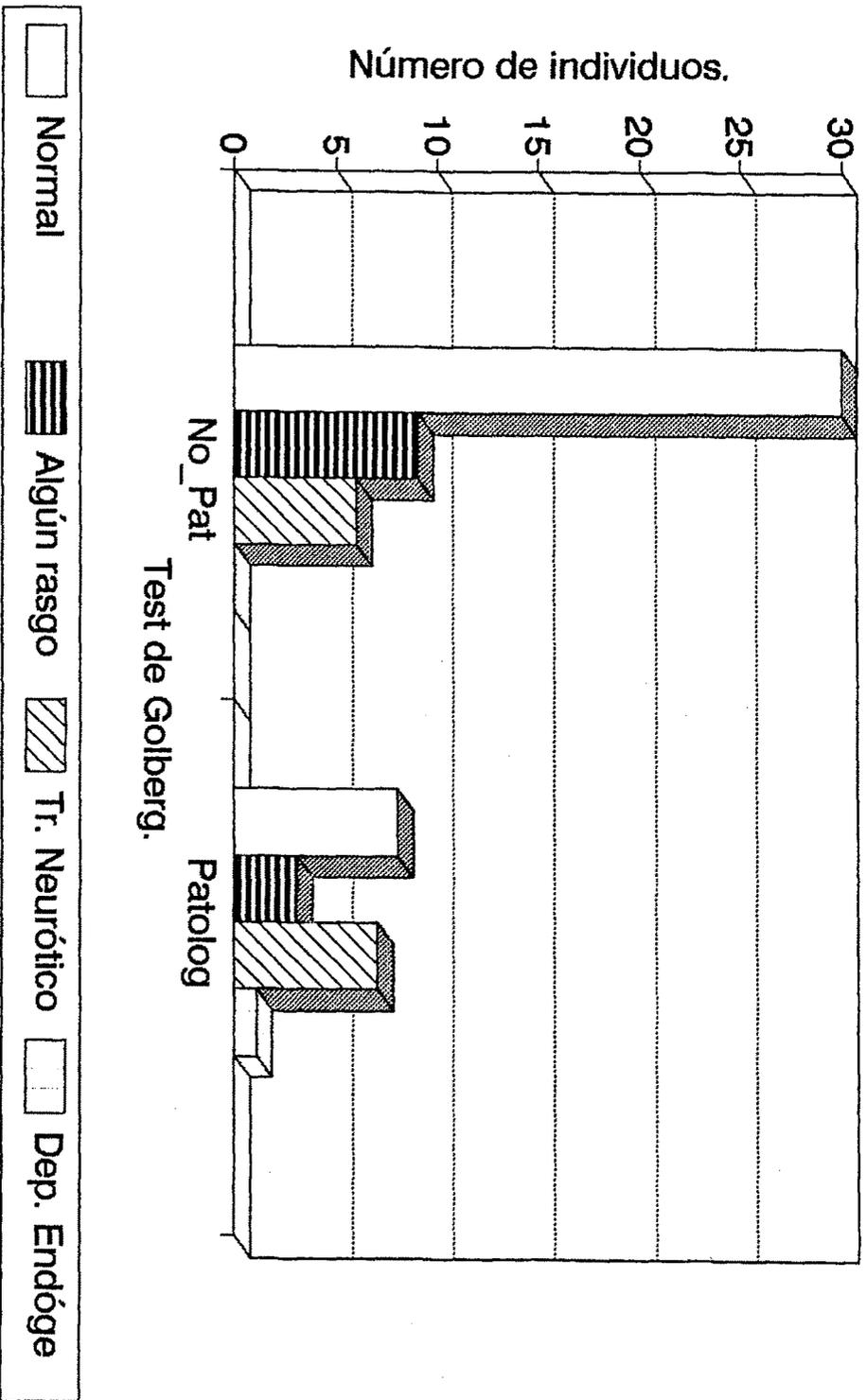
Siendo más numeroso el grupo con puntuación 3, en el que hay 11 pacientes, el resto se dispersa en 14 grupos cuyas puntuaciones van de 0 a 18.

Con patologia en ambas Escalas hay 13 pacientes, lo que supone el 20,3 % del total de la muestra: (según tabla adjunta):

**Test de Newcastle  
en relación al Test de Golberg.**



Test de Newcastle  
en relación al Test de Golberg.



GOL\_TOTAL en relación Newcastle patología.

	No patología	Patología	Total
	0	1	
GOL_TOTAL	0	6	6 9,4
	1	5	7 10,9
	2	6	6 9,4
	3	11	13 20,3
	4	6	6 9,4
	5	3	4 6,3
	6	3	3 4,7
	7	3	4 6,3
	9	3	4 6,3
	10	2	3 4,7
	11		1 1,6
	12		3 4,7
	13	1	1 1,6
	14	1	1 1,6
	18	1	2 3,1
Columna Total	51 79,7	13 20,3	64 100,0

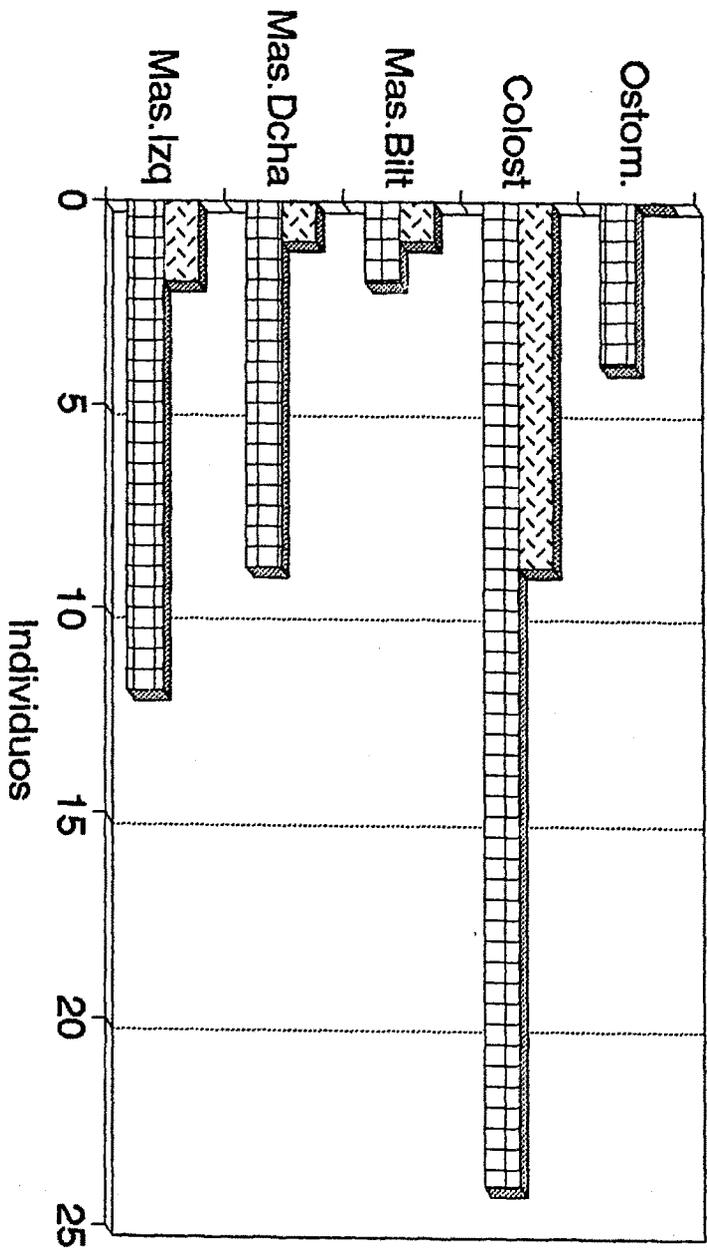
4.33: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA/  
 ESCALA DE NEWCASTLE:

En el estudio comparativo entre el tipo de Intervención Quirúrgica y los resultados en la Escala de Newcastle, se obtienen los siguientes resultados:

INTE\_QUI en relación con Newcastle.

INTE_QUI		<u>NEW</u>		Total
		No patologia	Patologia	
		0	1	
Mastectomia izquierda	1	12	2	14 21,9
Mastectomia derecha	2	9	1	10 15,6
Mastectomia bila.	3	2	1	3 4,7
Colostomia	4	24	9	33 51,6
Ostomia	5	4		4 6,3
Columna Total		51 79,7	13 20,3	64 100,0

## Relación Intervención Quirúrgica/ Test de Newcastle/Patología



En el estudio comparativo entre el tipo de Intervención Quirúrgica y los resultados en la Escala de Newcastle, se obtienen los siguientes resultados:

Hay 12 Mastectomias izquierdas que no presentan patología; mientras que solamente 2 dan puntuación patológica.

En las mastectomias derechas, hay 9 sin patología significativa y 1 que se consideran patológicas.

En las mastectomias Bilaterales, hay 2 casos no patológicos y 1 con patología.

En los pacientes Colostomizados, hay 24 sin patología manifiesta en la Escala de Newcastle y 9 que reflejan patología en dicha Escala.

De los pacientes Ostomizados, ninguno de ellos refleja patología en dicha Escala.

En total y si valoramos los pacientes sin patología y los pacientes con patología según la Escala de Newcastle, los resultados son los siguientes: Hay 51 pacientes sin patología, lo que supone 79,7 %; Mientras que hay solamente 13 con patología manifiesta según la Escala de Newcastle, lo que supone el 20,3 % del total de la muestra estudiada.

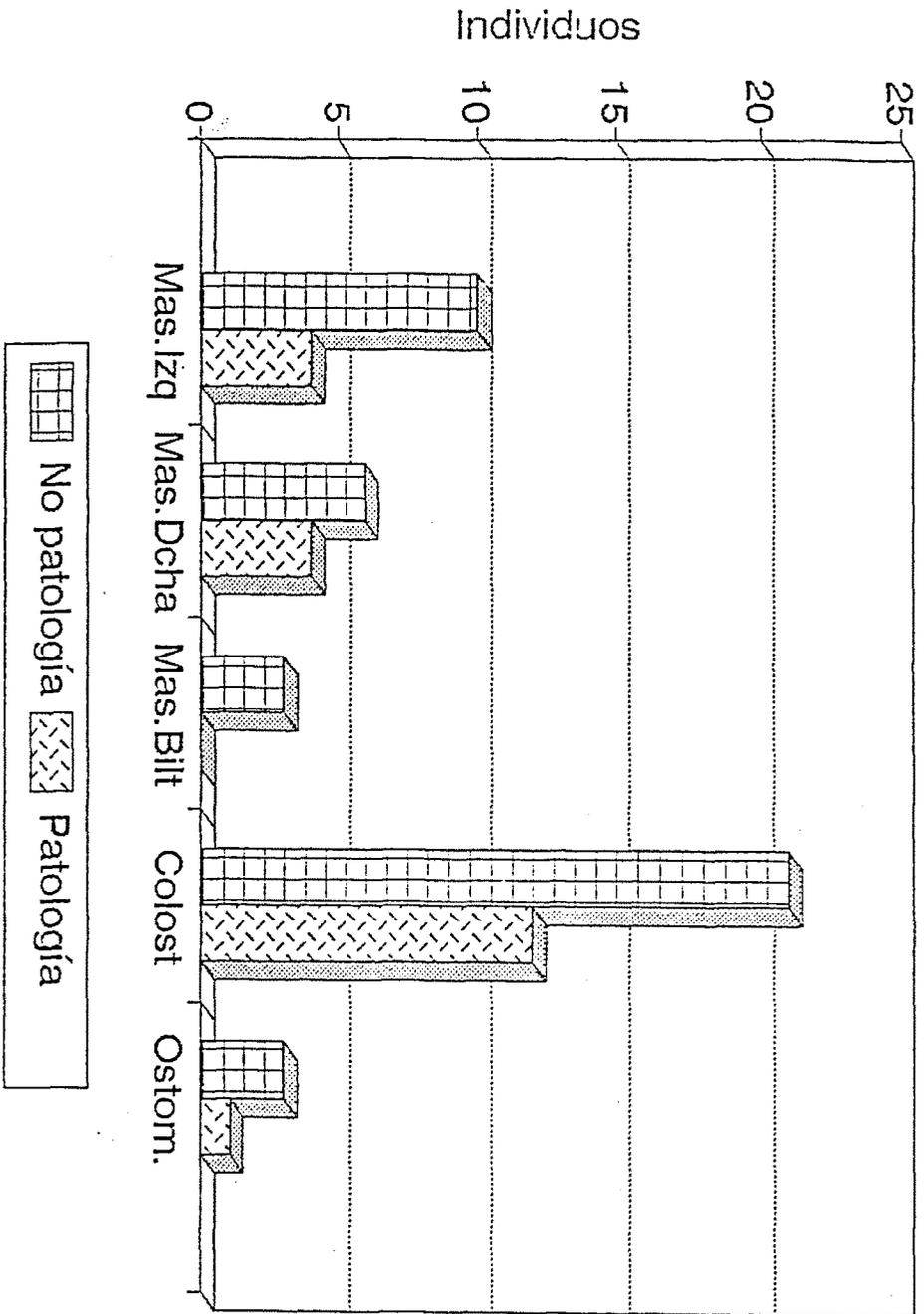
4.34: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA  
/ STAI ESTADO PRE-OPERATORIO:

Al hacer el estudio comparativo entre el tipo de Intervención Quirúrgica y el STAI Estado Pre Intervención, los resultados son los siguientes:

INTE\_QUI en relación con Stai pre-test.

INTE_QUI		EST PRE		Total
		No patologia	Patologia	
		0	1	
Mastectomia izquierda	1	10	4	14 21,9
Mastectomia derecha	2	6	4	10 15,6
Mastectomia bila.	3	3		3 4,7
Colostomia	4	21	12	33 51,6
Ostomia	5	3	1	4 6,3
Columna Total		43 67,2	21 32,8	64 100,0

Relación Intervención Quirúrgica/  
Stai Pre-Test/Patología.



En el estudio comparativo entre el tipo de Intervención quirúrgica y el STAI Estado Pre-Intervención, los resultados son los siguientes:

En las mastectomias Izquierdas, 10 pacientes no presentan patología Ansiosa, mientras que 4 si la presentan.

En pacientes con Mastectomia Derecha, hay 6 que no presentan patología; mientras que 4 la presentan, en el Pre-operatorio.

De las mastectomias bilaterales, ninguna de las tres presenta patología en el pre-operatorio.

En los pacientes Colostomizados, hay 21 que no presentan patología manifiesta en el pre-operatorio, mientras que 12 de los casos si tienen puntuaciones significativas.

De los pacientes Ostomizados, tres no presentan patología y solamente una da puntuación patológica.

En total hay 43 pacientes que No presentan sintomatología Ansiosa cuantificable pos el STAI Estado en el Pre-operatorio, lo que supone el 67,2 %; mientras que 21 dan puntuación patológica, lo que supone el 32,8 % del total.

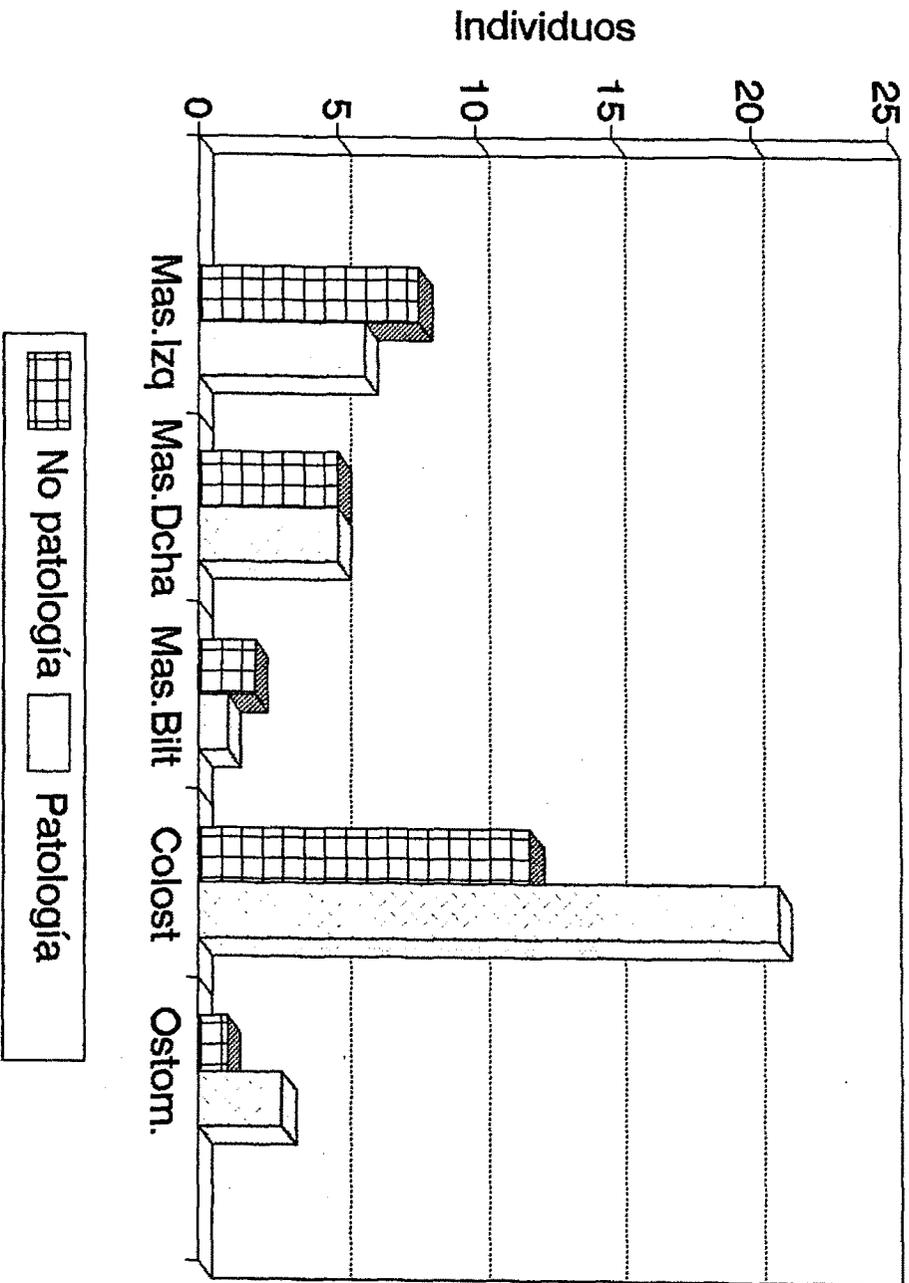
4.35: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA / STAI ESTADO POST-OPERATORIO.

En los resultados comparativos entre el tipo de intervención y el STAI Estado Post Intervención, los resultados obtenidos son los siguientes:

INTE\_QUI en relación con Stai Post-test.

INTE_QUI	EST POS		Total	
	No patologia	Patologia		
	0	1		
Mastectomia izquierda	1	8	6	14 21,9
Mastectomia derecha	2	5	5	10 15,6
Mastectomia bila.	3	2	1	3 4,7
Colostomia	4	12	21	33 51,6
Ostomia	5	1	3	4 6,3
Columna Total	28 43,8	36 56,3	64 100,0	

Relación Intervención Quirúrgica/  
Stai Post-Test/Patología.



En el estudio comparativo entre el tipo de Intervención Quirúrgica y el STAI Estado Post-Intervención, los resultados son los siguientes:

En las Mastectomias Izquierdas no se aprecia patología en 8 casos; mientras que 6 puntúan niveles patológicos.

En las Mastectomias Derechas, hay 5 pacientes sin patología ansiosa y 5 con patología Ansiosa.

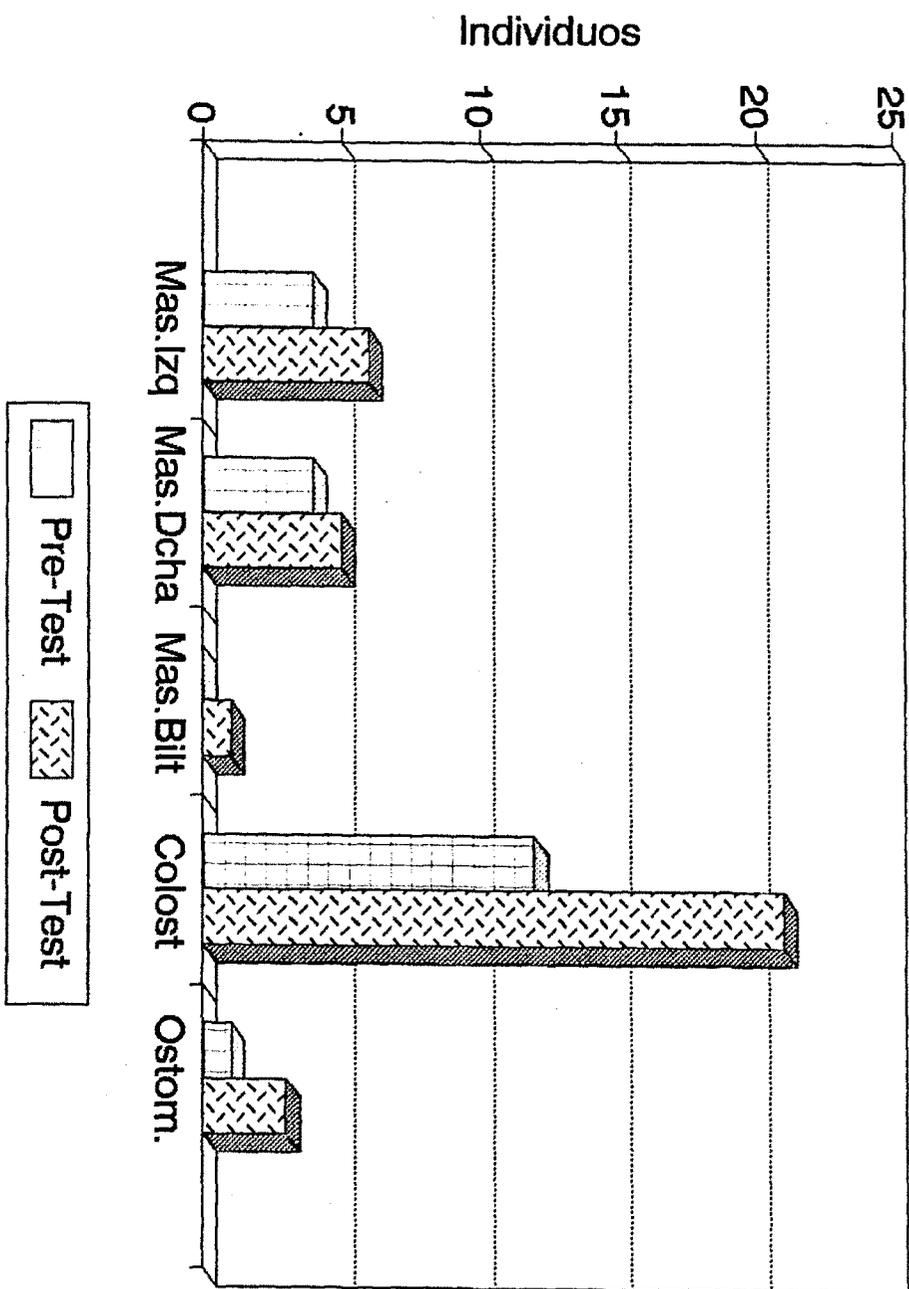
En las Mastectomias Bilaterales, hay 2 pacientes que no presentan patología Ansiosa y uno si la presenta.

En los pacientes Colostomizados se invierten las cifras en relación con las puntuaciones obtenidas en el STAI Estado Pre-Intervención, pues hay 12 pacientes sin patología manifiesta por el STAI Estado Post-Intervención y 21 con patología cuantificada en el STAI.

En los pacientes Ostomizados, hay 1 sin patología y 3 con patología.

En total hay 28 pacientes sin patología Ansiosa, lo que supone el 43,8 % y 36 con patología Ansiosa en el STAI Estado Post-Intervención, lo que supone el 56,3 % del total.

# Relación Intervención Quirúrgica/ Stai / Patología.



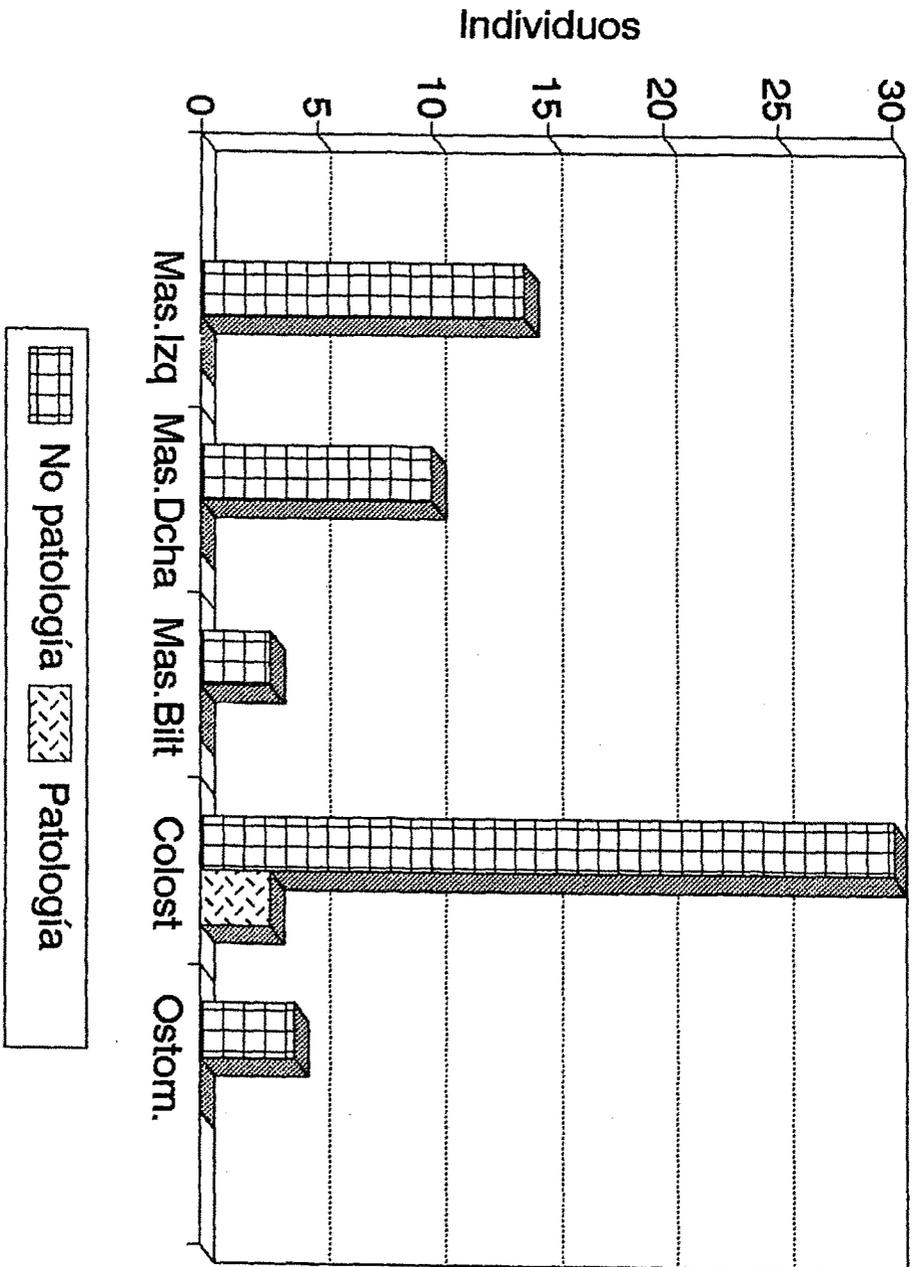
4.36: RELACION ENTRE TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA/  
STAI RASGO.

En el estudio que relaciona el tipo de Intervención Quirúrgica con el STAI-Rasgo, los resultados que se des-  
prenden son los siguientes:

INTE\_QUI en relación con Stai Rasgo:

INTE_QUI	EST RAS		Total
	No patologia	Patologia	
	0	1	
Mastectomia izquierda	1	14	14 21,9
Mastectomia derecha	2	10	10 15,6
Mastectomia bila.	3	3	3 4,7
Colostomia	4	30	33 51,6
Ostomia	5	4	4 6,3
Columna Total	61	3	64
	95,3	4,7	100,0

# Relación Intervención Quirúrgica/ Stai / Rasgo.



Finalmente, al comparar la relación del tipo de intervención con el STAI-Rasgo, los resultados que se aprecian son los siguientes:

En las mastectomias Izquierdas, de las 14 pacientes, ninguna presenta Ansiedad Rasgo manifiesta.

En las Mastectomias Derechas tampoco se refleja ningún caso de Ansiedad patológica, (10 no patológicas).

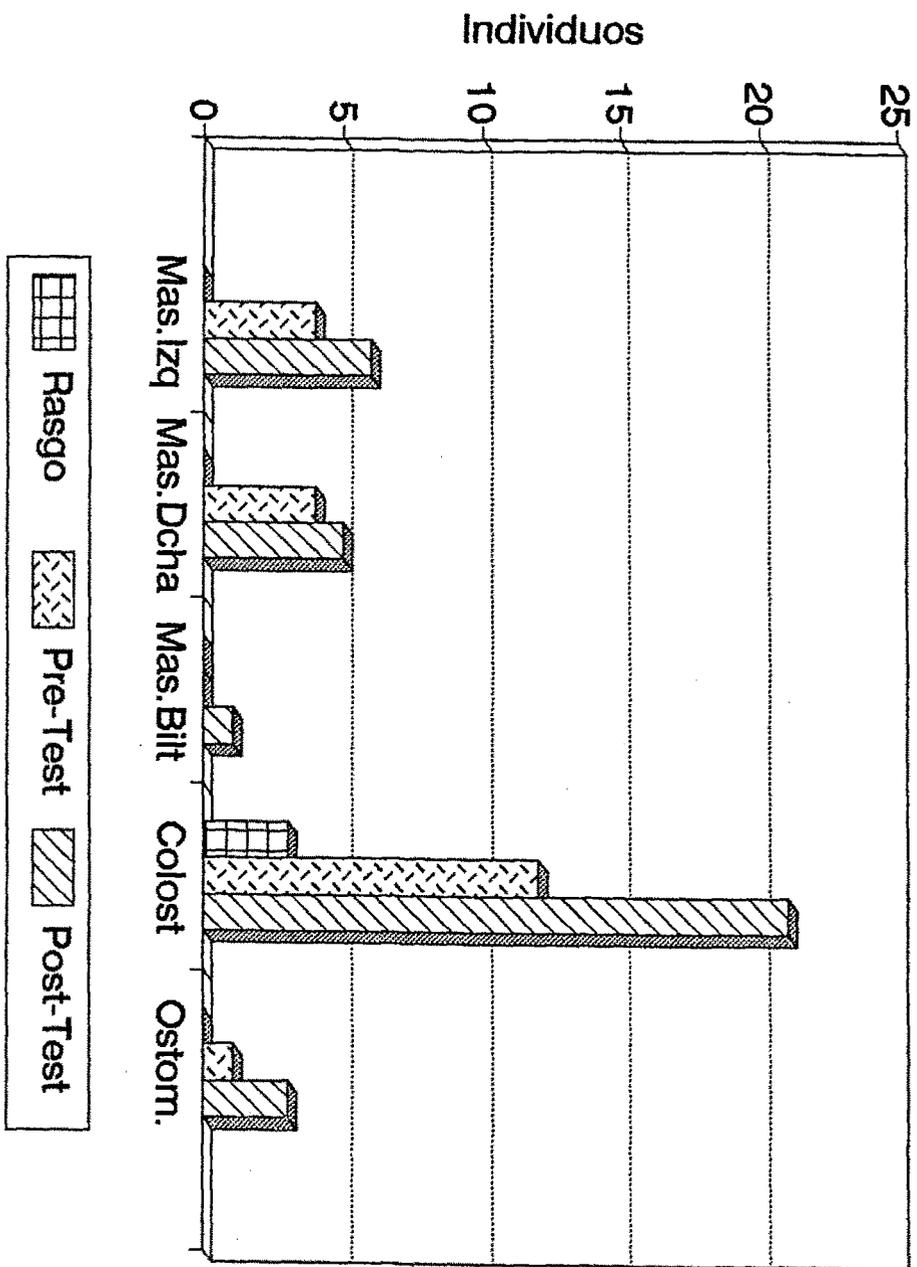
En las Mastectomias Bilaterales, tampoco se refleja ningún caso patológico de los tres que hay en la muestra.

En los pacientes Colostomizados, hay 30 que no presentan Ansiedad-Rasgo patológico, en el STAI, y solamente 3 presentan Ansiedad-Rasgo patológico.

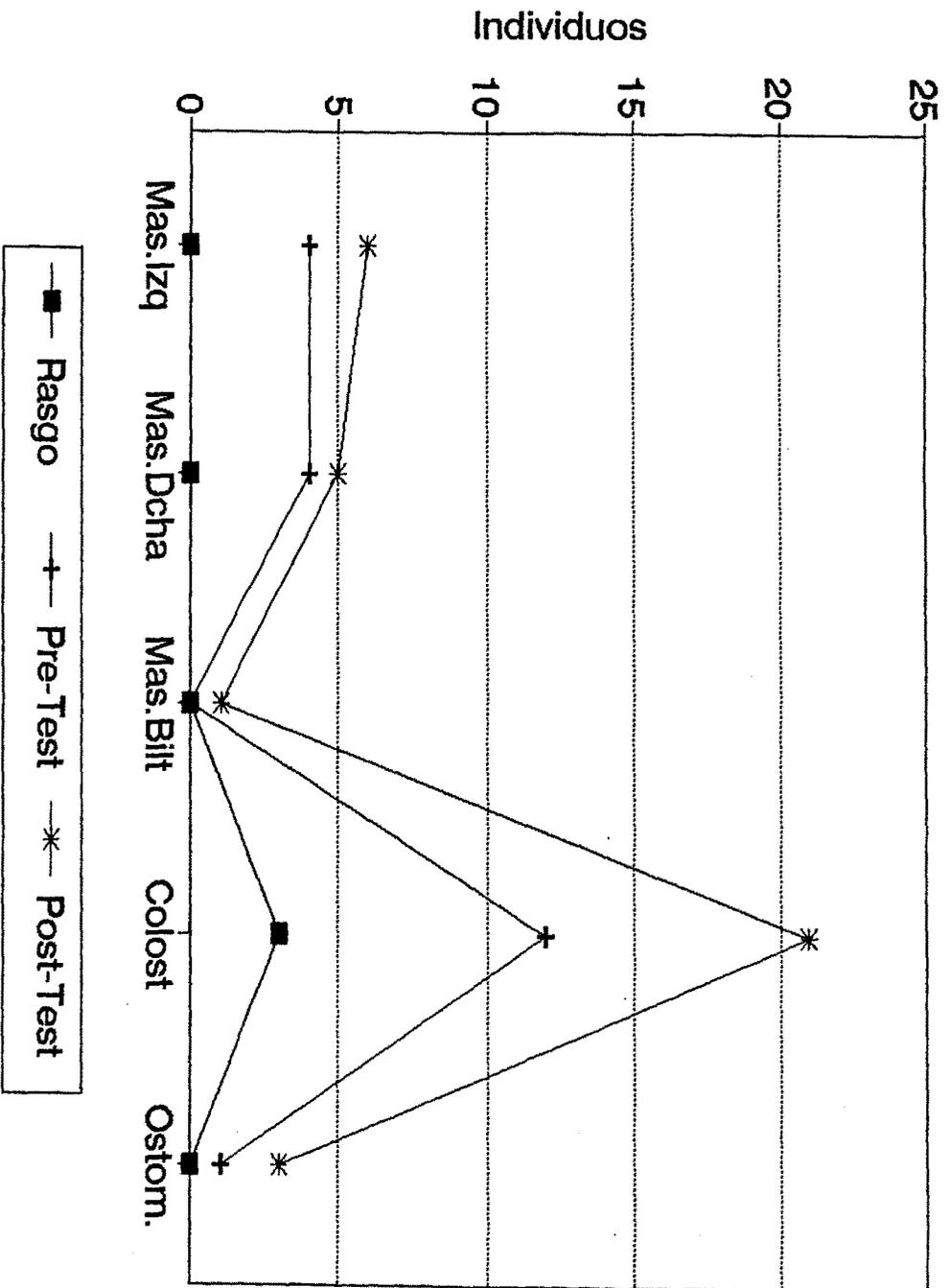
De las 4 Ostomias tampoco hay ninguna que puntue patológico en el STAI-Rasgo.

En las cifras totales, hay 61 pacientes que no presentan Ansiedad-Rasgo patológico, lo que supone el 95,3 % y solamente tres casos dan puntuación patológica, lo que supone el 4,7 % del total de la muestra experimental.

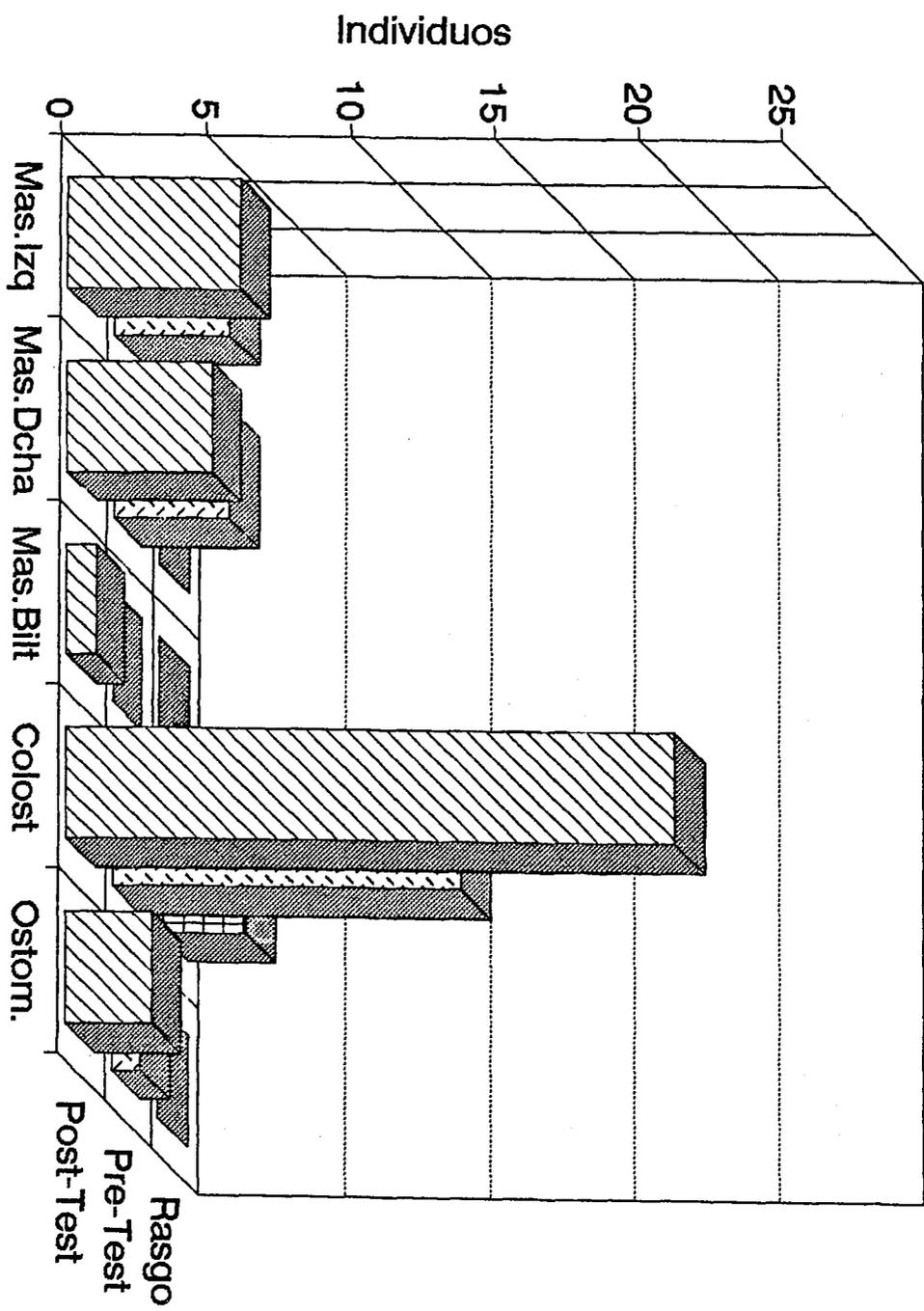
# Relación Intervención Quirúrgica/ Stai / Patología.



# Relación Intervención Quirúrgica/ Stai / Patología.



# Relación Intervención Quirúrgica/ Stai / Patología.



4.37.: HOMOGENEIDAD EN ANSIEDAD Y DEPRESION EN MASTECTOMIZADAS Y COLOSTOMIZADOS:

El concepto de Homogeneidad: Trata de Demostrar que los 2 grupos, (Mastectomizadas / no mastectomizadas), no presentan patologia ansiosa ni depresiva antes de ser utilizados como grupo experimental, es decir "serian puros", y las fluctuaciones y cambios en los niveles de ansiedad y depresión se deben a la intervención quirúrgica.

4.37.1.: RECODIFICACION DEL TIPO DE INTERVENCION

Recodificando el tipo de Intervención Quirúrgica; Dando a las Categorías los siguientes valores:

\* 1 = Mastectomías en general: Izquierdas, Derechas y Bilaterales.

\* 2 = Colostomías y Ostomías.

OPER	Operación de Recodificación				
Mastectomías	1	27	42,2	42,2	42,2
Os/Colostomías	2	37	57,8	57,8	100,0
		<u>64</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

Una vez hecha la recodificación, aparecen 27 pacientes Mastectomizadas, lo que supone el 42,2 % y 37 Os/Colostomizados, que suponen el 57,8 % del total de la muestra.

4.37.2.: RECODIFICACION DE PATOLOGIA / NO PATOLOGIA EN ESCALAS DE HAMILTON DEPRESION - ANSIEDAD Y PARA STAI ANSIEDAD:

Para demostrar que no hay diferencia significativa en lo que a niveles de Depresión y Ansiedad se refiere en mastectomizadas y Os-Colostomizados: Antes de la intervención Quirúrgica.

Recodificamos los resultados obtenidos en el test (Hamilton Depresión pre y post-intervención, Hamilton Ansiedad Pre y Post-Intervención, y STAI pre y post-test). Se codificaran según los valores:

\* 1 = Patologia.

\* 0 = No patologia.

Una vez redodificados los resultados obtenidos en los Test, en Patológicos y no patológicos, aparecen los siguientes resultados:

4.37.2.1.: En el Hamilton Depresión Pre-Test:

Hay 57 pacientes que no presentan patologia, lo que supone el 89,1 % del total.

Hay 7 pacientes que presentan patologia, lo que supone el 10,9 % del total de la muestra:

H\_1 Hamilton depresión pre-test.

	Valor Variable	Frecu.	Porcen.	Porcen. valido	Porcen. acumulado
No patologia	0	57	89,1	89,1	89,1
Patologia	1	7	10,9	10,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

4.37.2.2.:

En el Hamilton de Depresión Post-Intervención, hay 27 pacientes que no presentan patologia, lo que supone el 42,2 % del total.

Hay 37 pacientes que presentan patologia, lo que supone el 57,8 % del total.

H\_2 Hamilton depresión post-test.

	Valor Variable	Frecu.	Porcen.	Porcen. valido	Porcen. acumulado
No patologia	0	27	42,2	42,2	42,2
Patologia	1	37	57,8	57,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

#### 4.37.2.3.:

En el Hamilton de Ansiedad Pre-Intervención: No presentan patologia 56 pacientes, lo que supone el 87,5 % del total de la muestra.

Presentan patologia 8 pacientes, lo que supone el 12,5 % del total de la muestra:

#### H\_3 Hamilton Ansiedad Pre-test.

	Valor Variable	Frecu.	Porcen.	Porcen. valido	Porcen. acumulado
No patologia	0	56	87,5	87,5	87,5
Patologia	1	8	12,5	12,5	100,0
	Total	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

#### 4.37.2.4.:

En el Hamilton de Ansiedad Post-Intervención, hay 4 pacientes que no presentan patologia, que suponen el 6,3 % y hay 60 pacientes que presentan puntuación patológica, lo que supone el 93,8 % del total de la muestra:

H\_4 Hamilton Ansiedad post-test.

	Valor Variable	Frecu.	Porcen.	Porcen. valido	Porcen. acumulado
No patologia	0	4	6,3	6,3	6,3
Patologia	1	60	93,8	93,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	
Casos Validos	64	Casos nulos	0		

4.37.2.5.:

En el STAI Pre-Test, en relación con el tipo de intervención quirúrgica, hay un total de 43 pacientes que no presentan patologia, lo que supone el 67,2 %.

Hay 21 que si la presentan, lo que supone el 32,8 % del total de la muestra:

Stai Pre-test en relación, Intervención quirúrgica.

INTE\_QUI

EDAD	INTE_QUI					Total
	Mastec- tomia izq 1	Mastec- tomia de. 2	Mastec- tomia bi. 3	Colos- tomia 4	Ostomia 5	
No patolo. 0	10	6	3	21	3	43 67,2
Pato- logia 1	4	4		12	1	21 32,8
Columna Total	14 21,9	10 15,6	3 4,7	33 51,6	4 6,3	64 100,0

4.37.2.6.:

En el STAI Post-Test en relación con el tipo de intervención quirúrgica, aparecen los siguientes resultados:

Hay un total de 28 pacientes que no presentan patología, lo que supone el 43,8 % del total:

Stai Post-test en relación, Intervención quirúrgica.

INTE\_QUI

EDAD		Mastec-	Mastec-	Mastec-	Colos-	Ostomia	Total
		tomia izq	tomia de.	tomia bi.	tomia		
		1	2	3	4	5	
No patolo.	0	8	5	2	12	1	28 43,8
Pato- logia	1	6	5	1	21	3	36 56,3
Columna		14	10	3	33	4	64
Total		21,9	15,6	4,7	51,6	6,3	100,0

4.37.3: TABLAS DE CONTINGENCIA: TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA / ESCALAS DE DEPRESION / ANSIEDAD DE HAMILTON Y STAI ANSIEDAD:

A continuación se realizaran los Costabbs o Tablas de contingencia (o de doble entrada) a fin de interrelacionar dos variables cada vez):

4.37.3.1: - Intervención Quirúrgica / Hamilton Depresión pre-test.

4.37.3.2: - Intervención Quirúrgica / Hamilton Depresión post-test.

4.37.3.3: - Intervención Quirúrgica / Hamilton Ansiedad pre-test.

4.37.3.4: - Intervención Quirúrgica / Hamilton Ansiedad post-test.

4.37.3.5: - Intervención Quirúrgica / STAI Estado pre-test.

4.37.3.6: - Intervención Quirúrgica / STAI Estado post-test.

Se aplica la estadística oportuna para cada posibilidad de las enumeradas en el punto: 4.37.3.: Al disponer de variables cualitativas y dicotómicas, la estadística utilizada es la  $\chi^2$  (Chi Cuadrado). En aquellos casos en que no sea posible aplicar esta prueba, especialmente cuando se observen valores  $< 5$  y sea imposible su reagrupamiento, se optará por la prueba de Significación de porcentajes.

RECODIFICACION:

Mastectomizadas = 1.

NO Mastectomizadas = 2.

4.37.3.1:

Hamilton de Depresión Pre-test / Tipo de Intervención  
Quirúrgica:

En este caso, como los valores son  $< 5$ , no se puede aplicar la  $\chi^2$  (Chi cuadrado), por lo que se aplica la prueba de Significación de Porcentajes.

De lo que se desprenden los siguientes resultados:

Hamilton Depresión Pre Test / Inter Quirúrgica.

Data:

Grupo 1    n = 27    p = 0.000  
Grupo 2    n = 37    p = 0.000

La diferencia es: 0.131  
Error Standard de la diferencia: 0,079  
95 % de fiabilidad, con un intervalo de diferencia:  
- 0,024 a 0,286.

z = 1.253;        P = 0.210

0,210 > 0,05 = No significativo

4.37.3.2:

Hamilton de Depresión Post-test / tipo de intervención Quirúrgica:

En este caso, como los valores son  $> 5$ , se aplica la  $\chi^2$  (Chi Cuadrado), dando los siguientes resultados:

H<sub>2</sub> Hamilton de Depresión Post-Test, en relación operación recodificada.

	Exp Val Col Pct Adj Res	OPER		Total
		Mastec- tomia 1	NO Mastec- tomia 2	
No patologia	0	8 11,4 29,6 % -1,7	19 15,6 51,4 % 1,7	27 42,2 %
Patologia	1	19 15,6 70,4 % 1,7	18 21,4 48,6 % -1,7	37 57,8 %
Columna Total		27 42,2 %	37 57,8 %	64 100,0 %
$\chi^2$ (Chi cuadrado)		Valor Variable	DF	Significado
Pearson		3,01973	1	0,08226

0,082  $>$  0,05 = No significativo

#### 4.37.3.3:

En el Hamilton Ansiedad Pre-Test / Tipo de Intervención Quirúrgica, se aplica la Prueba de Significación de porcentajes, dando los siguientes resultados:

#### Hamilton Ansiedad Pre Test / Inter Quirúrgica.

Data:

Grupo 1    n = 27    p = 0.000  
Grupo 2    n = 37    p = 0.000

La diferencia es:    0.104  
Error Standard de la diferencia: 0,084  
95 % de fiabilidad, con un intervalo de diferencia:  
- 0,060 a 0,268.

$z = 0.860$ ;     $P = 0.390 > 0,05 =$  No significativo

P = Probabilidad.

$P > 0,05$

#### 4.37.3.4:

En el Hamilton de Ansiedad Post-test / tipo de intervención Quirúrgica, dado que hay valores  $< 5$ , se vuelve a aplicar la prueba de Significación de Porcentajes, dando los siguientes resultados:

Hamilton Ansiedad Post Test / Inter Quirúrgica.

Data:

Grupo 1 n = 27 p = 0.000  
 Grupo 2 n = 37 p = 0.000

La diferencia es: - 0.020  
 Error Standard de la diferencia: 0,061  
 95 % de fiabilidad, con un intervalo de diferencia:  
 - 0,140 a 0,100.

z = - 0.196; P = 0.844 > 0,05 = No significativo

4.37. 3.5:

En el STAI Pre-test en relación con el tipo de intervención quirúrgica, recodificada, aparecen los siguientes resultados, una vez aplicada la X<sup>2</sup> (Chi cuadrado):

STAI Pre-Test, en relación operación recodificada.

STAI_PRE	Exp Val Col Pct Adj Res	OPER		Total
		Mastec- tomia 1	NO Mastec- tomia 2	
No patologia	0	19 18,1 70,4 % ,5	24 24,9 64,9 % -,5	43 67,2 %
Patologia	1	8 8,9 29,6 % -,5	13 12,1 35,1 % ,5	21 32,8 %
Columna Total		27 42,2 %	37 57,8 %	64 100,0 %

X <sup>2</sup> (Chi cuadrado)	Valor Variable	DF	Significado
Pearson	0,21461	1	0,64318

0,64 > 0,05 = No significativo

#### 4.37.3.6:

En el STAI Post-Intervención en relación con el tipo de intervención Quirúrgica recodificados los datos, aplicando la X<sup>2</sup> (Chi cuadrado), aparecen los siguientes resultados:

STAI Post-Test, en relación operación recodificada.

STAI_PRE	Exp Val Col Pct Adj Res	OPER		Total
		Mastec- tomia 1	NO Mastec- tomia 2	
No patologia	0	15 11,8 55,6 % 1,6	13 16,2 35,1 % -1,6	28 43,8 %
Patologia	1	12 15,2 44,4 % -1,6	24 20,8 64,9 % 1,6	36 56,3 %
Columna Total		27 42,2 %	37 57,8 %	64 100,0 %

<u>X<sup>2</sup> (Chi cuadrado)</u>	<u>Valor Variable</u>	<u>DF</u>	<u>Significado</u>
Pearson	2,64493	1	0,10388

0,10 > 0,05 = No significativo

4.38.: RELACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN RELACION CON PATOLOGIA  
/ NO PATOLOGIA:

4.38.1.: En la escala de Depresión de Hamilton Pre-intervención, se aprecian 57 pacientes que no presentan Depresión patológica en dicha Escala, lo que supone el 89,1 % del total de la muestra.

Mientras que hay 7 pacientes que presentan puntuación patológica, lo que supone el 10,9 %.

4.38.2.: En el Hamilton de Depresión Post-test, hay 27 pacientes que No presentan patología, lo que supone el 42,2 %. Mientras hay 37 que si presentan puntuación patológica, lo que supone el 57,8 % del total de la muestra experimental.

4.38.3.: En la Escala de Hamilton de Ansiedad Pre-Intervención, hay 56 pacientes que No presentan patología lo que supone el 87,5 %; mientras que solamente 8 presentan puntuación elevada significativamente patológica, lo que supone el 12,5 % del total.

4.38.4.: En la Escala de Hamilton de Ansiedad Post-Intervención solamente hay 4 pacientes que no presentan puntuación patológica en dicha Escala, lo que supone el 6,3 %; Mientras que hay 60 pacientes, (el 93,8 %) que en el post-operatorio presentan elevadas puntuaciones de Ansiedad.

4.38.5.: En el Cuestionario de Salud General de Golberg, (G.H.Q. 28 Items), las puntuaciones que aparecen son las siguientes: Hay 45 pacientes que no presentan patología, lo que supone el 70,3 % del total de la muestra, mientras que hay 19 pacientes con puntuación patológica, lo que supone el 29,7 %.

4.38.6.: En la Escala de Newcatsle de Ansiedad / Depresión, aparecen 51 pacientes que no presentan patología, lo que supone el 79,7 % del total de la muestra motivo de estudio; mientras que hay 13 pacientes que presentan puntuaciones patológicas, lo que supone el 20,3 % del total de la muestra.

4.38.7.: En el test de Evaluación del Síndrome de Briquet, en que se valoran los trastornos somatomorfes graves, hay 63 pacientes que no presentan patología Somatomorfe grave, lo que supone el 98,4 %; mientras que hay solamente un paciente, (femenino), que presenta una puntuación patoló-

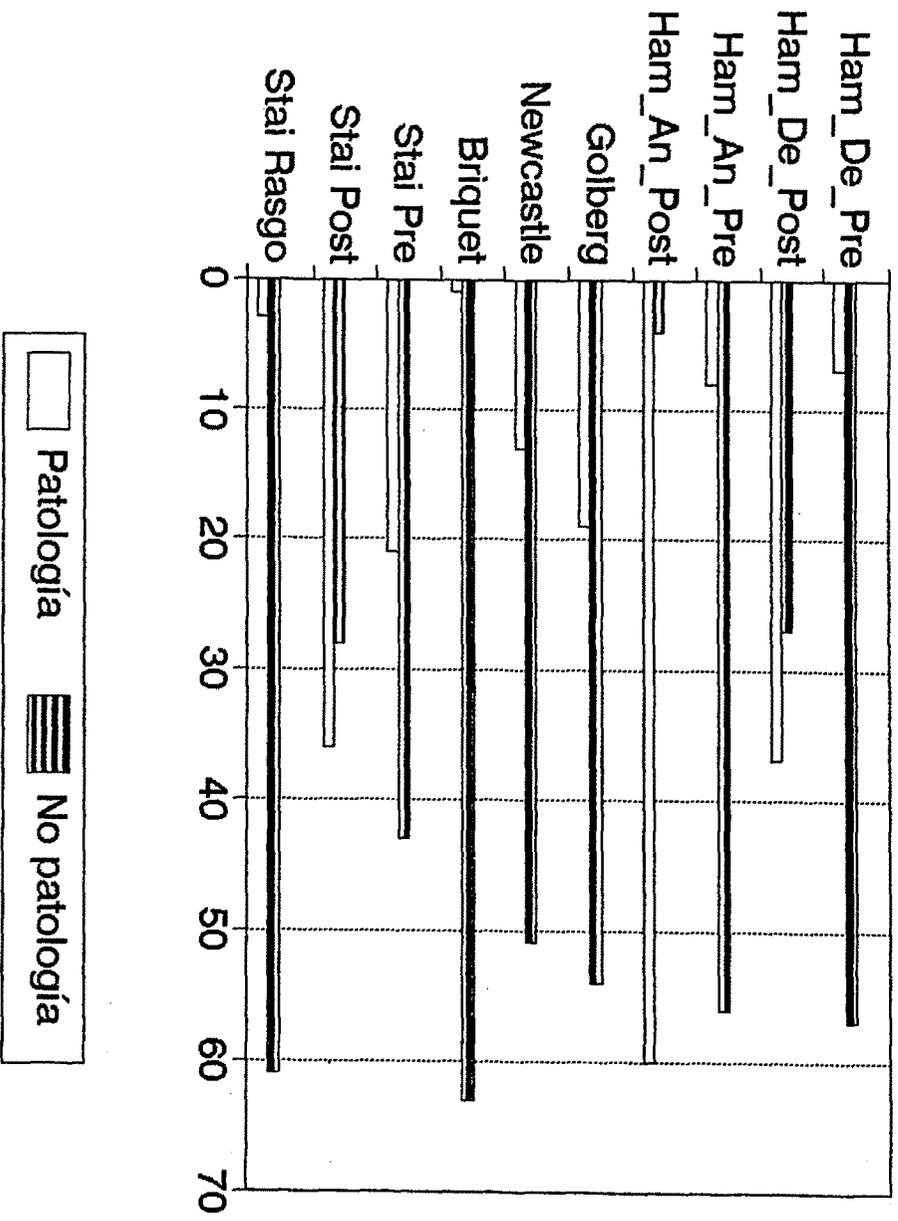
gica en dicho Test, lo que supone el 1,6 % del total de pacientes estudiados.

4.38.8.: En el STAI Pre-Intervención hay 43 pacientes que no presentan patologia, lo que supone el 67,2 %; mientras que 27 pacientes, (el 32,8 %), presentan patologia ansiosa.

4.38.9.: En el STAI Estado Post-Intervención quirúrgica, hay 28 pacientes que no presentan patologia ansiosa, lo que supone el 43,8 %; mientras que 36 presentan sintomatologia ansiosa patológica, lo que supone el 56,3 % del total de la muestra.

4.38.10.: En el STAI rasgo, las puntuaciones obtenidas, dan los siguientes resultados: Hay 61 pacientes que no presentan patologia Ansiosa, lo que supone el 95,3 % del total, y solamente hay 3 pacientes que presentan sintomatologia ansiosa, lo que supone el 4,7 % del total de la muestra estudiada.

Relación de Pruebas diagnósticas.  
Relación patología/no patología.



**ANEXOS:**

En el Anexo I, comprendido entre las páginas 1-1 al 2-4, se refleja la recopilación completa de los resultados de los 64 pacientes Experimentales: Por sexo, Edad, Estado Civil, tipo de intervención quirúrgica, oficio y puntuaciones directas obtenidas en todas y cada una de las Escalas de Evaluación.

En el Anexo II se resumen los resultados y las puntuaciones directas obtenidas, que se validan con codificación de: 1 ó 0, según haya o no patología, una vez hechas las oportunas tabulaciones y cortes de las diferentes Escalas.

En el Anexo III, se reflejan las puntuaciones de la Escala de STAI, en los pacientes experimentales, en comparación con el Grupo Control, tanto en lo que se refiere al pre como al post operatorio.

En el Anexo IV, se hace una recodificación del test de Briquet, según las puntuaciones obtenidas y los resultados:

Patología = 1

No patología = 0

ANEXO V: En este anexo, se refleja la recodificación de la Escala de Clima Social: FAMILIA, a partir de las puntuaciones típicas, que resultan de las puntuaciones obtenidas en las Subescalas de dicho test; dichas puntuaciones están reflejados en el Anexo I, en las páginas: 1-2, 1-3 y 2-2, 2-3.

En dicha recodificación y según los resultados expuestos en el ANEXO V, las valoraciones son las siguientes:

1 = Desviación INFERIOR.

2 = Desviación SUPERIOR.

3 = Intervalo NORMAL.

## Anexo I

	sexe	edat	esta_cv	inte_cui	ofici	ha_d_pre	ha_d_pos	ha_a_pre	ha_a_pos
1	2	62	1	3	6	23	25	17	21
2	2	43	1	1	5	18	22	18	24
3	1	60	1	4	6	24	32	20	25
4	1	56	1	4	5	4	15	4	14
5	2	44	1	2	5	11	16	19	27
6	2	65	1	4	9	10	16	5	15
7	1	47	1	4	5	7	13	4	11
8	2	27	1	1	5	20	27	23	29
9	1	57	1	4	6	6	14	6	11
10	2	63	1	1	4	6	9	4	11
11	1	65	1	4	9	7	15	4	13
12	2	73	3	4	9	18	24	8	14
13	1	52	1	4	5	7	20	5	15
14	1	74	1	4	9	4	12	5	12
15	1	63	1	4	6	5	15	4	8
16	2	73	3	4	9	10	19	6	19
17	2	45	1	1	6	1	10	6	11
18	1	72	1	4	9	5	13	4	14
19	1	67	3	4	9	9	15	7	16
20	2	48	1	4	1	3	14	6	14
21	1	84	1	4	9	5	10	5	14
22	2	51	1	1	5	7	11	6	12
23	1	74	2	4	9	9	14	7	15
24	2	67	1	2	1	6	11	5	13
25	1	75	1	4	9	15	20	8	16
26	1	57	2	4	6	4	14	5	13
27	2	63	1	1	1	7	17	3	16
28	2	58	1	2	1	11	23	6	15
29	2	75	1	4	1	5	16	5	21
30	1	83	1	4	9	15	29	11	23
31	2	74	1	5	1	11	22	4	18
32	1	84	1	4	9	11	20	7	21
33	1	74	1	4	9	11	21	8	24

	c_s_cohc	c_s_expr	c_s_conf	c_s_auto	c_s_actu	c_s_inte	c_s_soci	c_s_mora
1	56	58	40	46	52	51	44	54
2	43	37	49	51	36	56	62	49
3	47	37	54	40	36	51	58	64
4	40	37	40	57	52	60	48	54
5	56	47	40	62	52	65	62	59
6	56	37	36	46	42	56	44	59
7	52	47	36	46	52	56	39	64
8	52	42	40	57	52	60	48	54
9	56	53	45	46	52	42	48	54
10	52	42	40	51	47	51	44	59
11	52	37	40	57	47	51	44	54
12	56	47	49	51	57	56	39	59
13	52	42	40	51	52	51	44	59
14	47	47	40	40	52	56	48	59
15	52	47	36	46	52	60	44	54
16	52	47	40	51	52	56	44	59
17	52	58	49	62	67	42	44	44
18	52	47	45	46	52	33	48	44
19	60	47	49	51	57	47	48	49
20	52	47	49	46	52	42	48	49
21	52	58	49	46	52	42	48	54
22	56	53	49	51	52	42	48	49
23	52	58	54	51	57	37	48	44
24	52	47	40	51	52	47	39	54
25	52	42	45	51	47	65	39	54
26	47	42	45	51	47	56	39	59
27	47	42	40	51	42	51	39	54
28	47	42	54	57	47	47	30	54
29	52	42	40	40	52	56	39	64
30	52	42	36	46	57	56	48	59
31	52	47	40	51	47	60	39	64
32	52	47	45	46	42	60	39	59
33	52	42	45	46	42	51	44	49

	c_s_orga	c_s_con:	c_s_mtj	gciberg	newcast	briquet	bn_perc	stal_pre
1	49	54	50,40	1	2	0	3,00	31
2	44	45	47,20	0	2	0	2,00	33
3	39	49	47,50	1	1	0	6,00	33
4	63	40	49,10	0	1	0	3,00	22
5	63	40	54,60	1	4	0	12,00	34
6	63	40	47,90	1	1	0	8,00	33
7	58	40	49,00	0	3	0	4,00	34
8	58	45	50,80	1	1	0	2,00	28
9	63	59	51,80	0	4	0	2,00	25
10	58	45	48,90	1	1	0	5,00	29
11	54	40	47,60	1	6	0	1,00	31
12	63	40	52,00	1	3	0	4,00	29
13	49	40	48,00	1	4	0	4,00	28
14	54	40	48,30	1	3	0	3,00	10
15	54	40	48,50	0	0	0	1,00	26
16	63	45	50,50	0	3	0	7,00	34
17	54	59	53,10	1	4	0	4,00	22
18	54	59	48,00	0	1	0	4,00	26
19	63	49	52,00	0	1	0	3,00	22
20	39	54	47,80	0	1	0	3,00	29
21	39	59	49,90	0	1	0	4,00	21
22	39	54	49,30	1	0	0	4,00	31
23	49	59	50,90	0	2	0	4,00	30
24	63	40	48,50	0	1	0	1,00	29
25	49	40	48,40	0	1	0	2,00	45
26	54	59	49,90	0	0	0	4,00	35
27	52	40	46,40	0	1	0	5,00	36
28	58	45	49,10	0	0	0	5,00	29
29	54	40	47,90	0	1	0	4,00	32
30	54	45	49,50	0	0	0	4,00	36
31	63	40	50,30	0	1	0	9,00	32
32	63	45	49,50	0	1	0	4,00	34
33	58	40	46,90	0	0	0	4,00	24

	str_per	stai_pcs	stpo_per	rasgo_st	rasgo_pc	newrecco
1	75	38	85	30	70	0
2	80	5	4	31	75	0
3	85	42	96	36	95	0
4	65	34	85	23	65	0
5	80	24	60	32	75	1
6	80	30	75	21	40	0
7	85	35	89	21	60	0
8	70	43	90	35	80	0
9	70	29	77	24	70	1
10	70	31	75	30	70	0
11	80	22	65	17	40	2
12	70	36	85	38	89	0
13	75	41	95	16	35	1
14	15	23	65	27	80	0
15	70	39	95	16	35	0
16	80	39	89	30	70	0
17	55	20	50	14	15	1
18	70	39	95	22	65	0
19	65	37	90	18	45	0
20	70	27	65	17	25	0
21	60	29	77	24	70	0
22	75	29	70	22	45	0
23	80	38	90	14	25	0
24	70	27	65	21	40	0
25	97	32	85	14	25	0
26	89	39	95	13	20	0
27	85	41	90	20	35	0
28	70	37	85	23	45	0
29	77	28	70	22	45	0
30	89	31	80	31	89	0
31	77	34	80	28	65	0
32	85	34	85	15	30	0
33	70	31	80	14	25	0

	sexe	edat	esta_civ	inte_qur	ofici	ha_d_pre	ha_d_pos	ha_a_pre	ha_a_pos
34	2	32	2	1	3	7	20	5	21
35	1	81	3	5	9	11	25	6	19
36	1	58	1	4	5	13	30	7	23
37	2	24	2	2	3	21	33	10	25
38	2	62	1	4	6	11	25	5	21
39	2	76	1	1	9	12	27	3	23
40	2	69	3	4	9	7	16	7	15
41	1	64	1	4	5	8	17	8	15
42	1	78	2	4	9	8	23	10	26
43	2	83	3	1	9	12	28	5	21
44	1	72	1	5	9	8	24	5	16
45	2	71	1	2	9	8	24	5	15
46	2	51	1	2	1	6	16	5	16
47	2	62	1	2	1	7	21	5	23
48	1	52	1	4	6	4	16	6	19
49	2	36	1	1	1	8	20	8	20
50	2	70	3	4	9	6	15	8	15
51	2	34	1	1	1	7	23	6	21
52	2	74	2	1	9	7	22	7	22
53	2	52	1	3	5	8	21	5	17
54	1	82	1	5	9	5	12	4	11
55	2	76	1	1	9	6	12	7	15
56	2	62	1	3	1	9	20	6	14
57	2	73	3	2	9	8	20	8	18
58	2	64	1	2	1	19	29	13	26
59	2	65	1	2	1	8	24	6	22
60	2	79	3	4	9	6	22	3	22
61	1	59	1	4	5	7	24	6	22
62	2	78	3	4	9	17	30	11	29
63	2	75	1	4	9	6	21	7	18
64	2	54	2	1	1	6	21	7	22

	c_s_cohe	c_s_expr	c_s_conf	c_s_auto	c_s_actu	c_s_inte	c_s_soci	c_s_mora
34	52	53	45	51	52	56	39	54
35	52	47	40	51	52	56	39	59
36	52	42	40	51	57	56	39	54
37	43	47	49	46	47	56	48	54
38	52	42	45	51	47	56	39	59
39	52	42	40	46	42	56	39	49
40	52	37	45	40	57	51	39	49
41	47	42	45	51	47	51	48	54
42	52	31	40	51	52	51	44	54
43	52	42	40	46	52	56	34	54
44	43	37	45	51	47	56	48	59
45	47	37	40	57	47	60	44	64
46	56	47	49	51	57	37	39	64
47	52	42	40	51	47	60	39	59
48	47	47	45	51	47	60	34	59
49	52	42	36	51	47	56	39	59
50	52	47	49	57	47	51	44	69
51	52	42	45	51	47	51	53	64
52	47	42	45	46	52	56	39	59
53	52	47	45	46	47	60	44	59
54	52	42	49	51	47	56	39	64
55	52	42	40	62	57	51	44	59
56	52	42	36	51	57	51	48	64
57	47	42	49	40	47	51	48	54
58	52	42	49	51	52	60	39	59
59	52	42	40	51	52	56	39	54
60	52	42	54	40	62	56	48	54
61	52	37	45	51	52	56	39	64
62	52	42	49	40	42	60	44	64
63	52	37	40	51	52	47	53	54
64	47	37	45	51	52	51	44	54

	c_s_orga	c_s_cont	c_s_mntj	goiberg	newcasd	bnquet	bn_perc	stat_cra
34	58	45	50.50	0	2	0	8.00	25
35	54	40	49.00	0	1	0	4.00	33
36	58	45	49.40	1	4	0	5.00	25
37	54	19	49.30	1	0	0	10.00	34
38	58	45	49.40	0	0	0	9.00	35
39	63	40	46.90	0	3	0	8.00	35
40	54	54	47.80	0	2	0	5.00	31
41	63	45	49.30	0	0	0	3.00	35
42	58	45	47.80	0	1	0	2.00	37
43	54	40	47.00	0	1	0	10.00	36
44	54	40	48.00	0	3	0	2.00	30
45	54	40	49.00	1	2	0	4.00	41
46	63	40	50.30	0	1	0	6.00	35
47	49	40	47.90	0	0	0	10.00	30
48	44	45	47.90	0	1	0	2.00	33
49	63	40	48.50	0	0	0	9.00	36
50	49	45	51.00	0	2	0	3.00	33
51	63	45	51.30	0	2	0	6.00	35
52	58	40	48.40	1	1	0	10.00	30
53	49	40	48.90	0	0	0	8.00	25
54	63	40	50.30	0	0	0	3.00	29
55	58	45	51.00	0	2	0	6.00	36
56	49	49	49.90	0	3	0	3.00	29
57	54	49	48.10	0	2	0	8.00	38
58	63	40	50.70	1	2	0	9.00	43
59	58	40	48.40	0	0	0	9.00	37
60	63	40	51.10	1	1	0	9.00	38
61	54	40	49.00	0	2	0	3.00	36
62	58	40	49.10	1	4	1	10.00	36
63	54	45	48.50	0	1	0	4.00	30
64	58	45	48.40	0	1	0	4.00	32

	stpr_per	stai_pos	stpo_per	rasgo_st	rasgo_pc	newrecod
34	65	29	70	17	25	0
35	85	35	89	29	85	0
36	70	31	80	22	65	1
37	80	33	80	21	40	0
38	80	36	85	31	75	0
39	80	31	75	33	77	0
40	75	34	80	15	20	0
41	89	41	95	18	45	0
42	90	27	75	22	65	0
43	85	40	89	29	65	0
44	80	34	85	20	55	0
45	90	41	90	16	20	0
46	80	36	85	17	25	0
47	75	32	77	27	60	0
48	85	37	90	21	60	0
49	85	37	85	31	75	0
50	80	39	89	16	20	0
51	80	44	95	15	20	0
52	75	34	80	34	80	0
53	65	16	30	18	30	0
54	77	34	85	29	85	0
55	85	35	80	34	80	0
56	70	28	70	28	65	0
57	85	28	70	29	65	0
58	90	39	89	25	55	0
59	85	47	95	18	30	0
60	85	41	90	25	55	0
61	89	39	95	20	55	0
62	85	43	90	34	80	1
63	75	36	85	19	35	0
64	77	35	80	22	45	0

# Anexo II

a:\jove2.sav

	sex	eda	operacio	est_pre	est_pos	est_ras	h_1	h_2	h_3	h_4	golb_	new
1	2	62	3	0	1	0	1	1	1	1	1	0
2	2	43	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0
3	1	60	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0
4	1	56	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0
5	2	44	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1
6	2	65	4	0	0	0	0	0	1	1	1	0
7	1	47	4	1	1	0	0	0	1	1	0	1
8	2	27	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
9	1	57	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10	2	63	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
11	1	65	4	0	0	0	0	0	0	1	1	1
12	2	73	4	0	1	1	1	1	0	1	1	1
13	1	52	4	0	1	0	0	1	0	1	1	1
14	1	74	4	0	0	0	0	0	0	1	1	1
15	1	63	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0
16	2	73	4	0	1	0	0	1	0	1	0	1
17	2	45	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
18	1	72	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0
19	1	67	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0
20	2	48	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0
21	1	84	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0
22	2	51	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
23	1	74	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0
24	2	67	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
25	1	75	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0
26	1	57	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0
27	2	63	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
28	2	58	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0
29	2	75	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0

30	1	83	4	1	0	1	0	1	0	1	0	0
31	2	74	5	0	0	0	0	1	0	1	0	0
32	1	84	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0
33	1	74	4	0	0	0	0	1	0	1	0	0
34	2	32	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
35	1	81	5	1	1	0	0	1	0	1	0	0
36	1	58	4	0	0	0	0	1	0	1	1	1
37	2	24	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0
38	2	62	4	0	1	0	0	1	0	1	0	0
39	2	76	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
40	2	69	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0
41	1	64	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0
42	1	78	4	1	0	0	0	1	0	1	0	0
43	2	83	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
44	1	72	5	0	1	0	0	1	0	1	0	0
45	2	71	2	1	1	0	0	1	0	1	1	0
46	2	51	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0
47	2	62	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0
48	1	52	4	1	1	0	0	0	0	1	0	0
49	2	36	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0
50	2	70	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0
51	2	34	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0
52	2	74	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
53	2	52	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0
54	1	82	5	0	1	0	0	0	0	1	0	0
55	2	76	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
56	2	62	3	0	0	0	0	1	0	1	0	1
57	2	73	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0
58	2	64	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0
59	2	65	2	1	1	0	0	1	0	1	0	0
60	2	79	4	1	1	0	0	1	0	1	1	0
61	1	59	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0
62	2	78	4	1	1	0	0	1	0	1	1	1
63	2	75	4	0	1	0	0	1	0	1	0	0
64	2	54	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0

## Anexo III

	pre_expe	pos_expe	pre_cont	pos_cont
1	31	38	22	17
2	33	5	8	10
3	33	42	26	18
4	22	34	9	14
5	34	24	13	23
6	33	30	9	12
7	34	35	14	14
8	28	43	8	3
9	25	29	9	15
10	29	31	8	2
11	31	22	9	2
12	29	36	14	9
13	28	41	16	16
14	10	23	13	10
15	26	39	8	14
16	34	39	20	20
17	22	20	12	4
18	26	39	17	6
19	22	37	25	12
20	29	27	20	11
21	21	29	10	7
22	31	29	26	26
23	30	38	21	15
24	29	27	23	9
25	45	32	13	17
26	35	39	23	10
27	36	41	20	26
28	29	37	15	10
29	32	28	12	6
30	36	31	18	16
31	32	34	14	8

32	34	34	18	4
33	24	31	26	14
34	36	29	7	4
35	33	35	27	14
36	25	31	19	9
37	34	33	11	4
38	35	36	12	10
39	35	31	16	14
40	31	34	20	23
41	35	41	24	17
42	37	27	.	.
43	36	40	.	.
44	30	34	.	.
45	41	41	.	.
46	35	36	.	.
47	30	32	.	.
48	33	37	.	.
49	36	37	.	.
50	33	39	.	.
51	35	44	.	.
52	30	34	.	.
53	25	16	.	.
54	29	34	.	.
55	36	35	.	.
56	29	28	.	.
57	38	28	.	.
58	43	39	.	.
59	37	47	.	.
60	38	41	.	.
61	36	39	.	.
62	36	43	.	.
63	30	36	.	.
64	32	35	.	.

# Anexo IV

a:\jove2.sav

	briquet	briquet_
1	0	3,00
2	0	2,00
3	0	6,00
4	0	3,00
5	0	10,00
6	0	8,00
7	0	4,00
8	0	2,00
9	0	2,00
10	0	5,00
11	0	1,00
12	0	4,00
13	0	4,00
14	0	3,00
15	0	1,00
16	0	7,00
17	0	4,00
18	0	4,00
19	0	3,00
20	0	3,00
21	0	4,00
22	0	4,00
23	0	4,00
24	0	1,00
25	0	2,00
26	0	4,00
27	0	5,00
28	0	5,00
29	0	4,00
30	0	4,00
31	0	9,00
32	0	4,00
33	0	4,00

	briquet	briquet_
34	0	8,00
35	0	4,00
36	0	5,00
37	0	10,00
38	0	9,00
39	0	8,00
40	0	5,00
41	0	3,00
42	0	2,00
43	0	10,00
44	0	2,00
45	0	4,00
46	0	6,00
47	0	10,00
48	0	2,00
49	0	9,00
50	0	3,00
51	0	6,00
52	0	10,00
53	0	8,00
54	0	3,00
55	0	6,00
56	0	3,00
57	0	8,00
58	0	9,00
59	0	9,00
60	0	9,00
61	0	3,00
62	1	12,00
63	0	4,00
64	0	4,00

# Anexo V

a:\jove2.sav

	co	ex	conf	auto	act	int	soci	mora	orga	cont
1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3
3	3	3	3	3	1	3	3	2	1	3
4	3	3	1	3	3	2	3	3	2	1
5	3	3	1	2	3	2	3	3	2	1
6	3	3	1	3	3	3	3	3	2	1
7	3	3	1	3	3	3	1	2	3	1
8	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
10	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3
11	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1
12	3	3	3	3	3	3	1	3	2	1
13	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1
14	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1
15	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1
16	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3
17	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3
19	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	1	3	3	3	1	3	2	1
25	3	3	3	3	3	2	1	3	3	1
26	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
27	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3
28	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
29	3	3	1	3	3	3	1	2	3	3
30	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3
31	3	3	1	3	3	2	1	2	2	1
32	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1

	co	ex	conf	auto	act	int	soci	mora	orga	cont
34	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3
35	3	3	1	3	3	3	1	3	3	1
36	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3
37	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1
38	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
39	3	3	1	3	3	3	1	3	2	1
40	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
41	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
42	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3
43	3	3	1	3	3	3	1	3	3	1
44	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
45	3	3	1	3	3	2	3	2	3	1
46	3	3	3	3	3	1	1	2	2	1
47	3	3	1	3	3	2	1	3	3	1
48	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3
49	3	3	1	3	3	3	1	3	2	1
50	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
51	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3
52	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1
53	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1
54	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1
55	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3
56	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3
57	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
58	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1
59	3	3	1	3	3	3	1	3	3	1
60	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1
61	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1
62	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1
63	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3
64	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

# CAPITULO 5.

5 - DISCUSION.

## 5.1.: PREVALENCIA POR DISTINTOS PARAMETROS:

Los distintos parametros utilizados para el estudio de los transtornos surgidos a raiz de una intervenci3n quir3rgica, que deja secuelas en el post-operatorio sirven para dar una visi3n descriptiva de los pacientes y las circunstancias individuales de cada uno de ellos.

### 5.1.1.: por SEXO.

En cuanto a Prevalencia de las Mastectomias y Colostomias por Sexos, las diferencias no son valorables, pues debido a que la muestra de mastectomias es toda del sexo femenino, es por lo que el n3mero de mujeres es mayor en una relaci3n de 25 hombres (39,1 %) y mujeres,39,(60,9 %).

Todo ello viene corroborado al hacer el estudio de Homogeneidad en Ansiedad y Depresi3n en las Mastectomizadas y colostomizados, por los resultados que del mismo se desprende que no hay diferencias significativas en lo que a niveles de ansiedad y depresi3n se refiere respecto al tipo de intervenci3n quir3rgica. Se trata en este sentido de dos grupos homogeneos.

Todos los tratamientos actuales para el Cancer de mama, pueden como consecuencia perjudicar seriamente la sexualidad, pero ha sido largamente descuidado.

Los efectos del tratamiento del c3ncer de mama sobre la sexualidad, han sido ampliamente estudiados, por Kaplan H. S., en el Hospital Cornell Medical Center de New York, (1992). (117).

En estos estudios se hace especial mención a los tratamientos del cáncer de mama y los efectos sobre el potencial sexual. Se hace referencia también a los remedios disponibles hasta el momento y lo discutible de los mismos.

Este autor hace reflexión dirigida a los profesionales a fin de que sean más conscientes y estén más atentos a las necesidades sexuales de los pacientes con cáncer.

Se han realizado una serie de análisis psicológicos, (118): por autores como Muti E.; Triacca L.; Varetto H. y col. (1992) mediante entrevistas y test en pacientes mastectomizadas para determinar las implicaciones psicoafectivas y comportamentales realizadas con este tipo de mutilación; para la información preoperatoria y para la relación con el médico encargado, así como para la eventual reconstrucción morfológica de la mama; por otra parte, se hace una relación entre los resultados objetivos evaluados por el cirujano y los objetivos evaluados por el paciente.

#### 5.1.2.: por EDAD.

La prevalencia en cuanto a Edad; se hace evidente el alza entre los 51 a 58 años, y otro incremento entre los 60 y los 70, siendo la mayor incidencia entre los 62 y los 67.

De los 70 a los 80 hay un alza importante; entre los 73 y los 76 años siendo la incidencia mayor a los 74 años.

#### 5.1.3.: por OFICIO.

La prevalencia por Oficios, en el caso de las mujeres, se da mas en Amas de Casa con 14 pacientes, lo que supone el 21,9 %. El grupo de paciente más numeroso, como es obvio se da en Jubilados, dada la mayor prevalencia por edad de este tipo de patologia, con 28 pacientes, lo que supone el 43,8 % del total de la muestra.

#### 5.1.4.: por ESTADO CIVIL.

La mayor prevalencia por Estado Civil se da en Casados, con un total de 45, lo que supone el 70,3 % del total. Le siguen el grupo de viudos, con 11, lo que supone el 17,2 %.

#### 5.1.5.: por TIPO DE INTERVENCION.

En lo que a prevalencia del tipo de intervención quirúrgica se refiere, al contabilizarse ambos sexos, hay un mayor número de Os/Colostomias, (37) y 27 Mastectomizadas.

## 5.2.:

### 5.2.1.: INFLUENCIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA Y ESTADO DEPRESIVO:

La Escala de Depresión de Hamilton utilizada para el estudio realizado en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, es un instrumento valido para valorar a dichos pacientes en situaciones determinadas y ante intervenciones que suponen un cambio radical en su vida en su estetica y esquema corporal.

Muchos autores han estudiado los estados de Depresión en el Post-operatorio, en mastectomizadas, pero generalmente dichos estudios en el post-operatorio tardio, es decir al cabo de meses e incluso años, no en el post-operatorio inmediato, lo que modifica sustancialmente los resultados, pues en el post operatorio inmediato, generalmente no se han dado aún las circunstancias de morbilidad, recaídas, efectos secundarios, trastornos de funcionalismo, rechazo a la aceptación de la nueva situación, etc., y por tanto dichos síntomas depresivos son menos espectaculares que los que se realizan a medio y largo plazo.

Hay estudios realizados por diferentes autores, utilizando Escalas de valoración diversos, por lo que se obtiene diferentes resultados, y paradójicamente, en ocasiones contradictorios.

### 5.2.2.: INFLUENCIA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA Y ESTADO DE ANSIEDAD:

En estudios realizados por Jenkins P.L., May V.E. y Hughes L.E. (1991), (121), sobremorbilidad Psicosocial asociada a la recurrencia de cáncer de mama local, sobre 22 individuos, los cuales sufrieron una recidiva local del cáncer de mama, a los cuales se les realizó una entrevista para determinar su patologia psicosocial.

Para la valoración Psicometrica, se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton; el cuestionario de personalidad de Eysénk y los valores sobre Depresión de la Escala de Montgomery-Asberg. Previamente a la evolución clinica, se utilizó una entrevista estructurada, la "Composite International Dignostic Interview". Se estableció la calidad de vida y el diagnostico psiquiatrico actual; observandose en 10 pacientes, es decir, el 45 %, de los que tuvieron recidiva, que presentaban anteriormente una enfermedad psiquiatrica. (ansiedad y depresión), al mismo tiempo que la recidiva local tenia una prevalencia parecida a la descrita por otros autores en las mastectomias.

La enfermedad psiquiatrica previa y rasgos neuróticos son predictivos de la vulnerabilidad dentro de la enfermedad psiquiatrica en la recidiva local.

Estudios realizados estos últimos 20 años, enfocados desde diferentes puntos de vista, etiológicos, psicosociales, trastornos psicomaticos y alguna otra variable, en pacientes afectos de cáncer han sido elaborados por diferentes autores, entre estos, cabe destacar los realizados por Shekelle y col., (119) (1981), en el que hicieron un seguimiento retro-prospectivo en un grupo muy heterogeneo de pacientes, en el que entre otros habia 24 colostomizados. En el estudio Psicológico se utilizó el MMPI, dando un perfil alto en D (Depresión).

Se pretendia estudiar la Depresión Psicológica. De las conclusiones obtenidas, se desprendia, que los pacientes que presentaban una depresión de base, tenian el doble de posibilidades de morir de cáncer durante todos los periodos que duró el seguimiento. Concluyeron tambien, que la depresión psicológica no estaba asociada con un aumento del riesgo de muerte por otras causas.

Muslin y col. (1969), (120) en un estudio prospectivo en 37 parejas de mujeres, 37, con lesion de mama maligna y 37 con lesión benigna, se propusieron estudiar como les afectaba la perdida o separación significativa.

Schonfield (1975) (122) realizó un estudio prospectivo en 112 mujeres israelitas; 27 diagnosticadas de cancer de mama y 85 de tumores benignos de mama. Utilizaron para el estudio: 1/ La traducción hebrea de la Escala de experiencias recientes. 2/ Traducción hebrea de 68 Items del MMPI, (perdida moral, tendencias depresivas graves, bienestar y mentira): 3/ Traducción hebrea de la Escala IPAT, para medir ansiedad crónica, abierta y oculta.

Las conclusiones a que llegaron con dicho estudio fueron las siguientes: a/ No había diferencias significativas entre los enfermos de cáncer y no cancer en cuanto a pérdidas significativas o número de acontecimientos estresantes en los años inmediatamente precedentes al desarrollo de la enfermedad.

No diferencias significativas en el MMPI para los pacientes europeos y americanos frente a las israelitas; estos últimos puntuaban más alto en la Escala de la mentira.

No había diferencia significativa en la inteligencia verbal.

No se manifestaba hostilidad significativa.

En las pacientes cancerosas de menos de 42 años versus las no cancerosas, había un aumento significativo de la angustia encubierta.

Greer y Morris (1975), (120, 121, 122) realizaron un estudio Quasi-prospectivo con 160 mujeres, 69 con cáncer de mama, y 91 con tumoración de mama benigna. Con semejante estado civil, clase social, pero las enfermas de cáncer eran más viejas. Se realizó a doble ciego. Se pretendía estudiar la liberación anormal de emociones.

Para ellos se utilizó: 1/ Escala de Hamilton para valorar la de Depresión. 2/ Inventario de Personalidad de Eysenck. 3/ Prueba de Hill-Mill, (inteligencia verbal). 4/ Cuestionario de hostilidad y dirección de la hostilidad de Caine y Foulds. 5/ Entrevistas estructuradas: Experiencia de emoción, ajuste social, reacción al estrés.

De este estudio se desprende que no había diferencia significativa entre las mujeres con cáncer de mama y las que no lo tenían en la Escala de Depresión.

No había diferencia significativa entre los grupos en el Inventario de personalidad de Eysenck.

### 5.3.: CLIMA SOCIAL: FAMILIA Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

En la escala de Clima Social, dada la diversidad de parametros estudiados, se aprecia una gran dispersión de resultados, que influyen en la evolución posterior y que hacen que el enfermo responda de una forma u otra ante intervenciones quirúrgicas similares.

Todo ello viene mediatizado por el entorno psicosocial en el que se desenvuelve la vida del paciente.

Los pacientes con cáncer, eran significativamente menos expresores de colera; mientras que los no cancerosos eran más aparentemente normales en la liberación de colera que los cancerosos.

No habia asociación entre pérdida o estres y cancer.

Becker (1979), (123) realizó un estudio retrospectivo, haciendo una comparación por edades de 49 mujeres de 28 a 69 años, de las cuales, 25 tenían de 28 a 48 años. Las otras tenían de 50 a 69 años. Todas ellas padecían cáncer de mama.

Se trataba de estudiar las variables: 1/ Perdida de un pariente cercano. 2/ Atmosfera familiar. 3/ Relaciones sexuales, 4/ Papel de la madre. y 5/ Estres antes de la enfermedad. Para el estudio utilizo la entrevista semiestructurada.

Las conclusiones a que llegó fueron las siguientes:

- a/ Un porcentaje más alto de las más jóvenes con respecto a las más viejas, sufrieron la muerte de uno de los padres o la separación de alguno de los mismos.
- b/ En porcentaje más alto de las más jóvenes versus las más viejas, no tenía ni relaciones armoniosas ni buenas con la familia.
- c/ El porcentaje más alto de anormalidad y perturbaciones en el matrimonio y sexuales se daban en las más jóvenes.
- d/ Las complicaciones mayores frente a los niños, parto amamantar al recién nacido, se daba en las más jóvenes versus las más viejas.
- e/ Solamente había una inversión significativa en los acontecimientos que precedían a la enfermedad en que se hacían más manifiestos en las más viejas versus las más jóvenes.

Las mujeres con cáncer experimentan varios problemas Psicosociales durante toda la evolución de su enfermedad, (Wainstock J.M.; 1991), (124). El impacto psico-social y la modificación en las mujeres con cáncer de mama durante las fases de pre-tratamiento, tratamiento primario terapia complementaria, recidiva, evolución y avance de la enfermedad, tiene multiples implicaciones en la practica y en el desarrollo de la enfermedad.

El cáncer de mama ha sido ampliamente estudiado en cuanto a su impacto psicológico porque es una enfermedad en la cual amenaza a un órgano que esta intimamente asociado con la pròpia imagen, la autoestima, la sexualidad, la feminidad, la capacidad reproductiva y la crianza; es un estress significativo para cualquier mujer.

De todas maneras, las mujeres varian ampliamente en sus respuestas, tanto al diagnostico como al tratamiento. Autores como Massie M.J.; Holland J.C., (125), en unos estudios realizados en 1991 en el Memorial Sloan-Ketterig Cancer Center de New York, hacen una revisión en pacientes mastectomizadas, atendiendo a los siguientes campos o variables: Sociales, Psicológicas y medicas, que contribuyen a las respuestas fisiologicas y a las respuestas usuales de la mujer en el periodo de tratamiento, pre y post quirúrgico.

Todo ello tiene como finalidad establecer una más íntima empatía en la relación médico-paciente, y contribuye a plantear a que tipo de pacientes es más conveniente practicar una reconstrucción de la misma.

En estudios de entrevistas eventuales diseñados por Orme-Ponton M.; Holmberg L.; Burns T.; Adami H.O.; (1992), (126) comparan las consecuencias psicosociales después de un tratamiento conservador versus una mastectomía, se analizaron los posibles predictores de la modificación psicosocial en 99 mujeres con cáncer de mama, histológicamente clasificados en estadios TNM I y II, siendo consecutivamente admitidos para su estudio. Entrevistas medio estructuradas basadas en la Escala de Adaptación o valoración social y una Escala de P. Maguire, fueron pasadas a los 4 y 13 meses después de la operación. La convivencia junto al esposo parece proteger a la mujer postoperada del desarrollo de problemas psicosociales.

En pacientes con neoplasias invalidantes, que han supuesto cambios en su esquema corporal, en estudios realizados por Bacon en 1952 y cols (127), en pacientes afectadas de cáncer de mama, y estudiados desde el punto de vista psicoanalítico, se han detectado algunos factores o variables de la personalidad, con seis características importantes de conducta:

1ª Una estructura de carácter masoquista.

2ª Sexualidad inhibida.

3ª Maternidad inhibida.

4ª Incapacidad de descargar agresividad.

5ª conflicto hostil irresuelto con la madre, manejado con rechazo e irreal sacrificio.

6ª Retraso en conseguir tratamiento.

Posteriormente, otros autores están de acuerdo en las teorías desarrolladas por Kissen (1963, 1967), (128)(129), que asocia el cáncer a tres factores:

- a/ Inhibición.
- b/ Negación.
- c/ Represión emocional general.

Uno de los autores que más ha estudiado las variables de la personalidad en el pariente canceroso, desde 1959 es Le-Shan (130, 131, 132). En 1977, determino como factores importantes en el desarrollo del cáncer:

- 1/ La desesperanza y desamparo.
- 2/ Una marcada autoaversión y desconfianza.
- 3/ La perdida de una relación emocional importante.
- 4/ La incapacidad para expresar ira o resentimiento.

Otros autores, como Hagnell, (1966) y Cooper (1986) (133, 134) en estudios realizados, definirian a las mujeres portadoras de cáncer, como poseedoras de una personalidad subestable, lo que se contradice con los estudios de Kissen (1963, 1967), que los define como pacientes: 12 con salidas emocionales pobres; 22 con tendencias a la represión de sus sentimientos.

#### 5.4.: PREVALENCIA DE PATOLOGIA PSICOSOMATICA EN LA POBLACION

##### GENERAL:

A partir de los resultados del Cuestionario de Salud General Golberg, observamos que hay 45 pacientes sobre el total del grupo experimental, que no presentan patologia psicosomatica, lo que representa el 70,3 %; mientras que solamente hay 19, (el 29,7 %), que presentan algún tipo de sintomatologia psicosomática significativa; si de estos 19 pacientes, los describimos por Subescalas, se aprecian los siguientes resultados:

En la subescala A: "Síntomas somáticos de tipo psicológico " hay 9 pacientes, lo que supone el 47,4 %.

En la subescala B: "Angustia / Ansiedad", hay 6 pacientes, lo que supone el 31,6 % del total de los pacientes con patologia psicosomática.

En la Subescala C: "Disfunción social en las actividades diarias", hay 2 pacientes, lo que supone el 10,5 %.

En la Subescala D: "Depresión", hay también dos pacientes, que suponen el 10,5 % del total de pacientes con puntuaciones patológicas en el Cuestionario de Salud General de Golberg.

5.5.: PREVALENCIA DE LOS TRANSTORNOS SOMATOMORFOS GRAVES,  
EN LOS PACIENTES NEOPLASICOS INTERVENIDOS:

Diferentes autores hacen valoraciones distintas en relación a los trastornos Somatomorfos; Según criterios DSM III-R, dicho trastorno sería el que definiría el Síndrome de Briquet: "Preocupación, miedo o creencia de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de enfermedad somática y que persisten desde hace años".

Para que pueda ser considerado Síndrome de Briquet, o Trastorno Somatomorfo, deben cumplirse el máximo de Síntomas en este caso 12/13; evidenciándose en el grupo de pacientes estudiados un solo caso con puntuación 12, (sexo femenino), aunque hay 4 pacientes que presentan una puntuación 10, siendo muy manifiesta la somatización en los mismos.

Otros resultados divergentes son los que presenta Eysenck (135) en 1983, en las que encuentra puntuaciones bajas neuroticismo y altas en sinceridad; lo que no coincide con estudios realizados con el M.M.P.I. por diferentes autores, en los que se aprecia un aumento significativo de la triada neurótica, y del neuroticismo.

Estudios realizados por Pauli y Schmid (1972), (136) en que se estudian pacientes afectados de cáncer de mama, pasándoles el M.M.P.I., dan diferencias significativas de Depresión, Hipocondriasis y paranoia.

## 5.6.: PREVALENCIA DE CANCER Y ENFERMEDADES PSICOTICAS GRAVES:

En la Escala de Newcastle, se hace una valoración de los trastornos ansioso-depresivos, pero con marcado carácter endogeno; estudios realizados por Llorca y Blanco (1986), abalarían la baja incidencia de estos trastornos Psicóticos endogenos asociados a la patologia del Cáncer...

Estudios realizados por Llorca, Blanco y Cois en 1986, (137) para relacionar cáncer y psicoticismo, dan como resultado, una muy baja incidencia en la asociación cáncer-esquizofrenia. Mientras que aparecen muy frecuentemente asociados con la depresión, y con los trastornos ansiosos y/o depresivos.

La incidencia de la depresión de origen endogeno tiene baja incidencia, (13,5 %), mientras que las depresiones reactivas se dan en un 33,6 %, significativamente mayor y que puede ser razonada por las consecuencias que comporta la gravedad de la patologia cancerosa.

## 5.7.: PREVALENCIA DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD:

La sintomatología que aparece más frecuentemente en pacientes que han sufrido cambios en su esquema corporal son:

- La Depresión.
- La ansiedad.

La Depresión es un proceso que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del intervalo de adaptación a la enfermedad. Esta relación suele aparecer de forma retardada, ya que debe pasar un cierto tiempo para que el paciente comprenda todas las implicaciones que su nueva condición le va a suponer.

La Ansiedad, aparece precozmente, y es una respuesta lógica a un hecho trascendental en su vida y que de forma inmediata activa todas las fantasías y los temores que el paciente tiene ante la enfermedad actual y sus consecuencias en el futuro.

Estudios realizados por Vieta (1992), (138) sobre la incidencia de suicidio en pacientes con mutilaciones neoplásicas indican que es la 12ª causa de suicidio por detrás de enfermedades con menor prevalencia y menor gravedad, que producen síntomas menos molestos y menos invalidantes.

Señala además que el 97 % de estos pacientes suicidas padecían enfermedades psiquiátricas añadidas y el 80 % de ellos eran depresivos.

Este tipo de paciente, se adapta a una estructura de personalidad en la que predomina: La Depresión Reactiva con pulsiones autoagresivas importantes, lo que supone en grave riesgo de autólisis. (Levy S.M., 1985) (139).

Todas estas pulsiones se ven refrenadas y compensadas por la presencia de la inhibición improductiva. Este predominio de la Inhibición sobre la Impulsividad hace la mayoría de ellos que no lleguen a suicidarse, sin embargo pertenecen al grupo de alto riesgo.

Se ha constatado en estudios realizados por diferentes autores, (140) , que en intervenciones quirúrgicas que implican mastoplastias por amputación o bien por el tratamiento de una hipertrofia mamaria, comprometen a la feminidad de cada paciente en distintos momentos de su vida.

Las pacientes a las que se les somete a cirugía plástica reflejan la disconformidad con su cuerpo, relacionado este con la operación mutilante la cual interfiere en su vida interpersonal y/o sexual.

Los tipos de intervención, tienen muchos efectos psicológicos, generalmente beneficiosos, que generalmente permiten a la mujer recuperar los elementos de su identidad, perdidos por la amputación, permitiéndole de nuevo recuperar su potencial en las relaciones sexuales e interpersonales.

En estudios por De Leo D. y col. (141), sobre actitudes suicidas en los pacientes con cáncer de mama:

La actitud ante el suicidio en un grupo de 34 pacientes mastectomizadas, fue mucho más marcada que en dos grupos control consistentes en 103 y 20 sujetos sanos respectivamente.

En una muestra limitada que comprende 23 sujetos, obtenidos por exclusión de los valores extremos porcentuales de ciertas variables psicosociales: irritabilidad, psicoticismo, número de confidentes, número de personas en la misma casa: se vió que estaban significativamente asociados con la actitud del suicidio, en pacientes postmastectomizadas.

Por otra parte, no se observaron diferencias evidentes en cuanto al intervalos de tiempo siguiente al diagnóstico inicial y entre las pacientes casadas y solteras.

La mejora del resultado global esta en el tratamiento conservador de la mama, salvo en lo que se refiere a las alteraciones sexuales.

La fatiga tensional, usualmente sigue al uso intenso del esfuerzo mental y esta manifestado como una disminución de la capacidad de concentración, esto es, de atención directa. Se llevó a cabo un estudio en: The School of Nursing University of Wisconsin-Madison, por Cimprich B. (142) en el que se pretendia examinar la capacidad de atención directa en personas con cáncer, durante la fase inicial de la enfermedad. La muestra consistente en 32 mujeres sin desordenes cognitivos ni afectivos, los cuales sufrieron cirujia en un estadio local I y II de cáncer de mama.

Estos sujetos, manifestaron deficit de atención, de intensidad variable, en una bateria de test de atención directa, el dia antes de darles el alta en el hospital, que era de una media de 3 dias, despues de una mastectomia o de una cirujia conservadora. Inesperadamente, los dos grupos de cirujia no diferieron significativamente en la capacidad de atención y funcionalidad. Los valores o marcadores del Test de Atención, no fueron significativamente correlacionados con el intervalo de medición para el do-

lor, narcóticos, el tipo de tumor o la valoración del propio paciente con respecto a su atención. Sin embargo, a medida que aumentaban el número de días de hospitalización post cirugía, disminuía la atención.

# CAPITULO 6

6 - CONCLUSIONES.

Las conclusiones que se derivan del estudio realizado se sintetizan en los siguientes puntos:

1/ Según los parámetros:

a/ - Sexo

b/ - Edad

c/ - Oficio

d/ - Estado Civil

e/ - Intervención quirúrgica

a/ La incidencia por SEXOS, aunque fue sobre una muestra de 25 hombres y 39 mujeres, no implica diferencias significativas entre un sexo u otro en cuanto a los resultados obtenidos ya que hay que hacer la observación de que las mastectomías son todas del sexo femenino, (28 en total), lo que aumenta el número de mujeres de la muestra sobre el de hombres. En la muestra de Os/colostomías, la relación es de 23 hombres y de 13 mujeres, lo que equilibra el total de la muestra estudiada.

b/ En relación con la EDAD, no hace más que ratificar los estudios estadísticos de los Tratados de Cirujía, puesto que demuestra que la incidencia de las patologías motivo de estudio: El Cáncer de mama y las Os/Colostomías están en relación con la Edad; Así pues, el Cáncer de

mama, que aumenta con la menopausia, (a partir de los 45 años, hay 21 casos de un total de 28 mastectomizadas), lo que supone el 75,7 %, aumentando con la edad. Lo mismo ocurre con el Cáncer de Colon, en el que la incidencia es máxima a partir de los 70 años, (27 casos sobre un total de 34 Os/colostomias), lo que supone el 79,41 %.

c/ En lo que hace referencia a la PROFESION o ACTIVIDAD PRINCIPAL, hay un claro predominio de la población Jubilada, lo que supone un total de 28 pacientes o el 43,8 %; seguido de las amas de casa y asalariados.

d/ En cuanto al ESTADO CIVIL, predominan los casados, un total de 47, lo que supone el 73,4 %, seguido del 15 % de viudos/as (10) y 10,9 % de solteros, otros siete.

e/ En lo que se refiere al TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA, predominan las Colostomias con un total de 32, lo que supone el 50,0 %, seguido de las mastectomias, (28), el 43,7 % y de las Ostomias, (4), el 6,3 %.

2/ Una vez realizados los oportunos estudios, mediante las Escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton, los síntomas Depresivos, aumentan; lo que confirma el hecho de que la intervención quirúrgica y la posterior evolución hacen que aumente la Depresión progresivamente; siendo mucho más evidente el incremento de la ansiedad en el postoperatorio inmediato.

3/ De la valoración de la Escala de Clima Social; (Familia).: Se pueden deducir una serie de conclusiones; siendo las más significativas:

3-a) En la Subescala de CONFLICTO: Hay 31 pacientes (el 48,4 %) que presentan una desviación inferior, lo que expresa el alto grado de dificultades en expresar libre y abiertamente: Colera, agresividad y conflicto, lo que indica un alto grado de represión.

3-b) En la Subescala de Intelectual-Cultural, es interesante subrayar el que 12 pacientes, (el 18,8 %, tienen una puntuación de desviación superior a la normal, lo que indicaría un alto grado de interés por los acontecimientos culturales, sociales y políticos, sería como una forma de evadirse de su propia realidad. lo que les ayudaría a su recuperación.

3-c) En la Subescala Social-Recreativa, se refleja el aspecto inverso; en este caso, hay 26 pacientes, (el 40,6 %) de la muestra que puntúan en la desviación inferior, lo que indicaría una nula participación en actividades sociales y recreativas, así como de relación.

Lo que sería un factor negativo con vistas a su recuperación e integración al ámbito socio-familiar.

3-d) De la Subescala Moralidad-Religiosidad, puede deducirse el alto grado de religiosidad (desviación superior) en 12 casos, (el 18,8 %) lo que nos indicaría que ante el temor o miedo a la muerte o al peligro, la religión, es una "tabla de Salvación" de muchos pacientes. Llama la atención el hecho de que no hay ningún paciente con desviación inferior, (no creyentes ó agnósticos). Todos presentan algún grado de religiosidad.

3-e) En la Subescala de ORGANIZACION: Hay 18 pacientes (el 28,1 %) que presentan desviación Superior, lo que implicaría un exceso de planificación familiar y control de estos pacientes sobre el resto de la familia. El temor y el miedo influirían un buscar el ser el centro de atención, el de demanda de ayuda y buscar la sobreprotección a través de imponer dicho control y planificación sobre el grupo familiar.

3-f) En la Subescala de Control, es de destacar que 30 pacientes, (el 46,9%) presentan una desviación inferior, lo que indicaría una baja o nula incidencia que ejercería el paciente sobre la dirección de la familia, y normas establecidas, debido a parte a la represión en inhibición ante la situación de su estado anímico, provocado por las consecuencias de su enfermedad.

Estos pacientes son incapaces de enfrentarse al grupo familiar debido al estado ansioso depresivo, que presentan lo que dificulta que tengan una respuesta positiva para facilitar su recuperación.

4/ Se confirma por el Cuestionario de Salud General de Golberg (G.H.Q. 28 Items), que hay un elevado número de pacientes que se pueden considerar normales, frente a un grupo bajo, (19 pacientes), lo que supone el 29,7 % que presentan puntuaciones por encima del punto de corte, lo que supondría, manifestaciones psicósomáticas previas a la Intervención quirúrgica, frente a 45 pacientes, (el 70,3 % que pueden considerarse normales).

5/ Se confirma la baja incidencia de patología psicótica en pacientes oncológicos; según los resultados de la Escala de Newcastle, solamente hay 1 paciente con una depresión Endógena, (trastorno Depresivo Mayor, según los Criterios del DSM-III-R), habiendo 38 pacientes, [el 62% normales, otros 13 presentarían trastornos de ansiedad generalizada (DSM-III-R), (el 20,3 %), y 12, (el 18,8 %) con algún trastorno ansioso de etiología reactiva].

6/ Los trastornos Somatomorfos graves, valorados por el S. de Briquet, confirman una muy baja incidencia, pues solamente hay un caso con una puntuación 12, lo que supondría un trastorno Somomorfo según los Criterios del DSM-III-R, y se da en una paciente de Sexo femenino, (el 1,6%) del total de la muestra.

7/ La Depresión pre-quirúrgica valorada por la Escala de Hamilton es menor que la experimentada en el Post-operatorio inmediato.

8/ La Ansiedad pre-quirúrgica es menor que la que se presenta en el Postoperatorio inmediato, reflejado en las diferentes Escalas de Valoración, tanto en la Escala de Ansiedad de Hamilton como en el STAI.

9/ Hay una clara diferenciación en cuanto a sintomatología Depresiva y Ansiosa se refiere, en los pacientes intervenidos de procesos oncológicos que precisan mutilaciones importantes con cambio del esquema corporal, (Grupo Experimental: Mastectomizadas y Colostomizados) en relación con un grupo Control de pacientes candidatos a Cirugía general, en el sentido de que este último Grupo, presenta menos sintomatología Depresiva y Ansiosa en el Post-operatorio, que los pacientes del grupo Experimental.

10/ Se cumple la Hipotesis inicial: Los niveles de Depresión y Ansiedad antes de la intervención quirúrgica, No son diferentes.

Esto quiere decir, entre otras cosas, que el nivel de Depresión y Ansiedad detectadas entre las Mastectomizadas y los Os/Colostomizados no se diferencian en el pre-operatorio.

11/ La Depresión y la Ansiedad en las Escalas de Hamilton preoperatorio, dan valores relativamente bajos, así como en el STAI, sobre todo en el STAI Rasgo, que es el que valora, la ansiedad general en la población normal.

En el postoperatorio, todos estos parámetros tanto en el Hamilton de Depresión y de Ansiedad, como en el STAI Estado postquirúrgicos, los niveles se disparan de forma espectacular, lo que confirma la hipótesis inicial de que el proceso quirúrgico, es un factor desencadenante de psicopatología en el postoperatorio inmediato.

12/ En el Post-operatorio hay un aumento importante de la Depresión y de la Ansiedad; determinando que debido a los factores etiopatogénicos diferentes, la Ansiedad aumenta de forma más rápida como mecanismo de alerta y defensa ante situaciones de agresión real o ficticia, que la Depresión, que por sus características, se elabora progresivamente, y durante el proceso evolutivo del post-operatorio.

Al hacer una revisión del tipo de intervención quirúrgica con los diferentes escalas y evaluar los resultados, llama la atención que:

Los pacientes Colostomizados presentan a todas las escalas un aumento cuantitativo de la patología en el post operatorio, tanto en la escala de Hamilton Ansiedad y depresión como en el STAI post operatorio, en relación con cualquier otro tipo de intervención quirúrgica motivo de estudio.

Ello abre la posibilidad de un estudio más en profundidad para determinar las causas del porque de este resultado que en principio no esta incluido en las hipotesis del estudio experimental.

Como resumen final, se puede concluir, que los resultados de las diferentes Escalas de valoración demuestran que todas ellas dan unos valores fiables que han sido validados y al hacer la revisión bibliografica los resultados son parecidos, y si en algunos casos son diferentes, e incluso contradictorios, puede ser debido a la no utilización de la misma metodología en todos los casos para poder comparar los resultados obtenidos por los diferentes autores.

Como reflexión final, constatar, que en ocasiones cuando se detectan casos de Ansiedad y/o Depresión importantes en el pre o post operatorio, la intervención del Psiquiatra y si es preciso un tratamiento psicofarmacológico acompañante, puede mejorar la calidad de vida del paciente así como ayudar a su recuperación y a relacionarse mejor con el entorno socio-familiar y laboral, si esta en activo.

# CAPITULO 7

7 - BIBLIOGRAFIA.

7.1: INDICE DE REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) Rosch, P.J. (1979). Stress and Cancer. A disease of adaptation in stress and Cancer. (Eds. J. Tache). 187-211. New York.
- 2) Rosch, P.J. (1980). Some thoughts on the endemiology of Cancer, in readings in oncology. (Eds. D.B. Day) pp. 1-6. New York.
- 3) Rosch, P.J. (1980). Lifestyle and cancer, N.Y. State Med. J., 80: 2035-2038.
- 4) Cooper Cary L. Stress and Cancer. Univ. of Manchester. (1986). Pp. 5-8.
- 5) Rosch, P.J. (1983). Stress addiction: Causes, consequences and cures. Directions in Psychiatry, 3: 2-7.
- 6) Walshes, J.P.: "The Nature and treatment of Cancer". The precursors study 725. Baltimore M.D.
- 7) Blumberg E.M., West, P.M. and Ellis, F.W. (1954). "A possible relationship between psychological factors and human Cancer". Psychosom. Med., 16: 277-286.
- 8) Le Shan, L.L. (1977): You can fight for your life. M. Evans, New York.

9) Wilson R.E., Crocker; D.W.: Treatment of breast Cancer. Cancer, 28: 962, (1971).

10) Seidman H.: cancer of the breast, statistical and epidemiological data. Cancer, 24: 1355. (1969).

11) Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting J. et al,: "The prevalence of psychiatric disorders among Cancer patients". J. Am. Med. Ass. (1983). 249. 751- 75.

12) Solomon G.F. (1969): Emotions, Stress and central nervous system inmunity. Ann. N.Y. Acad. Sci. 164: 335-343.

13) Greer S. and Moorey S.: Cancer research campoign psychologocal Medecine: "Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. Eur. R.J. surg. Oncol., 1987, 13, 511-516.

14) Bloom H.J.Y cols: Brit. Med. J.,2: 213, (1962).

15) Wynder E.L.: cancer, 24: 1235. (1969).

16) Sistere Manonelles M. 1993, Tesis Doctoral: "Cinetica celular del cáncer de mama Citometria y flujo valor pronostico". Facultad de Medicina de Lleida. 1993 (p. 71-77)

17) Alby N,. Le cancer et no sens. Rev. Fr. Psychosom., 1987, 9, 13-25.

18) Alby N.: Problèmes psychologiques et Psychiatriques dans mastectomie. In revue Française de Médecine Psychosomatique. 1987.

19) Robel J.: Troubles Psychiques et chirurgie. Eds. Techniques Encycl. Med. Chir., (Paris-France), Psychiatrie, 37677, -11- 1990. 11 pag.

20) Ferrey G., Borten-Krivine I.: Cancer du sein et exérèse mammaire. Troubles Psychiques en chirurgie. Psychiatrie 37677. A- 10, 11. 1990.

21) Saltel P., Terra J.L., Fresco R.: Troubles Psychiques en cancérologie. Encycl. Med. Chir. (Paris-France). Psychiatrie, 37657. A-10, 1992, 12 pag.

22) Watson M., Greer S., Blako S., Shrapnell K.: Reaction to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial delay and rates of psychological morbidity. Cancer, 1984, 53, 2008-2012.

23) Jamison K.R., Wellisch D.K. Psychosocial aspects of mastectomy. The woman's perspective. Ann. J. Psychiatry, 1987. 135: 432-436.

24) Maguire G.P., Lee E.G., Kuchemann C.S.: Psychiatric problems in the first year after mastectomy. Br. Med. J. 1978. 1: 963-965.

25) Alagaratnam T.T., Kung N.Y.: Psychosocial effects of mastectomy: is it due to mastectomy or to the diagnosis of malignancy. Br. J. Psychiatry 1986. 149: 296-299.

26) Craig T.J., Cromstock G.W., Geiser P.B.: The quality of survival in breast cancer: a case control comparison. Cancer 1974. 33: 1451-1457.

27) Bloom J., Cook M. et al.: Psychological response to mastectomy. Cancer, 1987, 59: 189-196.

28) Meyer L., Aspergren K.: Long-Term Psychological sequelas of mastectomy and breast conserving. Treatment for breast cancer. Acta oncolg., 1989, 28: 13-18.

29) Gougeon E.: Breast surgery, plastic. Body Image. Breast neoplasms. Centre de Recherche de Psychologie, Universite Louis Paster, Strasbourg. Medline 90 (B). Rev. for 1993. 13-16 Strategy.

30) Beckmann J., Johansen L., et al.: Psychological reactions in younger women operated on for breast cancer. Amputation versus resection of the breast with. Special

reference to body-image, sexual identity and sexual function. Dan Med. Bull., 1983, 30 (Suppl. 2), 10-13.

31) Golden M.; Female sexuality and crisis of mastectomy. Dan Med Bull. 1983, 30 (suppl. 2), 13-16.

32) Cohn I., Jr.: Cause and prevention of recurrence following surgery for colon cancer. Cancer, 28: 183, 1971.

33) Potter D.J. Slattery L.M., Bostick R.M. and gapstur S.M. "Colon Cancer: A review of the epidemiology". The Jons Hopkins University School of Hygiene and Public Health. 1993. Vol.15. N. 2:499-512.

34) Muir C. Waterhouse J., Marck T. et al. Cancer incidence in five continents. Vol 5. Lyon, France: International Agency for research on cancer, 1987. Scientific publications n<sup>o</sup> 88.

35) Becker W.F.: Acute obstruction of the colon. Surg. Gynec. Obstet. 96: 677. 1953.

36) Cohn I. Jr., Nance Francis C.: "cancer facts and figures". N.Y., (American Cancer Society, 1971).

37) De Floid C.E., Stirling C.T., Cohn I. Jr.: Ann Surg. 163: 829, 1966.

38) Bonfils S., Hachette J.C., Danno.: "L'abord psychologique en gastroentérologie. Masson et Cie. éd., Paris. 1982.

39) Strain J.J: "The surgical patient in Psychiatry". R. Michels and al. (eds). Vol II, chap. 121.: J.B. Lippincot, ed., Maryand, 1987.

40) Milano M.R., Kornfeld D.S.: Psychiatry and surgery. In: "Psychiatry up date". Vol III. American Psychiatric Press. 1984.

41) Coldefy J.M., Ourghoulion M.: Approche Psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale. Privat éd., Paris 1974.

42) Weis H.J. Psychological Aspect of intensive care. In: "Handbook of critical care", Berk J.E. Sampliner (eds. 2nd. edition-Little Brown and ed. Boston, 1982.

43) Godzilov A.V., Alexandrin G.P., Simono N.N. et al.: The role of stress factors in the post operate, course of patients with rectal cancer. J. Surg. Oncol. 1977, 9: 517-523.

- 44) Saltel P., Terra J.L., Frescos R.: Troubles psychiques en cancerologie. Paris, 37-675 A-10. 1992.
- 45) Wellisch D.K., Jamison K.R., Pasnnon R.O.: Psychosocial aspect of mastectomy. II The man perspective. Am. J. Psychiatry. 1978. 135: 543-546.
- 46) Andersen B.L.: Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Cancer, 1985, 55,: 1835-1842.
- 47) Maguire P., Lee E.G., Bevington D.I., Kunchemann C.S.: Psychiatric problems in the first year after mastectomy. Br. J. 1978, 1: 963-965.
- 48) Meyer L., Aspegren K.: Long term psychological sequelae of mastectomy and breast conservation treatment for breast cancer. Acta Oncol., 1989, 28: 13-18.
- 49) Fallowfield L.J., Banun M., Maguire G.P. Effect of breast conservation psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. Br. Med. J. 1986, 293: 1331-1334.
- 50) De James A.G.: Cancer prognosis Manual. New York, American cancer Society 1967.

- 51) Nusinovici V., Hannoun L.: "Chirurgie digestive: Colostomie". Editions Techniques E.M.C. Pag. 6-7. 37677 A-10. 199.
- 52) Crowder V.H. Jr. and Cohn I Jr.: Perforation in cancer of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum, 10: 415, 1967.
- 53) Garnochrow M.I., Lavenson G.S. Jr., and Mc. Namara J.J.: Surgical management of traumatic injuries of the colon and rectum. Arch. Surg. 100: 515. 1970.
- 54) "Screening" de transtornos psicicos en la práctica medica. Dr. A. Lobo y Cols. Universidad Zaragoza 1981.
- 55) Lobo. A. Folstein M.F.: An Experimental. Study on the biobehavioral aspects and psychiatric disturbances of cancer patients; 5th International Symposium of the European Working Group for psychosomatic Cancer Research. (Ukranian Academy of Sciencies, Keiw [U.R.S.S.] 1984).
- 56) Wolman Benjamin B.; Stricker George. (1983) Ancora S.A. "Transtornos depresivos, hechos y metodos de tratamiento. pag. (360, 239, 268, 273, 277).
- 57) Talbott. M.D.; Hales. E.R. M.D. 232; 764. "Tratado de psiquiatria", 1983.

- 58) Henderson S. A., Duncal J.P.: the reability of geriatric Mental State Examination. Acta Psychiatr. Scand. 1983: 281-289.
- 59) Copeland J.R., Kelleher M., Wood N., and al.: The range of mental illness among the elderly in the community. Br. J. Psychiatr. 1987; 150: 815-823.
- 60) Hamilton M. Rating Scale for Depression (HRDS). J. Neur. Neurisurg Psychiatr. 1960. 23: 361-366.
- 61) Hamilton M. Devolopment of a rating Scale for primary depressive illness. Br. J. Soc. Clin Psychol. 1967; 6: 278-296.
- 62) Kaplan H.I., Sadock J.B. Psychiatric clinica. Scale of Depression of Hamilton. Pg.: 65. 1991.
- 63) Hamilton M. (1972). Rating and Depresión In. P. Kielholz (Ed), Depressive, illness: Diagnosis, assesment, treatment. Baltinore. Williams and Wilkins.
- 64) Hedlund, J., and Vieweg B. (1979): The Hamilton rating Scale for Depression: A comprehensive review. Journal of operating psychiatry, 10, 149-162.

65) Schwab, J., Bialow, and Halzer c. (1967). Acomparision of Two rating Scales for depression. Journal of clinical psychology; 23, 94-96.

66) Beck, A.T., and CoIs. (1979). Cognitive Therapy of depression. New York: Guilford Press.

67) Beck, A.T., Sterr, R.A. and Gorbin M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evolution. Clinical psychology review; 8, 77-100.

68) Endicott, J., Cohen, J, Nee, J; Fleiss, J., and Sarantakos, S, (1981). Hamilton Depression Rating Scale, extracted from regular and change versions of the schedule for Affective disorders and Schizophrenia. Archives of General psychiatry, 35, 837-844.

69) Sotsky. S, and glass. D. (1983) The Hamilton Rating Scale .A critical appraisol and modification for psychoterapy research paper presented at the annual convection of the Society for Psychotherapy Research, Sheffield, England.

70) Jenkin's P.L., May V.E.: breast neoplasms. Departament of psychological Medicine, Univesity of Walles College of Medicine, Cardiff., Suth Walles. Int. J. Psychiatry Med.: 199; 21(2); P.: 149-155.

71) Hughes L.E. and al.: "Psychological associated with local recurrence of breast cancer. Medline 90 (B)-91(A). Rev for 1993. Document 6 of 16.

72) Robert O. Pasnan: Diagnosis and treatment of Anxiety Disorders. (1987), (28-30) American psychiatric press, Inc.

73) Bourne P6; rose R.M.; Mason J.W. Data on seven helicopter ambulance medic in Combat. Arc Gen psychiatry 17: (104-110) 1967).

74) Bourne P6; Rose R.M.; Mason J.W. 17-OCHS levels of combat special forces "A" team under threat of attack. Arch. Gen. psychiatry. 19: 135-140, (1968).

75) Moos R.H., Moos B.S., Teickett E.J. Consulting psychologist Press). Palo Alto, Ca.: 1974.

76) Moos S.R.: Combined preliminary Manual for the family; Work and group Environment scales. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, Ca., 1974.

77) Moos R., Moos B: Family environment scale. Manual Consulting Psychologist Press. Palo Alto; Ca., 1981.

78) Jimenez Burillo F.: *Psicología y Medio ambiente*. CEOT-MA. Madrid 1981.

79) Fernandez Ballesteros R.: *Evaluación de contextos*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, 1982.

80) Centro Internacional de Formación de Ciencias Ambientales: *Documentación sobre el Medio ambiente*,: revista de Información bibliográfica. (CIFCA), Madrid 1982.

81) Golberg R.J., Tull R.M.: *The Psychosocial dimension of cancer*. (Free press. New York 1983).

82) Golberg R.J., Tull R.M.: *The Psychocial dimensión of cancer*. (Free press. New York 1983).

83) Baider L., Kaplan H., De Nour A.: *Complex reactions and adjustment to mastectomy: a preliminary report*. *Int. J. Psychiat. Med.* 14: 265-276. (1984).

84) Bloom J.R., Cook, M.; Foto poulin S, Flamer D., Gates C.; Holland J.C., Muenz L.R., Urawski B., Pennon D., Ross R.D.: *Psychological response to mastectomy: Cancer*, 59: 189-196, (1987).

- 85) Meyerowitz B.E., Watkins I.K., Sparks F.C.: Psychological implications of adjuvant chemotherapy. *Cancer* 52: 1541-1545 (1983).
- 86) Bahnson M.B., Bahnson C.B.: Ego defenses in cancer patients. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164: 83-96 (1969).
- 87) Dourdil F.: Investigación epidemiológica sobre la salud psíquica en la población hospitalizada en un Hospital general; tesis doctoral, Facultad de Medicina de Zaragoza, 1977.
- 88) Lobo A; Perez Echevarria M.J. y cols: Aportaciones para el uso en España de la versión en Escalas GHQ. XIV Congreso de la Sociedad Española de psiquiatría. Valladolid. 1981.
- 89) Andreasen W.C, and Maures R. 1980. Cluster analysis and classification of depression. *Br. J. psychiat.* 137: 256-265.
- 90) Carney M. W.P.: "The newcastle Scale", Assessment of Depression. Ed. Norman Sartorius and Thomas A. Ban. Pag 201-209. 1980.
- 91) Carney M.W.P. and Sheffield B.F., 1972. Depression and the Newcastle Scale. Their relationship to Hamilton's Scale. *Br. J. Psychiatry* 121: 35-40.

92) Montgomery S.A.; (1981). Measurement of serum of blood levels in the assessment of antidepressants. Lader M. and Richens (Eds.). Central Nervous Systems; pp. 61-68.

93) Gurney C., Roth M., Garside R.F. and Schapira K. 1972. studies in the classification of depressive disorders. Br. J. psychiatry. 121: 162-166.

94) Eysenck H. J. 1970. The Classification of depressive illness. Br. J. Psychiatry, 177: 241-250.

95) Garside R. F., 1967. Neurotic and endogenous depression. Br. J. Psychiatry; 113: 924-925.

(96) Garside R. F., Kay D.W.K., Wilson I., denton I.B. and Roth M., 1971. Depressive Syndromes and classification of patients. Psychol. Med., 1: 33-338.

97) Holden N. L.; 1982. Depresión and the Newcastle Scale. Br. J. Psychiatry. 142: 505-507.

98) American Psychiatric Association. (D.S.M. III-R). Washintong. 1987. Pag.: 313-315. Versión Española: Valdes Miyar M. 1988.

99) Cloninger C.R., Sigvardsson S, Von Knoning A., Bohman M.,: An adoption study of somatoform disorders: Identification of two discrete somatoform disorders. Arch. gen. Psychiatry, 41: 863-871. 1984.

100) Cloninger C.R., Martin R.L., Guze S.B. et al.: Prospective follow-up and family study of somatization in men and women. Ann. J. Psychiatry 143: 873-878. 1986.

101) Guze S.B.: The role of follow-up studies: Their contribution to diagnostic classification as applied to hysteria. Seminars in Psychiatry, 2: 392-402. 1970.

102) Hutchings B., Mednicks A: Registered criminality in the adoptive and biological parents of registered male criminal adoptees, in genetic research in psychiatry. Edit. by Fieve R.R., Rosenthal D., Brill H., Baltimore Johns Hopkins University Press. 1975.

103) Crowe R.R.: The genetics of panic disorder and agoraphobia. Psychiatr. Dev., 2: 171-186. 1985.

104) Crowe R.R.: An adoption study of antisocial personality. Arch. Gen. Psychiatry., 31: 785-791. 1974.

105) Crowe R.R., Noyer R. Jr., Pauls D.L. et al.: A diagnostic and family study of panic disorder. Arch. gen. Psychiatry. 40: 1065-1069. 1983.

106) Bohman M, Sirnondsson S, Cloninger CR: Maternal inheritance of alcohol abuse: Arch. Gen. Psychiatry 38: 965-969, 1981).

107) Spielberger C.D., Gorsuch R.L., and Lushene R.E.: Statetrait Anxiety psychologist Press. Palo Alto. California. 1970.

108) Spielberger C.D., Lushene R.E., and Mc. Adoow G.: Theory and measurement of anxiety states. Cattell R.B. (Ed.): Handbook of modern personality theory. Chicago. Aldine 1971.

109) Bermudez Moreno J.: "Ansiedad y rendimiento". Rev. Psicología Gral. y Aplic. 1978. 151: 183-207.

110) Bermudez Moreno J.: "Análisis funcional de la ansiedad". Rev. Psicolog. Gral. y Aplic. 1978, 153, 617-634.

111) Iglesias Balboa, R.: La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), en un grupo clinico, (Síndrome Tóxico). Memoria de Licenciatura, Facultad de Psicología. Univer. de Salamanca, 1982.

112) Urraca Martinez S.: Actividades ante la Muerte, (preocupaciones, ansiedad, temor) y religiosidad. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid, 1981.

113) Buross O.K.: "The Eight Mental Measurement yearbook", (Gryphon Press New Jersey, 1978). N.: 683.

114) Folkman, Sandkorous, R.S. (1988) WAIS off Coping Questionnaire. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

115) Endler, N.S. and Eolward, J.M. (1988). "Stress and Vulnerability". A.C. G. Last and M. Hersen. (Eds.), Handbook of Anxiety Disorders New York: Pergamon Press.

116) Gougeon R.: "Purpose and effects of mammoplasty". Centre de recherche de Psychologie. Universite Louis Pasteur. Strasbourg. 1990. P. 365-8. Medline 1990.

117) Kaplan H.S.: Human sexuality program New York Hospital Cornell Medical Center, NY.: "A neglected issue: The sexual side effects of current treatment for breast cancer". J-sex-Marital-ther; 1992. Spring; 18(1). P 3-19.

118) Muti E; Triacca L.; Varetto H; Balocco P; Nicoli D.: "Modifications in the psychological and behavioural structure of women after mastectomy". Institute of plastic and reconstructive surgery; University of Turin. Eur. J. Gynaecol. -oncol.; 1992; 13(2). P 177-182.

119) Shekelle R.B., Raynor W.J., Ostfield A.M., Garro D.C., Bielions L.A., Lin S.C. and Paul O., (1981). Psychological Depression and 17 year risk of death from cancer psychosom. Med., 43: 117-125.

120) Muslin H.L., Gyarfos K, and Pieper M.L. 1969. Separation experience and Cancer of the breast; Am. N.Y. Acad. Sci. 164: 802-806.

121) Jenkins P.L.; May V.E., Hughes L.E.; "Psychosocial morbidity associated with local recurrence of breast Cancer". Departement of Psychosocial Medicine, Univerity of Wales College of Medicine; Cardiff; South Wales. 1991; 21(2); P 149-55.

122) Schoenfeld J., (1975): Psychological and life-experience differents between israeli women with benign and cancerous breast lesions. J. Psychosom. Resp.; 10: 229-234.

120) Greer S. and Morris T. (1975): Psychological attributes of women who develop breast cancer. A Controlled Study, J. Psychosom. Res., 19: 147-153.

121) Greer S. and Morris T. (1981): Psychological response to breast cancer and survival: Eight-year follow-up, presented at the 89 th. Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles.

122) Greer S., Morris T. and Pettingales K. W., (1979): psychological response to breast cancer: Effect on outcome; Lancet: 2: 785-787.

123) Becker H. (1979): Psychodynamic aspects of breast cancer, Younger and older patients; Psychot., Psychosom., 32: 287-296.

124) Waintock J.M.: "Breast Cancer: Psychosocial consequences for the patient". Department of surgical Nursing, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, M.D., Medline 90(B). Semin-Oncol-Nurs; Aug. 1991; P 207-15.

125) Massie M.J.; Holland J.C.: "Psychological reactions to breast cancer in the pre and post surgical treatment period". Semin-surg-Oncol; Medline 91(B)-92. 1991: P 320-25.

- 126) Orne-Ponton M.; Holmberg L.; Burs T.; Adami H.; Bergstrom R.: "Determinants of psychosocial outcome after operation for breast Cancer. Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation". *Europ. J. Cancer*; 1992; 28 A (6-7). P.: 1062-7.
- 127) Bacon C.L., (1952): Psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosom. Med.*, 4: 453-460.
- 128) Kissen D.M. (1963): Personality characteristics in males conducive to lung cancer. *British J. Med. Psych.* 36: 27-36.
- 129) Kissen D.M. (1967): Psychosocial factors, personality, and cancer in men aged: 55-64. *British J. Med., Psych.*; 40: 29-42.
- 130) Le Shan L. (1959). Psychological States as factors in the development of malignant disease. A critical review. *J. Nat. cancer Inst.*; 22: 1-18.
- 131) Le Shan L. (1966): An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*; 125: 780-793.
- 132) Le Shan L. (1977): *You can fight your life*. M. Evans New York.

- 133) Cooper C.L. (1986). *Estres y Cancer*. Ed. Diaz de Santos. Madrid.
- 134) Hagnell O. (1966): The premorbid personality personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957, in *Psychophysiological aspects of cancer: Annuals of N.Y.; Academy of Science*. 846.
- 135) Eysenk H.J. (1983). *Stress disease and personality: The inoculation affect*. En.: *Stress research*. J. Wiley and Sons. N.Y.: 121-146.
- 136) Pauli and Schmid V. (1972). Psychosomatic aspects in the clinical manifestation of mastocarcinoma. *Journal of Psychotherapy and Medical Psychology*, 22: (2).
- 137) Llorca G.R., Blanco A.L. y cols. (1992): cancer y riesgo suicida. *Comunicación psiquiátrica*; 92: 83-94. *Psiquiatría y Cancer*.
- 138) Vieta E., Nieto E. (1992): Intentos de suicidio en enfermos orgánicos. XVI Reunión de la Sociedad Española de psiquiatría Biológica. Ed. Aran Ela; 331-336.
- 139) Levy S.M.: *Behavior and cancer. Life-Style and Psychosocial factors in the initiation and progression of cancer* San Francisco, Josey-Bas 1985.

140/ Mayor M.I. Centre de Recherche de psychologie  
Universite Louis Pasteur. Strasbourg: "Hypertrophy and Mas-  
tectomy". Medline 90(A). 91(B). 1990. Document 13 of 16:

141) De Leo; Predieri M.; Melodie C; Vella J.; Forza G;  
"Suicide attitude in breast Cancer patients"; Italy: Uni-  
versity of Padua. School of Medicine. Psychopatology 1991,  
24(2); P:115-9.

142) Cimprich B.: "Attentional fatigue following breast  
cancer surgery". School of Nursing; University of Wiscon-  
sin. Madison 53792. Rev. Nurs-Health; 1992; Jun; 15(3).  
P.: 199-207.